

# PLAN DE SALUD

# 2025

## ÁREA DE SALUD

CORPORACIÓN MUNICIPAL DE EDUCACIÓN, SALUD  
Y ATENCIÓN DE MENORES DE PUENTE ALTO



## CONTENIDO

CONTENIDO.....	1
PRESENTACIÓN.....	4
LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS.....	5
1. VISIÓN.....	5
2. MISIÓN.....	5
3. VALORES CORPORATIVOS.....	5
4. EJES DEL ÁREA DE SALUD 2025.....	5
ORGANIGRAMA DEL ÁREA DE SALUD.....	6
1. DIRECCIÓN DE SALUD.....	6
2. SUBDIRECCIÓN TÉCNICA.....	6
3. SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS TRANSVERSALES.....	6
4. SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN.....	7
5. UNIDAD DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN (UGI).....	7
EJE CENTRAL 2025: HUMANIZACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.....	8
BASES PARA LOS LINEAMIENTOS DE SALUD 2025.....	10
DIAGNÓSTICO COMUNAL DE SALUD INTEGRADO.....	16
1. SITUACIÓN TERRITORIAL.....	16
2. ANÁLISIS DEMOGRÁFICO.....	16
3. NATALIDAD.....	22
4. MORTALIDAD.....	22
5. TABAQUISMO.....	25
6. MALNUTRICIÓN.....	26
7. PATOLOGÍAS CARDIOMETABÓLICAS.....	28
8. TRASTORNOS DE SALUD MENTAL.....	29
9. CARGA DE ENFERMEDAD.....	29
10. DISCAPACIDAD.....	31
11. INDICADORES DE ENCUESTA DE BIENESTAR SOCIAL.....	31
12. ACCESO A ÁREAS VERDES.....	33
13. VIVIENDA.....	33
14. POBREZA.....	33
15. PUEBLOS ORIGINARIOS.....	34

16. POBLACIÓN MIGRANTE .....	35
17. DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO 2022-2025 .....	35
18. GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES) .....	36
19. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.....	36
SERVICIOS DE SALUD DE LA RED CORPORATIVA DE PUENTE ALTO.....	38
1. CENTRO DE SALUD DR. ALEJANDRO DEL RÍO .....	42
2. CENTRO DE SALUD FAMILIAR SAN GERÓNIMO.....	43
3. CENTRO DE SALUD FAMILIAR VISTA HERMOSA.....	44
4. CESFAM BERNARDO LEIGHTON.....	45
5. CENTRO DE SALUD FAMILIAR CARDENAL RAÚL SILVA HENRÍQUEZ .....	46
6. CENTRO DE SALUD FAMILIAR PADRE MANUEL VILLASECA .....	47
7. CENTRO DE SALUD FAMILIAR KAROL WOJTYLA.....	48
8. CENTRO DE SALUD FAMILIAR LAURITA VICUÑA .....	49
9. CENTRO COMUNITARIO DE REHABILITACIÓN (CCR) DE CENTRO DE SALUD DR. ALEJANDRO DEL RÍO .....	50
10. CENTRO COMUNITARIO DE REHABILITACIÓN (CCR) DE CENTRO DE SALUD FAMILIAR VISTA HERMOSA.....	52
11. LABORATORIO COMUNAL DR. ALEJANDRO DEL RÍO.....	55
12. CENTRO DE IMÁGENES (CDI).....	58
13. CENTRAL DE AMBULANCIAS.....	60
14. SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIAS (SAPU), SERVICIO DE URGENCIA MUNICIPAL (SUM) Y SERVICIO DE ALTA RESOLUTIVIDAD (SAR) .....	64
15. CENTRO DE ESPECIALIDADES PRIMARIAS (CEP) SAN LÁZARO .....	69
16. CENTRO DE INTERVENCIÓN FAMILIAR (COSAM CEIF) CENTRO Y NORTE .....	84
17. UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL EN TERRENO.....	87
18. CENTRO DE INTEGRACIÓN MARÍA ISABEL (CIMI) .....	90
19. UNIDAD DE FARMACIA Y BODEGA COMUNAL.....	92
20. FARMACIA SOLIDARIA .....	103
PROMOCIÓN DE SALUD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL COMUNITARIA.....	105
SALUD INTERCULTURAL CON ENFOQUE INDÍGENA .....	111
PERSONAS MIGRANTES.....	115
ENFOQUE DE GÉNERO Y DIVERSIDAD EN SALUD .....	117
PLAN DE CUIDADOS CON ENFOQUE DE CURSO DE VIDA .....	120

1. ÁREA TÉCNICA .....	120
2. MATRIZ DE CUIDADOS DE SALUD A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA CON ACTIVIDADES PRIORIZADAS PARA EL AÑO 2025.....	147
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	174
UNIDAD DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DE COMPRAS.....	181
EJE DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN .....	183
HUMANIZACIÓN .....	185
CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.....	189
PLAN DE CAPACITACIÓN Y DOCENCIA.....	194
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN .....	199
UNIDAD DE CUIDADO DE LAS PERSONAS .....	204
SALUD OCUPACIONAL .....	211
DOTACIÓN, ASIGNACIONES Y UNIFORMES.....	218
PRESUPUESTO .....	225
PROYECTOS FUTUROS.....	228
ABREVIATURAS .....	230
PALABRAS FINALES .....	234

## PRESENTACIÓN

Enfrentar los desafíos actuales en salud pública requiere un enfoque que integre los valores de respeto, equidad y dignidad. Este Plan de Salud 2025 se fundamenta en la humanización como eje central, reconociendo que cada interacción en el sistema de salud debe atender no solo las necesidades físicas, sino también las emocionales, sociales y culturales de las personas. Así, buscamos no solo sanar, sino también cuidar, fortaleciendo el bienestar integral de las comunidades.

La Atención Primaria de Salud (APS) es el espacio donde se construyen vínculos entre los equipos de salud y las personas, sus familias y comunidades. Este plan centra sus esfuerzos en garantizar una atención empática, inclusiva y culturalmente pertinente, donde los usuarios sean tratados como sujetos activos en su proceso de cuidado. Este enfoque coloca en el centro no solo a las personas, sino también a sus contextos, historias y realidades, abordando las particularidades de comunidades originarias, población migrante y grupos de la diversidad de género, entre otros.

El compromiso con la interculturalidad nos insta a incorporar prácticas que reconozcan, respeten y valoren la riqueza cultural de los pueblos originarios, integrando sus saberes y tradiciones al modelo de salud. Asimismo, promovemos un trato equitativo y libre de discriminación hacia todas las personas, incluyendo aquellas pertenecientes a la comunidad LGBTQIA+, asegurando que encuentren un entorno de atención seguro, respetuoso y acogedor.

Este enfoque no sería posible sin el compromiso y el trabajo colaborativo de los equipos de salud, por lo que un eje fundamental es el cuidado de nuestros funcionarios desarrollando distintas estrategias para promover el bienestar laboral. Ellos son el corazón de este modelo, y su bienestar emocional y desarrollo profesional son claves para brindar una atención integral. Del mismo modo, el fortalecimiento del trabajo con las comunidades y la participación activa de los usuarios son pilares fundamentales para construir un sistema de salud más cercano, eficiente y humano.

En este documento, se detallan las estrategias y acciones específicas que guiarán el camino hacia una APS que no solo cure, sino que también cuide, proteja y celebre la diversidad de las personas y sus contextos. Invitamos a cada uno de los actores involucrados a sumarse a este compromiso, trabajando juntos hacia un sistema de salud que sea un reflejo de los valores que queremos ver en nuestra sociedad.

**DRA. PAULINA PINTO MATURANA**  
DIRECTORA DE ÁREA DE SALUD  
CORPORACIÓN MUNICIPAL DE PUENTE ALTO

## LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS

El Área de Salud, como parte integrante de la Corporación Municipal de Educación, Salud y Atención de Menores de Puente Alto, asume su visión, misión y valores institucionales, a saber:

### 1. VISIÓN

Ser referentes en otorgar un servicio público oportuno, capaz de satisfacer las necesidades de las personas en Educación, Salud y Atención de Menores, mejorando la calidad de vida de la comunidad puentealtina.

### 2. MISIÓN

Buscamos ser una Corporación Municipal que propicia oportunidades de desarrollo integral a la comunidad de Puente Alto, con equipos de trabajo motivados y comprometidos, que entregan servicios con cariño y eficiencia en Educación, Salud y Atención de Menores.

### 3. VALORES CORPORATIVOS

**Calidad humana**  
(Empatía – Cariño – Calidez)

**Integridad**  
(Probidad – Transparencia – Coherencia)

**Compromiso con el trabajo y la comunidad**

**Respeto a la comunidad y colaboradores**

**Innovación**

**Trabajo con responsabilidad**

**Trabajo en equipo**

**Protección a la vida**

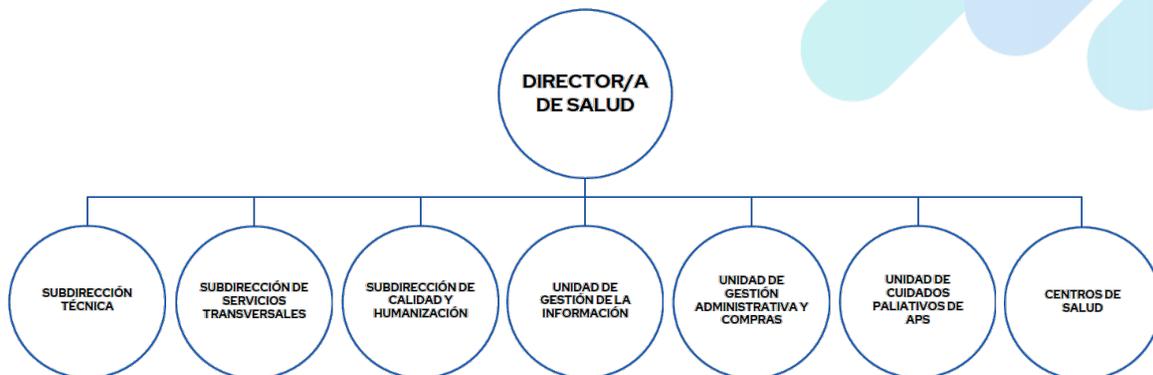
### 4. EJES DEL ÁREA DE SALUD 2025

Para el año 2025, los ejes principales de los lineamientos estratégicos del Área de Salud son:

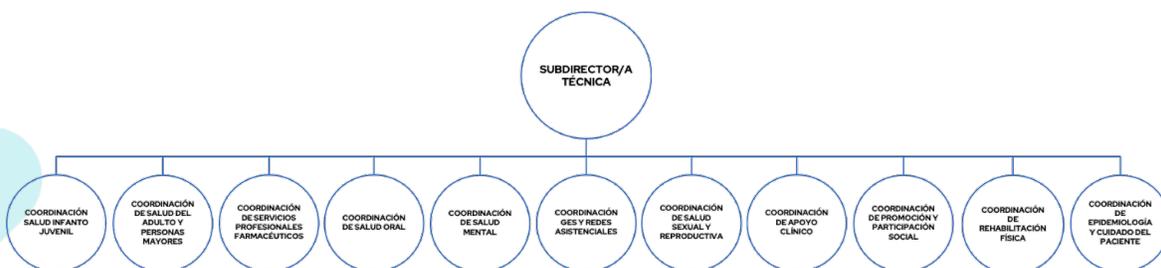
- Humanización.
- Calidad.

# ORGANIGRAMA DEL ÁREA DE SALUD

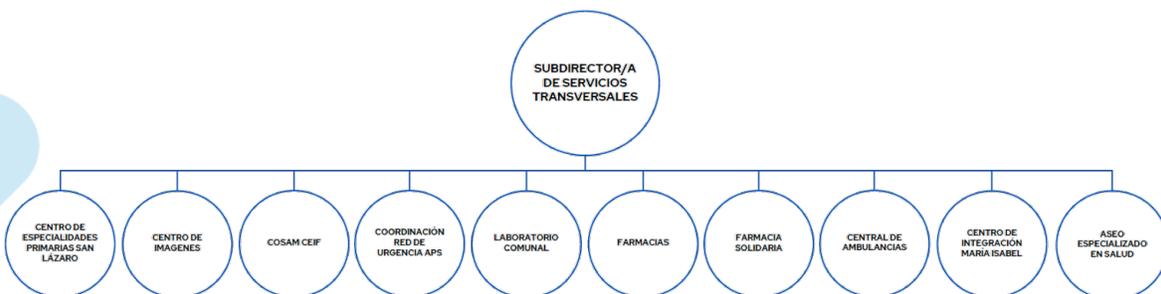
## 1. DIRECCIÓN DE SALUD



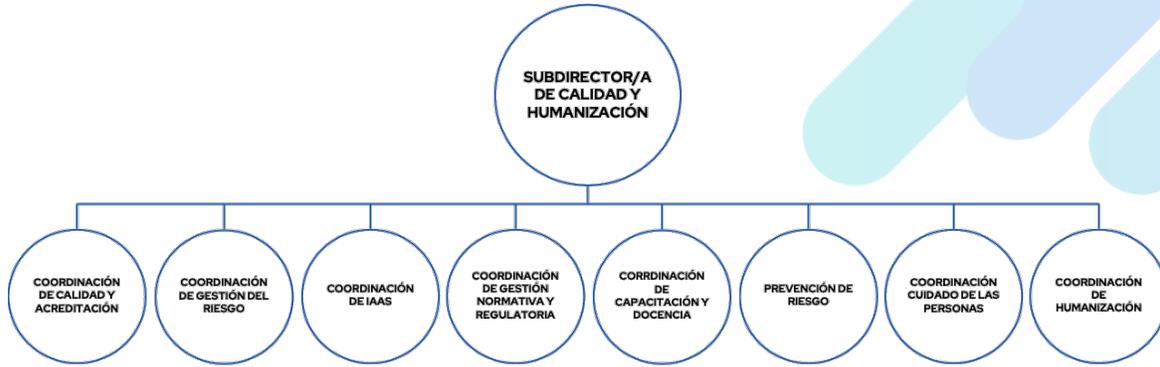
## 2. SUBDIRECCIÓN TÉCNICA



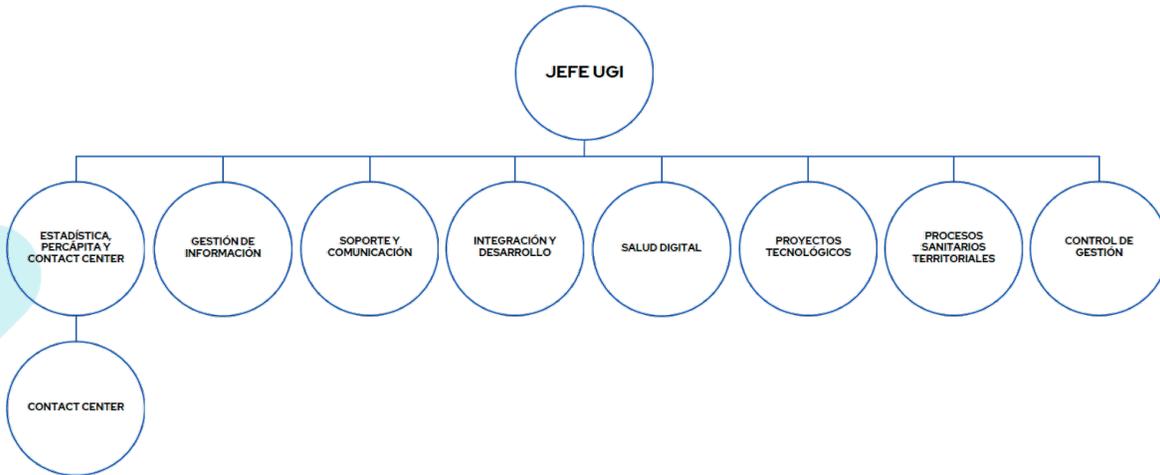
## 3. SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS TRANSVERSALES



#### 4. SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN



#### 5. UNIDAD DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN (UGI)



## EJE CENTRAL 2025: HUMANIZACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La Atención Primaria de Salud (APS) es considerada el motor programático para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenibles relacionados con la salud y la seguridad sanitaria, y es clave, para alcanzar la justicia social, la equidad, la solidaridad y la participación de la comunidad. En Chile, desde la reforma de salud del 2005, se implementa un modelo de relación entre de los equipos de salud del sistema sanitaria y las personas, sus familias y comunidad (MAIS), que coloca a las personas en el centro de la atención, considerando a los miembros como activos en el cuidado de su salud. Para ellos ha sido necesario que el sistema de salud, y en particular la APS, se organice en función de satisfacer las necesidades de los usuarios, buscando alcanzar el mejor estado de bienestar posible, a través de atenciones integrales, oportunas, de alta calidad, basada en la evidencia científica existente y resolutive.

Este modelo posee principios irrenunciables:

- Centrado en las personas.
- Integralidad de la atención.
- Continuidad del cuidado.

Sin embargo, múltiples han sido los factores que están afectando negativamente el trabajo de la APS. Entre ellos podemos mencionar:

- La sobrecarga del sistema debido a los altos volúmenes de personas que requieren atención y a la escasez de recursos para suplir dicha demanda, produciendo que la atención se convierta en una labor mecánica, y reduce a la persona a una simple patología.
- El creciente avance de la tecnología, que con el objetivo de asegurar calidad y estandarizar los procedimientos, se ha despojado a la persona de su individualidad.
- La formación de profesionales y técnicos en salud se ha centrado en aspectos más técnicos y científicos, dejando de lado el entrenamiento en habilidades blandas.
- Secundario a la sobrecarga del sistema se ha producido un agotamiento emocional en los trabajadores de la salud. Además, la creciente violencia social ha generado una mayor incidencia de estrés laboral y síndrome de Burnout.
- A pesar de todos los esfuerzos realizados sigue existiendo desigualdad en el acceso a la atención sanitaria, lo que ha producido en la población general la sensación de ser desatendidos.

Todos estos factores han contribuido a que los resultados sanitarios no sean los óptimos. Aquí radica la importancia de la **Humanización en Salud**, ya que se ha comprobado que

se obtienen mejores resultados sanitarios, se activa a las personas en el autocuidado y en el cuidado de otros, haciendo más seguras la atenciones en salud.

Según el modelo “Afectivo-Efectivo” propuesto por Albert Jovell, humanizar “Es la forma de cuidar y curar al paciente como persona, con base en la evidencia científica, incorporando la dimensión de la dignidad y la humanidad del paciente, estableciendo una atención basada en la confianza y empatía, y contribuyendo a su bienestar y a los mejores resultados posibles en salud (Albert Jovell, 1999).

Para el catedrático español José Carlos Bermejo “humanizar es todo lo que se realiza para promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emotivo, social y espiritual. Esto reclama el reconocimiento de la dignidad intrínseca de todo ser humano y los derechos que de ella derivan, convirtiéndose en una necesidad de vital importancia y trascendencia. Por ello, no pueden ser sólo buenas iniciativas, sino un compromiso genuinamente ético con la vulnerabilidad humana que genera salud y acompaña en el sufrimiento”.

Entendiendo que sin un soporte razonable de valores es imposible tener una buena vida y alcanzar los propósitos que anhelamos como humanidad, se hace imprescindible atesorar cualidades como el respeto de la dignidad de cada persona, considerando la diversidad cultural, de género, neurodiversidad y enfoque de derechos humanos (DDHH). Es fundamental mostrar empatía y apoyo en cada interacción con las personas, garantizar el acceso equitativo a servicios de salud que sean de calidad y fomentar el trabajo en equipo entre los profesionales de la salud, las personas y la comunidad en general. Todo esto debe ir acompañado de un compromiso férreo con la mejora continua de los servicios de salud, integrando todos los aspectos biopsicosociales de cada individuo.

En definitiva, la humanización como concepto en la APS debe centrarse en brindar respuestas individualizadas, integrales y en forma holística a la múltiples necesidades de las personas, tanto físicas como psicoafectivas, sociales y espirituales. Esto nos insta a volver a reconocer y dar visibilidad al aspecto humano de las relaciones clínicas.

En relación a esta temática, más adelante se mencionan los avances del 2024 y sus desafíos para el año 2025.

## BASES PARA LOS LINEAMIENTOS DE SALUD 2025

En concordancia con los lineamientos del Ministerio de Salud (MINSAL) entregados en el documento de Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2025, con los del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) presentados en el Consejo Integrado de la Red Asistencial (CIRA) en septiembre de 2024 y de acuerdo a los del Área de Salud de la Corporación Municipal de Educación, Salud y Atención de Menores de Puente Alto, en este capítulo se presentan las **bases y enfoques para elaborar y ejecutar el Plan de Salud 2025**. Cada uno de estos conceptos será desarrollado a lo largo del presente documento.

### 1. HUMANIZACIÓN

Humanización se puede entender como “la forma de cuidar y curar al paciente como persona, con base en la evidencia científica, incorporando la dimensión de la dignidad y la humanidad del paciente, estableciendo una atención basada en la confianza y empatía, y contribuyendo a su bienestar y a los mejores resultados posibles en salud” (Jovell, 1999). “Este cambio de paradigma obliga a considerar el nuevo concepto de “experiencia del paciente”, que trasciende de la mera satisfacción, y que puede entenderse como la suma de las interacciones que se producen en una organización y que influyen en la percepción del paciente durante el continuo de sus cuidados” (Velasco y Heras De La Calle, 2017). Este concepto fue desarrollado en el capítulo anterior.

Para el año 2025 este es uno de los lineamientos principales y eje central del trabajo del Área de Salud de Puente Alto.

### 2. CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Este es un enfoque transversal a considerar en el momento de la planificación y programación de las actividades de la red asistencial. Ambos conceptos son un deber ético (“primero no dañar”) y también un derecho garantizado por ley. La calidad y seguridad de la atención se relaciona a las Garantías Explícitas en Salud (GES), a la ley de derechos y deberes de las personas, a las normas técnicas básicas (NTB), eventos adversos, infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) y a la acreditación de prestadores institucionales de salud, entre otros.

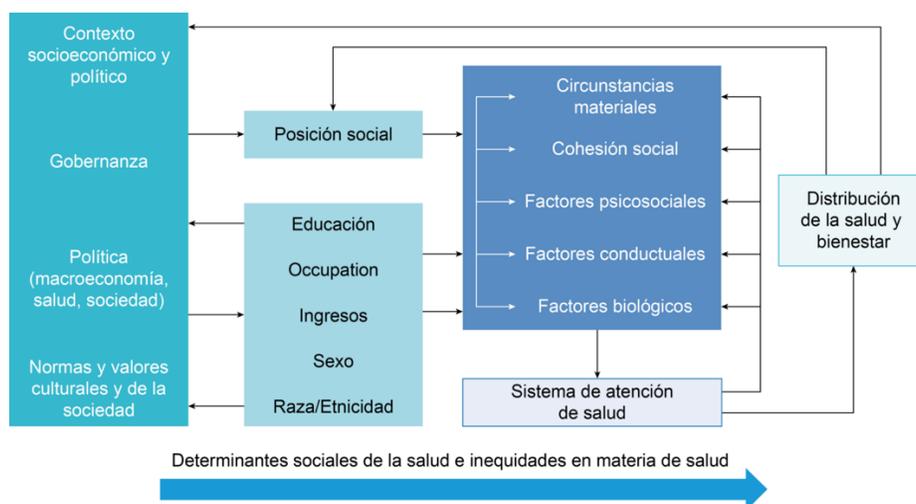
La calidad y seguridad también es uno de los ejes principales de los lineamientos estratégicos del Área de Salud para el año 2025.

### 3. DEBERES Y DERECHOS DEL PACIENTE / ATENCIÓN PREFERENTE

La Ley N° 20.584 que regular los deberes y derechos que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud fue promulgada el año 2012. Entre sus derechos, se encuentra la atención preferente: “Las personas mayores de 60 años y las personas con discapacidad, así como los cuidadores o cuidadoras, tendrán derecho a ser atendidos preferente y oportunamente por cualquier prestador de acciones de salud, con el fin de facilitar su acceso a dichas acciones, sin perjuicio de la priorización que corresponda aplicar según la condición de salud de emergencia o urgencia de los pacientes, de acuerdo al protocolo respectivo”.

### 4. ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD (DSS) / EQUIDAD EN SALUD

Los determinantes sociales de salud (DSS) se entienden como las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud. Incluyen las características del contexto social que influyen directamente en la salud y también las vías o mecanismos por los cuales las condiciones sociales se expresan en efectos en la salud. Su intervención reduciría inequidades en el ámbito de salud.



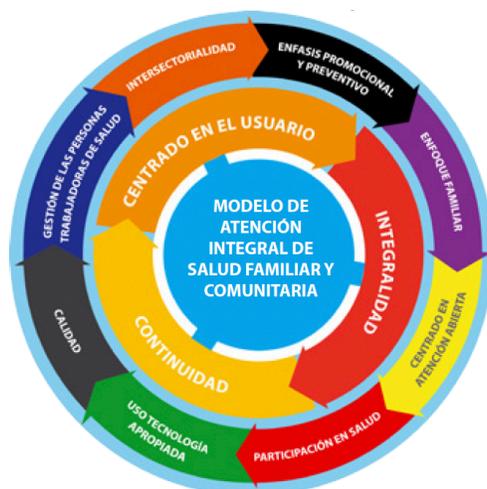
Modelo de determinantes sociales de la salud. Fuente OPS/OMS, 2013.

### 5. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO (MAIS)

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) se define “para un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la

población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer - incluido el intersector - y la existencia de sistemas de salud indígena". Para orientar el trabajo de los equipos se relevan los 3 principios irrenunciables en la Atención Primaria de Salud (APS) que son los siguientes:

- Centrado en las personas.
- Integralidad.
- Continuidad del cuidado.



*Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Fuente: MINSAL 2013.*

## 6. REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS)

Con el objetivo de disminuir la fragmentación se impulsa la estrategia de Redes integradas de Servicios de Salud (RISS) que se define por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como “una red de organizaciones que presta o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuenta de sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”. La base de esta estrategia está puesta en la APS pero se requiere de una mirada integrada de todos los recursos disponibles en la red para su desarrollo.

## 7. ESTRATEGIA DE CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LAS PERSONAS (ECICEP)

Esta estrategia complementa y materializa la obtención de los principios irrenunciables del MAIS. La ECICEP brinda un marco de acción y condiciones para que las personas cuenten con cuidados integrales, integrados, continuos y centrados en ellas, garantizando la calidad de la atención y la eficiencia. La relación entre el equipo de salud y la persona tiene valor propio que antecede al contenido de la atención abordando sus necesidades de salud de forma integral donde la persona toma decisiones informadas sobre su salud. Asimismo, requiere centrarse en los recursos que las personas, familias y comunidades disponen a fin de disminuir la sensación de inevitabilidad de las deficiencias y mejorar las competencias

de las personas a través del apoyo en el automanejo. Las bases de la ECICEP son la estratificación de la población y el proceso de atención centrado en la persona.

Dentro de los servicios que otorga la ECICEP se encuentra atender a las personas con multimorbilidad de la manera más adecuada, asegurando la coordinación. Esto incluye a las personas con condiciones cardiovasculares, la cual es una línea temática priorizada desde el SSMSO para el año 2025.

## 8. ENFOQUE DE CURSO DE VIDA

El enfoque de curso de vida considera la salud como un continuo integrado y dinámico en que existe un efecto acumulado de los determinantes sociales, siendo clave la implementación temprana de acciones de promoción y prevención en salud, para asegurar beneficios en etapas avanzadas de la vida. Este año se priorizarán estrategias / atenciones.

## 9. ENFOQUE DE GÉNERO

Según la OPS, la equidad de género en salud significa la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres. Es decir, que mujeres, hombres y personas de la diversidad sexual, tengan las mismas oportunidades de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten estar en buena salud, sin enfermar, adquirir una discapacidad o morir por causas que son injustas y evitables.

El objetivo de la incorporación del enfoque de género en la salud es reducir o eliminar las inequidades y discriminaciones que nacen de la cultura y que provocan consecuencias negativas en la salud de las personas.

## 10. ENFOQUE INTERCULTURAL

Esta dimensión incluye la mirada de los pueblos originarios. La pertinencia cultural es el modo en que el sistema de salud ha definido la operacionalización de la interculturalidad, la que exige permanentemente al sistema de salud y a quienes lo componen hacer adecuaciones de sus propias prácticas y de su cultura organizacional para hacerlo más accesible y aceptable para esta población. La Ley N° 20.584, entrega responsabilidad institucional al sector salud para que adopte las medidas necesarias para la aplicación de un modelo de salud intercultural validados antes las comunidades indígenas, resguardando el pleno y efectivo derecho de los pueblos indígenas a través de sus propias instituciones representativas.

También, incluye a la población migrante que corresponde a un determinante social de salud. Hay un marco normativo nacional que regula a las personas migrantes.

## 11. ENFOQUE DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA

La participación social en salud es un derecho humano, intrínseco a la dignidad de las personas y, a la vez, es una estrategia de habilitación de las personas y colectivos para poder decidir a nivel individual, familiar y comunitario, en las temáticas sociosanitarias que les afectan en sus territorios generando mecanismos e instancias de carácter participativo e inclusivo para el intercambio de información, análisis de la situación de salud y enfermedad local y la generación conjunta de soluciones, y, en síntesis, para incidir en las políticas, planes, programas y acciones del sector salud. Debe apuntar a que el sistema público de salud transite desde un modelo paternalista centrado en el acceso a la oferta de servicios y a la entrega de información, a uno consultivo-incidente que considera las demandas, expectativas y propuestas de los individuos y sus organizaciones.

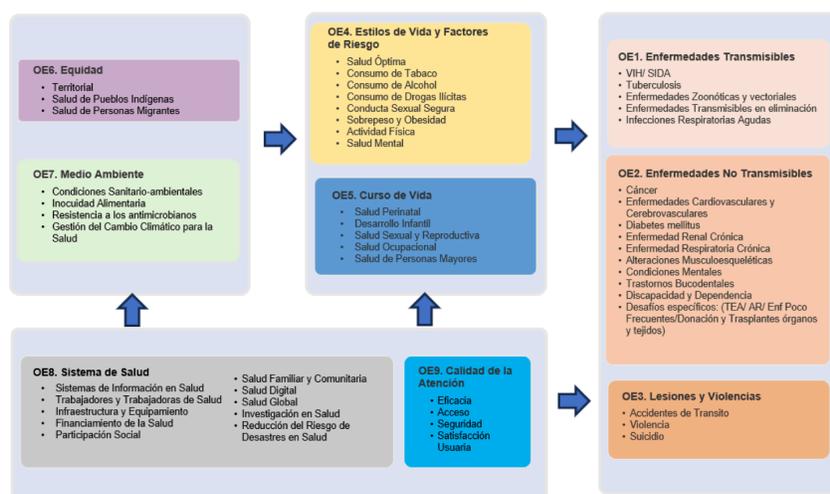
En este enfoque se incluyen los diagnósticos participativos comunales.

## 12. ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD 2021 – 2030

En este instrumento se exponen los principales desafíos sanitarios y se establecen las acciones y abordajes para enfrentar los objetivos sanitarios propuestos para la década 2021 – 2030. Los objetivos sanitarios para este período de tiempo corresponden a:

- Mejorar la salud y bienestar de la población.
- Disminuir las inequidades.
- Asegurar la calidad de la atención en salud.

Esta estrategia considera 9 objetivos estratégicos como principales áreas de intervención para alcanzar estos 3 objetivos sanitarios.



Objetivos Estratégicos y temas priorizados al 2030. Fuente: MINSAL, 2024.

### 13. PROMOCIÓN DE AMBIENTES LABORALES SALUDABLES, BIENESTAR Y SALUD MENTAL DEL PERSONAL DE APS

La promoción de ambientes laborales saludables y el cuidado de la salud mental de los equipos de atención primaria son aspectos fundamentales para el éxito del MAIS. La estrategia Saludablemente del personal de salud busca promover un compromiso organizacional para desarrollar ambientes laborales saludables, que trasciendan la prevención de riesgos y aborde de manera integral el bienestar mental y social del personal de salud.

### 14. SEGURIDAD DEL PERSONAL DE SALUD

Desde el Área de Salud de la Corporación Municipal de Puente Alto para el año 2025 se seguirán promoviendo y priorizando acciones y coordinaciones para mejorar la seguridad del personal de salud, incluyendo la reformulación y elaboración de protocolos.

### 15. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

La vigilancia epidemiológica es una función esencial de la Salud Pública, regulada en Chile mediante el Decreto Supremo N° 7/2019 del MINSAL. Este reglamento establece la responsabilidad de notificar enfermedades transmisibles de declaración obligatoria al médico y al director del establecimiento de salud, quien debe nombrar a un delegado de Epidemiología. Este delegado actúa como nexo entre el establecimiento de APS y la Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud.

### 16. TELESALUD

Telesalud se desarrolla como un proceso clínico que se convierte en una estrategia que permite disminuir brechas de atención y cuidados para las personas y que apunta a mejorar el acceso y oportunidad a prestaciones de salud. También, permite a los equipos locales desarrollar nuevas habilidades, mejorar la capacidad de trabajo colectiva y adoptar tecnologías de la información como herramientas que permitan realizar gestión asincrónica de la demanda de la población beneficiaria en la APS de Puente Alto, priorizando las necesidades de salud de los usuarios bajo criterios clínicos.

### 17. OTRAS TEMÁTICAS PRIORIZADAS

- Sistema de referencia y contrarreferencia / Capacidad de resolución y coordinación en red (SSMSO), en el ámbito de articulación y continuidad de la atención.
- Red oncológica (SSMSO), fortaleciéndola y mejorando el tamizaje.
- Salud mental (SSMSO), fortaleciéndola desde la mirada de la red de salud.
- Enfoque de salud en todas las políticas (MINSAL).
- Enfoque de interseccionalidad (MINSAL).

# DIAGNÓSTICO COMUNAL DE SALUD INTEGRADO

## 1. SITUACIÓN TERRITORIAL

La comuna de Puente Alto es una de las 52 comunas que conforman la Región Metropolitana de Santiago, localizándose en el extremo sur-oriente de esta región. Administrativamente forma parte de la Provincia de Cordillera (de la que es capital), junto a las comunas de San José de Maipo y Pirque. Limita por el norte con la comuna de La Florida, al este con la comuna de San José de Maipo, al sur con la comuna de Pirque y al oeste con las comunas de La Pintana y San Bernardo. Puente Alto tiene una superficie total de 88,0 km<sup>2</sup>, que representan el 0,57% del territorio regional y 1,59% el de la superficie de la Provincia de Cordillera. La densidad poblacional de esta comuna es de 6455,8 hab/km<sup>2</sup>.  
Fuente: Informe Final Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO) 2023 – 2028 Puente Alto.

## 2. ANÁLISIS DEMOGRÁFICO



Según datos del último censo vigente del año 2017 publicados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) de Chile, Puente Alto presentaba una población de 568.106 habitantes, correspondiendo a la comuna con más personas del país.

Para el año 2025, las proyecciones de población de Puente Alto ascienden a 671.142 habitantes, aumentando un 0,48% desde la estimación al año 2024, distribuyéndose en:

- Hombres: 330.860 habitantes (49,3%).
- Mujeres: 340.282 habitantes (50,7%).

Índice de masculinidad de Puente Alto, Región Metropolitana y Chile. Proyección INE 2025			
Índice de masculinidad (hombres por 100 mujeres)	Puente Alto	Región Metropolitana	Chile
	97,2	98,1	97,4

El índice de masculinidad calculado para Puente Alto en la proyección 2025 es levemente menor al del país y de la región Metropolitana, siguiendo la tendencia de que hay más mujeres que hombres en la comuna.

En relación a la variación del crecimiento de población 2024-2025, para la proyección del año 2025, Puente Alto presenta un ascenso de 0,48%, lo que es menor a la Región Metropolitana y a Chile correspondientes ambas a un incremento de 0,6%.

Al distribuirse por rango etario, la mayor cantidad de habitantes, para ambos sexos, se encuentra entre 35 – 39 años lo que corresponde al 8,36% (56.126 personas). La población adulta mayor de 65 años corresponde a un 9,43% (63.283 personas).

Población de adultos mayores de 65 años en porcentaje de Puente Alto, Región Metropolitana y Chile. Proyección INE 2025			
Adultos mayores de 65 años	Puente Alto	Región Metropolitana	Chile
	9,43%	12,9%	15,99%

Índice de envejecimiento de Puente Alto, Región Metropolitana y Chile. Proyección INE 2025			
Índice de envejecimiento (por 100)	Puente Alto	Región Metropolitana	Chile
	46,47	71,8	78,4

Al comparar la población adulta mayor de 65 años y más de Puente Alto con la de la Región Metropolitana y la de Chile, se observa que es menor lo que se condice con la distribución poblacional en forma de campana y lo que implica que la comuna aún tiene más población joven que envejecida.

En relación a la variación de población 2024-2025 por rango etario, el mayor aumento se observa entre los 75-79 años (5,06%), seguidos de 70-74 años (4,63%) y de 80 y más años (3,71%), lo que significa que la población de Puente Alto será cada año más envejecida y que implica que eventualmente se requerirían más recursos de salud considerando este escenario.

A su vez, la variación de población 2024-2025 de algunos rangos etarios de Puente Alto disminuyó, siendo en orden decreciente: 25-29 años (-3,94%), 20-24 años (-2,59%), 30-34 años (-1,8%) y 5-9 años (-1,11%).

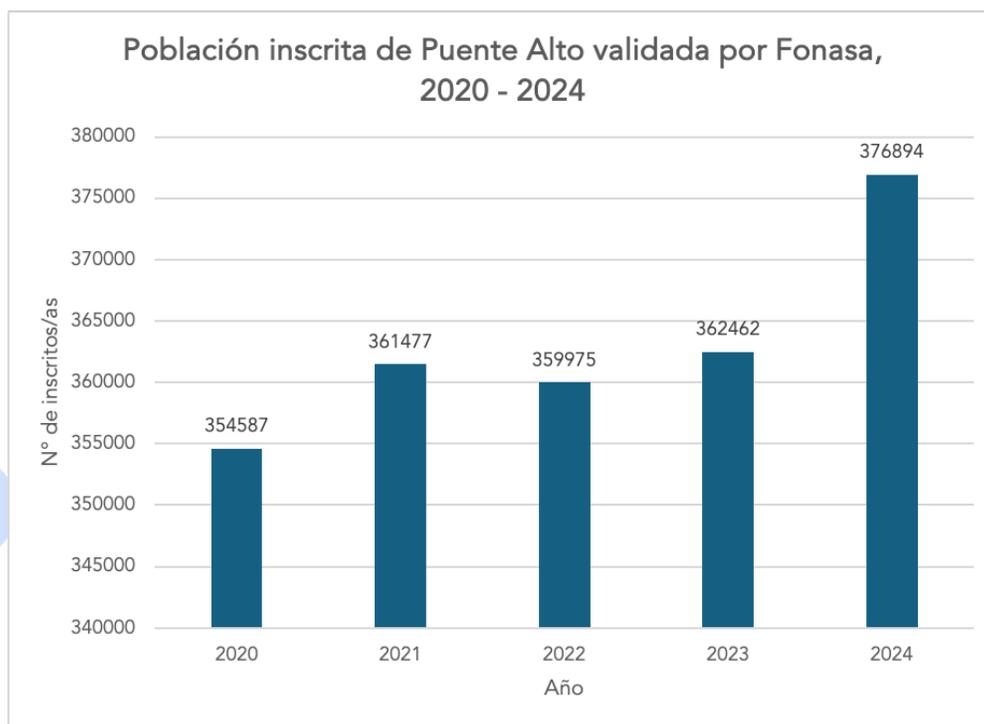
Relación de dependencia demográfica total de Puente Alto, Región Metropolitana y Chile. Proyección INE 2025			
Relación de dependencia demográfica total (por 100)	Puente Alto	Región Metropolitana	Chile
	42,28	44,7	47,9

La relación de dependencia demográfica total es un indicador de potencial dependencia económica que mide la población en edades teóricamente inactivas en relación a la población en edades teóricamente activas, independientemente de su situación en la fuerza de trabajo. En el gráfico anterior se observa que este indicador es menor para Puente Alto al compararlo con la Región Metropolitana y el país, lo que se sigue traduciendo en una población más juvenil aún y de menor potencial dependencia económica.

La distribución de la población en la comuna de Puente Alto, según área urbana-rural, muestra que sus habitantes residen principalmente en áreas urbanas. Para el año 2025 según los datos proyectados del INE sólo 11 personas viven en zonas rurales, por lo que estas representan un porcentaje muy reducido respecto al total poblacional (0,002%).

### POBLACIÓN INSCRITA EN LOS CENTROS DE SALUD CORPORATIVOS

Los siguientes datos corresponden específicamente a los del Área de Salud de la Corporación Municipal de Educación, Salud y Atención de Menores de Puente Alto. Este análisis se realizará con la población inscrita validada por Fonasa del año 2024.



La población inscrita validada por Fonasa para el año 2024 corresponde a 376.894 usuarios/as. Este número corresponde a un aumento de un 3,98% (14.432 personas) en relación con el 2023, siendo el mayor alza de los últimos 5 años y consolida a Puente Alto como la comuna que posee la mayor cifra de inscritos/as en el país. Este número es el mayor alcanzado desde que se tiene registro.

Variación 2023-2024 de la población inscrita validada por Fonasa de los Centros de Salud corporativos de Puente Alto			
Centro de Salud	N° inscritos/as 2023	N° inscritos/as 2024	Variación 2023-2024
CES Alejandro del Río (AR)	86.737	87.234	+ 0,57%
CESFAM San Gerónimo (SG)	49.050	49.156	+ 0,22%
CESFAM Vista Hermosa (VH)	16.760	19.146	+ 14,24%
CESFAM Bernardo Leighton (BL)	43.658	45.528	+ 4,28%
CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez (CRSH)	33.819	34.999	+ 3,49%
CESFAM Padre Manuel Villaseca (PMV)	70.660	74.638	+ 5,63%
CESFAM Karol Wojtyla (KW)	31.362	32.944	+ 5,04%
CESFAM Laurita Vicuña (LV)	30.416	33.249	+ 9,31%
<b>Total</b>	<b>362.462</b>	<b>376.894</b>	<b>+ 3,98%</b>

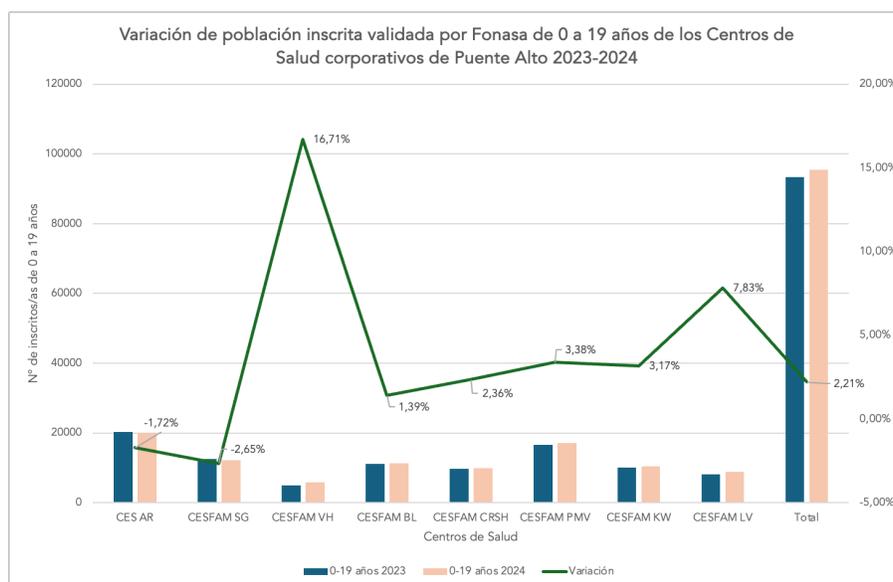
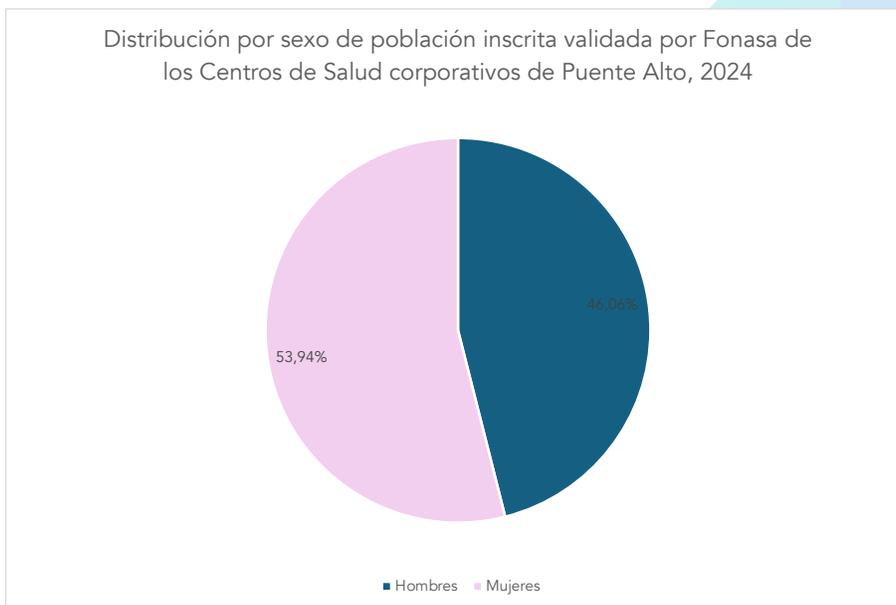
En relación a la variación 2023-2024 de la población inscrita en los Centros de Salud corporativos de Puente Alto, se observa un aumento en todos, siendo mayor en CESFAM Vista Hermosa (+ 14,24%), seguido de CESFAM Laurita Vicuña (+ 9,31%) y de CESFAM Padre Manuel Villaseca (+ 5,63%).

Al igual que en años anteriores, la tendencia de aumento de población en CESFAM Vista Hermosa ha sido mayor al compararla con otros Centros de Salud, llegando al año 2024 a un aumento del 14,24%. Este sector ha presentado importante crecimiento poblacional, siendo uno de los más activos del territorio en aspectos de construcción de nuevas viviendas. Además, cuenta con 9 asentamientos irregulares, incluyendo el campamento Millantú, que es reconocido como el más grande del país, por lo que su población suele ser de alto riesgo socio-sanitario.

Por otro lado, los Centros de Salud con menor aumento son CES Alejandro del Río (+ 0,57%) y CESFAM San Gerónimo (+ 0,22%), con una tendencia a que su población sea más estable en el tiempo.

Con respecto a la distribución por sexo, se mantiene la tendencia nacional, donde la mayoría de las personas inscritas en los Centros de Salud corporativos son de sexo femenino.

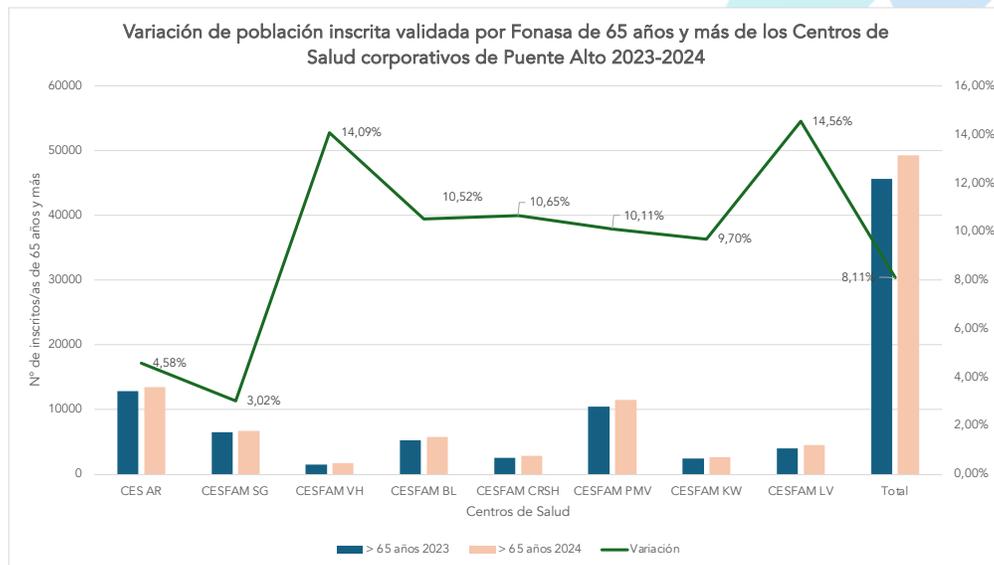
Las mujeres suelen buscar asistencia sanitaria con mayor frecuencia, asistiendo de forma sostenida a sus controles de salud, y preocupándose de estos parámetros en el resto del grupo familiar.



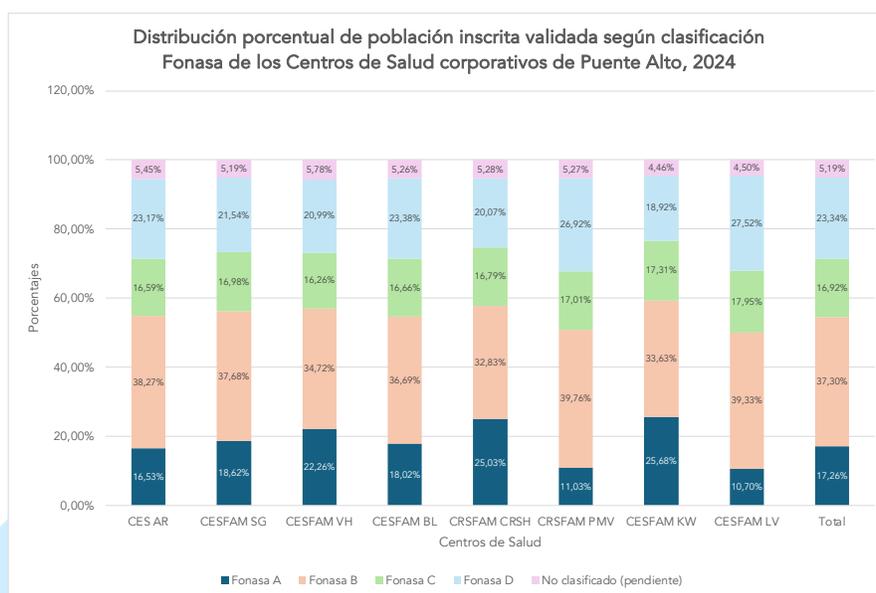
Entre los años 2023 y 2024, también se observaron variaciones relevantes entre los Establecimientos de Salud para los grupos poblacionales prioritarios, como son los niños, niñas y adolescentes (NNA) y personas mayores, tendencia que se ha ido observando en los últimos años, y que ganó aún más relevancia durante la pandemia por COVID-19.

Similar al año anterior, en el 2024 se observa aún una tendencia a la estabilización en la disminución de la población comunal de NNA, ya que la mayoría tuvo variaciones menores

al 4%, sin embargo, se mantiene la tendencia del CESFAM Vista Hermosa de aumentar, siendo marcada por un 16,71% principalmente impulsado por las nuevas familias que han llegado a la zona y los asentamientos presentes en su territorio y, a diferencia del año 2023, el CESFAM Laurita Vicuña también tuvo un aumento de 7,83%.



En los adultos mayores de 65 años y más, todos los Centros de Salud corporativos de Puente Alto tuvieron un aumento en este grupo poblacional. Al respecto, el CESFAM Laurita Vicuña presentó un 14,56% de aumento, demostrando esta mayor tendencia respecto a otros Centros de Salud, que evidencia el cambio sociodemográfico de la zona en donde se encuentra ubicado, con una mayor cantidad de personas mayores y usuarios con patologías crónicas. Esto también ocurre para el CESFAM Vista Hermosa con un aumento de 14,09%.



En relación a la distribución porcentual de la clasificación por Fonasa en los Centros de Salud corporativos, se observa que en todos la mayoría de las personas son Fonasa B (globalmente 37,3%), seguidas de Fonasa D (globalmente 23,34%), exceptuando el CESFAM Vista Hermosa, el CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez y el CESFAM Karol Wojtyla, en donde secunda la clasificación de Fonasa A, respectivamente 22,26%, 25,03% y 25,68%. Esto se podría explicar por la condición socioeconómica de la población de los sectores de Bajos de Mena y del sector de Casas Viejas y campamentos.

Al comparar con datos del año 2016, en 8 años todos los Centros de Salud han ido disminuyendo su población de inscritos validados por Fonasa en categorías A y B.

### 3. NATALIDAD

Los últimos datos vigentes del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del MINSAL en relación a tasa de natalidad están disponibles hasta el año 2021.

Tasa de natalidad (por 1.000 nacidos vivos) de Puente Alto, Región Metropolitana y Chile, 2019 – 2021. DEIS MINSAL.			
Lugar	2019	2020	2021
Puente Alto	10,37	9,1	7,74
Región Metropolitana	11,35	10,02	8,87
Chile	11,01	10,03	9,02

Para el año 2021, nuevamente Puente Alto presentó nuevamente tasas más bajas que el país y la Región Metropolitana, manteniendo la tendencia de los últimos años.

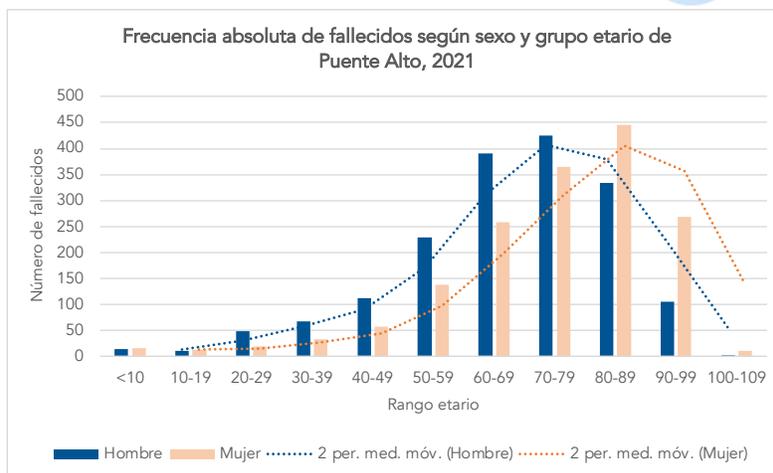
Esto implica que Puente Alto, teniendo el mayor número de habitantes del país, se encontrará en una situación más compleja desde el punto de las consecuencias del envejecimiento poblacional. Esto es especialmente preocupante en aspectos sanitarios, considerando que las personas mayores utilizan cerca de un 50% más recursos en salud que otras poblaciones, según estimaciones de la OMS.

### 4. MORTALIDAD

#### MORTALIDAD GENERAL

Tasa de mortalidad general por cada 1.000 habitantes según sexo de Puente Alto y Chile, 2021. INE.									
Lugar	Hombre	Pobl.	Tasa	Mujer	Pobl.	Tasa	Total	Pobl.	Tasa
Puente Alto	1.742	322.230	5,4	1.624	332.803	4,9	3.367	655.033	5,1
Chile	73.435	9.708.512	7,6	64.182	9.969.851	6,4	137.629	19.678.363	7,0

La tabla anterior demuestra que las tasas de mortalidad de Puente Alto tanto para hombres (5,4 por 1.000), mujeres (4,9 por 1.000) y en total (5,1 por 1.000) son menores que las del país. Esto podría deberse a que la población de la comuna es más joven que la nacional.



En relación a la frecuencia absoluta de fallecidos de Puente Alto, el mayor número de personas de sexo femenino se encuentra en el rango etario de 80 a 89 años, y los de sexo masculino, entre los 70 y 79 años. Al igual que años anteriores, se mantiene la tendencia de que los hombres fallecen a edades más tempranas que las mujeres.

### MORTALIDAD INFANTIL

Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos) de Puente Alto, Región Metropolitana y Chile, 2019 y 2020. DEIS MINSAL.		
Lugar	2019	2020
Puente Alto	6,7	4,3
Región Metropolitana	6	5,1
Chile	6,5	5,6

La tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año) continúa disminuyendo en Puente Alto, encontrándonos en 2020 con cifras mucho menores a las nacionales y de la región.

### MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna se define como "la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores al parto o la interrupción del embarazo, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su tratamiento, pero excluidas las muertes por causas incidentales o accidentales". Sin embargo, dado que es posible que una muerte materna por causas obstétricas ocurra después de 42 días, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en su décima versión incluyó la categoría de muerte materna tardía (muertes por causa obstétrica desde los 42 días y hasta un año).

Un estudio nacional de tipo ecológico de serie temporal "Tendencia y causas de la mortalidad materna en Chile de 1990 a 2018" de Marcela Flores y María Luisa Garmendia (Revista Médica de Chile, 2021), muestra que la tasa global del periodo fue de 23 por 100.000, que se considera baja, siendo la tasa más alta en las mujeres mayores de 34 años.

En los últimos años ha habido un aumento en la tendencia de la tasa de mortalidad materna, sobre todo en las muertes tardías.

Si bien estos datos son nacionales, no hay específicos para Puente Alto, por lo que se utilizan como base para hacer estimaciones o extrapolaciones para la comuna.

### MORTALIDAD ESPECÍFICA POR GRANDES CAUSAS



Al analizar la frecuencia absoluta de muerte por grandes causas de hombre de Puente Alto se observa que para el año 2021 (últimos datos actualizados) las 3 mayores en decreciente son: COVID-19, enfermedades del sistema circulatorio y, por último, tumores (neoplasias).



A diferencia del grupo anterior, para el mismo año, en las mujeres puentealtinas las 3 mayores causas en orden decreciente son:

- Enfermedades del sistema circulatorio
- COVID-19
- Tumores neoplasias

Según datos del año 2019, en relación a las enfermedades del sistema circulatorio, se observa que en Puente Alto al comparar con los datos a nivel país, las mujeres fallecen más por enfermedad hipertensiva, pero es menor para enfermedad isquémica del corazón y para enfermedad cerebrovascular.

Por último, específicamente para neoplasias (tumores), para el año 2019, al comparar Puente Alto con datos del país, las tasas de mortalidad específica ajustadas son mayores para la comuna en cáncer de mama, de pulmón, de colon, gástrico, de vesícula biliar y de ovario, en cambio, son menores para cáncer de páncreas y cervicouterino.

## 5. TABAQUISMO

El tabaquismo es otra de las morbilidades asociadas fuertemente a las principales causas de muerte. En la encuesta de consumo de tabaco y comercio ilícito de Chile del año 2023, publicada en febrero de 2024, del Centro UC Medición – MIDE, que se realizó a lo largo del país a personas de 18 a 64 años, parte de la muestra incluye al Gran Santiago, donde previamente se ha incluido a Puente Alto, por lo que sería posible generalizar para la comuna estos datos.

Promedio de número de cigarrillos consumidos diariamente en fumadores de lícitos e ilícitos 2019 a 2023				
Año	2019	2021	2022	2023
Fumadores diarios	7,6	8,9	8,3	9,1
Fumadores de cigarrillos lícitos	7,1	8,4	7,4	8,7
Fumadores de cigarrillos ilícitos	9,6	11,2	10,5	9,5

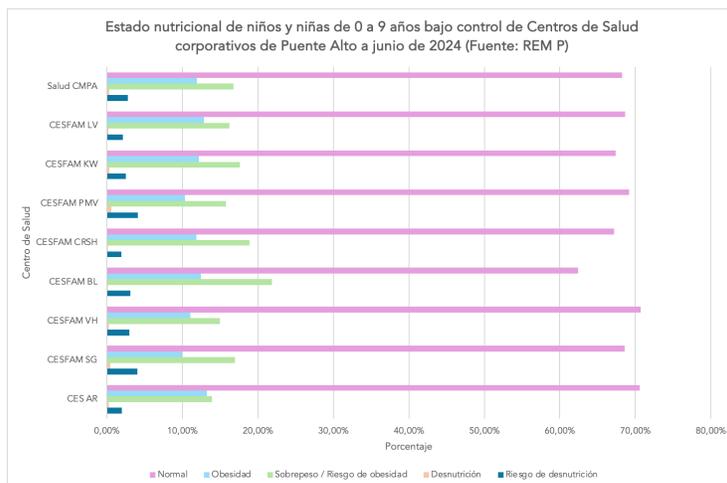
El promedio de cigarrillos consumidos diariamente para la población fumadora es de 9,1 cigarrillos, siendo mayor que los años anteriores. Se ha mantenido la tendencia de que el consumo promedio diario de cigarrillos ilícitos es mayor (9,5 para el 2023) que el de lícitos (8,7 para 2023).

En relación al nivel socioeconómico se observa que en niveles más altos hubo un aumento significativo del consumo diario promedio de cigarrillos ilícitos entre el 2022 al 2023 (3,8 a 8,3), pero sigue siendo más bajo que los niveles bajos y bajos-medios (10,4 y 8,6, respectivamente).

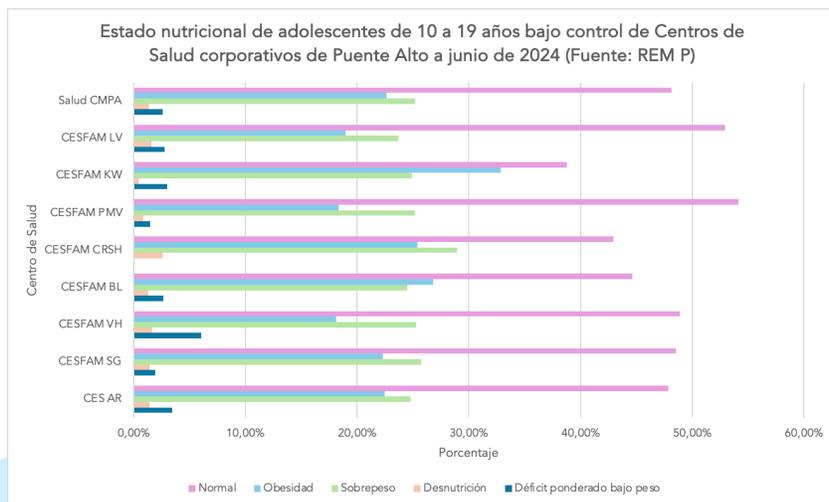
Por último, como antecedente, considerando la misma encuesta en el período 2019 – 2022, en la población de 18 a 64 años ha disminuido la cantidad de fumadores diarios de un 40,8% a un 33%.

## 6. MALNUTRICIÓN

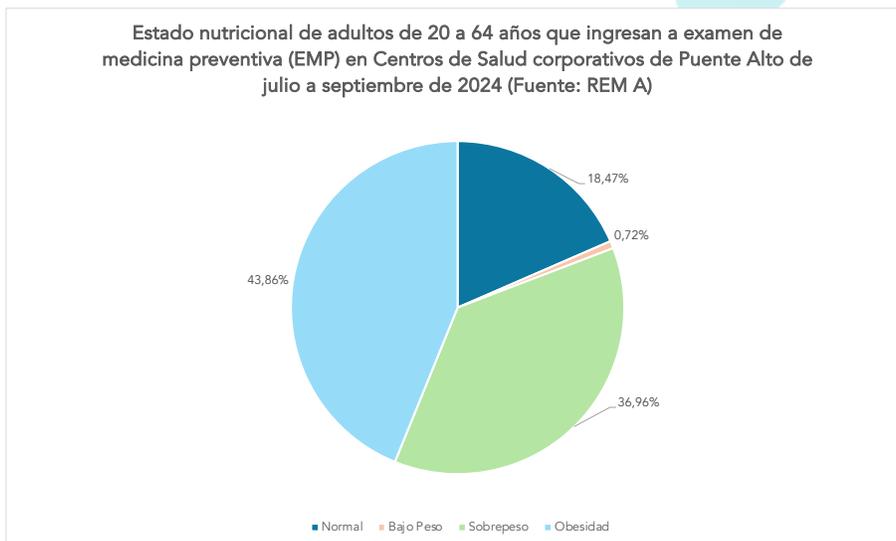
A lo largo del ciclo vital, la malnutrición tanto por exceso principalmente y por déficit es un factor de riesgo presente en la población y que conllevan consecuencias negativas para la salud de la población. A continuación se presentarán datos diferencias por grupo bajo control en los Centros de Salud corporativos de Puente Alto.



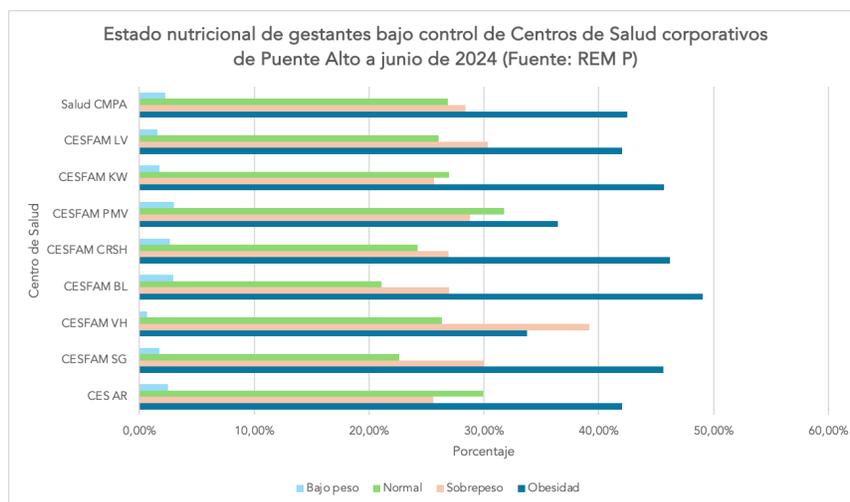
Los niños y niñas de 0 a 9 años bajo control presentan un predominio de aproximadamente del 70% de diagnóstico nutricional normal (eutróficos/as), seguido de sobrepeso y de obesidad. Tener en predominio el estado normal podría ser un factor protector a largo plazo, pero se ha visto que esta tendencia lamentablemente cambia con el tiempo.



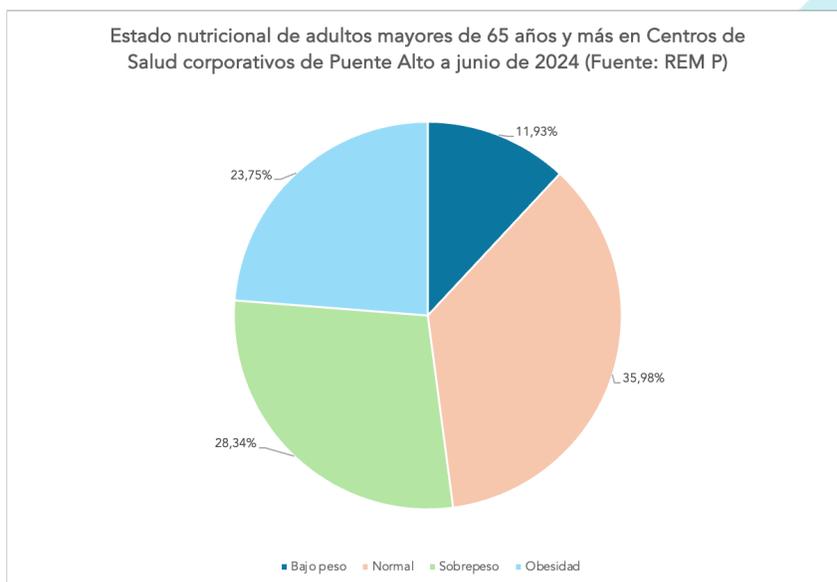
En los adolescentes de 10 a 19 años bajo control se observa que el diagnóstico nutricional predominante es normal (eutrófico/a), seguido de sobrepeso en todos los Centros de Salud, exceptuando a CESFAM Karol Wojtyla donde secunda la obesidad. Sin embargo, es similar el porcentaje entre normalidad y malnutrición por exceso, que incluye al sobrepeso y a la obesidad.



En los adultos de 20 a 64 años la tendencia de los grupos de menor edad cambia y predomina la obesidad (43,86%) seguida del sobrepeso (36,96%), correspondiendo la malnutrición por exceso a un 80% aproximadamente, estando la normalidad presenta sólo en un 18,47%.



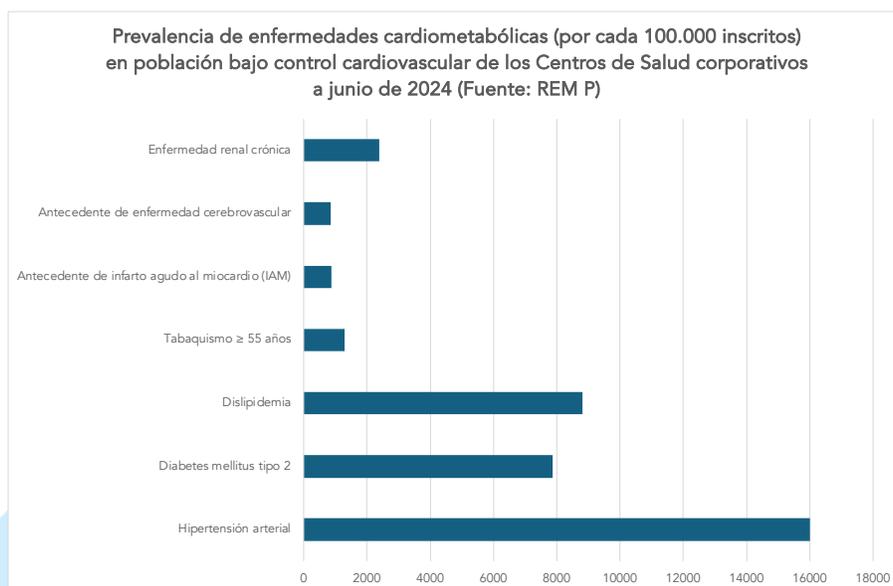
Las mujeres embarazadas, en todos los Centros de Salud tienen un predominio de obesidad, exceptuando al CESFAM Vista Hermosa donde destaca el sobrepeso. De todas formas, aproximadamente el 70% de las mujeres gestantes tiene condición de malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad).



Por último, en el grupo de adultos mayores hay una tendencia hacia la normalización del estado nutricional (35,98%), predominando aún la malnutrición por exceso (52,09%) pero en menor medida. Lamentablemente en este grupo aumenta también el bajo peso (11,93%) que es un factor de riesgo para desarrollar fragilidad y en consecuencia dependencia.

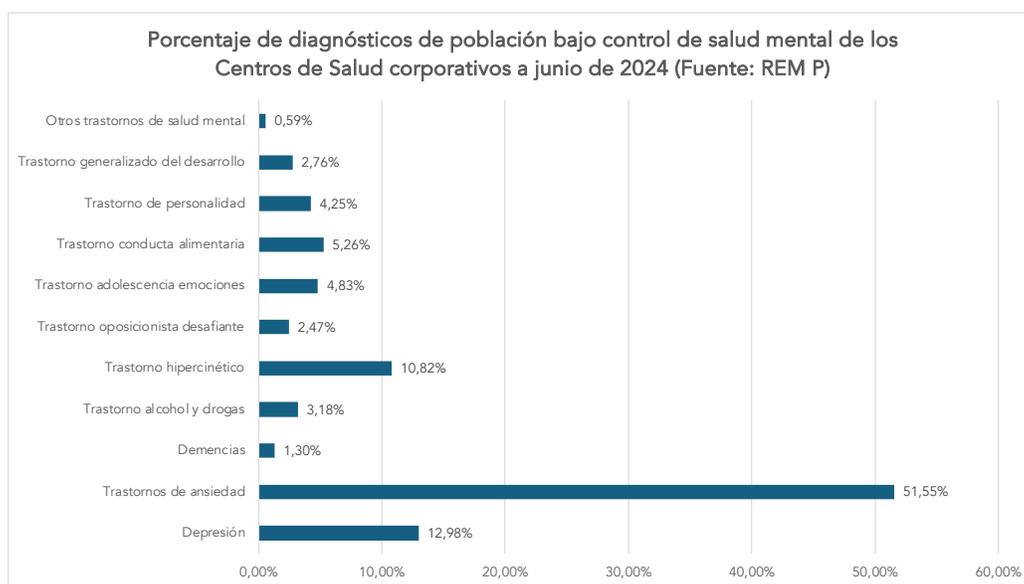
## 7. PATOLOGÍAS CARDIOMETABÓLICAS

Dentro de las patologías de mayor relevancia epidemiológica, se encuentran aquellas de causa cardiovascular como la hipertensión arterial, y metabólicas, como la diabetes tipo 2 y la dislipidemia.



En el gráfico se observa que a junio de 2024, la población bajo control cardiovascular presenta principalmente hipertensión arterial (HTA) en aproximadamente 16.000 por cada 100.000 inscritos, seguida de la dislipidemia (DLP) y de la diabetes mellitus tipos 2 (DM2), enfermedades que son factores de riesgo de complicaciones como enfermedad renal crónica (ERC), presente en aproximadamente 2.000 por cada 100.000 inscritos, el accidente cerebrovascular (ACV) y el infarto agudo al miocardio (IAM) y, otras no presentadas en el gráfico, como retinopatía diabética, amputación por diabetes, insuficiencia cardíaca, etc.

## 8. TRASTORNOS DE SALUD MENTAL



A junio de 2024, la población bajo control del programa de salud mental, se atiende principalmente bajo los diagnósticos de trastorno de ansiedad (51,55%), de depresión (12,98%) y de trastorno hipercinético (10,82%). Esto significa que los esfuerzos del abordaje tanto farmacológico como no farmacológicos deben ir enfocados principalmente a estas condiciones y, también, a su prevención desde la APS.

## 9. CARGA DE ENFERMEDAD

Según los últimos datos publicados por el DEIS al año 2020, la tasa de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) de la comuna de Puente Alto, en comparación a la Región Metropolitana y Chile, es:

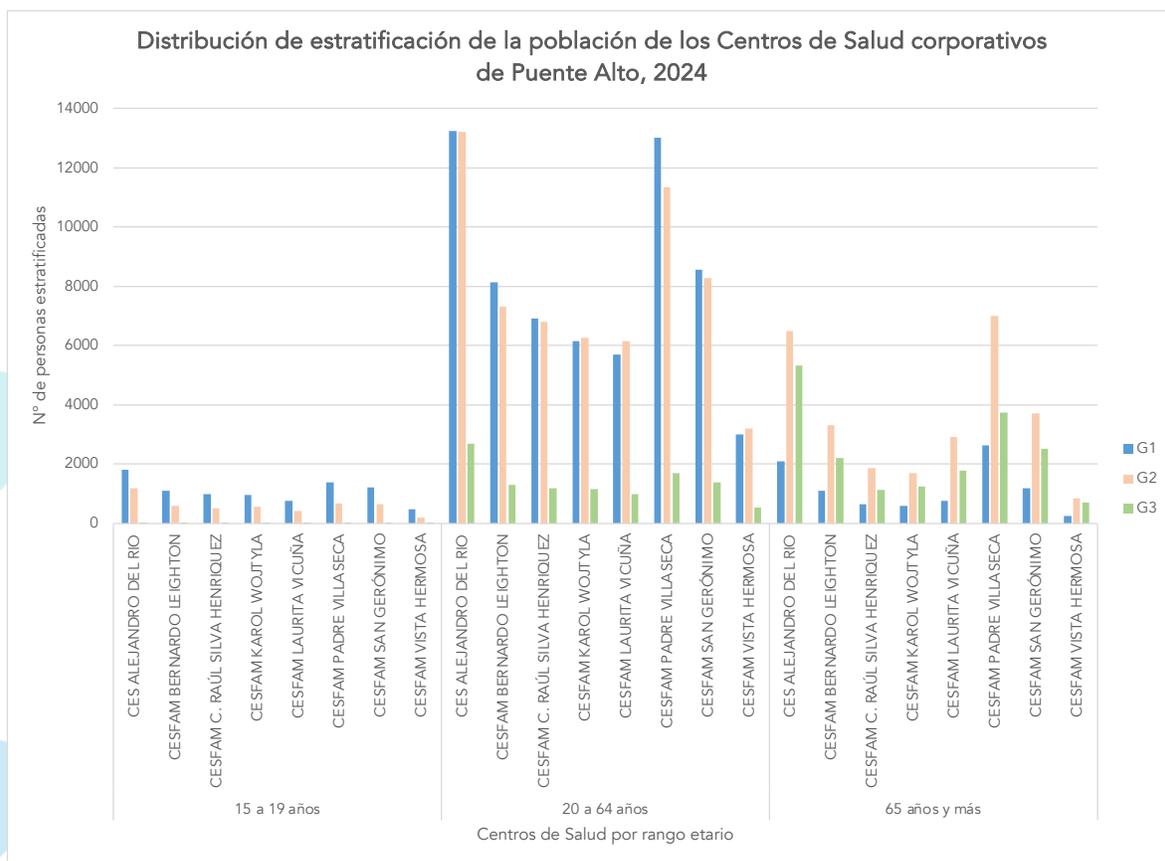
Comparación de Tasa de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) por 1.000 habitantes en Puente Alto, Región Metropolitana y Chile, DEIS, 2020

Lugar	AVPP
Puente Alto	65
Región Metropolitana	69,4
Chile	71,7

El indicador de AVPP refleja la pérdida que sufre la sociedad, como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros (DEIS, MINSAL).

Analizando la tabla anterior, se observa que en la comuna de Puente Alto es menor la tasa general en comparación a la región y el país. Esto podría ir en estrecha relación con la mayor cantidad de población más joven en la comuna.

Al analizar datos de los últimos 3 años publicados, para la comuna de Puente Alto se ha notado un aumento en el tiempo de los AVPP (por cada 1.000 habitantes): 57,1 (2018), 60,6 (2019) y 65 (2020).



Por último, en relación a la estratificación de la población de los Centros de Salud, en su mayoría se encuentran categorizados como G0 (sin enfermedad o sin estratificación), dato que no se muestra en el gráfico anterior pero que era relevante recalcar. Se observa que la población adulta mayor de 65 años y más es quien posee la mayor proporción de personas en G3 (alto riesgo), correspondiendo a un 31,45%, al compararla con otros rangos etarios estratificados, requiriendo más recursos de salud, incluyendo acompañamiento, gestión de casas y co-manejo con el nivel secundario. Este mismo grupo tiene menor cantidad proporcional de pacientes categorizados como G1 (riesgo leve). En el rango de 15 a 19 años predomina el riesgo leve (G1) en todos los Centros de Salud, enfocándose

principalmente en el apoyo al automanejo de sus enfermedades crónicas. Por último, el grueso de la población estratificada se encuentra en el rango etario de 20 a 64 años, correspondiendo a 138.300 pacientes, predominando el riesgo leve (G1) en 46,82% y el riesgo moderado (G2) en 45,26%.

## 10. DISCAPACIDAD

Según datos del PLADECOC 2023-2028 de Puente Alto, en cuanto a discapacidad, los antecedentes recopilados a través del sistema de Registro Social de Hogares (RSH) permiten observar que de 8.281 personas inscritas que se encuentran en el Registro Nacional de Discapacidad (RND), un 70,8% se encuentra en el tramo de mayor vulnerabilidad social.

Personas presentes en el RSH certificados y calificados con algún grado de discapacidad, según sexo, Puente Alto, 2020. Fuente: Elaboración propia del PLADECOC 2023-2028						
Personas con algún grado de discapacidad	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje
Total de personas en el RND	4.246	51,3%	4.035	48,7%	8.281	100%
Tramo 0-40%	2.908	68,5%	2.952	73,2%	5.860	70,8%

## 11. INDICADORES DE ENCUESTA DE BIENESTAR SOCIAL

En el informe de “Principales resultados de la Primera Medición del Bienestar Social en Chile” de octubre de 2021 de la Encuesta de Bienestar Social se presentan varios indicadores, pero en este documento sólo se mencionarán algunos resultados. **Estos no son específicos de Puente Alto, sino que a nivel nacional.** Los indicadores influyen principalmente en la calidad de vida de las personas:

- **Cohesión social:** en Chile, en promedio las personas tienen 3 amistades cercanas, cifra que aumenta con el nivel de ingresos. Por otro lado, 4 de cada 10 personas confían poco o nada en las personas. Esta falta de confianza está fuertemente estratificada, pues la mitad de las personas que viven en pobreza confía poco o nada en otros. En el caso de los hombres, el principal espacio de maltrato es el trabajo, mientras que para las mujeres son el trabajo y la familia. En los adultos mayores sucede algo similar, siendo el principal lugar de maltrato nuevamente el trabajo y su familia. Las personas reportan como principales factores la clase social, el sexo y la edad. el 26,5% de la población está insatisfecha con su vida social, siendo esta insatisfacción mayor en mujeres, en personas con discapacidad, e inmigrantes, sin existir tendencias claras por nivel de ingresos. La insatisfacción también es más frecuente entre aquellas personas que experimentaron situaciones de maltrato. La existencia de redes sociales débiles y estratificadas, una baja confianza interpersonal y hacia las instituciones, bajos niveles de participación y un trato poco respetuoso en la vida cotidiana, especialmente en la calle, en el trabajo y en la familia, no contribuyen a generar buenas condiciones para establecer una buena cohesión social.

- **Medioambiente:** un 16,2% de la población califica la calidad del medio ambiente como deficiente, es decir, como “malo” o “pésimo”. Respecto de la evaluación del aire y el agua, ésta también tiene un marcado carácter territorial, presentándose los peores niveles de calidad en las zonas urbanas respecto de las rurales. A nivel regional, más de tres de cada diez personas evalúan como deficiente la calidad del aire en las regiones de Antofagasta, Atacama, Metropolitana y Aysén. Ruidos molestos (promedio nacional: 38,1%), en las regiones de Antofagasta y Metropolitana sobre el 45% de la población reporta este problema. Acumulación de basura (promedio nacional: 24,2%) en el 27,2% de la población de la región Metropolitana.
- **Seguridad social:** el 17,5% de la población ha sido víctima de algún delito, como robo o asalto al interior o fuera de su hogar, con un importante componente territorial: es mayor en zonas urbanas, y en la región Metropolitana. Además, son los inmigrantes los que más han sido víctima de este tipo de delitos. Otra situación que afecta la seguridad personas es el acoso callejero. El 12,8% de la población está siempre o frecuentemente preocupado por ser víctima de acoso callejero. En relación con la seguridad de su comuna o barrio, 5 de cada 10 personas se manifiestan insatisfechas. La situación que más se presenta en el entorno de la población es el consumo de drogas o de alcohol en la vía pública (35,1%), seguido por la venta o tráfico de drogas (19,1%), eventos vinculados que en suma afectan al 37% de la población. Las balaceras o disparos son presenciados siempre o frecuentemente por el 14% de la población, llegando a poco más de dos de cada diez personas en la región Metropolitana. Las personas que viven en pobreza y las personas con discapacidad nuevamente residen en un entorno más vulnerable, presenciando estas situaciones un 18,5% y 20,6% de ellos, respectivamente. Al igual que en los casos anteriores, existe un factor socioeconómico relacionado, disminuyendo la presencia de balaceras a medida que aumentan los ingresos. Más de la mitad de la población ha dejado de salir de noche o de llevar dinero en efectivo por temor a ser víctima de un delito.
- **Vivir en un entorno que limita realizar actividades cotidianas:** Respecto al entorno donde se emplazan las viviendas, la presencia de problemas como rayados o daños en casas y vehículos, consumo y venta de drogas, y las balaceras, peleas, robos o asaltos, tienen directa relación con el nivel de inseguridad que las personas perciben en éste. Así, mientras en general la vivienda se percibe como un espacio seguro, independiente de los problemas que pueda presentar e incluso para hogares que viven en pobreza, el espacio en que se emplaza es percibido por muchas personas como inseguro. Esto, pese a que un 93,2% de las personas que se siente insegura caminando por la calle, sea de día o de noche, nunca ha sido víctima de un delito dentro o fuera de su hogar. Pero, por otro lado, 37,5% de las personas que declaran inseguridad residen en un entorno en el cual se presencian los problemas mencionados anteriormente. La inseguridad personal percibida es más frecuente en las mujeres, independiente de su nivel socioeconómico. La presencia de problemas en el entorno tiene un carácter marcadamente territorial, estando presentes mayormente en las regiones

Metropolitana, Tarapacá, Antofagasta y Arica y Parinacota y siendo un fenómeno eminentemente urbano. Como consecuencia de la percepción de inseguridad, surgen temores que limitan la libertad de las personas para realizar distintas actividades, como salir de noche, llevar dinero en efectivo, permitir que los menores de edad del hogar salgan solos, usar el transporte público y caminar de día en su barrio. Estas consecuencias se presentan en mayor medida en las personas que habitan las regiones de Antofagasta, Atacama y Metropolitana.

## 12. ACCESO A ÁREAS VERDES

Según el Sistema de Indicadores y Estándares de Desarrollo Urbano (SIEDU), los últimos datos vigentes y publicados de acceso a áreas verdes son del año 2018. Representa la relación entre la superficie total de áreas verdes comunal (sumatoria de superficies de parques y plazas públicas) respecto de la población urbana comunal. Para Puente Alto el indicador es de 4,41, clasificándose como muy lejano a cumplir, encontrándose por debajo de la mediana calculada para el Gran Santiago, que es de 4,63.

## 13. VIVIENDA

A consecuencia del problema nacional relacionado con la migración irregular, sumado al impacto de la pandemia por COVID-19 y el alto costo de la vivienda, los campamentos en funcionamiento en Puente Alto se han septuplicado entre el año 2020 y el 2023 pasando de un total de 416 familias a 3.067. Se instalaron en este período 3 nuevos campamentos y los ya existentes aumentaron sus habitantes. Destaca en su configuración demográfica que el 54,65% de las familias son migrantes. También, la presencia y concentración de asentamientos en el sector suroriente de la comuna, cercano al río Maipo, donde además se encuentra el campamento Millantú, que es considerado oficialmente como uno de los más habitados del país, siendo constituido además por un gran porcentaje de personas migrantes.

## 14. POBREZA

Los datos presentados a continuación corresponden a la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2017 y 2022. Estos fueron extraídos del Reporte Comunal 2024 de Puente Alto de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (BCN).

Tasa de pobreza por ingresos (porcentaje de personas) de Puente Alto, Región Metropolitana y Chile. Fuente: Encuesta CASEN 2017 y 2022		
Unidad territorial	2017	2022
Puente Alto	7,3	5
Región Metropolitana	5,4	4,4
Chile	8,5	6,5

La pobreza por ingresos identifica el conjunto de hogares cuyo ingreso total mensual no supera el valor de la línea de pobreza. En la tabla anterior se puede observar que Puente Alto tiene una mayor tasa de pobreza por ingresos que el país pero menor a la Región Metropolitana, además la tendencia en estos 5 años ha sido la disminución, específicamente para Puente Alto en 2,3%, que ha sido mayor al compararlo con la región y Chile.

Tasa de pobreza multidimensional (porcentaje de personas) de Puente Alto, Región Metropolitana y Chile. Fuente: Encuesta CASEN 2017 y 2022		
Unidad territorial	2017	2022
Puente Alto	23,3	18,9
Región Metropolitana	19,7	17,1
Chile	20,3	16,9

La pobreza multidimensional mide 5 dimensiones: educación, salud, trabajo y seguridad, vivienda y entorno, y redes y cohesión social. A diferencia de la anterior, lamentablemente esta es mayor en la comuna de Puente Alto al compararla con la región y el país, pero de forma favorable también su disminución ha sido mayor, específicamente en 4,4% (versus 3,4% y 2,6%, respectivamente).

## 15. PUEBLOS ORIGINARIOS

Según los resultados del último censo 2017, el 11% de la población de la comuna de Puente Alto se siente perteneciente a un pueblo originario, siendo en su mayoría, el 92,5%, mapuche. El 18% de los hogares de la comuna tiene integrantes que refieren pertenecer a algún pueblo originario y la escolaridad promedio de este grupo es de 9,8 años.

Al revisar los registros de la ficha clínica electrónica comunal, en los Centros de Salud corporativos de Puente Alto se encuentran inscritos/as 8.511 personas, equivalente a un 2,25% del total. Desde el 2023 al 2024 han aumentado en 645 usuarios/as pertenecientes a pueblos originarios. La mayoría pertenece al pueblo mapuche: 95,95% (8.166 personas).

Usuarios/as inscritos/as en los Centros de Salud corporativos de Puente Alto que pertenecen a un pueblo originario, 2024		
Pueblo originario	Nº de inscritos/as	Porcentaje
Mapuche	8.166	95,95%
Diaguita	143	1,68%
Aymara	112	1,32%
Quechua	50	0,59%
Colla	13	0,15%
Rapa Nui	13	0,15%
Yagán	7	0,08%
Kawéskar	1	0,01%

En relación al Centro de Salud, los que tienen más inscritos/as pertenecientes a pueblos originarios son ( $\geq 10\%$ ):

- CES Alejandro del Río: 3.228 personas (38% del total).
- CESFAM Karol Wojtyla: 1.660 personas (20% del total).
- CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez: 1.449 personas (17% del total).
- CESFAM San Gerónimo: 817 personas (10% del total).

## 16. POBLACIÓN MIGRANTE

En Puente Alto al año 2024, según los registros de ficha clínica electrónica, hay 25.320 personas migrantes inscritas en los Centros de Salud corporativos. Esta cantidad corresponde a un 6,72% del total.

En relación a la distribución por Centro de Salud, porcentualmente la mayor cantidad de personas migrantes es de nacionalidad venezolana (40,84%) siendo predominante en todos, exceptuando al CESFAM Vista Hermosa ya que en este es de personas de Haití con un 38,39% (1.636 usuarios/as). de las personas migrantes del Centro de Salud.

En la siguiente tabla se presenta la comparación del porcentaje y número de personas de población migrante inscrita en los Centros de Salud al año 2024, donde destaca el mayor porcentaje muy por sobre los otros Centros, el CESFAM Vista Hermosa, principalmente por los campamentos cercanos.

Porcentaje y número de inscritos/as pertenecientes a población migrante de cada Centro de Salud corporativo de Puente Alto, 2024		
Centro de Salud	Nº inscritos/as	Porcentaje
CES Alejandro del Río	4.427	5,07%
CESFAM San Gerónimo	1.936	3,94%
CESFAM Vista Hermosa	4.262	22,26%
CESFAM Bernardo Leighton	3.180	6,98%
CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez	2.516	7,19%
CESFAM Padre Manuel Villaseca	4.760	6,38%
CESFAM Karol Wojtyla	2.868	8,71%
CESFAM Laurita Vicuña	1.371	4,12%
<b>Total</b>	<b>25.320</b>	<b>6,72%</b>

## 17. DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO 2022-2025

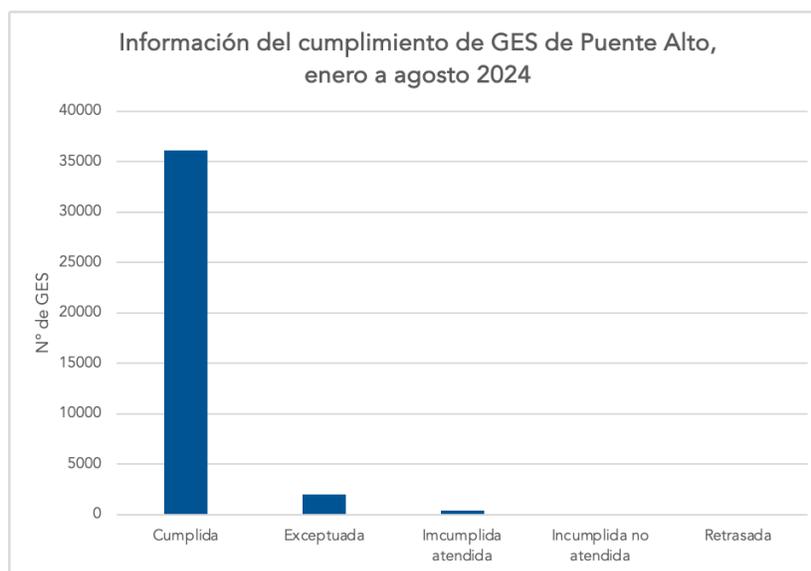
El año 2022 se realizaron diagnósticos participativos en todos los Centro de Salud de Puente Alto, con una vigencia de 3 años.

En estos se abordaron múltiples y variadas temáticas que se han ido a trabajando en últimos 2 años y que debe continuarse para el 2025. Entre las que deben seguir avanzando

destacan los ámbitos de diversidad, prevención en la adolescencia en temáticas de sexualidad y salud mental, trabajo con la comunidad fomentando la participación de los consejos de usuarios (CDU), infraestructura de APS, gestión de la atención de usuarios/as, trato al usuario, salud mental, promoción de salud, entre muchas otras.

## 18. GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES)

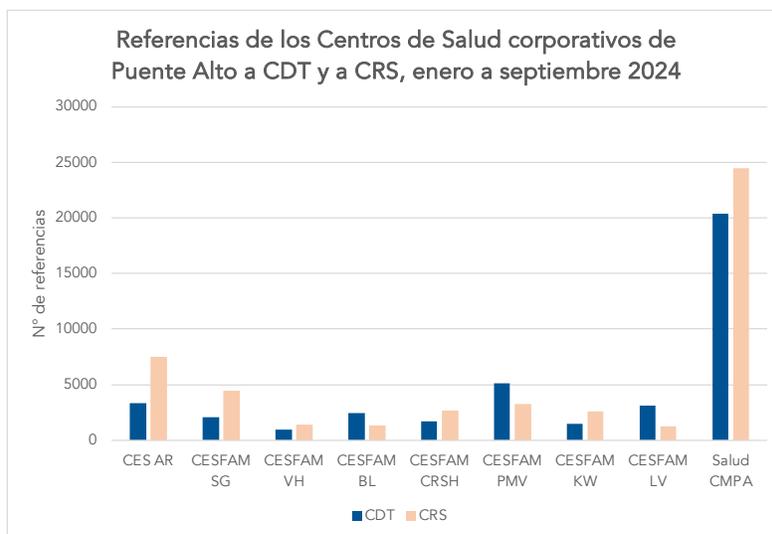
Entre enero y agosto de 2024, los Centros de Salud y Servicios Transversales de Puente Alto generaron un total de 38.507 Garantías Explícitas de Salud (GES). A diferencia de los 2 años anteriores, este año se logró un cumplimiento del 100% en dichas garantías. Sin embargo, uno de los principales desafíos para 2025 es reducir y regularizar la nómina de garantías exceptuadas, que alcanzó un total de 1.994 casos hasta agosto de 2024. Estas excepciones se producen por razones justificadas, cuando no es posible cumplir con alguna de las garantías de acceso y oportunidad. Es importante señalar que las causales de estas excepciones se atribuyen a los usuarios, no a los prestadores de salud. Cabe destacar además, a pesar de las brechas existentes, no hubo garantías retrasadas durante este periodo, gracias a una gestión eficaz que evitó que estas afectaran el cumplimiento del indicador del IAAPS N° 11.



## 19. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Respecto a la derivación de usuarios entre los diferentes niveles de atención, la comuna de Puente Alto está asignada a los centros secundarios CRS (Centro de Referencia en Salud) Hospital Provincia Cordillera y CDT (Centro de Diagnóstico Terapéutico) Juan Pefaur. En relación a recintos hospitalarios, actualmente se cuenta únicamente con el Hospital Sótero del Río.

Durante el año 2024, se ha alcanzado una resolutivez del 97,47% en las consultas médicas realizadas. Entre enero y septiembre de 2024, se han emitido 44.905 interconsultas, de las cuales 20.378 se derivaron hacia CDT y 24.493 a CRS. En ese mismo periodo, se recibieron 29.188 contrarreferencias hacia los Centros de Salud corporativos en el sistema local de ficha clínica electrónica y canal único de derivación (CUD), además de establecer un acuerdo para recibir, mensualmente, no pertinencias desde el CRS. También, se implementó el Protocolo de Referencia y Contrarreferencia a nivel comunal que permitió establecer flujos y procesos para evaluación semestral.



Uno de los desafíos importantes para el año 2024 fue la implementación y el uso de CUD en su totalidad para la atención de especialidades médicas en CRS, lo cual se logró. Esta estrategia ha permitido una respuesta y gestión más rápida en las indicaciones entregadas por especialistas a los profesionales de APS para la pronta resolución a los problemas de salud de los usuarios. En lo que va transcurrido del año 2024 se han recibido 20.137 respuestas desde CRS y 6.810 desde CDT por este canal de derivación.

En relación con las prestaciones otorgadas en los Establecimientos Transversales corporativos, se han realizado 45.498 derivaciones mediante interconsultas desde los Centros de Salud en lo que va del año 2024, incluyendo servicios del Centro de Imágenes.

## SERVICIOS DE SALUD DE LA RED CORPORATIVA DE PUENTE ALTO

La red asistencial corporativa de Puente Alto se conforma de diferentes dispositivos de salud que se articulan con otros para asegurar la continuidad de la atención de los usuarios

<p>Área de Salud de la Corporación Municipal de Educación, Salud y Atención de Menores de Puente Alto</p>	<p><b>Centros de Salud</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— CES Alejandro del Río. Incluye Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR) y Servicio de APS de Urgencia (SAPU)</li> <li>— CEFAM San Gerónimo. Incluye SAPU</li> <li>— CEFAM Vista Hermosa. Incluye CCR y Servicio de Urgencia Municipal (SUM)</li> <li>— CEFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez. Incluye SAPU</li> <li>— CEFAM Padre Manuel Villaseca. Incluye Servicio de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR)</li> <li>— CEFAM Karol Wojtyła. Incluye SAPU</li> <li>— CEFAM Laurita Vicuña</li> </ul>	<p><b>Centros Transversales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Centro de Especialidades Primarias San Lázaro. Incluye CCR y otras Unidades.</li> <li>— Laboratorio Comunal Dr. Alejandro del Río</li> <li>— Centro de Imágenes (CDI)</li> <li>— Central de Ambulancias</li> <li>— COSAM Centro de Intervención Familiar (CEIF) Centro</li> <li>— COSAM CEIF Norte</li> <li>— Centro de Imágenes (CDI)</li> <li>— Unidad de Farmacia y Bodega Comunal</li> <li>— Farmacia Solidaria</li> <li>— Centro de Integración María Isabel (CIMI)</li> </ul>
	<p><b>Otros Dispositivos</b></p> <p>Unidad de Atención Integral en Terreno</p>	
	<p><b>Apoyo y Soporte</b></p> <p>Departamentos de Nivel Central corporativo y Dirección – Administración de Salud</p>	
	<p><b>Dispositivos de coordinación y articulación de la Red</b></p> <p>Algunos son: Municipalidad de Puente Alto (incluyendo departamentos sociales, centros de rehabilitación, centros de extensión, etc), CDT y Urgencia de Hospital Sótero del Río, CRS Hospital Provincia Cordillera, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO), Ministerio de Salud (MINSAL), entre otros</p>	

Es relevante dividir la cartera de prestaciones de salud comunales según el tipo de establecimiento, partiendo por los centros primarios como foco primordial para la comuna.

La cartera de servicios del Plan de Salud Familiar del Decreto Percápita N° 35 que determina el aporte estatal a las municipalidades para sus entidades administradoras de salud municipal del año 2024, promulgado el 22 de diciembre de 2023, donde se establecen las prestaciones que entrega la Atención Primaria por ciclo vital, es la siguiente para la comuna de Puente Alto:

**Salud de niños y niñas**

- Control de salud del niño sano.
- Evaluación del desarrollo psicomotor.
- Control de malnutrición.
- Control de lactancia materna.
- Educación a grupos de riesgo.
- Consulta nutricional.
- Consulta de morbilidad.
- Control de enfermedades crónicas.
- Consulta por déficit del desarrollo psicomotor.
- Consulta kinésica.
- Consulta y consejería de salud mental.
- Vacunación.
- Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
- Atención a domicilio.
- Actividades comunitarias en salud mental con profesores de establecimientos educacionales.
- Examen de salud odontológico.
- Educación grupal odontológica.
- Consulta Odontológica preventiva (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario, sellantes).
- Consulta tratamiento odontológico (incluye: obturaciones, pulpotomías).
- Consulta urgencia odontológica (incluye: exodoncia).
- Radiografías odontológicas.

**Salud de adolescentes**

- Control de salud.
- Consulta morbilidad.
- Control crónico.
- Control prenatal.
- Control de puerperio.
- Control de regulación de fecundidad.
- Consejería en salud sexual y reproductiva.
- Control ginecológico preventivo.
- Educación grupal.
- Consulta morbilidad obstétrica.
- Consulta morbilidad ginecológica.
- Intervención Psicosocial.
- Consulta kinésica.
- Consulta nutricional.
- Consulta y/o consejería en salud mental.
- Atención a domicilio.
- Actividades comunitarias en salud mental con profesores de establecimientos educacionales.
- Examen de salud odontológico.
- Educación grupal odontológica.
- Consulta Odontológica preventiva (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario, sellantes).
- Consulta tratamiento odontológico (incluye: obturaciones, detartraje).
- Consulta urgencia odontológica (incluye: exodoncia, endodoncia primera fase).
- Radiografías odontológicas.

### Salud de la mujer

- Control prenatal.
- Control preconcepcional.
- Control de puerperio.
- Control de regulación de fecundidad.
- Consejería en salud sexual y reproductiva.
- Control ginecológico preventivo, incluye control de climaterio en mujeres de 45 a 64 años.
- Educación grupal.
- Consulta morbilidad obstétrica.
- Consulta morbilidad ginecológica.
- Consulta nutricional.
- Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
- Ecografía Obstétrica del Primer Trimestre.
- Atención integral a mujeres mayores de 15 años que sufren violencia intrafamiliar.
- Examen de salud odontológico en gestante.
- Educación grupal odontológica en gestante.
- Consulta Odontológica preventiva gestante (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario).
- Consulta tratamiento odontológico gestante (incluye: obturaciones, detartraje).
- Consulta urgencia odontológica (incluye: exodoncia, endodoncia primera fase).
- Radiografías odontológicas.

### Salud de adultos y adultas

- Consulta de morbilidad.
- Consulta y control de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de control de enfermedades respiratorias del adulto de 20 años y más.
- Consulta nutricional.
- Control de salud.
- Intervención psicosocial.
- Consulta y/o consejería de salud mental.
- Educación grupal.
- Atención a domicilio.
- Atención de podología a pacientes con diabetes mellitus.
- Curación de pie diabético.
- Intervención grupal de actividad física.
- Consulta kinésica.
- Consulta Odontológica preventiva (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario).
- Consulta morbilidad odontológica (incluye: examen de salud odontológico, obturaciones, detartraje y pulido coronario).
- Consulta urgencia odontológica (incluye: exodoncia, endodoncia primera fase).
- Radiografías odontológicas.

### Salud de adultos y adultas mayores

- Consulta de morbilidad.
- Consulta y control de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de control de enfermedades respiratorias del adulto mayor de 65 años y más.
- Consulta nutricional.
- Control de salud.
- Intervención psicosocial.
- Consulta de salud mental.
- Educación grupal.

**Salud de adultos y adultas mayores (continuación)**

- Consulta kinésica.
- Vacunación antiinfluenza.
- Atención a domicilio.
- Programa de alimentación complementaria del adulto mayor.
- Atención podología a pacientes con diabetes mellitus.
- Curación de pie diabético.
- Consulta Odontológica preventiva (incluye: educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario).
- Consulta morbilidad odontológica (incluye: examen de salud odontológico, obturaciones, detartraje y pulido coronario).
- Consulta urgencia odontológica (incluye: Exodoncia, endodoncia primera fase).
- Radiografías odontológicas.

**Actividades con Garantías Explícitas en Salud (GES) asociadas a programas**

- Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial (HTA) primaria o esencial: consultas de morbilidad y controles de crónicos para personas de 15 años y más, en programas de adolescente, adulto y adulto mayor.
- Diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 (DM2): consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño, adolescente, adulto y adulto mayor, considerando tratamiento farmacológico.
- Acceso a evaluación y alta odontológica integral a niños y niñas de 6 años: prestaciones del programa odontológico.
- Acceso a tratamiento de epilepsia no refractaria para los beneficiarios desde un año a menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y adolescente.
- Acceso a tratamiento de infecciones respiratorias agudas (IRA) baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años: consultas de morbilidad y kinésica en programa del niño.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más: consultas de morbilidad y kinésica en programa del adulto mayor.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de la depresión de manejo ambulatorio en personas de 15 años y más: consulta de salud mental, consejería de salud mental, intervención psicosocial y tratamiento farmacológico.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): consultas de morbilidad y controles de crónicos; espirometría, atención kinésica en personas de 40 y más años.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y del adolescente; espirometría y atención kinésica en programa del niño y del adolescente.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en personas de 15 y más años: consultas de morbilidad, controles de crónicos, espirometría y atención kinésica en programas del adulto y adulto mayor.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de presbicia en personas de 65 y más años: consultas de morbilidad, controles de salud y control de crónicos en programa del adulto mayor.
- Acceso a tratamiento médico en personas de 55 años y más, con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de la urgencia odontológica ambulatoria.
- Acceso a tratamiento de hipotiroidismo en personas de 15 años y más.
- Tratamiento de erradicación de *Helicobacter pylori*.
- Acceso a tratamiento salud oral integral de la embarazada.
- Diagnóstico y tratamiento de Alzheimer y otras demencias: consultas de salud mental, visita domiciliaria, considerando exámenes para el diagnóstico y tratamiento farmacológico, para personas de 30 años y más, en programas de adulto y adulto mayor.

**Actividades generales asociadas a todos los programas**

- Educación grupal ambiental.
- Consejería familiar.
- Visita domiciliaria integral.
- Consulta social.
- Tratamiento y curaciones.
- Extensión horaria.
- Intervención familiar psicosocial.
- Diagnóstico y control de la tuberculosis.
- Visita domiciliaria de seguimiento.

Estas prestaciones son realizadas por los 8 establecimientos primarios de la comuna, contando actualmente con 7 Centros de Salud Familiar (CESFAM) con certificación de aplicación del modelo integral de salud familiar y comunitaria (MAIS), y un Centro de Salud (CES), el cual ya sectorizado.

A continuación, se presentan los principales logros del año 2024, destacados por los equipos de cada Centro de Salud, y sus objetivos para el cumplimiento de los desafíos sanitarios para el 2025.

## 1. CENTRO DE SALUD DR. ALEJANDRO DEL RÍO

Durante el año 2024 el Centro de Salud Dr. Alejandro del Río ha continuado con el fortalecimiento del modelo de salud familiar y comunitario (MAIS), con énfasis en el desarrollo de actividades de promoción y participación en salud, mantenido el vínculo con la comunidad a través del trabajo activo con el Consejo de Usuarios (CDU) y de las diversas actividades comunitarias y operativos de salud en terreno, los que se han realizado en juntas vecinales, colegios y otros espacios públicos. Otro vínculo que se ha fortalecido es la reactivación con el intersector, a través de reuniones y actividades de las mesas territoriales, establecimientos educacionales, mejor niñez e instituciones municipales (albergues, carabineros, Dirección Social (DISO), Dirección de Desarrollo Comunal (DIDECO), etc.).

Un avance importante durante este año fue la implementación de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Persona (ECICEP) y la Estrategia de Rediseño en Salud Mental, ambas buscan garantizar a través de atenciones multidisciplinares la entrega de prestaciones de salud centradas en las necesidades personales de cada usuario

Se trabajó en la implementación de estrategias destinadas a mejorar el buen trato y clima laboral en conjunto con los funcionarios, utilizando los insumos entregados por el Cuestionario de Evaluación de Ambiente Laboral (CEAL) y a través de la elaboración de un protocolo local para el manejo de conflictos.

Durante este año se fortaleció como pilar importante de la gestión avanzar hacia la cultura de calidad y seguridad, trabajando en la gestión del riesgo, visualizando en la vigilancia de los eventos adversos oportunidades de mejora y de crecimiento organizacional, además de retomar de conductas de seguridad asociadas al trabajo del Comité de Gestión del Riesgo de Desastres (COGRID) y Comité Paritario y de Seguridad.

### DESAFÍOS 2025

- Generar una cultura de humanización en el CESFAM que impregne a toda la organización para lograr una atención de salud humanizada y centrada en la persona, con calidad y seguridad.
- Promover espacios, recursos e innovaciones tecnológicas que garanticen el respeto a la dignidad de las personas del CESFAM.
- Potenciar una atención de calidad, personalizada, que contemple todas las dimensiones de la persona, teniendo en cuenta el contexto y que aporte resultados tangibles para el paciente.
- Participación, centrar la atención sanitaria en un marco de escucha activa, comunicación, decisiones compartidas y corresponsabilidad en el CESFAM.

## 2. CENTRO DE SALUD FAMILIAR SAN GERÓNIMO

En el segundo semestre del 2022, el CESFAM logró concretar el gran desafío y anhelo de ser el primer Centro de Salud corporativo en presentarse al proceso de acreditación que fue obtenida en enero del 2023.

### DESAFÍOS 2025

Uno de los grandes desafíos es mantener el trabajo sostenido y la mejora continua de LOS procesos asistenciales para presentarse al proceso de reacreditación en el 2° semestre del 2025 y seguir fortaleciendo como CESFAM las prestaciones con seguridad y calidad asistencial hacia toda la comunidad inscrita beneficiaria, a cargo de un equipo de salud comprometido y con alta vocación de servicio público.

Se desea para el nuevo periodo trabajar en fortalecer en las atenciones un trato humanizado para los usuarios, las familias y la comunidad. Así mismo, continuar con el trabajo con la comunidad en ámbitos relevantes que impacten positivamente en la salud y su bienestar, en colaboración con el CDU.

Mención especial al Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM) que brinda atenciones a usuarios con dependencia severa y que ha permitido fortalecer sus prestaciones con la incorporación de cuidados paliativos.

### 3. CENTRO DE SALUD FAMILIAR VISTA HERMOSA

El CESFAM Vista Hermosa ha experimentado un notable crecimiento el 2024, con un aumento del 12% en el número de inscritos validados por FONASA; alcanzando cerca de 20 mil personas inscritas. Este aumento se debe, en parte, a la significativa presencia de población migrante, principalmente haitiana, que reside en asentamientos cercanos. Para atender sus necesidades, el centro cuenta con un facilitador intercultural haitiano y una dupla sanitaria dedicada a establecer vínculos con la comunidad migrante y a educarlos sobre sus derechos en salud.

Con el objetivo de brindar una atención inclusiva, se ha creado un equipo de diversidad sexual y de género. Además, se ha implementado la figura del Encargado de Dignidad del Paciente y Trato al Usuario, quien se dedica a mejorar la satisfacción usuaria a través del acompañamiento a los funcionarios, aplicación de encuestas de satisfacción y el uso de pautas de atención humanizada.

La implementación del programa ECICEP, ha mejorado los indicadores de salud del centro. Este programa promueve la participación activa de los usuarios en la toma de decisiones sobre su salud, mediante planes consensuados que establecen la frecuencia de controles y tratamientos. Además, cuenta con Técnicos en Enfermería de Nivel Superior (TENS) que brindan orientación y responden consultas a través de WhatsApp, convirtiéndose en un referente para otros centros de salud de la comuna e incluso a nivel nacional. El CESFAM ha presentado este programa ante el Banco Mundial y en la Jornada Nacional de ECICEP, y sirve como centro de pasantía para otros centros de salud del país.

Con el fin de mejorar el acceso oportuno a las diversas prestaciones de salud, se implementó el plan piloto de Telesalud como una propuesta de gestión para reducir las filas en el Centro de Salud, evitar la presencialidad innecesaria y optimizar la gestión de la demanda en la Atención Primaria de Salud. Esta estrategia permite a los usuarios solicitar horas de atención, certificados y/o informes, renovaciones de recetas, solicitudes de exámenes, realizar consultas y aclarar dudas de forma remota. Actualmente, se reciben alrededor de 200 solicitudes semanales a través de esta nueva modalidad de gestión.

El compromiso con la comunidad se refleja en la formación y acompañamiento de grupos de autoayuda como "Cuerpos en Movimiento" (grupo de usuarios y usuarias que realizan Taichí), huertos (en el marco del programa de salud intercultural) y un grupo de autoayuda para padres de niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA).

Finalmente, desde octubre de 2023, el CESFAM cuenta con un Servicio de Urgencia Municipal (SUM) que brinda atención de urgencia de lunes a viernes desde las 17:00 horas hasta la medianoche, y los sábados, domingos y festivos de 08:00 a 00:00 horas.

## DESAFÍOS 2025

**Objetivo:** Consolidar al CESFAM Vista Hermosa como un referente en atención primaria de salud, centrada en la comunidad y con un enfoque inclusivo e innovador.

### **Líneas de acción:**

- Humanización de la atención: Fortalecer la cultura de buen trato al usuario mediante el análisis periódico de las encuestas de satisfacción usuaria y la implementación de planes de mejora continua con la participación de los funcionarios.
- Ampliación del acceso a la salud: Potenciar el programa de Telesalud para disminuir los tiempos de espera y brindar un acceso remoto a las prestaciones de salud, mejorando la oportunidad de atención y la experiencia usuaria.
- Continuar siendo referentes en la estrategia de salud ECICEP, siendo centro de pasantía a nivel nacional.
- Fortalecimiento del vínculo con la comunidad: Acompañar a la nueva directiva del Consejo de Desarrollo de Usuarios (CDU) y a los grupos de autoayuda con un equipo multidisciplinario, promoviendo la participación ciudadana y el empoderamiento en salud.
- Consolidación del modelo de atención intercultural: Evaluar y evidenciar los logros obtenidos por el plan piloto de Dupla Sanitaria en el acercamiento a la comunidad migrante, con el fin de replicar y fortalecer este modelo de atención en terreno.
- Acreditación de calidad: Cumplir con los estándares de calidad y obtener la acreditación del centro de salud en el primer semestre de 2025, garantizando la excelencia en la atención y la seguridad de los usuarios.

## **4. CESFAM BERNARDO LEIGHTON**

Durante el año 2024 el CESFAM se planteó como desafío, lograr la acreditación de calidad, entendiendo esta como “un proceso periódico de evaluación continua a fin de cumplir con estándares de calidad fijado por el Ministerio de Salud”. Dicha meta se cumple con la evaluación de una entidad acreditadora, fijada para los días 11,12 y 13 de noviembre 2024.

Junto con lo anterior, se realizan inversiones en infraestructura (esterilización, vacunatorio, apoyo clínico, boxes de matronas entre otros) a fin de cumplir la normativa sanitaria y asegurar entrega de prestaciones acorde al requerimiento de usuarios/as y funcionarios/as.

## DESAFÍOS 2025

- Evaluar la implementación de la estrategia Telesalud, a fin de mejorar el acceso a las prestaciones de salud a través del uso de nuevas tecnologías.
- Avanzar en la implementación del modelo de atención integral centrado en las personas: ECICEP.

- Continuar con mejoras continuas en el proceso de calidad a fin de garantizar la entrega de prestaciones seguras a los/as usuarios/as.
- Cumplir con los indicadores establecidos para metas sanitarias, índice de la actividad de APS (IAAPS) y programas de reforzamiento.
- Fortalecer el trabajo comunitario con organizaciones sociales, educacionales y de la sociedad civil, a través de las distintas instancias de participación formales establecidas.

## 5. CENTRO DE SALUD FAMILIAR CARDENAL RAÚL SILVA HENRÍQUEZ

El CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez durante el período 2024 enfocó sus recursos en mejorar las condiciones de infraestructura, la planta física, el recurso humano y la calidad de las atenciones brindadas.

Se trabajó intensamente en la mejora de los procesos clínicos, administrativos y operacionales, para poder brindar atenciones más seguras y de calidad en todos los ámbitos. Lo anterior, sin dejar de lado la mejora en el cumplimiento de metas sanitarias, IAAPS e indicadores del Modelo de Salud Familiar (MAIS). En conjunto, se pudo realizar un gran trabajo en el ámbito comunitario con intervenciones fuera del Centro de Salud, en el territorio, con CDU, ferias de salud y búsqueda de activos comunitarios para fortalecer los vínculos e intervenciones en el sector.

### DESAFÍOS 2025

- Implementar mejoras en ámbitos de la seguridad del CESFAM y sus alrededores, para la seguridad de los/as funcionarios/as y usuarios/as.
- Mejorar el cumplimiento de indicadores sanitarios, dando una mejor y mayor cobertura a los/as usuarios/as.
- Mejorar la calidad del servicio brindado a los/as usuarios/as con tecnologías de agendamiento remoto como call center y Telesalud.
- Potenciar el uso de la sala de lactancia recién entregada.
- Continuar con la estrategia de modelo de atención centrada en la persona ECICEP, incorporando otras prestaciones y otros profesionales, para mejorar la calidad de la atención.
- Mejorar brechas de infraestructura del CESFAM para dar cumplimiento con la NTB para dar un mejor soporte a los procesos clínicos.
- Potenciar el vínculo comunitario, fomentando la participación social, promocional y preventiva.
- Trabajar en la línea del mejoramiento del trato al usuario de manera colaborativa con la comunidad, sosteniendo evaluación del respecto de los derechos de los/as usuarios/as.
- Iniciar el proceso de preparación y medición para la acreditación de prestadores institucionales de Salud con enfoque de mejora continua de los procesos clínicos,

administrativos y operacionales, dando un enfoque además en la humanización de la atención.

- Iniciar el proceso de construcción del SAR Cardenal Raúl Silva Henríquez, para dar acceso continuo al servicio de urgencias hacia la comunidad.

## 6. CENTRO DE SALUD FAMILIAR PADRE MANUEL VILLASECA

El CESFAM Padre Manuel Villaseca está ubicado en el sector sur Oriente de la Comuna de Puente Alto, y es el 3° más grande del país. Cuenta con un equipo de trabajo altamente motivado y capacitado, el cual procura cuidar y desarrollar de manera integral; pues su sello está puesto en los/as usuarios/as externos/as e internos/as; como centro de su enfoque y quehacer. Se encuentra implementando el 1er Concurso de Buenas Prácticas PMV, para destacar y promover la mejora continua desde la iniciativa de sus equipos.

Durante el año 2024 se propuso como desafío seguir avanzando en logros sanitarios y activando acciones preventivas y promocionales, enfocadas en la mejora de la salud de la población; ello de manera conjunta con la comunidad y los equipos de cabecera; desarrollando un activo y continuo trabajo con el Consejo de Usuarios (CDU) para mejorar la calidad del servicio, en virtud del abordaje de las necesidades de los vecinos y comunidad. Además, se logró efectuar un mapeo de activos comunitarios con una muy alta participación social, lo que sin duda es un insumo fundamental para seguir avanzando con los agentes claves del territorio a cargo.

Se siguen potenciando iniciativas comunitarias como es la existencia del Huerto Sanador, haciendo uso de áreas verdes del Centro de Salud para usuarios/as y funcionarios/as, destacando el trabajo de interculturalidad y migrantes; llevando a cabo la celebración del Wetripantu, Trafkintu, feria de migrantes, entre otras; manteniendo buena práctica de canal de YouTube "Conozcámonos Juntos Cambiemos la Salud", adjudicándose recursos para continuar creando contenido de salud desde el CESFAM y la comunidad para todos; estrategia destacada a nivel del Servicio de Salud por su elevado impacto en la promoción de la salud.

Así también, como avances se destacan: al equipo profesional del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes; a la estrategia de formación de monitores comunitario en salud mental, siendo pioneros y referentes en su implementación; un muy alto nivel de implementación de la ECICEP; la implementación la estrategia de Espacios Amigables; y la habilitación e inauguración del activo funcionamiento de la sala de lactancia, la que ha permitido acompañar y educar a las madres y gestantes que necesitan apoyo y sostén en su proceso de amamantamiento, estableciendo clínicas y consultas con profesionales altamente motivados y capacitados en dicha temática.

En los procesos internos, se ha focalizado la mejora continua de medidas de prevención de infecciones e indicadores de calidad y seguridad de la atención, además de promover una atención humanizada y centrada en las personas. Ello tanto en el CESFAM y el SAR, siendo este último el único dispositivo de urgencia de la red comunal que brinda atenciones a la comunidad las 24 horas del día, durante todos los días de la semana.

Por último, destaca la excelencia alcanzada en las prestaciones de rehabilitación física, siendo la sala de rehabilitación la que presenta más atenciones realizadas durante el año 2024, teniendo una muy alta demanda. Además, es importante resaltar el avance sostenido en la atención del equipo de profesionales que integran la sala de psicomotricidad, la que se enfoca en familias con niños y niñas con TEA, dando puntapié al grupo de apoyo de padres, por medio de acciones educativas, de acompañamiento y fomento de su participación y asociatividad.

## DESAFÍOS 2025

- Seguir avanzando en logros de indicadores sanitarios, buscando estrategias innovadoras que permitan satisfacer y priorizar de mejor manera, los requerimientos de salud de la población a cargo, con su activa participación, implementando más acciones grupales y territoriales, equilibrando las necesidades de atención recuperativas con las preventivas y de rehabilitación.
- Mantener y profundizar estrategias comunitarias, siendo referentes en alcanzar el más alto nivel de participación social.
- Implementar acciones preventivas en el territorio con la disponibilidad de clínica móvil para su acercamiento comunitario y mayor capacidad de atenciones.
- Lograr un sistema de entrega de horas medicas que permita una mayor contactabilidad por parte de los/as usuarios/as.
- Postular al proceso de acreditación en Salud.

## 7. CENTRO DE SALUD FAMILIAR KAROL WOJTYLA

Durante el año 2024, el CESFAM Karol Wojtyla logró avanzar en estrategias territoriales que acercaron la salud a la comunidad, a través de operativos de salud realizados en sedes vecinales, junto a la clínica móvil y un equipo de salud transdisciplinario, lo cual ha facilitado el acceso a servicios como atención de medicina general y odontológica, exámenes preventivos, toma de Papanicolau (PAP) y pruebas de virus de inmunodeficiencia humana (VIH), entre otros. Esta labor ha permitido llegar a las comunidades más alejadas del Centro de Salud, fortalecer lazos entre los equipos de salud y la comunidad, junto con identificar las necesidades de salud específicas de cada población.

Adicionalmente, se implementó el uso de una plataforma digital para solicitar horas de atención de salud conocida como Telesalud, la cual ha permitido mejorar la accesibilidad y la oportunidad de atención para pacientes con limitaciones de movilidad o aquellos que,

debido a sus horarios laborales, no podían acceder a los servicios. Esta estrategia ha permitido disminuir las filas presenciales, evitando la exposición de la comunidad a situaciones de inseguridad, favoreciendo la comodidad de ésta para la solicitud de sus necesidades. Junto a lo anterior, esta plataforma permite generar datos estadísticos que permiten gestionar la demanda asistencial de una forma más eficiente.

Con el fin de establecer una comunicación más fluida con la comunidad, este año se inició el uso de redes sociales, lo que ha permitido conectar más estrechamente con los/as usuarios/as. A través de estas plataformas, se informa y educa sobre temas relevantes para la salud, así como se promueven actividades comunitarias organizadas por los equipos.

Debido al incremento sostenido de la población inscrita del Centro de Salud surge la necesidad de crear una nueva unidad de trabajo, la cual se conformó por unidades de apoyo transversales, tales como: sala de estimulación, psicomotricidad infantil, rehabilitación, salas de infecciones respiratorias agudas/enfermedades respiratorias del adulto (IRA/ERA), entre otras, siendo esta una etapa inicial de redistribución territorial con equipos de cabecera multidisciplinarios que atiendan a grupos familiares más reducidos, favoreciendo así una atención más integral.

## DESAFÍOS 2025

- Fortalecer los canales de comunicación digital, transformándose en una herramienta de educación continua hacia la comunidad, permitiendo contribuir en el empoderamiento de las personas en su propia Salud.
- Avanzar en la prestación de servicios de Salud en el marco de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP).
- Cumplir con los estándares de acreditación en Salud para favorecer la seguridad de la atención en los/as usuarios/as.

## 8. CENTRO DE SALUD FAMILIAR LAURITA VICUÑA

En el año 2024, el CESFAM Laurita Vicuña ha tenido la grata experiencia de incorporarse activamente a brindar atenciones por la Estrategia de Cuidados Integrales Centrada en el Usuario (ECICEP), esto capacitando a sus equipos y organizando el trabajo en agendas para poder dar respuesta a la población, trabajando con un equipo comprometido en dar una atención integral a sus usuarios/as.

A partir de lo anteriormente señalado, también se implementaron estrategias de agendamiento en los 3 sectores, orientadas a optimizar el uso de las horas, gestionando previamente la toma de exámenes o seguimiento de indicaciones necesarias para los controles y principalmente orientadas a reducir las filas y tiempos de espera en aperturas de agendas masivas.

También, tuvo la grata inauguración del domo, espacio orientado a potenciar las actividades comunitarias y realización de intervenciones grupales de salud mental. En este espacio se han realizado actividades como talleres educativos, de intervención en distintos ámbitos, con diferentes agrupaciones sociales y con usuarios/as en tratamiento por salud mental, cuidadores/as de pacientes con dependencia severa, diagnóstico participativo de personas en situación de discapacidad, encuentro de padres, madres y cuidadores/as de niños y niñas con TEA, jornada para parejas que enfrentan el cáncer de mamas, talleres del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes y muchas otras actividades que convocan a una gran cantidad de usuarios/as y motivan activamente a los/as funcionarios/as a realizar.

Además, se ha trabajado en actividades promocionales y preventivas de Salud, con entusiasta participación de los equipos y de la comunidad, destacándose actividades orientadas a promover la pesquisa precoz e información respecto a la tuberculosis, la lactancia materna y en relación al interés del Centro de Salud por dicha temática, alegría informar la construcción de una sala de lactancia, la cual está pronta a ser entregada.

Como línea de trabajo, el Centro de Salud está alineado a promover la humanización en las atenciones hacia sus usuarios/as y en las relaciones entre funcionarios/as, generando espacios de conversación en las distintas reuniones y potenciando actividades de equipo "saludablemente", en las que se realizan intervenciones orientadas a mejorar el clima laboral y potenciar la salud mental funcionaria, lo que ayuda directamente en mejorar el trato y las atenciones hacia sus usuarios/as.

## DESAFÍOS 2025

- Pronto se realizará la 1ª capacitación para generar monitores de salud mental comunitaria (mhGAP (Programa de acción para superar las brechas en salud mental) comunitario).
- Seguir potenciando la realización de intervenciones grupales y actividades comunitarias.
- Fortalecer herramientas de trabajo para potenciar la continuidad de la ECICEP.
- Generar estrategias para mejorar el acceso a horas de morbilidad.
- Fortalecer la participación de los/as dirigentes/as sociales que puedan apoyar al consejo de usuarios con miras a poder optar a personalidad jurídica.

## **9. CENTRO COMUNITARIO DE REHABILITACIÓN (CCR) DE CENTRO DE SALUD DR. ALEJANDRO DEL RÍO**

### CARTERA DE PRESTACIONES

Se realizan atenciones a los siguientes diagnósticos a todos los usuarios inscritos en el CES Alejandro del Río mayores de 18 años de edad:

### Diagnostico Neurológicos:

- Secueledos de ACV (hasta 1 año de evolución).
- Enfermedad de Parkinson.
- Traumatismo encéfalo craneano (TEC).
- Lesión medular.
- Parálisis facial (con inicio de tratamiento farmacológico).
- Síndrome de Guillain-Barré.
- Neuropatías periféricas.
- Amputación (muñón sano, sin úlceras ni escaras, en etapa no aguda).
- Secuela por enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19).
- Fibromialgia.

### Diagnósticos Musculo - esqueléticos: se divide en los siguientes segmentos corporales:

- Hombro:
  - Síndrome de hombro doloroso (tendinitis, bursitis, artrosis y desgarro no quirúrgico).
- Zona lumbar:
  - Lumbago (lumbago crónico, lumbociática, escoliosis, hiperlordosis, espondilosis o discopatías y hernia del núcleo pulposo no quirúrgica).
- Cadera - Rodilla:
  - Dolor de rodilla (tendinitis de rodilla, esguince rodilla, disfunción patelofemoral y meniscopatía no quirúrgica).
  - Osteoartrosis de rodilla y cadera leve y/o moderada y/o severa.
  - Artroplastía de cadera (en etapa no aguda; la primera rehabilitación postquirúrgica se realiza en el nivel secundario).
  - Artroplastía de rodilla (en etapa no aguda, la primera rehabilitación postquirúrgica se realiza en el nivel secundario).
- Pie:
  - Fascitis plantar.
  - Espolón calcáneo.

### AVANCES 2024

- Manejo y gestión de la lista de espera musculo - esquelética que tuvo un descenso de más de un 70% (958 a 165 personas), disminuyendo la latencia de 12 a 2 meses, con el propósito de dar acceso oportuno y de calidad.
- Aumento del rango etario de los 18 años en adelante y aumento en la cartera de prestaciones de rehabilitación física.
- Se gestionaron 11 horas semanales de atención médica en CCR, se atendieron aproximadamente a unas 72 personas mensuales para consultas de morbilidad, interconsultas, ayudas técnicas, garantías, ingreso a ECICEP, etc.

- Desde mayo de 2024 se gestionaron 11 horas semanales de extensión horaria, para otorgar oportunidad de tratamiento de rehabilitación a toda la población.
- Favorecer la participación social y el desarrollo intersectorial a través de la participación de jornada y capacitaciones al equipo.
- Vinculación con los sectores a través del trabajo colaborativo en jornadas, talleres y operativos de Salud.
- Planificar y desarrollar el diagnóstico participativo con la comunidad para crear el próximo plan de trabajo 2025-2026.

## DESAFÍOS 2025

- Continuar entregando tratamiento de rehabilitación física integral, con un enfoque humanizado, oportuna y de calidad, priorizando las necesidades y preferencias.
- Seguir gestionando la lista de espera y disminuir latencia de 2 a 1,5 meses.
- Continuar entregando horas de atención médica dando prioridad al acceso a toda persona con discapacidad, con un enfoque humanizado y centrado en la persona.
- Aumentar la participación comunitaria (tanto del usuario, su familia y cuidador principal) en todo proceso de rehabilitación, promoviendo la realización de talleres en la comunidad.
- Dar continuidad y fortalecer el vínculo con el intersector para crear un trabajo colaborativo en red de rehabilitación comunal.
- Promover y potenciar la promoción de la salud a través de actividades preventivas, fomento del autocuidado, estilos de vida saludables y enfrentamiento positivo de los procesos degenerativos de los usuarios de la comunidad del CES Alejandro del Río.

## 10. CENTRO COMUNITARIO DE REHABILITACIÓN (CCR) DE CENTRO DE SALUD FAMILIAR VISTA HERMOSA

### CARTERA DE PRESTACIONES

- Atención kinésica: evaluación, tratamiento y posterior alta de usuarios/as ingresados/as a rehabilitación por patologías osteomusculares y neuromusculares.
- Atención de terapeuta ocupacional: evaluación, tratamiento y posterior alta de usuarios/as ingresados/as a rehabilitación por patologías osteomusculares y neuromusculares.
- Terapias grupales: Parkinson, artrosis, fibromialgia y de dependencia leve – moderada.
- Visita domiciliaria integral: herramienta que permite el conocimiento integral de una persona en situación de discapacidad, su ambiente natural, detectar factores de riesgo, educar al/a la cuidador/a, conocer las condiciones de la vivienda para realizar adaptaciones correspondientes para así permitir la máxima independencia en la movilidad al interior y exterior de la vivienda.
- Credencial Nacional de Discapacidad: educaciones a cargo de terapia ocupacional para usuarios/as que desean realizar la tramitación para la obtención de su credencial.

- Consejería familiar e individual.
- Educación de pacientes osteomusculares.
- Confección de ayudas técnicas y órtesis.
- Solicitud de ayudas técnicas: se gestiona a través de GES por médico/a de CESFAM, por Municipalidad mediante el Departamento de Discapacidad o el Servicio Nacional de Discapacidad (SENADIS).

## AVANCES 2024

El CCR del CESFAM Vista Hermosa (VH) para el año 2024 ha ido en los siguientes objetivos planteados:

- Promover el trabajo transversal con el CESFAM VH, agrupaciones locales y red comunal:
  - Mejorar los flujos de derivación entre los profesionales y entrega de información con los equipos del CESFAM VH.
  - Participar de manera activa de reuniones y actividades de la red de inclusión y rehabilitación de Puente Alto.
  - Coordinar y ejecutar actividades en conjunto con instituciones y agrupaciones locales.
- Implementar y desarrollar estrategias con el equipo de CCR VH para el trabajo con cuidadores/as:
  - Identificar las necesidades específicas de los/as cuidadores/as del programa de dependencia severa del CESFAM VH.
  - Trabajar en estrategias de colaboración entre el equipo de dependencia severa del CESFAM VH y CCR VH para la implementación de actividades enfocadas en los/as cuidadores/as.
  - Generar espacios de educación y capacitación para cuidadores/as en el CCR VH.
- Potenciar la participación y promoción de Salud en actividades grupales, incorporando contenidos de prevención y rehabilitación de patologías musculoesqueléticas y neuromusculares:
  - Desarrollar talleres educativos con el objetivo de involucrar activamente a la comunidad del CESFAM VH.
  - Implementar estrategias de promoción de la comunidad y CESFAM VH para destacar talleres realizados en CCR VH.
  - Lograr una participación activa en la ECICEP del CESFAM VH.
- Desarrollar una participación activa y efectiva en el proceso de acreditación del año 2025 para consolidar los estándares de calidad y excelencia en CCR:
  - Reforzar la evaluación de ingreso mediante el enfoque de la “Pausa de seguridad para procedimientos de rehabilitación” y la “Valoración de riesgo de caídas” garantizando medios como parte integral del proceso de atención.
  - Realizar la evaluación del indicador correspondiente al APK 1.3 (acreditación de servicios de kinesiología).

## DESAFÍOS 2025

### Humanización de la atención:

- Objetivo: consolidar un modelo de atención centrado en la persona (ECICEP), que reconozca sus necesidades físicas, emocionales y sociales.
- Desafíos:
  - Implementar herramientas de evaluación de la satisfacción del usuario que consideren aspectos de humanización.
  - Fortalecer la comunicación efectiva y empática entre profesionales y usuarios.
  - Garantizar la accesibilidad a la información y la participación activa del usuario en su proceso de rehabilitación.

### Calidad de la atención:

- Objetivo: asegurar la excelencia en la prestación de servicios de rehabilitación, basada en evidencia científica y en las mejores prácticas.
- Desafíos:
  - Mantener el sistema de gestión de la calidad que permita monitorear y mejorar continuamente los procesos.
  - Actualizar los protocolos de atención y las guías clínicas en base a las últimas evidencias.
  - Promover la capacitación continua del equipo de salud en temas relevantes para la rehabilitación.
  - Fortalecer la seguridad del paciente a través de la implementación de medidas de prevención de eventos adversos.

### Integralidad de la atención:

- Objetivo: Abordar las necesidades de salud de los usuarios de manera integral, considerando las dimensiones biológica, psicológica y social.
- Desafíos:
  - Fortalecer el trabajo interdisciplinario entre los/as profesionales del CCR.
  - Incorporar intervenciones que promuevan la salud mental y el bienestar emocional de los/as usuarios/as.
  - Facilitar la vinculación de los/as usuarios/as con redes de apoyo social y comunitario.

### Participación y empoderamiento:

- Objetivo: Promover la participación activa de los usuarios y sus familias en la toma de decisiones relacionadas con su proceso de rehabilitación.
- Desafíos:

- Implementar estrategias de educación para la salud que fortalezcan el autocuidado y la autonomía de los/as usuarios/as.
- Crear espacios de diálogo y participación para que los/as usuarios/as puedan expresar sus necesidades y expectativas.
- Incorporar la perspectiva de los/as usuarios/as en la evaluación y mejora de los servicios del CCR.

### Equidad e inclusión:

- Objetivo: garantizar el acceso equitativo a servicios de rehabilitación de calidad para todas las personas, sin discriminación alguna.
- Desafíos:
  - Identificar y eliminar barreras de acceso a la atención.
  - Adaptar los servicios a las necesidades específicas de los diferentes grupos de usuarios.
  - Promover la inclusión social de las personas en situación de discapacidad.

## 11. LABORATORIO COMUNAL DR. ALEJANDRO DEL RÍO

### CARTERA DE PRESTACIONES

Actualmente se cuenta con 43 tipos diferentes de exámenes, distribuidos en 5 áreas de análisis: hematología y coagulación, microbiología, tisiología, serología y química clínica. Estos exámenes son parte de la canasta básica de APS que cubren los distintos programas de salud actualmente disponibles a nivel país, además de los incorporados según la necesidad de los/as usuarios/as como lo son las hormonas de climaterio y el antígeno prostático específico.

Área	Examen
Hematología y coagulación	— Perfil hematológico
	— Hemograma y VHS
	— VHS
	— Tiempo de protrombina
Microbiología	— Orina completa
	— Urocultivo
	— Coprocultivo
	— Cultivo corriente
	— Flujo vaginal
	— Test de embarazo
	— Test de hemorragia oculta
	— Test de Graham
— Parasitológico seriado de deposiciones	
Serología	— RPR
	— Grupo sanguíneo
Tisiología	— Baciloscopia

Área	Examen
Química clínica	— Albúmina
	— Bilirrubina total
	— Bilirrubina directa
	— Colesterol total
	— Creatinina en sangre
	— Electrolitos plasmáticos (cloro, sodio y potasio)
	— Fosfatasa alcalina
	— Gamma glutamil transpeptidasa (GGT)
	— Glicemia
	— PTGO (prueba de tolerancia a la glucosa oral)
	— Proteínas totales
	— Transaminasa oxaloacética (AST/GOT)
	— Transaminasa pirúvica (ALT/GPT)
	— Triglicéridos
	— Nitrógeno ureico
	— Uremia
	— Uricemia
	— Perfil Lipídico (colesterol total, colesterol-HDL, triglicéridos, LDL)
	— Perfil Hepático (GOT, GPT, fosfatasa alcalina, GGT, tiempo de protrombina, bilirrubina total, bilirrubina directa)
	— Velocidad de filtración glomerular (VFG)
	— Proteína C reactiva
	— Factor reumatoide
	— Relación microalbuminuria/creatinuria (RAC)
	— Hemoglobina glicosilada
	— Antígeno prostático específico (PSA)
	— Vitamina B12
	— Tiroxina libre (T4L)
	— Hormona tiroestimulante (TSH)
	— Hormona folículo estimulante (FSH)
	— Hormona lúteo estimulante (LH)
— Estradiol (E2)	

## AVANCES 2024

El laboratorio clínico comunal procesa mensualmente en promedio 100.002 exámenes, equivalentes a 12.084 pacientes, un 5,2% de aumento en comparación al año 2023 y un 37% en comparación al año 2022. Para suplir este aumento se requiere de equipamientos con un alto rendimiento (test/hora) y que permitan el análisis de muestras con altos estándares de calidad, de esta manera obtener resultados confiables y que sean un apoyo para el diagnóstico clínico de todos/as los/as usuarios/as atendidos/as en los Centros de salud corporativos de Puente Alto.



En este contexto, es que en el año 2024 el laboratorio ha mejorado sus estándares de calidad gracias a la adquisición de equipamientos que permitan aumentar la cantidad de exámenes por hora, disminuyendo los tiempos de respuesta, mejorando la tecnología para el análisis de los diferentes exámenes, además de validar los procesos con controles de calidad externos que comparan los resultados con programas internacionales. Estos nuevos equipamientos estarán disponibles para su uso y funcionamiento desde enero del año 2025. Este recambio de equipamientos beneficia a todos nuestros usuarios, pero también la tecnología incorporada mejora los flujos de trabajo internos del laboratorio, favoreciendo además a los/as funcionarios/as.

Por su parte, el laboratorio está conformado por 11 tecnólogos/as médicos/as de laboratorio, un enfermero universitario, 13 TENS de laboratorio, 5 administrativos/as y 3 estafetas, los/as cuales son responsables del transporte, procesamiento, análisis de las muestras y sus resultados. Además, comprometidos con la calidad de sus prestaciones, el laboratorio se sometió a la evaluación de sus procesos según los estándares establecidos por la Superintendencia de Salud a través del proceso de acreditación de laboratorios.

### DESAFÍOS 2025

Los equipos del laboratorio están comprometidos con mejorar la condición de salud de todos/as los/as usuarios/as y por ende se ha propuesto:

- Disminuir los tiempos de respuesta, sin afectar la calidad de sus procesos.
- Implementar nuevas tecnologías para las determinaciones de baciloscopías, principalmente las utilizadas como exámenes de pesquisa, mejorando la sensibilidad diagnóstica a través de biología molecular, que además permite evaluar de manera inicial la resistencia a fármacos más utilizados en el tratamiento contra *Mycobacterium tuberculosis*, adhiriéndose a los algoritmos del Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis (PROCET) pertenecientes a MINSAL.

- Adquirir un nuevo servicio de sistema informático de laboratorio que permita mejorar la comunicación interlaboratorio, así como también con las unidades de toma de muestras (UTM), SAR, red de urgencias y central de ambulancias. Además, permitirá mejorar el análisis de los procesos de entrega de resultados con valores críticos y/o alerta y tiempos de respuesta de los exámenes realizados.
- Incorporar y apoyar al servicio SAR PMV en la evaluación de controles de calidad externos e internos de los equipamientos para gases sanguíneos, orina cualitativa y enzimas cardíacas, permitiendo validar y comprobar la calidad de los exámenes procesados en el establecimiento.
- Fortalecer el compromiso del laboratorio con todos los equipos pertenecientes al Área de Salud, mejorando la calidad del servicio junto con el acceso a las atenciones, perfeccionando y cohesionando procesos que permitan una mejora en la satisfacción usuaria.

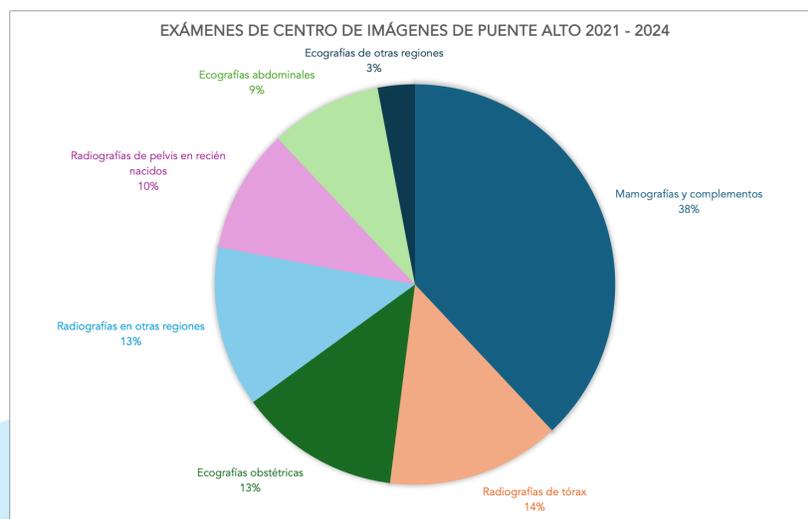
## 12. CENTRO DE IMÁGENES (CDI)

El Centro de Imágenes (CDI) de la Corporación Municipal de Puente Alto, es un Centro de Salud especializado, donde se realizan diversos exámenes a usuarios que son derivados desde APS corporativa.

Este centro cuenta con un equipo multidisciplinario entre los que se encuentran médicos radiólogos, tecnólogos médicos, matronas ecografistas, TENS, técnicos administrativos de nivel superior (TANS) y administrativos; además, dispone de equipamiento tecnológico como mamógrafos, ecógrafos, equipos de rayos, salas de realización de informes, entre otros.

### CARTERA DE PRESTACIONES

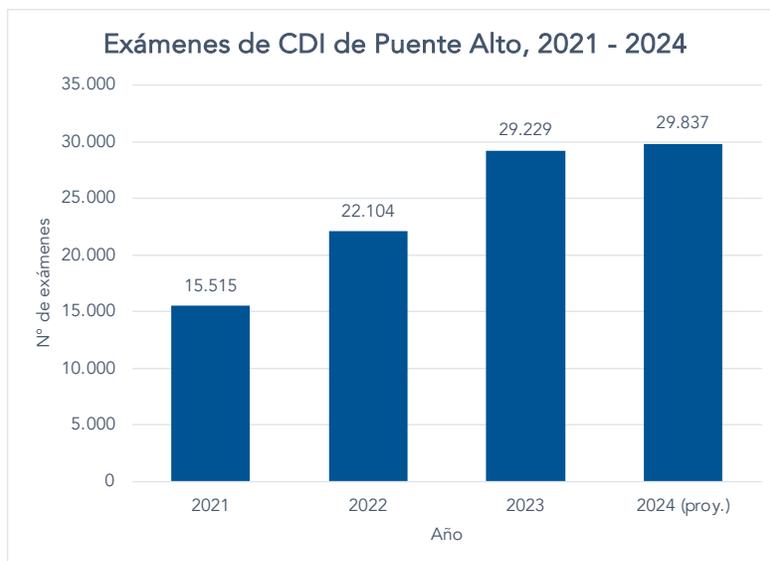
Los exámenes realizados en los últimos años muestran la siguiente distribución:



## AVANCES 2024

Durante el año 2024, el CDI ha avanzado en el logro de sus objetivos estratégicos, entre los aspectos a destacar se encuentran:

- Aumento del volumen de exámenes realizados respecto a los años previos. Los exámenes realizados al corte de septiembre de 2024 (22.378) permiten proyectar a diciembre un estimado de 29.837.



- El 02 y 03 de septiembre se desarrolló la evaluación formal por la entidad acreditadora APIS Ltda. en el contexto del trabajo para la obtención de la acreditación como prestador institucional de servicios imagenológicos, lo cual se realizó sin inconvenientes. Dado esto, el Centro está a la espera del resultado del proceso por parte de la Superintendencia de Salud.
- Contribución al cumplimiento de metas del convenio imágenes diagnósticas 2024.
  - En CDI más del 70% de los exámenes que se realizan aportan al cumplimiento a las metas del convenio imágenes diagnósticas, entre éstos están las imágenes de mamas, ecografía abdominal, radiografía de pelvis en lactantes y radiografía de tórax.
- Coordinación operativa del mamógrafo móvil:
  - El presente año CDI ha contado con un nuevo equipo mamográfico en una modalidad móvil, estrategia muy valorada por los usuarios y población en general de la comuna.
  - Este dispositivo ha funcionado en coordinación con los CESFAM, a fin de disminuir las listas de espera existentes para este examen. También ha participado en las jornadas de atención nocturna municipal y "Atención en tu barrio", iniciativas que se realizan mensualmente en distintos territorios.

- Al mes de septiembre, se han realizado más de 16 operativos en distintas ubicaciones de la comuna, atendiendo a más de 700 mujeres que han accedido a mamografía gratuita como parte de esta estrategia de prevención del cáncer de mamas del Área de Salud corporativa.
- Este año se realizó un proceso de licitación pública para la obtención de un nuevo equipo de rayos para el centro, lo cual finalizó recientemente. Es por esto que se espera contar con este nuevo equipo en CDI en el corto plazo.
- Trabajo conjunto con los Centros de Salud. Continuamente y de acuerdo a la estrategia de trabajo en equipo, el CDI mantiene comunicación y alianzas de trabajo con los distintos Centros de Salud de la comuna, a fin de optimizar su coordinación y atención oportuna hacia sus usuarios/as.

### DESAFÍOS 2025

- Obtener la acreditación como prestador de salud de servicios imagenológicos y constituir el 2° Centro de Salud corporativo en estar acreditado en la comuna de Puente Alto.
- Conformación de una Unidad de calidad asistencial de CDI, a fin de dar continuidad al trabajo en torno al estándar de acreditación, reforzando normativas, protocolos y procesos al interior del centro.
- Potenciar la estrategia del mamógrafo móvil, aumentando la cobertura territorial y de usuarias que acceden a este importante screening mamográfico.
- Iniciar un ciclo de charlas anual y otras actividades que contribuyan a la continua prevención del cáncer de mamas en la comuna.
- Iniciar el funcionamiento del nuevo equipo de rayos para el Centro, aumentando la oferta programática de exámenes radiológicos.
- Continuar con el fortalecimiento del trabajo conjunto con los equipos de los Centros de Salud, a fin de ir optimizando los procesos, cumplimiento de metas y calidad de la atención hacia los/as usuarios/as.

### 13. CENTRAL DE AMBULANCIAS

La Central de Ambulancias se encarga de regular todas las solicitudes de ambulancias que provienen de los Centros de Salud, SAPU/SUM/SAR corporativos, red asistencial pública y también desde domicilios de la comuna de Puente Alto. Para esto existe un sistema de gestión telefónica funcionando las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Se cuenta con una flota de 8 ambulancias de emergencia básica (AEB) distribuidas en los Centros de Salud, 4 ambulancias para traslados ambulatorios programados en horario diurno en días hábiles. Cada ambulancia cuenta con un TENS y un conductor, con alrededor de 110 funcionarios como dotación fija, quienes se distribuyen territorialmente en los Centros de Salud, contribuyendo así a una atención rápida, y eficiente.

Se cuenta con un móvil ambulancia de emergencia profesionalizado (AEP), que cuenta con equipamiento para prestar soporte vital avanzado, dado por un enfermero, un TENS y conductor, consolidando a la Central como una unidad de atención prehospitalaria, necesaria debido a la menor cobertura territorial que se consigue con el Servicio de Atención Médico de Urgencias (SAMU).

La unidad administra 6 clínicas móviles, 5 clínicas ginecológicas y un camión mamográfico, destinadas a operativos en terreno, programados a través de equipos de Salud en tu barrio, operativos corporativos territoriales, operativos municipales y atenciones nocturnas.

Adicionalmente, la unidad cuenta con 4 móviles de traslado de pacientes, los cuales pone a disposición de los equipos que realizan operativos en terreno y centros que requieren de traslado de usuarios/as con necesidades especiales. Actualmente, se encuentra uno en el Centro de Integración María Isabel (CIMI), uno en el Centro de Especialidades Primarias San Lázaro, y 2 en el equipo de paliativos no oncológicos.

El servicio de traslado y priorización de pacientes existe gracias a la disponibilidad de personal profesional en horario continuado (24/7). Este equipo se conforma por un staff de médico regulador, que administra la correcta utilización de los móviles y que está disponible las 24 horas para supervisar los llamados telefónicos, respondidos por un equipo de TENS con amplia experiencia en el área de urgencias, además de un equipo de enfermería, quienes supervisan el cumplimiento de las normas, guías clínicas y protocolos vigentes a nivel nacional e institucional, que es parte del AEP, teniendo una función clínica asistencial.

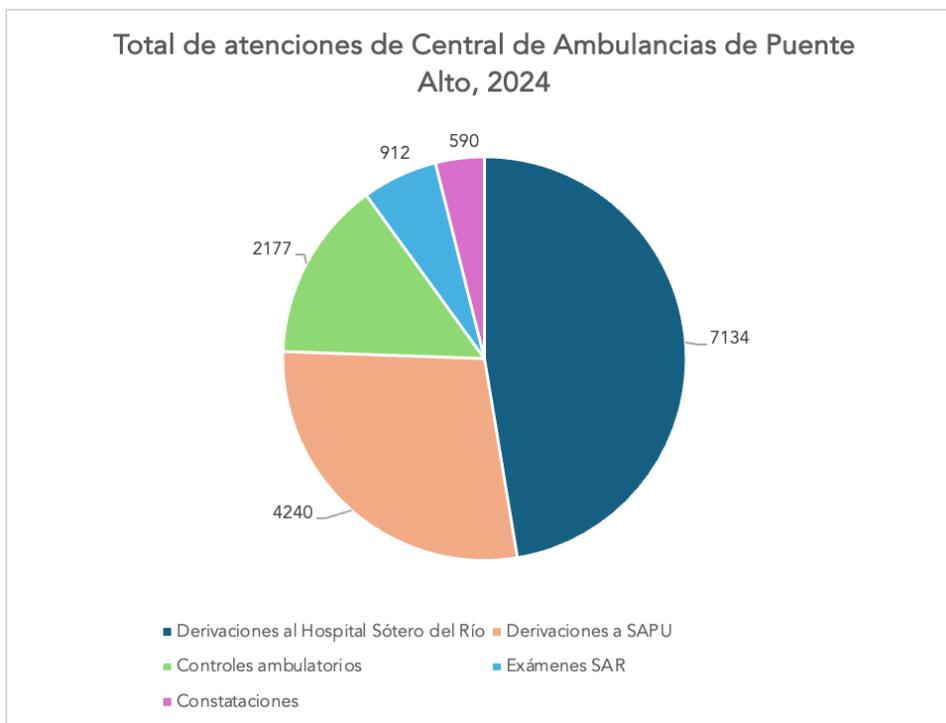
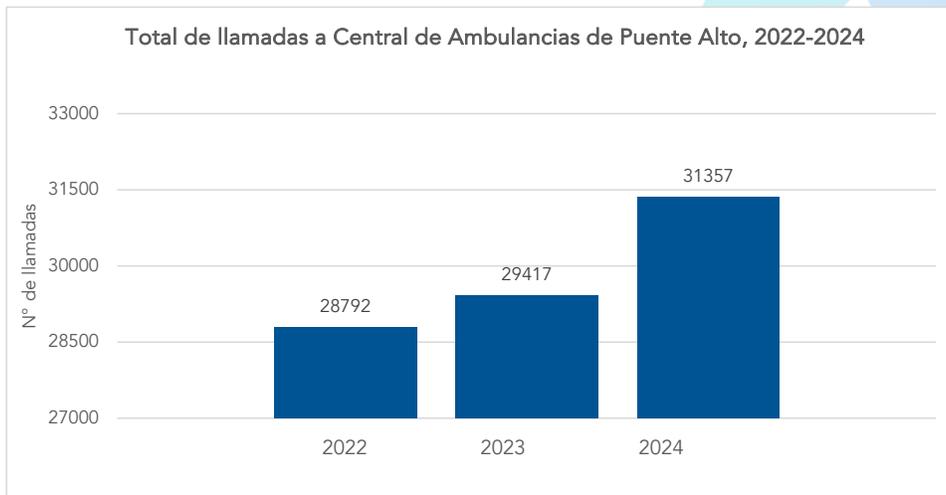
## CARTERA DE PRESTACIONES

Existen diferentes tipos de solicitudes:

- Traslado de pacientes derivados de Centros de Salud de atención primaria a la urgencia del hospital de referencia.
- Traslado de pacientes con problemas de movilización a prestaciones programadas ambulatorias (centros de diálisis, curaciones, entre otros).
- Urgencias en domicilios o en la vía pública que ameritan evaluación en terreno y posterior traslado a un centro asistencial, sea de atención primaria o secundaria.
- Constatación y emisión de certificado de fallecimiento a domicilio, realizado por médico de la Central de Ambulancia.
- Gestión de traslado de pacientes hacia SAR desde los SAPU y SUM, para toma de exámenes, imágenes o continuidad de tratamiento.
- Gestión de traslado de pacientes en situación de calle, posterior a la atención recibida en algún dispositivo de salud, hacia albergues municipales habilitados.
- Asistencia en eventos deportivos y culturales organizados por Área de Deporte, organismos municipales y eventos sociales.

## AVANCES 2024

El siguiente gráfico muestra que el número de llamadas a la Central de Ambulancias desde el 2022 ha ido aumentando progresivamente en el tiempo.



El gráfico anterior muestra la cantidad de atenciones que ha realizado la Central de Ambulancias durante el año 2024.

Desde el 2024, se aumentó la dotación de profesionales en enfermería, permitiendo que este servicio esté disponible en horario continuo 24/7, recurso que ha permitido entregar

una mejor experiencia de atención a los usuarios, al realizar traslado de forma oportuna y de calidad.

## DESAFÍOS 2025

- Establecer e implementar los perfiles de funciones de todo el personal que entrega el servicio de ambulancia, buscando estandarizar en un documento normativo el funcionamiento administrativo de la Central como ente regulador y de las ambulancias disponibles en terreno.
- Avanzar en la estandarización y protocolización de los procedimientos a realizar en los móviles de ambulancias y clínicas móviles distribuidos en el territorio, incluyendo realización y supervisión.
- Difundir y supervisar la aplicación de documentos creados para estandarizar la regulación de las solicitudes y el traslado de pacientes, de esta manera optimizar el uso de los móviles abarcando la mayor posibilidad de traslados, priorizando según categorización de su urgencia, en coordinación con la unidad técnica respectiva.
- Desarrollar el rol de gestión del profesional de enfermería asociado a la Central, específicamente en la elaboración de documentos vinculados a la calidad y seguridad de la atención. Para esto se proyecta incorporar un profesional destinado exclusivamente a la gestión interna de la Central y coordinación de equipos de móviles ambulancias.
- Avanzar en el proceso de obtención de autorización sanitaria según norma técnica respectiva, considerando que se deben verificar cumplimientos y brechas en infraestructura y equipamiento de manera previa.
- Mantener y fortalecer el vínculo entre la regulación médica, la red de urgencia de APS y los niveles de derivación que se encuentren disponibles, asegurando la continuidad de la atención y aumentando la capacidad resolutoria de la red.
- Revisar el sistema de asignación de cupos para el servicio de traslado ambulatorio, estableciendo criterios de admisión y optimizando el recurso disponible.
- Fortalecer la mejora continua en el sistema de gestión de llamados, plataformas informáticas y registro de la información de las evaluaciones realizadas en domicilio.
- Gestionar un nuevo sistema de radiocomunicaciones entre Central de Ambulancias, móviles y centros asistenciales de la comuna, con autonomía energética para mantener la coordinación y la posibilidad de respuesta del servicio de urgencia 24/7 en época de catástrofe.
- Mantener el vínculo de colaboración conseguido con instituciones asociadas al servicio de traslado de emergencia, tales como Carabineros de Chile, SAMU, Bomberos y las oficinas municipales que correspondan, mediante la organización de actividades de capacitación u otras similares.
- Gestionar la incorporación de auxiliar de servicio, para mejorar, estructurar y protocolizar el método de carga de oxígeno a nivel central, además, de establecer al responsable de orden, carga y descarga de bodegas de insumos y equipamientos de la unidad.

- Gestionar la instalación de un sistema de video en todos los móviles de emergencia con conexión remota que permita registrar los recorridos o situaciones puntuales en el desplazamiento de las unidades.
- Contar con DEA (Desfibrilador Externo Automático) en todos los móviles de traslado de emergencia.
- Contar con un plan de adquisición y reposición de equipamiento en todos los móviles de traslado.
- Realizar promoción de ambientes laborales saludables, trabajando en conjunto con comité paritario de higiene y seguridad de la unidad, equipos de salud mental y bienestar local y corporativo, con el fin de crear instancias de encuentro en jornadas de salud mental para equipos de movilización.

#### 14. SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIAS (SAPU), SERVICIO DE URGENCIA MUNICIPAL (SUM) Y SERVICIO DE ALTA RESOLUTIVIDAD (SAR)

La red de urgencia de APS corporativa se encuentra conformada por 5 SAPU (AR, BL, SG, CRSH y KW), un SAR (PMV) y un SUM (VH), el cual fue inaugurado en el mes de octubre del año 2023 y que actualmente es financiado con fondos municipales de la comuna de Puente Alto, fortaleciendo y otorgando prestaciones de urgencias vitales, emergencias u otras patologías que requieran de una valoración eficiente, eficaz y de manera oportuna frente a la intervención de situaciones críticas. Actualmente, la red cuenta también con dispositivos de referencia de urgencias, entre ellos de alta complejidad tales como Hospital Sotero del Río y de baja complejidad como el Hospital San José de Maipo. Durante campaña de invierno se cuenta con recursos adicionales desplegados desde el SSMSO, a modo de convenios y contratos de servicios externos. Se complementa e interactúa de manera directa la vinculación permanente con la Central de Ambulancias, que se ha ido desarrollando en temas como clasificación y categorización de pacientes para el traslado de urgencia, notificaciones de eventos adversos y acompañamiento al personal de los dispositivos de urgencia, etc.

Los SAPU y el SAR conforman un sistema orientado a mejorar el acceso, la oportunidad y la continuidad de la atención sanitaria a la población, con el fin de ofrecer atención rápida a las necesidades de urgencia/emergencia de baja a moderada complejidad de todos/as los/as usuarios/as que la requieran. Los SAPU funcionan en horario inhábiles, es decir desde las 17:00 hrs, y los fines de semana y feriados atienden de manera prolongada desde las 08:00 hrs, por lo que el servicio de urgencia se encuentra restringido al horario de atención informado a la comunidad. Respecto al SAR PMV, la atención se presta 24/7 siendo el único centro de derivación local de urgencia, conformándose como un centro de derivación y de apoyo diagnóstico (rayos X y exámenes de sangre), para los otros dispositivos de la comuna.

El SUM funciona en horario inhábil desde las 17:00 hrs hasta las 00:00 hrs, y los fines de semana y feriados atiende desde las 08:00 hrs hasta las 00:00 hrs.

## CARTERA DE PRESTACIONES

Cartera de prestaciones SAR	
<b>Médico/a</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Consulta médica de urgencia</li> <li>— Consulta médica de urgencia + sutura simple (piel hasta 10 cm)</li> <li>— Consulta médica de urgencia + sutura compleja (piel hasta 5 cm) en zonas especiales (cabeza y cuello)</li> <li>— Consulta médica de urgencia + drenaje de absceso</li> <li>— Consulta médica de urgencia + onicectomía traumática</li> <li>— Consulta médica de urgencia + estabilización de luxación mayor (columna, caderas y pelvis)</li> <li>— Consulta médica de urgencia + estabilización de luxación mediana (hombro, codo, rodilla, tobillo, muñeca, acromioclavicular)</li> <li>— Consulta médica de urgencia + estabilización de luxación menor (todo el resto)</li> <li>— Consulta médica de urgencia + estabilización de fracturas mayores (columna, pelvis, supracondílea, codo y epífisis femoral)</li> <li>— Consulta médica de urgencia + estabilización de fracturas medianas (diáfisis humeral, radial, cubital, femoral, tibial, fibular, clavicular y platinos tibiales)</li> <li>— Consulta médica de urgencia + estabilización de fracturas menores (todo el resto)</li> <li>— Consulta médica de urgencia por constatación de lesiones</li> <li>— Consulta médica de urgencia + anticoncepción de emergencia</li> <li>— Consulta médica de urgencia + alcoholemia</li> <li>— Consulta médica de urgencia + uso de sala de reanimación</li> </ul>
<b>Enfermera/o</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Atención de enfermería de urgencia</li> <li>— Atención de enfermería + categorización</li> <li>— Atención de enfermería de urgencia + sonda vesical</li> <li>— Atención de enfermería de urgencia + sondeo intermitente</li> <li>— Atención de enfermería de urgencia + sonda nasogástrica</li> <li>— Atención de enfermería de urgencia + sonda nasogástrica + lavado gástrico</li> <li>— Atención de enfermería de urgencia + electrocardiograma con o sin telemedicina</li> <li>— Atención de enfermería de urgencia + curación avanzada 1ª evaluación</li> <li>— Atención de enfermería de urgencia + fleboclisis</li> <li>— Atención de enfermería de urgencia + POCT (prueba de laboratorio en lugar de asistencia) muestra orina</li> <li>— Atención de enfermería de urgencia + POCT muestra sangre</li> <li>— Atención de enfermería de urgencia + administración de vacunas de urgencia</li> <li>— Atención de enfermería de urgencia + uso de sala de reanimación</li> </ul>
<b>TENS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Atención de TENS de urgencia + tratamiento oral</li> <li>— Atención de TENS de urgencia + terapia inhalatoria</li> <li>— Atención de TENS de urgencia + intramuscular</li> <li>— Atención de TENS de urgencia + recontrol de signos vitales</li> <li>— Atención de TENS de urgencia + aseo ocular</li> <li>— Atención de TENS de urgencia + electrocardiograma</li> <li>— Atención de TENS de urgencia + curación simple</li> <li>— Atención de TENS de urgencia + toma de baciloscopia</li> <li>— Atención de TENS de urgencia + nebulización</li> <li>— Atención de TENS de urgencia + oxigenoterapia</li> <li>— Atención de TENS de urgencia + uso de sala de reanimación</li> </ul>

**Cartera de prestaciones SAR (continuación)**

<b>Kinesiólogo/a</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Atención kinésica de urgencia + categorización</li> <li>— Atención kinésica de urgencia + recontrol de signos vitales</li> <li>— Atención kinésica de urgencia + hospitalización abreviada</li> <li>— Atención kinésica de urgencia + kinesioterapia respiratoria</li> <li>— Atención kinésica de urgencia + toma de antígeno</li> <li>— Atención kinésica de urgencia + procesamiento sala analítica antígeno</li> <li>— Atención kinésica de urgencia + toma de baciloscopia</li> <li>— Atención kinésica de urgencia + oxigenoterapia</li> <li>— Atención kinésica de urgencia + prestaciones GES</li> <li>— Atención kinésica de urgencia + uso de sala de reanimación</li> </ul>
<b>Tecnólogo/a médico/a</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Radiografía de tórax simple (frontal y lateral)</li> <li>— Radiografía de cavidades perinasales, órbita, articulaciones temporomandibulares, huesos propios de la nariz, malar, maxilar arco-cigomático, cara.</li> <li>— Radiografía de pelvis, cadera o coxofemoral, proyecciones especiales (rotación interna, abducción, lateral, Lowenstein)</li> <li>— Radiografía de columna cervical o atlas-axis (frontal y lateral)</li> <li>— Radiografía de columna lumbar o lumbosacra (ambas incluye 5° espacio)</li> <li>— Radiografía de pelvis, cadera o coxofemoral</li> <li>— Radiografía de brazo, antebrazo, codo, muñeca, mano, dedos, pie o similar (frontal y lateral)</li> <li>— Radiografía de hombro, fémur, rodilla, pierna, costilla o esternón (frontal y lateral)</li> <li>— Ecografía (solo en el caso que establecimiento habilite ecografía preexistente, en espacio SAR)</li> </ul>

**Cartera de prestaciones SAPU / SUM**

<b>Médico/a</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Consulta médica de urgencia</li> <li>— Consulta médica de urgencia + sutura simple (piel hasta 10 cm)</li> <li>— Consulta médica de urgencia + sutura compleja (Piel hasta 5 cm) en zonas especiales (cabeza)</li> <li>— Consulta médica de urgencia + drenaje de absceso</li> <li>— Consulta médica de urgencia + onicectomía traumática</li> <li>— Consulta médica de urgencia + estabilización de luxación mayor (columna, caderas y pelvis)</li> <li>— Consulta médica de urgencia + estabilización de luxación mediana (Hombro, codo, rodilla, tobillo, muñeca, acromioclavicular)</li> <li>— Consulta médica de urgencia + estabilización de luxación menor (todo el resto)</li> <li>— Consulta médica de urgencia + estabilización de fracturas mayores (columna, pelvis, supracondílea, codo y epífisis femoral)</li> <li>— Consulta médica de urgencia + estabilización de fracturas medianas (diáfisis humeral, radial, cubital, femoral, tibial, fibular, clavicular y platillos tibiales)</li> <li>— Consulta médica de urgencia + estabilización de fracturas menores (todo el resto)</li> <li>— Consulta médica de urgencia por constatación de lesiones</li> <li>— Consulta médica de urgencia + anticoncepción de emergencia</li> <li>— Consulta médica de urgencia + alcoholemia</li> <li>— Consulta médica de urgencia + uso de sala de reanimación</li> </ul>
-----------------	---

Cartera de prestaciones SAPU / SUM (continuación)	
<b>Enfermero/a</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Atención de enfermería de urgencia</li> <li>— Atención de enfermería de urgencia + categorización</li> <li>— Atención de enfermería de urgencia + sonda vesical</li> <li>— Atención de enfermería de urgencia + sondeo intermitente</li> <li>— Atención de enfermería de urgencia + sonda nasogástrica</li> <li>— Atención de enfermería de urgencia + sonda nasogástrica + lavado gástrico</li> <li>— Atención de enfermería de urgencia + electrocardiograma con o sin telemedicina (en el caso de SUM sólo electrocardiograma sin telemedicina)</li> <li>— Atención de enfermería de urgencia + curación avanzada 1ª evaluación</li> <li>— Atención de enfermería de urgencia + vía subcutánea</li> <li>— Atención de enfermería de urgencia + fleboclisis</li> <li>— Atención de enfermería de urgencia + administración de vacunas de urgencia</li> <li>— Atención de enfermería de urgencia + uso de sala de reanimación</li> </ul>
<b>TENS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Atención de TENS de urgencia + tratamiento oral</li> <li>— Atención de TENS de urgencia + categorización</li> <li>— Atención de TENS de urgencia + terapia inhalatoria</li> <li>— Atención de TENS de urgencia + intramuscular</li> <li>— Atención de TENS de urgencia + recontrol de signos vitales</li> <li>— Atención de TENS de urgencia + aseo ocular</li> <li>— Atención de TENS de urgencia + electrocardiograma (en el caso de SUM sólo electrocardiograma sin telemedicina)</li> <li>— Atención de TENS de urgencia + curación simple</li> <li>— Atención de TENS de urgencia + toma de baciloscopía</li> <li>— Atención de TENS de urgencia + nebulización</li> <li>— Atención de TENS de urgencia + oxigenoterapia</li> <li>— Atención de TENS de urgencia + uso de sala de reanimación</li> </ul>

## AVANCES 2024

Considerando que durante la pandemia de COVID-19 fue necesario realizar grandes ajustes en la infraestructura de los dispositivos de urgencia, que en su mayoría requirieron ocupar espacios adicionales, durante el año 2023 se realizó un diagnóstico de todos los SAPU/SAR para determinar los ajustes y habilitaciones requeridas para su mejor funcionamiento. Dada la incorporación del profesional de enfermería en el equipo básico de SAPU, se plantearon propuestas como contar con botiquines en todos los dispositivos, lo cual se ha ido trabajando como proyecto en todos los Centros de Salud. Otro asunto importante fue el levantamiento de brechas de normas técnicas básicas (NTB) de autorización sanitaria, que se realizó en conjunto al equipo de calidad comunal, con el objetivo de planificar su cierre.

Respecto al recurso humano y funcionamiento, durante el año 2024 la organización del turno se planteó considerando como equipo basal la presencia de profesional médico, profesional de enfermería, técnicos de enfermería y administrativos, y planificando la presencia de refuerzos durante la campaña de invierno, tales como profesional de kinesiología y adicionales a los ya mencionados, los cuales se fueron incorporando en la

medida que iba avanzando el invierno, según demanda asistencial y recursos financieros disponibles.

Asimismo, durante la campaña de invierno para el SAR se mantuvo, al igual que años anteriores, la extensión del horario de funcionamiento de la sala de rayos X hasta las 23:00 hrs, se incorporó el estamento de kinesiólogos de manera permanente al funcionamiento 24/7, se dio inicio al servicio POCT o de análisis rápido de exámenes, los cuales apoyan el diagnóstico médico diferencial frente a patologías de los/as usuarios/as consultantes.

Durante el año 2024 se ha realizado y mantenido la reposición de equipamiento médico requerido para dar las prestaciones de salud de acuerdo a las solicitudes de cada Centro de Salud, lo cual se ha distribuyendo incluyendo a los que no cuentan con SAPU/SAR/SUM, pero que deben atender la morbilidad propia de la temporada.

Siguiendo lo establecido en el plan estratégico de mejora de los servicios de urgencia, se comenzó con la difusión de protocolos y documentos elaborados por el equipo técnico comunal, siendo relevante el trabajo realizado respecto a la categorización de pacientes, revisión de equipamiento en unidades de urgencias, entrega de turnos, manejo del paciente con agitación psicomotora, etc. que se debe utilizar en la atención de urgencia de los Centros de Salud corporativos.

## DESAFÍOS 2025

- Supervisar y difundir, en los horarios correspondientes del SAPU, SAR y SUM, el manual de funcionamiento de la red de urgencia de la Atención Primaria de Salud (APS).
- Difundir, supervisar y capacitar en los protocolos comunales que busquen estandarizar el rol de atención a usuarios/as, con el objetivo de asegurar una mejor atención y gestión del cuidado de los pacientes que acceden a la red de urgencia de la Atención Primaria de Salud (APS).
- Continuar con el requerimiento de la prestación de la toma de alcoholemia, asociada a la constatación de lesiones en el Servicio de Alta Resolución (SAR) de PMV.
- Supervisar que los protocolos establecidos para la red de urgencia de la Atención Primaria de Salud (APS) sean reconocidos y aplicados en la atención a los/as usuarios/as que consulten durante los horarios del SAPU, SAR y SUM.
- Gestionar la incorporación de cursos o programas de capacitación específicos en el área de urgencia, integrados en el plan de capacitación anual, abarcando temas como Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS), curso de categorización del paciente en urgencias (ESI), Soporte Vital Avanzado Pediátrico (PALS), manejo de la vía aérea, electrocardiograma básico en urgencias, Soporte Vital en Trauma (PHTLS), Insuficiencia Respiratoria Aguda y Enfermedad Respiratoria Aguda, así como ecografía de urgencia, protección radiológica, radiografías y/o primeros auxilios psicológicos.
- Mantener el trabajo colaborativo con la Central de Ambulancias corporativa a través de la difusión de protocolos elaborados conjuntamente y la realización de actividades de capacitación en otras unidades o centros educativos.

## 15. CENTRO DE ESPECIALIDADES PRIMARIAS (CEP) SAN LÁZARO

El Centro de Especialidades Primarias (CEP) San Lázaro tiene como objetivo contribuir a la resolución de problemas de salud de baja complejidad que requieren atención especializada. Proporciona servicios diagnósticos y terapéuticos enfocados exclusivamente en los usuarios inscritos en los Centros de Salud de la corporación. La existencia de este Centro ha permitido reducir las derivaciones al nivel secundario o terciario de atención, mejorando la pertinencia de las interconsultas y ayudando significativamente a disminuir las listas de espera en diversas especialidades. Entre las unidades y programas que ofrece, se encuentran las siguientes:

- Unidad de atención primaria oftalmológica (UAPO) – Oftalmología
- Unidad de atención dental – Especialidad odontológica
- Unidad de ginecología – Ginecología
- Centro comunitario de rehabilitación (CCR)
- Unidad de atención primaria de otorrinolaringología (UAPORRINO) – Otorrinolaringología
- Teledermatología – Consulta telemática con dermatología
- Espirometría – Programa ERA
- Medicina interna
- Unidad de resolutivez infantil
- Sala de rehabilitación infantil Chile Crece Contigo (ChCC)
- Botiquín San Lázaro

Contar con este Centro ha permitido una mayor resolutivez y optimización en la atención de estas especialidades.

### UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA OFTAMOLÓGICA (UAPO)

#### CARTERA DE PRESTACIONES

La unidad de atención primaria oftalmológica (UAPO), forma parte de la estrategia para fortalecer la resolutivez de la atención primaria en la especialidad de oftalmología con la realización de procedimientos de baja complejidad. Está orientada a la atención de pacientes no GES, desde los 6 y hasta los 64 años en la prestación de vicio de refracción, así como en el tamizaje de retinopatía diabética a todos los pacientes diabéticos de la comuna, quienes son derivados desde su Centro de Salud. Cabe mencionar que el programa de resolutivez está enfocado en el grupo etario entre 15 y 64 años para la resolución de vicio de refracción, por lo que el grupo etario de entre 6 y 14 años se financia con recursos corporativos.

Además del fondo de ojo como tamizaje para paciente diabético y la resolución de vicio de refracción, las prestaciones de la UAPO incluyen: detección y control de glaucoma,

diagnóstico y tratamiento de ojo seco, tratamiento quirúrgico de patología menor de párpado (orzuelo, chalazión, quistes), detección y derivación de cataratas, entre otras. A través de las prestaciones de la UAPO, en Puente Alto se pretende:

- Mejorar la oportunidad de acceso de los usuarios a la especialidad de oftalmología.
- Aumentar la resolutivez local a través de atención especializada integral.
- Mejorar la capacidad resolutivez local de los médicos de APS corporativos respecto al manejo de patología oftalmológica a través de una capacitación gestionada, es decir, un entrenamiento continuo en un trabajo conjunto con el médico especialista
- Mejorar la pertinencia en la referencia a la especialidad de oftalmología

El equipo de trabajo de la UAPO está conformado por un médico oftalmólogo por 11 horas semanales, 4 jornadas de 44 horas de tecnólogo médico, una jornada de 44 horas y una de 22 horas de TENS.

La mayoría de los recursos necesarios para financiar el funcionamiento de la unidad provienen del convenio de resolutivez entre la Municipalidad de Puente Alto y el SSMSO, el cual se renueva anualmente según cumplimiento de metas, quedando los gastos de mantención y renovación de equipamiento sujeto a confirmación según disponibilidad de recursos de dicho programa. Se cuenta, desde el año 2020, con una clínica móvil que posee un box habilitado para realizar prestaciones de UAPO y UAPORRINO, y con el equipamiento portátil necesario para realizar exámenes de fondo de ojos y vicio de refracción en operativos comunitarios, con lo cual se mejora el acceso y se beneficia la movilidad de los usuarios con dificultad de desplazamiento, participando con ella de operativos nocturnos municipales principalmente.

### AVANCES 2024

- **Estrategia de telemedicina en glaucoma:**
  - o Durante el año 2024 en la UAPO se consolidó la estrategia de telemedicina en glaucoma, sistema que se estuvo instaurando durante el año 2023 con muy buenos resultados. Esta estrategia permite realizar la sospecha diagnóstica de glaucoma desde la atención de vicio de refracción y/o fondo de ojo, contemplando la solicitud de exámenes derivados al CRS, que luego son revisados por oftalmólogo especialista en modalidad de telemedicina. Según los resultados los/as usuarios/as son informados y citados para control presencial con médico/a y/o con tecnólogo/a médico/a para realización de más pruebas diagnósticas, control y tratamiento. Esta estrategia permite resolver ingresos por sospecha de glaucoma de manera efectiva y eficiente, aumentando la “productividad” del/de la médico/a, así como la pertinencia de las derivaciones, siendo controlado de manera presencial solamente aquellos casos alterados.

- **Aumento de dotación:**
  - Durante el 2024 se unió al equipo una TENS por 22 horas, lo cual ha ayudado a aumentarla el tamizaje de fondo de ojo, cuyas metas son el principal desafío de la unidad.
- **Registro consolidado de pacientes diabéticos:**
  - En 2024 se crea un registro interno que permite agrupar a todos los usuarios diabéticos en control por fondo de ojo, logrando mejorar el cumplimiento de la garantía de oportunidad de un fondo de ojo anual que el GES plantea para todos los usuarios diabéticos.
- **Protocolización de todos los procedimientos:**
  - Durante el 2024 se trabajó en la actualización y creación de protocolos internos abarcando todos los exámenes y procedimientos que se realizan en la unidad, generando de esta forma lineamientos generales para todo el equipo. Esta estandarización ha permitido un trabajo más ordenado y eficiente dentro de la unidad.

## DESAFÍOS 2025

- Continuar prestando atención de calidad en aspectos técnicos teniendo como foco principal la humanización, donde cada usuario/a debe ser tratado con dignidad, estableciendo además una relación simétrica entre profesional y paciente.
- Capacitación continua al personal de la unidad en temas relacionados con la atención integral en salud.
- Disminuir la lista de espera de la prestación vicio de refracción tanto en niños como en adultos.
- Aumentar la cobertura del tamizaje de retinopatía diabética poniendo énfasis en aquellos usuarios inscritos que no acceden a controles de sus patologías crónicas.
- Mantener la estrategia de telemedicina para la pesquisa y control de glaucoma.
- Gestionar la realización de capacitaciones a los referentes de los centros de APS de la red respecto a la patología oftalmológica frecuente y su correcto manejo.

## UNIDAD DE ATENCIÓN DENTAL

### CARTERA DE PRESTACIONES

La atención dental que se brinda en San Lázaro consiste en asegurar la atención odontológica integral, incluida la rehabilitación protésica si corresponde, a los adultos de 60 años de la comuna. Para esto, la unidad posee una infraestructura y equipamiento de primer nivel, además de la integración de especialistas en las áreas específicas como rehabilitadores, periodoncistas, endodoncistas y disfuncionistas, que permite tener a nivel local el equipo multidisciplinario necesario para lograr el alta del usuario. El equipo es liderado por el rehabilitador oral que realiza el ingreso, elabora un diagnóstico y un plan de tratamiento, deriva a las especialidades pertinentes y ejecuta la rehabilitación protésica.

En San Lázaro se cuenta con box de atención individuales y con sistema de recambio activo de aire (extractores), sillones dentales nuevos y pabellón dental.

Además del GES de salud oral integral de personas de 60 años, también se atienden pacientes del programa odontológico integral, como el programa Más Sonrisas para Chile y Programa Odontológico Integral de Hombres, y Programa de Mejoramiento del Acceso con sus componentes de Resolución de Prótesis, Resolución de Endodoncia y Resolución de Periodoncia. Las intervenciones que contempla esta unidad se financian mediante convenios o programas entre la Municipalidad de Puente Alto y el SSMSO, y con financiamiento para atenciones, gastos de mantención, reparación y reposición de equipamiento que proviene de la transferencia municipal.

**GES de salud oral integral de personas de 60 años:** atención odontológica integral en adultos. Contempla al menos las siguientes actividades: examen de salud oral, instrucción de higiene oral, destartraje y pulido coronario, obturaciones de amalgama, vidrio ionómero y/o composite, radiografías bite-wing o periapicales, destartraje y pulido radicular, endodoncia unirradicular, endodoncia bi o multirradicular, exodoncias y prótesis removible acrílica o metálica con sus respectivos controles, todo lo anterior, según indicación del cirujano dentista tratante. Además, contempla la entrega de un kit de salud oral que incluye un cepillo de dientes suave, una pasta dental para adulto de 1400 a 1500 ppm o una pasta dental para adulto de 5000 ppm, para personas con mayor riesgo de caries y seda dental. En caso de prótesis se debe incluir cepillo específico para prótesis dental (no cepillos convencionales).

**Atención odontológica integral en "Hombres es escasos recursos":** en hombres mayores de 20 años. Contempla las siguientes prestaciones: examen de salud, instrucción de higiene y motivación, destartraje y pulido coronario, obturaciones de amalgama, vidrio ionómero y/o composite, radiografías periapicales, exodoncias, la realización de endodoncia en dientes uni o biradulares y prótesis removible (acrílica o metálica), todo lo anterior, según indicación del cirujano dentista tratante.

**Atención odontológica integral "Más sonrisas para Chile":** en mujeres mayores de 20 años. Contempla las siguientes prestaciones: examen de salud, instrucción de higiene y motivación, destartraje y pulido coronario, obturaciones de amalgama, vidrio ionómero y/o composite, radiografías periapicales, exodoncias, la realización de endodoncia en dientes uni o biradulares y prótesis removible (acrílica o metálica), todo lo anterior, según indicación del cirujano dentista tratante.

#### Programa Mejoramiento de Acceso:

- **Resolución Endodoncia:** atención odontológica a pacientes mayores de 15 años, para realización de endodoncia en dientes bi o multirradulares.

- **Resolución Periodoncia:** atención odontológica a pacientes mayores de 15 años, que presenten enfermedad periodontal. Se realiza destartraje supra - subgingival y pulido radicular.
- **Resolución Prótesis:** atención odontológica pacientes mayores a 20 años para confección de prótesis.

### AVANCES 2024

Se ha trabajado coordinadamente con el nivel secundario, colaborando en atenciones a usuarios de su lista de espera, disminuyendo latencia de atención, mejorando la experiencia de la persona usuaria.

### DESAFÍOS 2025

- Continuar apoyando la lista de espera del nivel secundario, para lo cual se cuenta con 12 boxes habilitados y con equipamiento renovado.
- Realizar las gestiones necesarias para poder contar con autorización sanitaria de los 2 box nuevos dentales, implementando el pabellón como box dental.

## UNIDAD DE GINECOLOGÍA

### CARTERA DE PRESTACIONES

La unidad de Ginecología ha estado operativa en San Lázaro desde su apertura y fue creada con el propósito de mejorar la resolución de patologías ginecológicas. Su objetivo principal es atender a la población que presenta problemas ginecológicos de baja complejidad, los cuales requieren evaluación a través de ecografías o consultas con especialistas. El servicio optimiza el recurso humano al contar con la participación de matronas y garantiza el acceso a especialistas en casos de mayor complejidad. Se realizan ecografías ginecológicas para seguimiento y control de patología ginecológica benigna. También, inserción y extracción de dispositivos intrauterinos.

Actualmente, la unidad de ginecología está conformada por una matrona capacitada en ginecología general y ecografía ginecológica de 44 horas, una matrona capacitada en piso pélvico en la unidad de uroginecología por 11 horas mensuales, además de un un TENS de 44 horas.

**Unidad de atención de mamas:** entre los servicios que ofrece esta unidad se incluye la atención a pacientes mediante consultoría en patología mamaria. Actualmente, esta consultoría se lleva a cabo en el CEP San Lázaro, donde un cirujano especialista del CDT del Hospital Dr. Sótero del Río atiende a las usuarias derivadas por las matronas de los Centros de Salud corporativos que forman parte del Comité de Mamas. Además, se

continúa realizando la reunión clínica presencial junto al especialista y se realizan controles de patologías mamarias benignas y punción de quistes mamarios.

**Policlínico de uroginecología:** en esta unidad se lleva a cabo una evaluación integral de pacientes con incontinencia urinaria y/o prolapso de leve a moderado, ofreciendo tratamientos como pesarios, medicamentos y electroestimulación para manejo de urgencia miccional. Durante el 2024, se han coordinado esfuerzos con el CRS para optimizar el uso de los cupos y asegurar la disponibilidad de los insumos necesarios, con el fin de mejorar el acceso de las usuarias a estos servicios. Este policlínico opera 11 horas al mes y las atenciones son realizadas por matronas capacitadas en uroginecología, quienes también están en comunicación directa con los especialistas del hospital.

### AVANCES 2024

Durante el 2024 se retomó el funcionamiento y el ingreso de usuarias a la subunidad de uroginecología y se revisó y optimizó el flujo de derivación, en coordinación con la unidad de ginecología de CRS y CDT para mejorar la pertinencia de las derivaciones a los distintos lugares.

### DESAFÍOS 2025

- Adquisición de un nuevo equipo de ultrasonido para mejorar la resolución y calidad de los exámenes realizados.
- Adquisición de pesarios para entregar a usuarias, permitiendo aumentar la oferta de prestaciones de la subunidad de uroginecología.
- Mantener las gestiones que hasta la fecha, han permitido el acceso oportuno a las distintas prestaciones que la unidad entrega a las usuarias.

## UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA OTORRINOLARINGOLÓGICA (UAPORRINO)

### CARTERA DE PRESTACIONES

La Unidad de Atención Primaria Otorrinolaringológica (UAPORRINO) comenzó a operar en el segundo semestre de 2019, como parte de una estrategia para mejorar la capacidad de resolución en atención primaria dentro de la especialidad de otorrinolaringología. El equipo está compuesto por un médico otorrinolaringólogo, dos tecnólogos médicos especializados en otorrinolaringología, un fonoaudiólogo y un técnico en enfermería con formación en la especialidad.

Los objetivos de esta unidad son:

- Mejorar el acceso de los usuarios a la especialidad de otorrinolaringología.

- Aumentar la capacidad de resolución para pacientes en lista de espera de esta especialidad.
- Proporcionar tratamiento mediante órtesis auditivas a pacientes con hipoacusia que no están cubiertos por las GES.
- Ofrecer un tratamiento médico eficaz a pacientes con enfermedades crónicas relacionadas con la especialidad.
- Brindar un tratamiento adecuado a pacientes que padecen vértigo de origen periférico.
- Mejorar la calidad de las derivaciones a médicos especialistas.
- Optimizar la pertinencia de las derivaciones hacia la atención secundaria.

Las prestaciones realizadas en esta unidad son:

- Consulta por médico otorrinolaringólogo.
- Exámenes: audiometría, impedanciometría, prueba de función tubaria, examen funcional VIII par.
- Tratamiento del vértigo: maniobras de reposición, terapia de habituación vestibular.
- Lavado de oídos.
- Adaptación de audífonos: impresiones de molde auditivo, entrega de audífonos, calibración y controles.
- Terapia auditiva para usuarios con hipoacusia.
- Terapia de deglución.

#### AVANCES 2024

- Se incorporó al equipo 22 horas de tecnólogo médico dedicado exclusivamente a atenciones con el fin de disminuir los tiempos de espera.
- Se realizó capacitación teórico/práctica a funcionarios (técnicos y profesionales) de los Centros de Salud en lavado de oídos con el fin de realizar estas prácticas de forma más segura e informada y disminuir los tiempos de espera para esta prestación.

#### DESAFÍOS 2025

- Continuar prestando atención de calidad, tanto en aspectos técnicos como humanos, a todas las personas usuarias que requieran ser atendidas por esta unidad, manteniendo mediciones periódicas y supervisiones de los procesos clínicos mediante indicadores de calidad.
- Mantener la capacitación continua del personal de la unidad según las necesidades particulares que surjan en la población objetivo.
- Mejorar la adherencia y satisfacción al uso de prótesis auditiva de las personas usuarias que reciban el beneficio a través de la UAPORRINO, mediante el programa de terapia auditiva.
- Facilitar la formación de un grupo de apoyo para usuarios que viven con hipoacusia.

- Fomentar la participación en los operativos de la clínica móvil que cuenta con las condiciones para dar prestaciones de UAPO/UAPORRINO, que en el caso de UAPORRINO realizará exámenes de tamizaje de hipoacusia y otoscopia básica.
- Capacitar a técnicos y profesionales de los Centros de Salud corporativos que dentro de sus funciones realicen procedimientos otorrinolaringológicos como lavado de oídos, con el fin de que conozcan los riesgos y fundamentos de este.
- Fortalecer comunicación con centros derivadores y red de atención secundaria, con el fin de optimizar derivaciones y tiempos de espera.

## TELEDERMATOLOGÍA

### CARTERA DE PRESTACIONES

Este programa comenzó a finales de 2014 utilizando la plataforma de Tele dermatología del SSMSO, y posteriormente se implementó a través del Hospital Digital. Su objetivo es apoyar a la APS en casos dermatológicos que requieren un mayor nivel de especialización o manejo clínico. La finalidad principal es reducir los tiempos de espera de los pacientes, mejorar los diagnósticos y tratamientos de lesiones cutáneas lo más temprano posible. Para ello, se envían imágenes a los especialistas, quienes responden en un tiempo relativamente corto con la conducta a seguir, lo que evita desplazamientos innecesarios y mejora el acceso y la oportunidad de atención para los usuarios.

Además, esta estrategia sirve para capacitar a los médicos de APS, permitiendo filtrar los casos y priorizar los más graves sobre aquellos que pueden ser resueltos en el nivel primario. Actualmente, el programa dispone de 22 horas de médico asignadas a esta prestación.

### AVANCES 2024

Se realizaron capacitaciones sobre patologías dermatológicas prevalentes en la APS y se ha avanzado en la resolución local de patologías dermatológicas.

### DESAFÍOS 2025

Fortalecer el trabajo en red comunal para la atención de casos dermatológicos mediante capacitaciones y consultorías dirigidas por los médicos de San Lázaro.

## UNIDAD DE ESPIROMETRIA

### CANASTA DE PRESTACIONES

Esta unidad surge por la necesidad de aumentar la disponibilidad de cupos a nivel comunal para la realización de espirometrías en los pacientes con patologías crónicas respiratorias

en el contexto de las GES. Esta unidad inició su funcionamiento en abril de 2022, y realiza espirometrías a pacientes mayores de 20 años derivados desde todos los Centros de Salud de la red APS de Puente Alto, contando con una buena recepción de parte de los pacientes. Teniendo en cuenta que las horas para toma de espirometrías en las salas ERA son acotadas y que estas se convierten en horas clínicas de atención en los meses de campaña de invierno, la unidad de espirometría del CEP San Lázaro es vital para dar cumplimiento a los requerimientos establecidos por norma junto a las necesidades de los usuarios.

### AVANCES 2024

- Se ha dado cumplimiento a los requerimientos exigidos, respecto a las GES ingresadas de los 8 Centros de Salud de la comuna. Esto a través del desarrollo de un plan eficaz y oportuno de priorización.
- Se redujo la lista de espera de los establecimientos, dando cumplimiento a las GES y controles pendientes desde el año 2020.

### DESAFÍOS 2025

- Conservar y ampliar en buen funcionamiento de esta unidad, permitiendo que cada Centro mantenga el cumplimiento estricto de las GES y el correcto control de los usuarios con patología respiratoria GES.
- Ser centro referencial del procedimiento estandarizado de espirometría según la norma vigente y sus actualizaciones.
- Ampliar el alcance y cobertura de la prestación, no sólo en contexto de las GES, sino también permitiendo otorgar controles anuales a pacientes con asma, EPOC, reingresos y/o otras derivaciones.
- Incluir a los usuarios de 15 años y más con asma y/o sospecha de asma sin espirometría.
- Mantener el apoyo constante a todos los Centros de Salud corporativos de la comuna, con cupos protegidos para cada uno de ellos.
- Ampliar esta unidad y transformarla en la unidad de función pulmonar y rehabilitación cardiorrespiratoria, a través de una sólida propuesta que surge de la necesidad de brindar apoyo y cumplimiento a las necesidades de los programas y de los usuarios con patologías cardiopulmonares de nuestra comunidad.

## MEDICINA INTERNA

### CARTERA DE PRESTACIONES

La unidad de Medicina Interna se implementó como una innovación local en el segundo trimestre de 2023, con el propósito de mejorar la resolución de patologías, principalmente cardiovasculares, y atender las necesidades de la población con condiciones que no pueden ser manejadas en sus respectivos Centros de Salud debido a su complejidad. Al

ser evaluados por el especialista, los pacientes tienen la posibilidad de continuar su tratamiento en la red de APS si su situación lo permite, o bien ser derivados con una evaluación previa que garantice mayor pertinencia, lo cual beneficia tanto al nivel secundario como al terciario.

Actualmente, cuenta con un médico internista que trabaja 22 horas semanales. Además, se han iniciado conversaciones con el CRS para establecer una alianza estratégica que permita el acceso a medicamentos y exámenes no disponibles en la red de APS corporativa de Puente Alto, lo que facilitaría el diagnóstico y tratamiento de los pacientes sin necesidad de derivaciones externas.

La cartera de servicios incluye la atención de pacientes con DM2 e HTA de difícil manejo, insuficiencia renal e insuficiencia cardíaca, todos ellos derivados mediante interconsulta al Centro San Lázaro desde los Centros de Salud corporativos de Puente Alto.

## DESAFÍOS 2025

- Seguir fortaleciendo la alianza con el CRS.
- Gestionar espacios para consultorías clínicas en los diferentes Centros de Salud corporativos de Puente Alto.
- Impartir capacitaciones a los/as médicos/as de los Centros de Salud sobre patologías cardiovasculares frecuentes y su manejo en APS.

## UNIDAD RESOLUTIVIDAD INFANTOJUVENIL

### CARTERA DE PRESTACIONES

La Unidad de Resolutividad Infantojuvenil, es un dispositivo técnico conformado por un grupo de especialistas en medicina familiar del niño y pediatría, quienes junto a la coordinación técnica infantojuvenil, conforma la red infantojuvenil del Área de Salud. Esta unidad, a través de la gestión clínica, acompaña a los equipos de salud con una mirada Integral, tanto en aspectos promocionales como preventivos, clínicos y administrativos que vienen a fortalecer la atención de la población infantojuvenil de la comuna de Puente Alto.

Su objetivo principal es aumentar la capacidad resolutive de la APS. Los ejes de acción de la unidad son los siguientes:

- Establecimiento de competencias a través de la capacitación y consultorías de los equipos de salud.
- Estandarización de la atención, desarrollando protocolos, guías clínicas, flujos, entre otros.
- Innovación e investigación a través de proyectos innovadores, aplicables y que puedan aportar a mejorar la calidad de la atención.

- Trabajo en red a través del trabajo con diferentes niveles de atención, el trabajo intersectorial y el trabajo con la comunidad.

## DESAFÍOS 2025

- Fortalecer el acompañamiento integral de los equipos de salud y familias con NNA en la supervisión de salud y programas.
- Fortalecimiento de la lactancia materna en la población.
- Desarrollar competencias en habilidades parentales en los equipos.
- Fortalecimiento de la atención de NNA con enfermedades respiratorias.
- Fortalecer el acompañamiento integral de los equipos de salud y familias con NNA con:
  - Síndrome de déficit atencional e hiperactividad (SDAH)
  - Trastorno de espectro autista (TEA)
  - Niños y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud (NANEAS)
- Fortalecer a los equipos de salud en la atención de NNA y sus familias con enfoque de género.
- Fortalecer la atención en salud mental infantojuvenil a través de la coordinación de los dispositivos comunales (COSAM CEIF).
- Mantener la capacitación y el acompañamiento a los equipos de la APS.
- Continuar siendo referentes técnicos en todas las temáticas vinculadas a infancia y adolescencia.
- Fortalecer la estandarización de procesos vinculados a la atención infantojuvenil.

## SALA DE REHABILITACIÓN INFANTIL CHILE CRECE CONTIGO

### CARTERA DE PRESTACIONES

La sala de rehabilitación infantil ChCC es un servicio creado por la comuna con financiamiento del programa Chile Crece Contigo. Su enfoque principal es la resolutivez en la atención de niños y niñas con necesidades especiales de salud que requieren rehabilitación debido a alguna patología y/o condición física y/o mental permanente. Se brinda apoyo terapéutico exclusivamente a través de la terapia ocupacional, contando con la participación de un profesional altamente capacitado. Todo esto se encuentra enmarcado dentro del modelo integral de salud familiar y comunitaria (MAIS), y se trabaja en colaboración con otros programas del ChCC ubicados en diferentes Centros de Salud corporativos.

En la sala de rehabilitación infantil ChCC se reciben niños y niñas de hasta 5 años de edad, que presenten diagnóstico de condición espectro autista, retraso en el desarrollo psicomotor, dispraxias motoras y trastorno de procesamiento sensorial. Es importante destacar que todos los casos deben ser de baja a mediana complejidad. En situaciones excepcionales, se pueden admitir niños de hasta 8 años, 11 meses y 29 días.

## AVANCES 2024

- Rendimiento de 45 minutos por cada usuario/a, lo cual aumenta la cantidad de niños y niñas atendido por días e impacta de forma positiva en el tiempo de espera para ingresar a la sala de rehabilitación infantil.
- Contrarreferencia oportuna de niños y niñas (lactantes y de primera infancia) con condiciones de salud física, derivándolos a servicio de salud nivel secundario.

## DESAFÍOS 2025

- Disminuir el tiempo de espera para acceder a sala de terapia ocupacional infantil. Esto permitirá que los niños y niñas reciban atención oportuna y se puedan abordar sus necesidades de manera más efectiva.
- Garantizar que cada usuario/a cuente con al menos 3 sesiones de control al mes. Esto busca asegurar un seguimiento constante y adecuado de cada caso, para favorecer el progreso y desarrollo de los niños y niñas atendidos.
- Implementar taller para padres de niños/as con diagnóstico de la condición espectro autista con el objetivo de fortalecer su rol de coterapeutas de sus hijos, monitoreado por profesional de terapia ocupacional y/o psicología.

## **BOTIQUÍN**

### CARTERA DE PRESTACIONES

La unidad de botiquín del CEP San Lázaro forma parte de este centro de innovación desde el día 17 de octubre del 2022. Esta unidad se creó con el fin de poder abastecer a los usuarios que se atienden en este Centro otorgando los medicamentos necesarios para ser entregados posterior a la atención con el especialista. Cuenta con un arsenal de medicamentos que es propio de este centro acorde a cada especialidad, siendo para tratamiento agudo o tratamiento crónico, sin contar con los medicamentos que son de uso crónico de patologías GES que se entregaran de forma paralela en el centro de origen de cada usuario/a. El trabajo realizado en el botiquín se caracteriza por ofrecer una atención de alta calidad, asegurando la seguridad en todos los procesos que brinda a los/as usuarios/as. Esto se logra siguiendo el modelo de atención que promueve como Centro de Salud, comprometido con el bienestar y la satisfacción de sus pacientes. La atención es de horario continuo de lunes a viernes desde las 08:00 hrs a las 20:00 hrs y días sábado de 08:00 hrs a 13:00 hrs.

El abastecimiento de esta unidad se realiza a través de la bodega de salud de la CMPA, mientras que algunos medicamentos de la unidad de teledermatología son proporcionados por el SSMSO. Todo el proceso sigue un único flujo gestionado desde la Corporación Municipal de Puente Alto.

## DESAFÍOS 2025

- Mantener altos estándares de calidad y seguridad en los servicios brindados por la unidad, dirigidos tanto a los/as usuarios/as internos/as como externos/as.
- Continuar garantizando el abastecimiento adecuado para la población bajo control atendida en el CEP San Lázaro.
- Informar a los Centros de Salud corporativos que derivan pacientes sobre el funcionamiento del botiquín y los medicamentos disponibles en esta unidad.

## CENTRO COMUNITARIO DE REHABILITACIÓN (CCR)

### CARTERA DE PRESTACIONES

El CCR San Lázaro trabaja bajo la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad (RBC), orientada hacia el modelo social de la discapacidad, con un enfoque de derechos y apuntando sus objetivos en lograr la activa participación de las personas en situación de discapacidad (PsD), sus familias, cuidadores y organizaciones de y para PsD, en los procesos de rehabilitación e inclusión, a través de una atención oportuna y de calidad.

La modalidad de trabajo se orienta en 3 dimensiones:

#### **Atención Clínica:**

A partir del 2º semestre del año 2024, el CCR San Lázaro aumenta su cobertura de atención al incorporar a usuarios correspondientes al grupo etario de 18 y 19 años.

De patologías osteomusculares:

- Lumbago (lumbago crónico, lumbociática, escoliosis, hiperlordosis, espondilosis o discopatías, hernia del núcleo pulposo no quirúrgica)
- Hombro doloroso (tendinitis, bursitis, desgarró no quirúrgico, artrosis)
- Osteoartrosis de rodilla y de cadera leve a moderada
- Gonalgia (tendinitis, esguince rodilla, disfunción patelofemoral, meniscopatía no quirúrgica)
- Artroplastía de cadera
- Artroplastía de rodilla
- Esguinces sin inestabilidad (independiente de si es agudo o crónico)

De patologías neuromusculares:

- Secueledos de ACV (hasta 2 años de evolución)
- Parkinson
- Traumatismo encéfalo craneal

- Lesión medular
- Parálisis facial
- Guillain Barré
- Neuropatías periféricas
- Amputados (muñón sano, sin úlceras ni escaras) en etapa no aguda.
- Artritis reumatoide (en etapas no avanzadas, en tratamiento farmacológico, inter-crisis)
- Secuela por COVID-19

#### Trabajo Comunitario:

- Con organizaciones de PsD
- Grupos deportivos
- Cuidadores
- Inclusión laboral

#### Trabajo Intersectorial:

- Con la red comunal de rehabilitación (corporativa y municipal)
- Con la red del SSMSO

#### Prestaciones:

- Evaluación y tratamiento
- Entrenamiento de ayudas técnicas
- Fisioterapia y masoterapia
- Entrenamiento protésico
- Ejercicios terapéuticos
- Estimulación cognitiva
- Confección de órtesis y/o adaptaciones
- Habilitación y rehabilitación en actividades de la vida diaria
- Actividades recreativas
- Actividades terapéuticas
- Adaptación del hogar en contexto de visitas domiciliarias
- Orientación familiar y a la red de apoyo para el trabajo
- Orientación y asesoría a agrupaciones de personas en situación de discapacidad
- Gestión de la red local para el trabajo
- Consejerías individuales y familiares
- Orientación en calificación y certificación de la discapacidad (inscripción RND) y aplicación de IVADEC

## AVANCES 2024

### Gestión de la lista de espera

Debido principalmente al contexto sanitario derivado de la pandemia por COVID-19, las restricciones y aforos impuestos durante el periodo comprendido entre el año 2020 al 2022, es que la lista de espera de usuarios con patologías osteomusculares del CCR San Lázaro llegó a presentar una latencia de atención de más 36 meses desde la fecha de derivación hasta la consulta de ingreso en el CCR.

Hasta mediados de 2023 la dotación de kinesiólogos correspondía a 154 horas diurnas, 22 horas extensión y 11 hrs gestión, se sumaron 66 horas kinesiólogo en horario de extensión aumentando la cobertura de atención de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 hrs y los sábados de 8:00 a 13:00 hrs.

Durante el 2023 y 2024 gracias a esta inyección de recursos y al trabajo de gestión es que se logró gestionar la lista de espera de 2.669 usuarios derivados durante 2019 a 2021 y también dar respuesta de atención a 1.612 usuarios derivados entre 2022 y 2023, permitiendo durante el 2024 manejar una lista de espera con una latencia de atención de 2 meses.

## DESAFÍOS 2025

- Para el 2025 uno de los principales objetivos es incorporar un plan de trabajo colaborativo que abarque estrategias de intervención dirigidas a disminuir las brechas y necesidades en la atención de Salud para las PsD que asisten al Centro de Especialidades San Lázaro y que fueron identificadas en el diagnóstico participativo del 2024, el cual se realizó en conjunto con los/as usuarios/as, representantes de las agrupaciones de personas en situación de discapacidad (PsD) vinculadas al CCR y funcionarios/as de las diferentes unidades del CEP San Lázaro.
- Fortalecer la red de rehabilitación e inclusión que incorpora actores de programas enfocados a la promoción, prevención y rehabilitación de la Corporación Municipal de Salud, discapacidad municipal, puente mayor, nivel secundario, deportes municipal, etc.
- Seguir generando estrategias para disminuir la latencia de atención y lograr una atención más oportuna
- Seguir potenciando el trabajo comunitario con énfasis en el fortalecimiento de las agrupaciones de personas en situación de discapacidad y la conformación de nuevas agrupaciones enfocadas al ámbito deportivo (Club de Boccias, Agrupación de Taichi).

## 16. CENTRO DE INTERVENCIÓN FAMILIAR (COSAM CEIF) CENTRO Y NORTE

### CARTERA DE PRESTACIONES

Tanto el COSAM CEIF Centro como el COSAM CEIF Norte ejecutan las siguientes prestaciones, a cargo de profesionales correspondientes:

Prestación	Profesional/es a cargo
Consulta de psiquiatría	Médico/a especialista en psiquiatría
Consulta médica en salud mental	Médico/a general
Consulta de salud mental	Psicólogo/a – Terapeuta ocupacional – Trabajador/a social
Psicoterapia individual	Psicólogo/a
Psicoterapia grupal	Psicólogo/a + Otros/as profesionales
Intervención psicosocial grupal	Trabajador/a social – Terapeuta ocupacional – Psicólogo/a
Visita domiciliaria	Trabajador/a social – Técnico/a social
Consultoría en salud mental para APS	Médico/a especialista en psiquiatría – Trabajador/a social – Psicólogo/a
Seguimiento farmacoterapéutico, educación farmacéutica y farmacovigilancia	Químico/a farmacéutico/a

### AVANCES 2024

Durante el 2024, el Centro de Salud Mental COSAM CEIF ha continuado cumpliendo su labor de dar respuesta a la demanda de atención en salud mental de especialidad.

Se estima que al finalizar 2024 el COSAM CEIF haya entregado más de 7.000 prestaciones a las personas usuarias bajo control.

Si bien en el periodo 2024 las horas disponibles de médicos psiquiatras para el COSAM CEIF disminuyeron en cerca del 50%, esto se logró contener con la consolidación del equipo de medicina general en salud mental. Esto contribuye a equilibrar el agendamiento de controles entre médicos generales y psiquiatras, además de tener una potencial repercusión hacia el futuro, ya que, se fomenta que los médicos generales postulen a la realización de becas para especialización en psiquiatría, proyectando contar con horas de especialidad por Periodo Asistencial Obligatorio (PAO) una vez concluida su formación.

Asimismo, el trabajo coordinado con los establecimientos de APS, ha permitido continuar organizando los recursos disponibles, destinando las atenciones de especialidad para la población con cuadros clínicos más severos, y poniendo en manos de los equipos de salud mental de los Centros de Salud corporativos el manejo de los pacientes que alcancen estabilidad y recuperen funcionalidad.

Las consultorías en salud mental que brinda el COSAM CEIF Centro en los CESFAM Padre Manuel Villaseca, Laurita Vicuña y Vista Hermosa, también han permitido una revisión permanente de criterios clínicos, flujos de tránsito de los usuarios por la red y la coordinación para la continuidad de la atención. El COSAM CEIF Centro realiza más de 50 consultorías al año, con sus distintas triadas profesionales compuestas por médicos psiquiatras, trabajadoras sociales y psicólogas, para población adulta e infanto adolescente.

También, en el COSAM CEIF Centro ejecuta sus actividades el Programa de Apoyo a la Atención en Salud Mental (PAASAM), quienes vinculan a usuarios en situación de calle con la atención en salud mental que requieren, así como también a niños, niñas y adolescentes, familiares de personas privadas de libertad. Para esto, aparte de ofrecer atenciones individuales y grupales en salud mental, se coordinan con la red de servicios disponibles en la comuna, para dar un apoyo integral a las personas atendidas.

Por su parte, el COSAM CEIF Norte ha consolidado su funcionamiento, en coordinación con los 8 Centros de Salud corporativos de APS y ha fortalecido a su equipo incorporando a nuevos profesionales durante el 2024. Esto ha permitido dar respuesta a la frecuencia de atenciones requeridas para personas con trastornos por uso de sustancias, así como fortalecer la oferta de intervenciones grupales con sus usuarios.

En relación con la comunidad, se ha mantenido el contacto con la red de usuarios organizados en la red comunitaria de salud mental, con quienes se ha establecido una relación de apoyo, a pesar de la finalización del convenio por Ley de Alcoholes, que hasta 2023 permitía contar con un profesional dedicado por 22 horas semanales a acompañar el desarrollo de dicha red. Aun así, su labor como agrupación permanece y el COSAM CEIF les brinda su apoyo facilitando las dependencias del establecimiento para sus reuniones mensuales y otorgándoles espacio físico de bodega para almacenar insumos de su labor.

Sin duda, otro hito muy importante fue la incorporación de la Unidad de Salud Integral Escolar (USIE) como parte del COSAM CEIF, en su traslado desde el Área de Educación hacia el Área de Salud, desde el mes de septiembre de 2024. En dicha transición se enfrentaron desafíos como la integración de la ficha clínica, el traslado de profesionales y el ajuste de procedimientos administrativos. Esta iniciativa municipal de apoyo en salud mental a estudiantes de liceos y colegios corporativos, cuenta con prestaciones de especialidad en psiquiatría y neurología para población infanto adolescente, además de 2 duplas psicosociales y un equipo administrativo que ofrece atención a los usuarios derivados desde los establecimientos educacionales.

En cuanto a la prevención del desgaste profesional en los equipos de trabajo, las estrategias de cuidado de equipo son muy importantes, considerando la especificidad de las temáticas atendidas por los profesionales de la salud mental.

Dentro de los avances de 2024 se encuentra la incorporación de CEIF Centro y Norte a las instancias comunales de la estrategia Saludablemente, a través de sus respectivos referentes ya nombrados. Cabe mencionar que aún se encuentra en desarrollo la programación anual de actividades de cuidado de equipo, que permita proyectar actividades de forma estructurada y planificada.

Otro de los avances de 2024 fue la finalización del protocolo de derivación al COSAM CEIF, que formaliza los criterios de derivación a especialidad en salud mental, principalmente con los equipos de los Centros de Salud corporativos de APS.

Este y otros documentos internos elaborados junto a los equipos, con la implementación de herramientas de mejora continua en los procesos de atención, junto a la capacitación permanente del equipo, entre otras acciones, han contribuido a visualizar la importancia de otorgar una atención segura y de calidad, que redunde en una atención humanizada en sintonía con las orientaciones vigentes, y cuya sensibilización ha tomado bastante fuerza durante el año 2024 entre los equipos de salud.

## DESAFÍOS 2025

- Continuar fortaleciendo la coordinación con los Centros de Salud corporativos (CES/CESFAM) para asegurar una adecuada continuidad de los cuidados de las personas usuarias, a través de las consultorías en salud mental y otras estrategias que permitan atender la demanda de atención, relevando el rol central que tiene la APS en el cuidado de su población a cargo.
- Mantener las gestiones con la red de dispositivos de salud mental del territorio, en el contexto del mapa de derivación vigente del SSMSO, que faciliten el tránsito y continuidad de cuidados de los usuarios por la red de salud mental.
- Revisar y actualizar de forma permanente los protocolos que permitan desarrollar los procesos de atención de forma efectiva, con criterios de calidad y seguridad en la atención, que optimicen la eficiencia del sistema en coordinación con la red corporativa y territorial del SSMSO.
- Potenciar y consolidar la incorporación de la USIE al Área de Salud, monitoreando permanentemente la oferta de horas médicas y profesionales, que permitan continuar dando respuesta la demanda de los establecimientos educacionales.
- Continuar visualizando alternativas de fortalecimiento en la vinculación con grupos de usuarios organizados, junto a la red de salud mental comunitaria del territorio, potenciando la participación en grupos de autoayuda de personas que egresen de procesos terapéuticos desde el COSAM CEIF.
- Gestionar un uso óptimo de las horas médicas de especialidad disponibles y de otros profesionales, visualizando oportunidades de reposición oportuna de los cargos cuando amerite e instalando estrategias de trabajo en equipo y en red que optimicen los resultados de los procesos de tratamiento.

- Continuar fortaleciendo las estrategias de cuidado de equipo para prevenir las consecuencias del desgaste profesional por el quehacer en salud mental, en línea con las orientaciones de la estrategia Saludablemente.

## 17. UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL EN TERRENO

### CARTERA DE PRESTACIONES

**Atención de pacientes en cuidados paliativos universales (CPU):** se realiza atención integral de pacientes que se encuentren en un proceso final de vida, con patologías oncológicas y no oncológicas. Esta prestación se realiza por profesionales multidisciplinarios como: médicos, enfermeros, técnicos en enfermería, nutricionistas, kinesiólogos, fonoaudiología, trabajador social, matrona, psicóloga, administrativos y conductores.

Actualmente, se han logrado evaluar más de 685 pacientes, algunas de las prestaciones ofrecidas son: ingreso, controles presenciales, controles telefónicos, procedimientos de enfermería, atenciones psicológicas, atenciones nutricionales.

Durante el año 2024, hasta septiembre se han otorgado las siguientes prestaciones:

- Ingreso: 449 por médico, 207 por enfermería, 135 por kinesiología, 180 por nutricionista y 63 por psicología.
- Controles: 3.924 por médico, 2.739 por enfermería, 5.626 por kinesiología, 368 por nutricionista y 648 por psicología.

**Operativos territoriales preventivos:** el equipo ha participado activamente en los operativos territoriales preventivos que se realizan en distintos puntos de la comuna de Puente Alto. Las actividades de dichos operativos contemplan: examen preventivo del adulto (EMP), examen preventivo del adulto mayor (EMPAM), test rápido de VIH (TRVIH), examen de Papanicolau (PAP), evaluación de matrona y toma de signos vitales.

Durante el año 2024, hasta septiembre se han otorgado 679 EMP, 123 EMPAM, 191 PAP, 1.007 TRVIH y 2.085 control de signos vitales.

**Vacunación de campaña influenza y COVID-19:** la campaña de vacunación de influenza se activa todos los años para vacunar a la población objetivo: Embarazadas en cualquier fase de la gestación, niños/as de 6 meses a 5 años, mayores de 65 años, pacientes de todas las edades con enfermedades crónicas, profesionales de salud. Es por esto que se hace fundamental que el equipo pueda realizar vacunación con diversas estrategias para poder vacunar a la población objetivo de la comuna. Tales estrategias son:

- Vacunación en operativos territoriales.

- Vacunación en Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM).
- Vacunación a usuarios del programa de dependencia severa .
- Vacunación en centros penitenciarios.

Durante el año 2024, hasta septiembre se han administrado 7.322 vacunas para COVID-19 y 11.041 antiinfluenza.

**Equipo de respuesta rápida:** debido a eventos sociales ocurridos a nivel comunal y nacional, se creó la necesidad de contar con un equipo de respuesta, el cual se encuentra disponible, con el objetivo de brindar ayuda médica a quienes lo necesiten. Este año por los incendios que afectaron a la región de Valparaíso se reunió el equipo, que fue en ayuda de la población, prestando atenciones médicas y de enfermería en un albergue y apoyo emocional a las distintas personas evacuadas.

**Educación y capacitación:** el equipo de atención integral en terreno observó que en la comuna se encontraba un déficit de conocimiento en primeros auxilios, es por esto que se realizaron capacitaciones en diversos puntos del territorio para así capacitar a la población con conocimientos básicos de supervivencia. Se llevaron operativos en el balneario municipal, biblioteca municipal y en la unidad. Dentro de los conocimientos que se lograron enseñar a la población fueron:

- Reanimación cardiopulmonar básica.
- Maniobra de Heimlich.

**Oxigenoterapia:** el programa de oxigenoterapia es una estrategia que se creó a partir del colapso que existe a nivel de los SAPU en donde los usuarios que son evaluados por hospitalización domiciliaria permanecen más horas de lo habitual esperando que llegue el oxígeno domicilio del convenio de la hospitalización domiciliaria a sus domicilios, es por esto que el programa absorbe esta necesidad como una ayuda a descongestionar los Centros de Salud, entregando un equipo concentrador de oxígeno a los/as usuarios/as en un período no mayor a 2 - 3 horas.

Durante el año 2024, hasta septiembre se han entregado 84 prestaciones de oxigenoterapia.

**Fonosalud:** es una estrategia de información que se encuentra disponible para la comunidad puentealtina que tenga relación con las prestaciones de salud. Esta herramienta ha ayudado a los/as usuarios/as de cuidados paliativos a estar más cerca de los/as profesionales de salud. Cuentan con esta herramienta para así poder llamar de lunes a domingo en un horario extendido y así poder resolver sus inquietudes.

El Fonosalud también es muy versátil, sirviendo para diversas campañas, tales como: Fono salud infantil, Fono calor, Fono COVID-19, etc, el cual se acomoda según las necesidades de la población y la epidemiología del país.

Durante el año 2024, hasta septiembre se han atendido 2.333 personas a través de Fonosalud.

### AVANCES 2024

Los avances que ha logrado el equipo de la unidad de atención integral en terreno en el año 2024 fue lograr consolidarse y poder ampliar las prestaciones, implementando este año profesionales como trabajadora social y fonoaudióloga, las cuales eran fundamentales para la atención de sus usuarios/as y así poder abordar de manera más holística la atención al/a la usuario/a.

Se logró también poder generar vínculos establecidos con la red: Municipalidad, nivel terciario, otras comunas y el SSMSO. Así ayuda a poder gestionar las diversas solicitudes que se detectan en los domicilios de sus usuarios/as y sacar así el mayor provecho de las diversas ayudas sociales, económicas, y comunales que existen en la red asistencial.

Dentro de las mejoras que se lograron fue el trabajo en equipo con los 8 Centros de Salud (CES/CESFAM) de la comuna, los cuales ayudaron a poder gestionar exámenes de sangre, solicitud de evaluaciones sociales o requerimientos que se fueron presentando en sus pacientes. Gracias al apoyo de los Centros de Salud corporativos se logró un gran trabajo en equipo con APS.

### DESAFÍOS 2025

- Dentro de los desafíos para el año 2025 es poder contar con un programa propio de toma de muestras para así poder realizar los exámenes de laboratorio que necesiten los usuarios de la Unidad y de esta forma no sobrecargar a los Centros de Salud, quienes apoyan en este desafío.
- Además, se desea consolidar el equipo en el año 2025, creando protocolos locales, que ayuden a poder regularizar sus atenciones y así tener altos estándares de calidad en la Unidad, siempre pensando en la mejora continua de los procesos internos.
- Ser una Unidad de innovación que se centre en la calidad, seguridad del paciente, pero por sobre todo en la humanización de su trato, es por esto que como objetivo del año 2025 se quiere continuar con actividades que privilegian el sentido centrado en la persona, lograr llegar a más domicilios para celebrar el cumpleaños de los pacientes, poder acompañarlos en el proceso y también lograr un nuevo encuentro de paliativos que ayude a poder llevar a más usuarios de cuidados paliativos a un lugar de encuentro y recreación.

- Fortalecer la canasta de prestaciones en los operativos territoriales, para así poder generar más instancias donde la comunidad pueda tener una atención cercana a su domicilio y encontrar en ella lo que el/la usuario/a necesita. Dentro de los proyectos está retomar la toma de muestra en la clínica móvil, ampliar las prestaciones con actividades que involucren a los kinesiólogos, enfermeros y nutricionistas acorde para la población objetivo.
- Formular un proyecto para el apoyo tecnológico en las visitas domiciliarias, con la finalidad de tener acceso a información del/de la usuario/a y además para el traspaso de información en la ficha clínica. Esto ayudará a la seguridad en la atención y además en la disminución en el tiempo efectivo de la visita.

## 18. CENTRO DE INTEGRACIÓN MARÍA ISABEL (CIMI)

El Centro de Integración María Isabel (CIMI) es un dispositivo de Salud en formato centro de día que inicia su funcionamiento en agosto de 2016 por la necesidad de usuarios/as y sus familias/cuidadores/as de la comuna de contar con un espacio de integración y desarrollo específico para personas adultas de 26 a 59 años de edad, que presentan discapacidad permanente de origen intelectual, físico o neurológico, de grado moderado a severo y que requieren de asistencia y/o supervisión permanente. En ese sentido, el CIMI recibe a aquellas personas que quedan fuera de cobertura de la red de establecimientos, públicos y privados debido a su edad, entregando en paralelo un espacio de respiro a sus cuidadores. En la medida en la que existan vacantes en el Centro, los nuevos usuarios ingresan solicitando directamente cupo o bien al ser derivados desde dispositivos de Salud por otras áreas de la Corporación Municipal de Puente Alto o el Departamento de Discapacidad.

A la fecha, CIMI cuenta con usuarios/as estables y la participación de familias y cuidadores/as como elemento fundamental. Su rutina se compone de talleres grupales multidisciplinarios a los que los usuarios asisten 2 veces por semana, siendo diseñados y dirigidos por profesionales del área – kinesiólogo/a, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo/a - entregando prestaciones de rehabilitación y desarrollo de la autonomía personal, con lo que se promueve la inclusión y participación en diferentes actividades que contribuyen al bienestar personal y a la disminución de la sobrecarga del cuidador. Cada taller cuenta con la asistencia de Técnico de Nivel Superior en Enfermería y Procedimientos de Apoyo a la Rehabilitación (TEPAR) que se encargan de prestar primeros auxilios y procedimientos de enfermería y además de asistente de cuidado personal para velar por el aseo y confort, y colaborar en el proceso de alimentación. Sus instalaciones cuentan con espacios adaptados para personas que ocupan ayudas técnicas (sillas de ruedas, bastones, caminadores), especialmente en accesos y baños, así como también salas terapéuticas específicas en donde se desarrollan los talleres.

En complemento, el Centro cuenta con beneficio de móvil de traslado con adaptaciones para el transporte seguro de personas en situación de discapacidad. La idea es contribuir

con el acercamiento desde los domicilios a CIMI y luego con el retorno a los hogares, particularmente cuando el uso de locomoción propia no es factible y según sea la evaluación del equipo terapéutico.

Las familias, padres y/o cuidadores/as de las personas con discapacidad que asisten a CIMI se han organizado en una instancia de representación cuyo nombre es "AGRUPACIMI" (organización con personalidad jurídica), orientada a generar instancias de colaboración entre ellos y en apoyar las diferentes acciones del Centro.

### CARTERA DE PRESTACIONES, AVANCES 2024 Y DESAFÍOS 2025

Cartera de prestaciones	Avances 2024	Desafíos 2025
Talleres grupales de terapia kinésica		
Talleres grupales de terapia ocupacional	Contratación de 2° profesional	Aumento de oferta horaria semanal para los/as usuarios/as
Talleres grupales de terapia fonoaudiológica		
Traslado de usuarios/as	-	Reposición de la flota existente y adquisición de un nuevo móvil adaptado
Gestión de la red de apoyo psicosocial	Contratación de trabajadora social	Contratación de vehículo menor para visitas en terreno de la trabajadora social
	Vinculación de usuarios/as y cuidadores/as con la red de atención de Salud de la comuna	Contratación de psicólogo/a para implementar una dupla psicosocial (según presupuesto)
Apoyo al/a la cuidador/a	Trabajo de socialización y empoderamiento de cuidadores/as respecto de los deberes y derechos que la Ley les entrega	Diseño e implementación de la "Escuela de Cuidadores"
	Actualización del Registro Social de Hogares e implementación de Credencial del Cuidador	Contratación de psicólogo/a para apoyo y manejo de la sobrecarga del/de la cuidadora (según presupuesto)
Servicios básicos e infraestructura	Gestión de cambio de red eléctrica de monofásica a trifásica.	Ejecución final de la obra
	Reparación de red de calefón	Ejecución final de la obra.
	Solicitud de aumento del número de salas terapéuticas	Implementación y habilitación de elementos e insumos terapéuticos

<b>Enfoque de derechos de personas con discapacidad</b>	Ley de atención preferente, socialización y empoderamiento de los/as cuidadores/as	Gestión de alianza con Corporación Judicial
	Implementación de reglamento y compromiso de los/as cuidadores/as respecto de su vinculación con CIMI	Ejecución y acompañamiento paulatino con jornadas de discusión y capacitación a cuidadores/as
<b>Gestión de operativos de Salud en dependencias del CIMI</b>	Prescripción y postulación para obtención de ayudas técnicas a través de SENADIS	Se reiterarán operativos y se intencionarán con nuevas áreas
	Vacunación según campaña MINSAL	
	Salud dental adecuada a personas con discapacidad	

## 19. UNIDAD DE FARMACIA Y BODEGA COMUNAL

La Unidad de Farmacia y Bodega tiene como principal objetivo realizar las gestiones necesarias para atender las necesidades farmacoterapéuticas de los/as usuarios/as, derivadas de la APS y secundaria de los Centros de Salud corporativos, los equipos centrales y transversales de la CMPA.

La Unidad de Farmacia se organiza en 4 áreas, cada una con un rol clave para garantizar el control, manejo y distribución adecuada de medicamentos, dispositivos médicos e insumos para el funcionamiento de botiquines y farmacia. La Unidad de Inventario y Trazabilidad en Salud se enfoca en gestionar la trazabilidad y el control de las existencias y bienes de uso, asegurando el registro y seguimiento de los dispositivos médicos conforme a las normativas vigentes. La Unidad de Inventario de Farmacia tiene como objetivo mantener actualizados los inventarios de medicamentos y dispositivos médicos en los centros de salud, además de las redistribuciones de stock en los centros de salud. La Bodega de Salud se encarga del almacenamiento y la distribución de estos, preservando los productos y asegurando una entrega oportuna a los distintos Centros de Salud. Finalmente, la Coordinación de Vigilancia y Auditoría de Procesos de Farmacia supervisa y audita los procesos de gestión, velando por el cumplimiento de normativas y promoviendo mejoras que optimicen y aseguren la calidad de la atención.

<b>Unidad de Farmacia y Bodega Comunal</b>	Unidad de inventario y trazabilidad en Salud
	Unidad de inventario de farmacia
	Bodega de Salud
	Coordinación de vigilancia y auditoría de procesos de farmacia

Estas 4 áreas trabajan de manera coordinada para asegurar una gestión eficiente y transparente de los recursos farmacéuticos, contribuyendo a mejorar la calidad de la atención y garantizar que los usuarios reciban los medicamentos y dispositivos médicos que necesitan en el momento oportuno. Este enfoque integral permite cumplir con las normativas vigentes y responder a las necesidades de los Centros de Salud.

## A. UNIDAD DE INVENTARIO Y TRAZABILIDAD EN SALUD

De acuerdo con la Resolución N° 3 de la Contraloría General de la República (CGR) del año 2020, que aprueba la normativa del sistema de contabilidad general de la nación para el sector municipal, la institución debe regularizar el registro de existencias y bienes de uso, pues todo producto, independiente de su modo de incorporación, es parte del patrimonio de la institución. Sumado a lo anterior, y acorde a Norma Técnica N° 226, que establece la obligatoriedad de implementar un sistema de registro de datos que permita la trazabilidad de los dispositivos médicos al momento de su recepción por los prestadores de salud, aprobada por el MINSAL en el año 2022, los dispositivos médicos (DM), considerados como existencias, deben estar plenamente identificados en todo su proceso de utilización, manteniendo la trazabilidad de estos.

En base a esta necesidad, es que, julio del año 2024, se crea la Unidad de Inventario y Trazabilidad en Salud, estableciendo como principal desafío mantener el control y seguimiento de existencias y bienes de uso de Salud que se utilizan en los Centros de Salud corporativos, logrando definir lineamientos, flujos y criterios que permitan a las distintas unidades y departamentos, establecer los registros y trazabilidad confiables durante todo el ciclo del producto.

Esta unidad se conforma actualmente, por un profesional químico farmacéutico como encargado de la unidad, además de un profesional de enfermería y un profesional odontólogo como apoyo técnico, y un técnico en enfermería como apoyo administrativo, de modo que se abarquen todas las aristas técnicas, clínicas, económicas y administrativas de los distintos productos utilizados en salud.

Los objetivos de la Unidad de Inventario y Trazabilidad en Salud se enfocan en los siguientes propósitos:

- Aportar a la institución en la identificación y trazabilidad de las existencias y bienes de uso del Área de Salud.
- Disponer para la institución un registro único de los mismos existentes en el Área de Salud, evitando la duplicidad y variabilidad de los registros.
- Aportar a la institución en la implementación de una única línea en el flujo de información desde el requerimiento hasta la distribución y trazabilidad de los DM en el Área de Salud, vinculándose con todos los departamentos corporativos que sean atingentes al proceso.
- Mantener un manejo autónomo, estableciendo una estructura organizativa que permita establecer mecanismos de coordinación, comunicación y una alta disponibilidad de la información.
- Aportar a la institución al control financiero de estos productos.
- Ser una unidad de alerta para evitar la pérdida de recursos.

El cumplimiento de las líneas de trabajo se plantea de forma semestral, de forma que se vayan abarcando todas las variables.

Las actividades de la unidad efectuadas y en desarrollo durante el segundo semestre del 2024, abarcan lo siguiente:

Unidad de inventario y trazabilidad en Salud – 2° semestre de 2024	
Descripción	Actividad
Identificación de los objetivos y acciones particulares para generar lineamientos corporativos	Reunión con las unidades de salud y departamentos transversales de la CMPA
Realización de procedimientos y protocolos para la estandarización de procesos, cumpliendo con la normativa vigente y optimizando los recursos	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Creación de perfiles de cargo de la Unidad.</li> <li>— Presentación de informes mensuales de actividades y funcionamiento de la Unidad.</li> <li>— Desarrollo de un manual de funcionamiento de la Unidad.</li> <li>— Desarrollo de procedimientos de ingreso y trazabilidad de productos.</li> </ul>
Identificación en terreno de los equipamientos médicos de los CES/CESFAM, considerando las características mínimas que considera la normativa y complementándola con la información económica y técnica del equipo	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Realización de inventario de equipamiento médico en los 8 CES/CESFAM de la comuna.</li> <li>— Investigación retrospectiva de su origen.</li> <li>— Valorización del inventario.</li> </ul>
Clasificación del equipamiento médico, acorde a la normativa y considerando aspectos técnicos, clínicos y económicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Consolidación de un catálogo de equipamiento y DM con sus especificaciones técnicas.</li> <li>— Ordenamiento del equipamiento técnico, acorde a su prioridad para la CMPA y sus prestaciones.</li> </ul>

Cumpliendo con las actividades, para el fin del año 2024, se elaborará un informe que considere en su contenido el inventario de equipamiento médico valorizado por CES/CESFAM, considerando su identificación, valorización y ubicación, además de su clasificación por prioridad, y se contará con el catálogo de equipamiento con especificaciones técnicas, información que beneficiará, no sólo a los Centros de Salud, sino que también a los departamentos transversales, y que permitirá la unificación y el acceso de esta. Esta base de datos generada, en conjunto con los procedimientos y flujos establecidos por la Unidad, permitirán mantener la trazabilidad del equipamiento médico, siendo partícipes del ciclo del producto, desde su llegada hasta que sea dado de baja.

## DESAFÍOS 2025

**Fortalecer el recurso humano de la Unidad:** en vista de los desafíos que se presentan día a día en la unidad y a su forma de trabajo, es que se requieren, adicionalmente al equipo ya conformado, 2 TENS como apoyo administrativo y logístico, de modo que se pueda cumplir con las tareas y plazos, considerando la incorporación de la trazabilidad de mobiliario clínico, medicamentos y DM circulantes.

**Utilizar un sistema digital para unificación, trazabilidad y manejo de la información:** la información de productos que maneja la unidad requiere ser ingresada a una plataforma informática que permita mantener la trazabilidad de los equipamientos médicos, de modo que se tenga un seguimiento con datos robustos y actualizados. En la actualidad, la trazabilidad del equipamiento no se puede llevar a cabo hasta el fin de uso del producto, debido a no contar con un registro continuo de todos los procesos del ciclo de las existencias y bienes de uso.

**Crear flujos con los equipos de la red:** se requiere que las unidades del Área de Salud y otros departamentos transversales tengan flujos y responsabilidades definidas que permitan un trabajo colaborativo, estandarizado y que permita el cumplimiento de los objetivos en su coordinación con esta Unidad. Se han realizado reuniones para conocer las distintas realidades de estos departamentos y se ha comenzado con el desarrollo de lineamientos y procedimientos que requieren de la participación de las partes en distintos momentos de la cadena del producto.

**Enfoque en la identificación y consolidación de los bienes de uso:** se propone para el 1<sup>er</sup> semestre:

- Efectuar el inventario en terreno del equipamiento de los centros de salud transversales (CEP San Lázaro, Centro de Imágenes, CIMI y Unidad de Atención Integral en Terreno), manteniendo los objetivos anteriormente mencionados y cumpliendo con los lineamientos corporativos y las normativas actuales.
- Iniciar el proceso de reconocimiento de mobiliario clínico que debe formar parte del registro de datos de la unidad.

**Enfoque en el análisis de la información para mantener planes de mejora continuos:** para el segundo semestre se propone:

- Crear un semáforo de priorización de equipamiento médico para determinar la periodicidad de inventarios en los Centros de Salud.
- Analizar y clasificar las existencias, específicamente, DM utilizados en procedimientos clínicos, para determinar su priorización según importancia para los usuarios, además de considerar factores técnicos, clínicos y económicos.

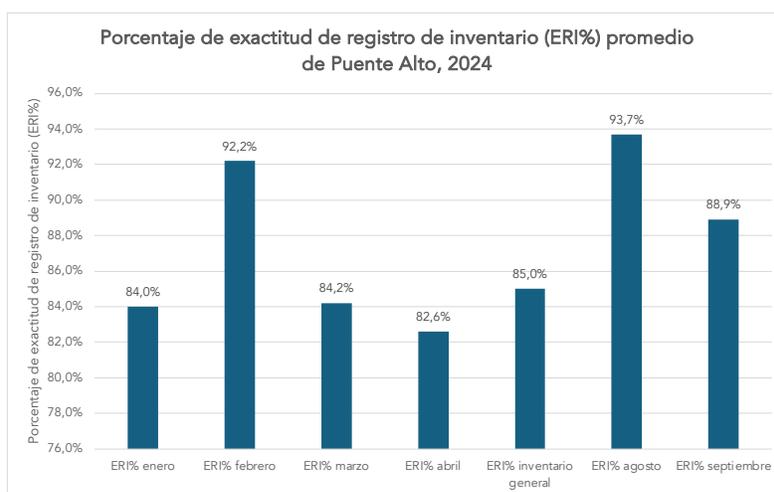
## B. UNIDAD DE INVENTARIO DE FARMACIA

En respuesta a la necesidad de mantener actualizadas las existencias de medicamentos, dispositivos médicos e insumos para el funcionamiento de los botiquines y farmacia, en enero de 2024 se creó la Unidad de Inventario de Farmacia. Esta unidad fue concebida para implementar un plan de inventarios en las unidades de farmacia y bodega de los Centros de Salud, con el fin de asegurar un control preciso y eficiente de los recursos.

A lo largo del año, se han realizado inventarios selectivos y generales, con especial atención en el registro de los productos de alta rotación en cada centro. Esto ha permitido identificar diversas brechas, principalmente relacionadas con limitaciones de espacio en las bodegas, a pesar del excelente desempeño de los equipos de trabajo.

La creación de esta Unidad está respaldada por normativas vigentes, tales como la Resolución N° 3 y Norma Técnica N° 226, ya mencionadas, las cuales refuerzan la necesidad de una trazabilidad rigurosa de existencias, garantizando que los productos estén debidamente registrados a lo largo de todo su ciclo de vida.

Por consiguiente, gracias a la implementación de la Unidad de Inventario y al uso del software Manager, se ha logrado transparentar la precisión de los registros, la cual se detalla a continuación a través del porcentaje de exactitud de registro de inventario (ERI%):



Alcanzando una exactitud del 87,21% promedio a nivel comunal considerando desde enero hasta septiembre 2024 en las existencias registradas durante los inventarios. La Unidad de Inventario trabaja en estrecha colaboración con las unidades de farmacia y bodega, lo que repercute en las distintas áreas clínicas, para asegurar una gestión fluida de los recursos. Este enfoque coordinado ha sido clave para asegurar que los productos lleguen de manera eficiente a los/as usuarios/as finales, y que los registros se mantengan actualizados en cada etapa del proceso.

## DESAFÍOS 2025

Uno de los principales desafíos para 2025 será fortalecer el registro y control oportuno mediante la implementación de nuevos inventarios mensuales en las unidades de bodega. La meta es lograr una trazabilidad completa de todas las existencias, desde su llegada a los Centros de Salud hasta su uso final, asegurando que cada producto esté correctamente

registrado en cada etapa del proceso. Este objetivo permitirá una gestión más eficiente y transparente, en cumplimiento con las normativas de la CGR y el MINSAL.

Asimismo, se proyecta una mejora en la coordinación entre áreas, optimizando el uso de los recursos disponibles, ampliando la capacidad operativa de las bodegas y la capacidad de redistribuciones a nivel comunal. Con la incorporación de nuevos sistemas de monitoreo y ajustes en los procesos de registro, se espera continuar reduciendo los quiebres de stock y aumentar la eficiencia general del sistema.

## SALA DE REENVASADO COMUNAL

En 2024, la habilitación de la sala de reenvasado comunal se ha consolidado como un proyecto para cooperar en la eficiencia en el proceso de reenvasado de medicamentos a nivel de los Centros de Salud. Este proyecto tiene como objetivo descongestionar el proceso manual tradicional mediante la implementación de un sistema semiautomatizado, lo que no sólo optimiza la carga de trabajo en los centros, sino que también mejora la precisión y la rapidez del reenvasado, facilitando la posterior distribución a los usuarios.

Durante el primer semestre del año, se enfocó en la identificación y reducción de brechas clave. Se invirtió en la adquisición de implementos necesarios y en la capacitación del personal para garantizar el uso adecuado de la máquina semiautomatizada. En total, 6 funcionarios recibieron capacitación sobre los procedimientos de limpieza y correcto uso de la máquina de reenvasado. Adicionalmente, se elaboraron documentos normativos que establecen un flujo de trabajo unidireccional para el proceso de reenvasado, lo que ha permitido estandarizar los procedimientos y asegurar la trazabilidad de los medicamentos durante todo el ciclo.

El proceso se lleva a cabo en estrecha coordinación con la bodega de Salud, lo que ha permitido integrar de forma paulatina los medicamentos centralizados en las órdenes de trabajo. Esto ha facilitado una distribución de medicamentos ya reenvasados a algunos Centros de Salud, mejorando la capacidad de respuesta a las necesidades locales y optimizando la logística de suministro.

A pesar de los avances logrados, una de las principales limitaciones que enfrenta la sala de reenvasado es la disponibilidad de recursos humanos. El funcionamiento de la sala no es continuo, ya que los funcionarios encargados del proceso deben atender otras actividades dentro de la Unidad. Esto ha generado pausas intermitentes en el servicio, afectando la capacidad de ofrecer un flujo constante de medicamentos reenvasados a los Centros de Salud.

## DESAFÍOS 2025

El principal desafío para 2025 será garantizar un funcionamiento continuo de la sala de reenvasado mediante el incremento del número de funcionarios capacitados y dedicados

exclusivamente a esta tarea. Este refuerzo de personal permitirá que el proceso de reenvasado se realice de forma ininterrumpida, mejorando la capacidad de respuesta de la Unidad y facilitando la entrega oportuna de medicamentos para su distribución a los/as usuarios/as.

Para asegurar la efectividad del proceso, se establecerán indicadores de seguimiento, como la cantidad de medicamentos reenvasados por mes y el rendimiento asociado. Estos indicadores permitirán realizar ajustes continuos y asegurar que la sala de reenvasado cumpla con su objetivo de mejorar la atención y el servicio en los Centros de Salud.

## BODEGA SECUNDARIA DE FARMACIA SOLIDARIA

La bodega secundaria de Farmacia Solidaria comprende el almacenamiento principal de medicamentos y suplementos alimenticios disponibles. Su funcionamiento asegura el abastecimiento continuo de la Farmacia Solidaria, optimizando el espacio útil en sus instalaciones y permitiendo la reposición acorde a la demanda de productos.

Actualmente, la bodega enfrenta algunas limitantes, como lo es el almacenamiento de los suplementos alimenticios. Por razones de seguridad para el equipo de trabajo, los suplementos deben almacenarse a nivel del suelo. A pesar de contar con un espacio designado para este fin, dicho espacio se ha vuelto insuficiente con el paso del tiempo, dificultando el almacenamiento adecuado de estos productos.

Durante el período 2023 - 2024 se han sostenido conversaciones con el área de prevención de riesgos para asegurar un uso eficiente de los espacios y garantizar su optimización y regularización

## DESAFÍOS 2025

- Buscar soluciones efectivas para almacenar los suplementos alimenticios de manera segura, sin comprometer la integridad del equipo.
- Mantener como prioridad la regularización del espacio, a través del proyecto de Droguería.

## C. BODEGA DE SALUD Y PROYECTO DE DROGUERÍA COMUNAL

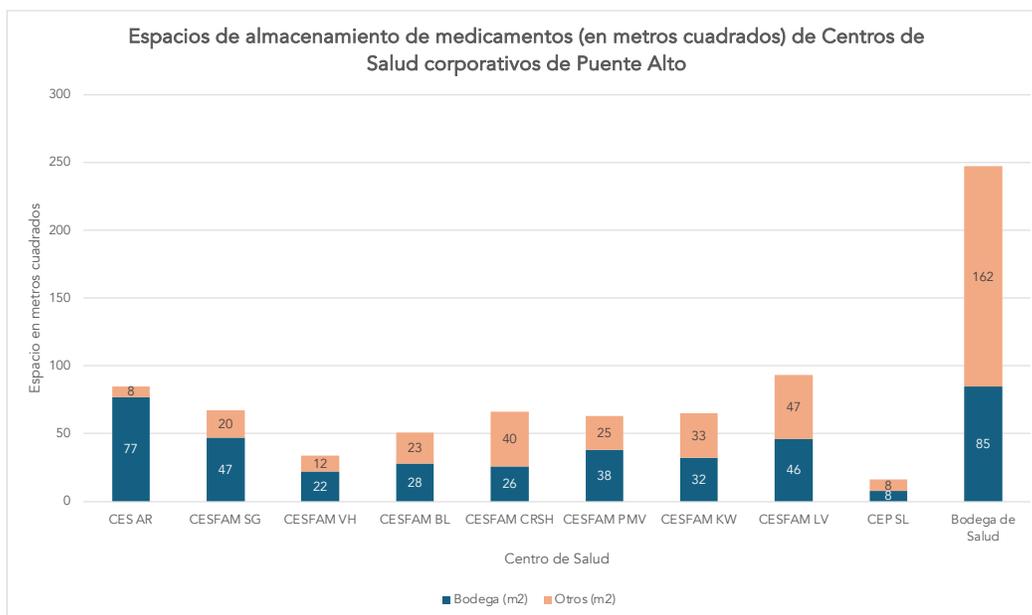
La Bodega de Salud constituye el centro de distribución principal de medicamentos y dispositivos médicos para los Centros de Salud, centros transversales y equipos centrales de la corporación.

Su funcionamiento permite desarrollar el modelo de distribución centralizado, que constituye uno de los más eficientes para las cadenas de logística, mejorando los tiempos

de respuesta, optimizando la fuerza administrativa y disminuyendo los costos en la cadena completa del proceso.

Dentro de las dificultades actuales de la bodega de salud se puede mencionar:

- **Limitación de actividades:** la Bodega de Salud depende administrativamente del CES Alejandro del Río, la cual se encuentra físicamente dentro de sus dependencias. Esto implica que carece normativamente de la autorización de instalación y funcionamiento para realizar todos los procesos necesarios en la cadena de abastecimiento, como es una Droguería.
- **Espacio insuficiente:** no cuenta con el espacio físico requerido para asegurar el correcto almacenamiento del importante volumen de medicamentos y dispositivos médicos que se manejan centralizados, situación que además se replica en los centros de salud. Según levantamiento de gestión de la utilización de espacios de las bodegas, realizado en todos los Centros de Salud corporativos, durante el segundo semestre del año 2022, el 53% del espacio utilizado para almacenamiento de medicamentos, dispositivos médicos de enfermería y dental, se encuentra almacenado en lugares o dependencias externas a las bodegas de farmacia, según se detalla a continuación:



- **Descentralización logística:** dada la falta de espacio, en la actualidad solo es posible mantener en bodega de salud, en un modelo centralizado el 78% de los medicamentos y 11% de dispositivos médicos de enfermería y dental. El resto de los dispositivos médicos se gestionan por el modelo de despacho directo a cada Centro de Salud, aumentando fuertemente el costo administrativo y logístico del proceso.

- **Manejo de medicamentos controlados:** al no contar con autorización sanitaria no permite realizar gestión (recepción, almacenamiento y distribución) de medicamentos sujetos a control legal.

Durante el período 2022 - 2024 se ha determinado el lugar en el cual se construirá la Droguería, y se cuenta con aprobación por el Municipio para el traspaso del terreno apropiado y se encuentra en trámite el contrato comodato.

## DESAFÍOS 2025

Se mantiene como línea primordial de esta Unidad el proyecto de Droguería Comunal, el principal desafío es conseguir el financiamiento para su desarrollo, así como aportar desde lo técnico, en conjunto con el equipo líder del proyecto, en la ejecución del diseño de Droguería.

## D. COORDINACIÓN DE VIGILANCIA Y AUDITORÍA DE PROCESOS DE FARMACIA

### FARMACOVIGILANCIA Y TECNOVIGILANCIA

En relación con la Farmacovigilancia, desde 2018 a junio 2024 se han realizado 1.997 reportes de sospechas de reacciones adversas a medicamentos. Durante el primer semestre se habían realizado 303 notificaciones a nivel comunal.

Por otro lado, desde 2023 esta coordinación pertenece al Comité Comunal del Programa de Optimización de Antimicrobianos (PROA), para lo cual se han construido indicadores para la vigilancia del consumo y gasto en el uso de estos medicamentos que sirven de apoyo a la gestión clínica.

En relación con la Tecnovigilancia, desde 2023 se trabajó en la revisión, alcance y difusión de la Norma Técnica N° 226. Las 2 primeras etapas de implementación de esta norma, que rigen desde marzo y septiembre de 2023, se gestionaron a través de esta coordinación. Durante los primeros meses de 2024, se continuó realizando reuniones con distintos equipos profesionales y técnicos para dar a conocer esta normativa. Se propuso comenzar la implementación con los dispositivos médicos de enfermería y dental.

A mediados de 2024, se elaboró el procedimiento de recepción de medicamentos y dispositivos médicos, donde se incluyó lo exigido en la norma. Posteriormente, con la formación de la Unidad de Inventario y Trazabilidad de Salud, se amplió la implementación a los dispositivos médicos de tipo equipamiento. Para 2025 se propone trabajar con esta Unidad, en la implementación de la última etapa de esta norma que regirá desde septiembre.

Adicionalmente, desde 2023 y durante este año se ha promovido y consolidado el procedimiento que aplica cuándo se detectan fallas de calidad, tanto de medicamentos como de dispositivos médicos, en los Centros de Salud, para la difusión oportuna a los equipos clínicos, así como también las medidas para el manejo de riesgos, como cuarentenas y devoluciones a los proveedores. Igualmente, ante retiros del mercado instruidos por la autoridad sanitaria, se ha coordinado su ejecución con los encargados de los botiquines y farmacia, y la coordinación de abastecimiento en Salud.

Cabe mencionar que, los contenidos de fármaco y tecnovigilancia se incluyeron en el curso de capacitación de procesos de farmacia para técnicos, organizado por esta coordinación y desarrollado en agosto de 2024.

## DESAFÍOS 2025

Se propone realizar una jornada dirigida a profesionales de otras disciplinas, para promover las actividades relativas a la farmacovigilancia y tecnovigilancia, en consideración a que el 91,2% de las notificaciones a nivel comunal han sido realizadas por profesionales químicos farmacéuticos, por lo que se requiere ampliar a otras profesiones. A su vez, incorporar estos contenidos, ya sea mediante un video, documento o similar, que se utilice en el proceso de inducción a los nuevos funcionarios.

## AUDITORÍAS DE PROCESOS

Durante 2024 se realizó una auditoría para evaluar la trazabilidad del registro entre la prescripción y la dispensación, obteniéndose un 58,7% de cumplimiento a nivel comunal. La 2ª auditoría evaluó el cumplimiento de la existencia y vigencia de los documentos de protocolos y procedimientos que aplican a los botiquines y farmacia para el proceso de acreditación en calidad y seguridad. En esta se obtuvo un 34% de cumplimiento a nivel comunal.

En septiembre de 2024 se realizó una evaluación a los técnicos de los botiquines y farmacia respecto del cumplimiento de la pausa de seguridad en la dispensación. Hasta el momento, los resultados no han sido publicados.

Adicionalmente, durante 2024, se revisaron los procesos internos de los botiquines y farmacia de los centros de salud, donde se elaboraron e implementaron mejoras que faciliten el acceso a los medicamentos, por ejemplo, en la dispensación de medicamentos para el trastorno de déficit atencional, y de métodos anticonceptivos, en conjunto con la Unidad de resolutivez infantil y la coordinación de salud sexual y reproductiva, respectivamente. Lo anterior, con el objetivo de optimizar la eficiencia del proceso, promover la autonomía de las y los usuarios y, con ello, incorporar los conceptos de humanización en salud.

## DESAFÍOS 2025

Se propone elaborar e implementar nuevas mejoras a los procesos internos, repetir las auditorías para seguimiento de las mejoras propuestas, así como desarrollar otras evaluaciones para la mejora continua.

## DESPACHO DE MEDICAMENTOS A DOMICILIO

La estrategia de despacho de medicamentos a domicilio “Farmacia a Domicilio”, fue implementada en los centros de salud de la comuna en abril del 2020 con motivo de la pandemia por COVID-19, con el fin de favorecer el acceso a los tratamientos crónicos de adultos/as mayores de 75 años, usuarios/as con dependencia severa, sus cuidadores/as, y los/as usuarios/as con COVID-19 confirmado y sin red de apoyo.

Con el término de la pandemia, esta estrategia siguió funcionando como una alternativa para la dispensación de medicamentos en el contexto del cumplimiento de la Ley N° 21.168 de atención en salud preferente a personas mayores o en situación de discapacidad y sus cuidadores/as.

Pues bien, desde su inicio hasta el mes de septiembre de 2024 se han registrado más de 351.157 entregas. Cabe destacar que este último año, hasta septiembre, se han realizado 36.977 entregas, con un promedio de 4.108 mensual.

El presupuesto anual para esta estrategia alcanzó a \$294.781.235 en 2024, que se distribuyó para el recurso humano y movilización. El financiamiento de esta estrategia es de tipo mixto, por una parte, el programa Fondo de Farmacia (FOFAR) del MINSAL aporta un 11,3%, mientras el financiamiento institucional alcanza un 88,7%.

Cabe mencionar que el FOFAR es un programa del MINSAL destinado a asegurar la continuidad de los tratamientos farmacológicos para personas con enfermedades crónicas no transmisibles. Este programa se enfoca principalmente aportar recursos para la adquisición de medicamentos para enfermedades cardiovasculares como la DM2, la HTA y la dislipidemia. El FOFAR también proporciona recursos para los dispositivos médicos necesarios para la curación avanzada de heridas, especialmente aquellas relacionadas con la diabetes y otras patologías vasculares.

## DESAFÍOS 2025

Se propone gestionar la continuidad de la estrategia igualmente con financiamiento mixto. Se propone asignar equipos de telefonía móvil para cada equipo en terreno (8 unidades), para facilitar la georreferenciación y la comunicación entre los usuarios y el equipo técnico del botiquín.

Así mismo, se propone formar la Unidad de Farmacia a Domicilio Comunal, el cual consiste en un botiquín centralizado, como parte integrante del proyecto de Droguería, para optimizar la distribución territorial de los tratamientos a los domicilios de los usuarios beneficiarios, liberar espacio físico y apoyar en la capacidad de gestión a los centros de salud.

## 20. FARMACIA SOLIDARIA

La Farmacia Solidaria de Puente Alto fue inaugurada el 12 de mayo del año 2016 y tiene como objetivo principal poner a disposición de todos los vecinos de la comuna medicamentos y suplementos alimenticios a bajo costo como una forma de aliviar los altos gastos asociados a esta materia para las familias, sobre todo en pacientes crónicos.

Este beneficio se encuentra disponible para personas que pertenezcan a cualquier sistema de previsión de salud (Fonasa, Isapres, Fuerzas Armadas) que residan, trabajen o estudien en la comuna.

La farmacia, además, dispensa medicamentos y suplementos alimenticios disponibles en su arsenal a usuarios beneficiados con una asignación de gratuidad otorgada por la Dirección Social de la Municipalidad, previa evaluación social por parte de las trabajadoras sociales.

A la fecha, la cantidad de personas inscritas que se benefician con la adquisición de medicamentos de la farmacia solidaria son 75.634 usuarios/as.

La farmacia se abastece, en primera instancia, adquiriendo medicamentos mediante el proceso de compras de CENABAST. La programación anual 2024 fue de 272 fármacos. El resto del arsenal de farmacia se adquiere mediante el sistema de compras de Mercado Público. A la fecha la farmacia cuenta con un arsenal de 480 productos entre medicamentos y suplementos alimenticios.

### CARTERA DE PRESTACIONES

**Atención Presencial:** la Farmacia Solidaria atiende de forma presencial de lunes a viernes de 09:00 a 14:00 hrs y de 15:00 a 16:30 hrs, sábados de 09:00 a 13:00 hrs, con una atención diaria promedio de 480 pacientes.

**Atención Nocturna Presencial:** la farmacia participa de la Atención Nocturna los primeros martes de cada mes, abriendo nuevamente para la atención presencial de 18:00 a 21:00 hrs, como una forma de facilitar la adquisición de medicamentos para quienes trabajan fuera de la comuna o que tienen horarios que les imposibilitan asistir en horario de atención normal.

**Servicio de Call Center y Despacho a Domicilio:** cuenta con un servicio de call center para la atención de usuarios/as de la comuna de Puente Alto. Este servicio fue implementado en noviembre del año 2020, en el contexto de la pandemia por COVID-19, con el objetivo de aportar un beneficio social a los vecinos, el cual mediante una venta online se coordina el despacho de medicamentos a domicilio para pacientes mayores de 65 años, usuarios/as que presenten dificultad para desplazarse o con movilidad reducida y sus cuidadores/as. Además, este servicio entrega Información general de disponibilidad, stock, valor de medicamentos y agendamiento de hora para la atención presencial. Este es un servicio ya incorporado en la comunidad, de un alto impacto social. Al 30 de septiembre del 2024, se han entregado más de 8.800 despachos a domicilio.

**Operativos en terreno:** durante el año 2024 se participó en los operativos en terreno con el objetivo de acercar los servicios de Farmacia Solidaria a la comunidad. Estos operativos tuvieron un gran impacto social ya que facilita la inscripción en terreno de nuevos/as usuarios/as, renovación de recetas médicas y entrega una orientación integral del funcionamiento y servicios ofrecidos a la comunidad.

### DESAFÍOS 2025

- Mantener y fomentar el sistema de call center para agendamiento de citas y despacho a domicilio de medicamentos, lo que permite disminuir los tiempos de espera de la atención presencial.
- Mejorar el proceso de abastecimiento de la Farmacia Solidaria para cumplir el compromiso de precios y expectativa de la comunidad y así asegurar disponibilidad de los medicamentos requerido por los usuarios.
- Mejorar el acceso a la inscripción de las personas para acceder a la atención en Farmacia Solidaria.
- Promover el uso racional de medicamentos.
- Concretar proyectos y vías de financiamiento de la sucursal de Farmacia Solidaria.

# PROMOCIÓN DE SALUD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL COMUNITARIA

## PROMOCIÓN DE SALUD

El avance del convenio de Promoción de Salud a través del plan intersectorial 2022-2024 constituye importantes logros alcanzados a la fecha actual, lo que ha permitido la aprobación técnica y financiera de la SEREMI de Salud de la Región Metropolitana para continuar la ejecución de las siguientes estrategias que se ejecutan a través de la gestión de los Centros de Salud corporativos de Puente Alto, tales como:

### Instalación y optimización de espacios públicos para vida saludable

- Construcción de salas lactancia materna en todos los Centros de Salud corporativos.
- Ejecución de la estrategia de recreos activos en establecimientos educacionales adscritos a los Centros de Salud corporativos.

### Educación para la Salud

- Talleres de prevención suicida en establecimientos educacionales.
- Talleres educativos alimentación saludable.
- Talleres de actividad física en jardines infantiles municipales.

### Participación comunitaria

- Capacitaciones en promoción de Salud y formación de agentes comunitarios.

### Difusión y comunicación social

- Conmemoración de efemérides de Salud (día del riñón, Salud oral, actividad física, entre otros).
- Ferias interactivas en establecimientos educacionales.

## PARTICIPACIÓN SOCIAL COMUNITARIA

La red comunitaria está compuesta por las diversas organizaciones sociales, las que, en mayor o menor medida, se vinculan a los Centros de Salud corporativos y al territorio al que pertenecen. Tales organizaciones conforman una red socio comunitaria que favorece la satisfacción de necesidades de los usuarios de la comuna, más aún cuando ellas se potencian unas con otras.

La red comunitaria está conformada por las juntas de vecinos, clubes de adultos mayores, consejos de usuarios (CDU) de Salud, organizaciones de pueblos originarios, establecimientos educacionales escolares y preescolares, además de otros líderes sociales, pertenecientes a la red.

Todas estas organizaciones han ido desarrollando acciones conjuntas, que potencian el desarrollo comunitario por medio de la participación ciudadana e instancias formales de colaboración en los Centros de Salud corporativos, tales como diagnósticos participativos en Salud, comité de equipos de solicitudes ciudadanas, planes de participación social trianual o anual, entre otros.

Actualmente, los Centros de Salud corporativos junto a sus comunidades tienen vigentes su plan de participación 2024, en el cual se destaca su enfoque comunitario, con apoyo y coordinación de diferentes organizaciones sociales y CDU adscritos a los Centros, entre otros.

Así también, los Centros de Salud están trabajando paulatinamente los compromisos y tareas estipuladas en las aproximaciones de los diagnósticos participativos, actualmente vigentes, de cada Centro formulados el año 2022.

En relación al Programa de Reparación y Atención en Salud (PRAIS) se ha realizado difusión en los Centros de Salud dada la importancia de este programa y se han potenciado las acciones involucradas por los referentes PRAIS de cada establecimiento. Este trabajo se seguirá ampliando durante el año 2025.

En este contexto, se destacan las siguientes estrategias y actividades ejecutadas en desarrollo pertenecientes a los planes de participación del año 2024 de cada Centro de Salud:

### Centro de Salud Alejandro del Río

- Trabajo comunitario desde los sectores de atención del Centro de Salud: comunicación y coordinación con dirigentes/as sociales y equipos de Salud.
- Jornada comunitaria de capacitación en temáticas de promoción de la Salud y participación comunitaria a funcionarios/as y líderes sociales adscritos/as al Centro de Salud.
- Ejecución de 12 operativos de Salud comunitarios en villas adscritas a al Centro.
- Elaboración de cápsulas educativas respecto a necesidades de Salud de la población.
- Estrategias de alianza y vínculos con intra e intersector para trabajar conjuntamente por la comunidad de adultos/as mayores, jóvenes y niños/as.

### Centro de Salud Familiar San Gerónimo

- Desarrollo y participación en mesas intersectoriales en temáticas de seguridad y niñez, con participación de representantes de la comunidad y funcionarios/as de Salud.
- Destacable rol del CDU con enfoque consultivo, propositivo y alcance vinculante.
- Realización de actividades de difusión masiva en temáticas de Salud a comunidad en general y a migrantes.

### Centro de Salud Familiar Vista Hermosa

- Conformación de una mesa intersectorial comunitaria con participación de representantes de instituciones, CDU, entre otros.
- CDU activo.
- Trabajo comunitario activo intersectorial en asentamientos adscritos al CESFAM con ejecución de operativos preventivos y promocionales de Salud dirigidos a población migrante y hacia la comunidad.

### Centro de Salud Familiar Bernardo Leighton

- Ejecución de proyecto comunitario en la población de migrantes que busca acercar el trabajo de promoción y prevención en Salud a las comunidades.
- Inicio de la escuela intersectorial de salud a vecinos/as y comunidad del sector.
- Destacable rol del CDU con enfoque consultivo y propositivo.

### Centro de Salud Familiar Cardenal Raúl Silva Henríquez

- CDU activo.
- Realización de actividades de difusión masiva en temáticas de Salud a comunidad en general y a migrantes.
- Equipo de gestión del Centro de Salud involucrado en estrategias de participación.

### Centro de Salud Familiar Padre Manuel Villaseca

- Validación de mapas territoriales según la estrategia de activos comunitarios adscritos al Centro de Salud, con participación activa de líderes, dirigentes/as sociales del sector y la comunidad.
- Ejecución activa de canal YouTube comunitario con participación activa de CDU y el equipo de Salud. Este espacio contribuye a la educación e información masiva en salud, con temáticas propuestas por la comunidad.

### Centro de Salud Familiar Karol Wojtyla

- Se crean medios de información masivos digitales de Salud para la comunidad.

- Realización de operativos de Salud preventivos y promocionales a través de clínicas móviles en los territorios, lo cual ha favorecido la coordinación y planificación.

### Centro de Salud Familiar Laurita Vicuña

- Desarrollo del diagnóstico participativo de sala de rehabilitación.

Bajo esta lógica, desde lo comunal es posible destacar las siguientes estrategias participativas comunitarias de los Centros de Salud corporativos:

- Planificación y ejecución de cuentas públicas con participación previa y activa de representantes comunitarios que se coordinan con cada Centro de Salud corporativo.
- CDU activos, reuniones de CDU, equipos de salud y directivos de cada Centro de Salud corporativo.
- Coordinaciones, reuniones remotas y presenciales de representantes comunitarios CDU de Centros de salud con Directora de Salud de la Corporación Municipal de Puente Alto con el objetivo de informar temáticas de Salud comunal, recibir inquietudes y propuestas comunales.
- Actividades educativas, preventivas y promocionales de Salud a comunidades migrantes adscritas a los Centros de Salud.
- Comunicación e información remota permanente (grupos de WhatsApp) por temas atingentes de salud entre representantes comunitarios, Centros de salud, Dirección de Área de Salud y Coordinación de Promoción-Participación de la misma área.
- Participación activa de organizaciones comunitarias (CDU, entre otros) adscritas a los Centros de Salud en fondos concursables organizados por el SSMSO.

### JORNADA DE TRABAJO GRUPAL COMUNITARIO

El día 29 de octubre de 2024 se realizó una Jornada de Trabajo Grupal Comunitario del Plan de Salud Comunal 2025 en el Parque Gabriela de Puente Alto.

**Objetivo:** Conocer las propuestas que considera la comunidad desde el ámbito participativo comunitario y promocional de salud para el desarrollo del Plan de Salud comunal para el año 2025.

#### Participantes:

- Representantes de consejos de usuarios (CDU) de los Centros de Salud corporativos.
- Encargados de participación de los Centros de Salud corporativos.
- Directora de Área de Salud.
- Subdirector Técnico del Área de Salud.
- Coordinación Técnica de Promoción de Salud y Participación Social del Área de Salud.
- Coordinación Técnica de Humanización en Salud del Área Salud.

## Preguntas de trabajo en grupo:

¿Qué aspectos positivos puede mencionar desde el ámbito participativo/comunitario en Salud?

- Creación de grupos de autoayuda.
- Vinculación de Centros de Salud, Dirección de Salud con los Consejos de Usuarios (CDU).
- Apoyo a la postulación en concursos de proyectos comunitarios en instancias del Servicio de Salud, entre otros.
- Gestiones de clínicas móviles en terreno.
- Avances en el trabajo desde un enfoque intercultural y trabajo con personas migrantes desde los Centros de Salud.
- Se destaca el trabajo de la dupla sanitaria en asentamientos adscritos al CESFAM Vista Hermosa.
- Se valora la motivación de algunos CDU para actualizar su directiva y adjudicación de personalidad jurídica.
- Realización de capacitaciones a líderes sociales.
- Se han logrado visualizar las necesidades de salud de la comunidad, lo cual no siempre coincide con los profesionales de Salud.
- Se destaca la implementación de la ECICEP (Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas) en los Centros de Salud.
- Mejoras de infraestructura en los Centros de Salud (ejemplo: farmacia del CESFAM Laurita vicuña, entre otros).

¿Qué desafíos sugiere para el 2025 en participación comunitaria en Salud?

- Aumentar el número de profesionales en los Centros de Salud.
- Habilitar espacios e infraestructura en los Centros de Salud para espacios de reuniones con la comunidad.
- Optimizar la información de siglas en Salud para la población, con información clara y simple.
- Potenciar talleres socio culturales para jóvenes y adultos.
- Formar y avanzar en la creación de monitores de Salud en diferentes territorios adscritos a los Centros de Salud, lo cual contribuye a generar comunidades sensibilizadas y humanizadas con respecto a problemáticas de Salud.
- Aumento de representantes de organizaciones comunitarias en los CDU de la comuna.
- Aumento de cobertura de las clínicas móviles en la comunidad.
- Evaluar un aumento de horas programadas para funcionarios de Salud que realizan trabajo comunitario, lo cual permitirá ampliar la cobertura de grupos sociales.
- Optimizar la infraestructura de los Centros de Salud.
- Gestión de recursos para el acceso y construcción de salas de estimulación y rehabilitación en los Centros de Salud (por ejemplo en el CESFAM Bernardo Leighton).

- Avances en el inicio de obras de construcción programadas 2 nuevos CESFAM para la comuna y SAR.
- Continuar con avances para potenciar desde cada Centro de Salud la formalización de recursos y horas protegidas para los equipos de participación social comunitaria.
- Continuar con los trabajos y estrategias para identificar activos comunitarios en los Centros de Salud, lo cual contribuye al modelo participativo en APS.
- Optimizar las centrales telefónicas para el otorgamiento de horas para adultos mayores.

## SALUD INTERCULTURAL CON ENFOQUE INDÍGENA

La incorporación de los pueblos indígenas a las políticas y programas públicos, ha sido un tema que ha adquirido paulatinamente relevancia en Chile.

Esto se sustenta, desde el ámbito legal, en el Convenio 169, Ley N° 20.584, Art.7, sobre derechos y deberes de los pacientes.

La inserción del enfoque de salud intercultural ha sido un proceso en los Centros de Salud corporativos desde el año 2012, ejecutándose diversas actividades de sensibilización y capacitación organizadas por representantes de la mesa de salud intercultural de Puente Alto y dichos, siendo beneficiarios/as, los/as funcionarios/as de APS, usuarios/as, consejos de usuarios (CDU) y organizaciones sociales adscritas a los establecimientos de Salud.

Según los resultados del último Censo 2017, el 11% de la población de la comuna de Puente Alto se siente perteneciente a un pueblo originario, siendo en su mayoría, el 92,5%, mapuche. El 18% de los hogares de la comuna tiene integrantes que refieren pertenecer a algún pueblo originario y la escolaridad promedio de este grupo es de 9,8 años.

### AVANCES 2024

- Realización de reuniones remotas y/o presenciales de representantes de la mesa de salud intercultural de Puente Alto.
- Conmemoración de Wiñol Tripantu en todos los Centros de Salud corporativos con apoyo de la mesa salud intercultural Puente Alto.
- Avances en transversalidad del enfoque de Salud intercultural en algunas atenciones en los Centros de atención dentro de un proceso participativo y colaborativo, en conjunto con facilitadores interculturales, tales como:
  - Proyecto de atención de agente cultural Lawentuchefe a usuarios de Centros de Salud Alejandro del Río, Cardenal Raúl Silva Henríquez, Karol Wojtyła, San Gerónimo, Laurita Vicuña, Bernardo Leighton, Padre Manuel Villaseca como atención complementaria a la atención de salud mental de algunos/as usuarios/as.
  - Desarrollo y difusión de un protocolo para atenciones con Lawentuchefe a directivos/as de los Centros de Salud y a funcionarios/as de Salud.
  - Elaboración de un protocolo de atención de huertos interculturales en los Centros de Salud corporativos.
- Formalizar y ejecutar actividades interculturales por cada establecimiento de Salud y comunal a través del Convenio PESPI (programa especial de salud y pueblos indígenas).
- Postulación y adjudicación de recursos ministeriales (convenio PESPI) para salud intercultural a través del servicio del SSMSO.
- Ejecución de actividades de salud intercultural relacionadas a mantener y fortalecer los huertos con enfoque indígenas en los Centros de Salud corporativos

- Realizar jornadas de capacitación desde cada Centro de Salud a representantes de la mesa de salud intercultural, funcionarios/as de Salud, líderes sociales, usuarios/as mapuches, relacionadas a la cosmovisión mapuche, hierbas medicinales, entre otros.
- Desarrollo de talleres y capacitación a funcionarios/as de Salud con respecto al registro de la variable indígena en la ficha clínica electrónica.
- Avances desde los Centros de Salud corporativos en registros de la variable indígena en la ficha clínica electrónica. Desde diciembre de 2023 a julio de 2024 existe un aumento de un 2,4% de registros a nivel comunal. Los datos estadísticos fueron presentados anteriormente en la sección de Diagnóstico Comunal de Salud Integrado. La 2ª mayor cantidad de población mapuche en Chile se ubica en la comuna de Puente Alto.

## DESAFÍOS 2025

- Potenciar el desarrollo y la planificación de actividades desde lo intercultural en cada Centro de Salud, teniendo presente la realidad y avances de cada uno.
- Avances en la elaboración modelo de salud intercultural en APS con participación de representantes de organizaciones indígenas de la comuna, lo cual contribuye a favorecer el cumplimiento del Reglamento N° 21, art. 7 de la Ley 20.584 de derechos y deberes.
- Proteger horas específicas programadas del trabajo del facilitador y/o referente intercultural en los Centros de Salud, quienes deben vincularse en lo posible con alguna asociación indígena del territorio y ser parte de la mesa de Salud intercultural con enfoque indígena.
- Continuar potenciando la figura del agente intercultural del Área de Salud de la CMPA que participa en la mesa de salud intercultural y apoyo en la ejecución de actividades con enfoque indígena en los Centros de Salud corporativos.
- Continuar con la difusión y la sensibilización a los Centros de Salud corporativos de la existencia del registro de pertinencia de usuarios a pueblos originarios en el sistema de ficha clínica electrónica corporativa, lo que es fundamental para visibilizar la pertinencia a los pueblo originarios, planificando acciones con impacto, entre otros. Esto se realizará de manera conjunta entre la coordinación de participación del Área de Salud, el agente intercultural del Área Salud y los/as referentes interculturales de cada Centro de Salud corporativo.
- Continuar con la planificación y aumento en un 70 % del número de usuarios/as para las atenciones de la agente cultural Lawentuchefe en relación al año 2024, como atención complementaria a la atención de salud mental de algunos/as usuarios/as, lo cual contribuye a favorecer lo solicitado en el Nutram Kawun (diagnostico participativo indígena con pertinencia cultural) realizado en el año 2017 y 2018, donde participaron voluntariamente algunas organizaciones indígenas de la comuna de Puente Alto.
- Fortalecer el desarrollo del facilitador / agente intercultural mapuche del Área de Salud como apoyo en la ejecución de actividades programadas por los Centros de Salud y equipos de interculturalidad de los mismos establecimientos.

- Avances en el registro de actividades en el Registro Estadístico Mensual (REM), que es el medio que evidencia las actividades realizadas desde Salud intercultural.
- Capacitar a los equipos de salud mental de los Centros de Salud corporativos para propender avanzar en algunas prestaciones de salud mental con atención complementaria de agentes culturales.
- Potenciar avances en pertinencia cultural como complemento a algunas prestaciones de Salud primaria.
- Realizar Wiñol Tripantu en los Centros de Salud corporativos.
- Potenciar desde lo comunicacional la realización de cápsulas educativas con actividades desde lo intercultural que realizan los Centros de Salud y las comunidades en Salud intercultural.
- Gestionar el apoyo financiero con el SSMSO para dar continuidad al convenio PESPI.
- Gestionar con las autoridades comunales recursos para aumentar el acceso y la cobertura de usuarios/as a la atención de medicina indígena.
- Potenciar el trabajo colaborativo entre las asociaciones de pueblos originarios con los consejos de usuarios (CDU).

## JORNADA CON REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES DE PUEBLOS ORIGINARIOS

Con fecha 06 de noviembre de 2024 en el Centro Bibliotecario de Puente Alto se realizó una Jornada con representantes de las Organizaciones de Pueblos Originarios.

Asistieron a esta actividad:

- Concejala María Yáñez.
- Sra. Sandra Fuentes, Secretaria General de la Corporación Municipal de Educación, Salud y Atención de Menores de Puente Alto.
- Dra. Paulina Pinto, Directora de Área de Salud.
- Representantes de las organizaciones de pueblos originarios convocados por la Sra. Luisa Quiñenao.
- Referentes de la Mesa de Salud Intercultural de los Centros de Salud (Alejandro del Río, Karol Wojtyla, Laurita Vicuña y Padre Manuel Villaseca).
- Jorge Navarro, Coordinador de Participación Social y Promoción de Salud.
- Víctor Landeros, Antropólogo y Agente Intercultural del Área de Salud.
- Adolfo Lincocheo, Técnico Agrícola del Área de Salud.

### Desarrollo del Diálogo

Los representantes de la Mesa Intercultural exponen los principales logros y sus desafíos realizados desde el inicio de la mesa hasta el presente año.

Comienza el diálogo y se exponen diversas propuestas e inquietudes desde los/as representantes de las organizaciones de pueblos originarios. Se destaca lo siguiente:

- Necesidad de construcción de una ruca en Puente Alto, como espacio cultural y a disposición de las organizaciones de pueblos originarios de la comuna. Se evaluará un espacio cercano al CESFAM Karol Wojtyla.
- Preocupación por el estado actual de la ruca ubicada en el Hospital Sótero del Río ya que se percibe en mal estado de conservación y no apta para realizar atención de medicina indígena, entre otros. Se realizarán gestiones con el Servicio de Salud para transmitir esta necesidad importante. Se recuerda también que la responsabilidad de mantención de este espacio cultural no es de la Corporación Municipal de Puente Alto sino que del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO).
- Potenciar los nexos de coordinación permanente con la Oficina de Pueblos Originarios de la Municipalidad de Puente Alto.
- Relevar espacios de difusión del trabajo que realizan las organizaciones de pueblos originarios en ferias masivas municipales o territoriales.
- Aumento de cupos de atención de Lawentuchefe para las organizaciones de pueblos originarios de la comuna. Desde el Área de Salud se explican los motivos de la cantidad de cupos existentes y los criterios mínimos de acceso. El aumento de cupos depende de los recursos existentes anuales.
- Incluir a las organizaciones de pueblos originarios en la planificación de recursos del convenio ministerial PESPI. Desde el Área de Salud se explican los objetivos del convenio PESPI y se recuerda que durante los primeros años de la Mesa de Salud Intercultural de Puente Alto participaron algunos/as representantes de las organizaciones mapuches y también algunas de ellas fueron partícipes en el Nutram Kawun (diagnostico participativo con pertinencia intercultural), por lo cual sería relevante la reincorporación de quienes lo consideren.

Por consiguiente:

- Los presentes acuerdan continuar dialogando y planificar acciones en conjunto para el año 2025 y se establece un próximo encuentro para fines de 2024.
- Así también, a través del Sr. Juvenal Pichicon de la Asociación Rumel Mongeleaiñ invita a Futa Trawun a todos los representantes de asociaciones mapuches de la comuna y a los funcionarios de Salud presentes.

## PERSONAS MIGRANTES

La población de migrantes en Chile ha ido en aumento los últimos años, diversificando su origen y complejidad social.

En relación a lo anterior, el sistema de Salud primario ha ido preparándose progresivamente para satisfacer adecuadamente su atención de Salud, desde el enfoque de derechos humanos, determinantes sociales y compromisos internacionales adquiridos por Chile.

En este sentido, los funcionarios de Salud han generado espacios de reflexión y planificación de actividades intersectoriales para dar información oportuna a usuarios migrantes y funcionarios, con respecto a este proceso migratorio a nivel país.

El reporte estadístico de la población migrante en Salud a nivel corporativo fue presentado anteriormente en la sección de Diagnóstico Comunal de Salud Integrado.

La población venezolana es la más preponderante en los Centros de Salud representando el 40,84% de la población migrante total que se ha registrado en algún CES/CESFAM de Puente Alto. Ahora bien, dentro de los 4 primeros lugares en cuanto a la nacionalidad de usuarios migrantes registrados en los CES/CESFAM, le siguen la población peruana, la colombiana y la haitiana (estas 2 últimas con un porcentaje similar: 14%).

### AVANCES 2024

- Coordinaciones permanentes con el intersector (oficina de migrantes de la Municipalidad, SSMSO, fundaciones, etc).
- Planificación y ejecución en los Centros de Salud corporativos CRSH, VH y SG actividades / estrategias por convenio ministerial de personas migrantes.
- Formalización y consolidación de la mesa comunal territorial intersectorial de migrantes con participación del referente de migrantes en la gran mayoría de los Centros de Salud y el intersector.
- Postulación en fondos concursables al SSMSO desde los Centros de Salud.
- Finalización del protocolo de acceso y atención de salud a las personas migrantes en los Centros de Salud corporativos.
- Incorporación de los Centros de Salud BL, PMV, AR y KW con proyectos comunitarios dirigido a población migrante.
- Beneficiarios de recursos extraordinarios desde el SSMSO para la contratación de dupla sanitaria para realizar trabajos preventivos - promocionales de Salud en asentamientos adscritos al CESFAM VH.
- Según las necesidades territoriales y evaluación de presupuesto, aumentar el número de intérpretes de Creole en cada Centro de Salud corporativo.

## DESAFÍOS 2025

- Potenciar iniciativas de información para disminuir la brecha idiomática, cultural y el acceso oportuno a los Centros de Salud corporativos.
- Potenciar el rol de facilitadores migrantes existentes en los Centros de Salud corporativos, lo que constituye un real aporte para realizar traducciones de idiomas, talleres informativos de salud, orientación de prestaciones que realiza la atención primaria, entre otros.
- Propender a continuar potenciando el registro de la variable nacionalidad en la ficha clínica electrónica.
- Difusión a todas las instancias corporativas del protocolo de atención usuaria para personas migrantes en los Centros de Salud corporativos.
- Realizar educaciones en Salud presenciales o remotas enfocadas en temáticas señaladas desde los/as propios/as usuarios/as migrantes adscritos a los Centros de Salud corporativos.
- Ejecución de actividades recreativas masivas desde la promoción de salud que potencien la integración de las diversas culturas.
- Aumentar de manera progresiva la incorporación de facilitadores migrantes en los Centros de Salud corporativos que evidencien un aumento de personas migrantes lo cual contribuirá a una mayor comprensión de su cultura, autocuidado de salud en los usuarios migrantes, satisfacción usuaria y el cierre de brechas existentes, entre otros.
- Continuar realizando gestión en capacitaciones, jornadas informativas y de sensibilización remota o presencial a funcionarios de salud de forma permanente con respecto al proceso migratorio a nivel nacional, comunal, legislación actual, rol del sistema de Salud primaria, entre otros, con enfoque lúdico y participativo.
- Potenciar e informar de la existencia de fondos concursables a los Centros de Salud corporativos para la postulación de proyectos comunitarios dirigidos a la población migrante.
- Postular a recursos ministeriales a través del SSMSO para mantener y, en lo posible, aumentar recursos del convenio Personas Migrantes con la posibilidad de incluir a otros Centros de Salud como beneficiarios de este convenio.
- Continuar el trabajo colaborativo e intersectorial con instituciones como el SSMSO, la oficina de migrantes de la Municipalidad de Puente Alto, entre otros, que trabajan en el ámbito de la migración.
- Fortalecer la mesa comunal territorial intersectorial de migrantes con participación de referentes migrantes de cada Centro de Salud corporativo, la Municipalidad, Corporación Sopena, entre otros.
- Potenciar la incorporación de personas migrantes en los diferentes espacios de participación social existentes y realizar nexos colaborativos con instituciones, servicios de salud y fundaciones para otorgar información actualizada en los Centros de Salud corporativos, relacionada al proceso de regularización de su situación migratoria. Esto dirigido a usuarios/as y funcionarios/as de los Centros de Salud corporativos.

## ENFOQUE DE GÉNERO Y DIVERSIDAD EN SALUD

### COMITÉ DE GÉNERO

Considerando el contexto social y, en particular de salud, resulta de relevancia avanzar en las temáticas asociadas a género, diversidad e inclusión, no sólo porque todas las instituciones deben conducirse bajo la permanente mirada de los tres ámbitos ya mencionados, sino también por la naturaleza nuestro quehacer sanitario. Como entidad de salud que cuenta con un modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, que orienta sus prestaciones de salud al cuidado del ciclo vital de nuestros usuarios, la incorporación de la perspectiva de género es no sólo necesario, sino también una condición básica para la atención de salud.

La provisión de servicios de salud y la relación con la comunidad implica el respeto y consideración por las personas de manera integral y con ello, los derechos que le son propias. En consecuencia, el género en su más amplio concepto se considera como un aspecto que debe ser considerado puesto que resulta ser un determinante social en la salud de las personas pudiendo ser un factor de riesgo potencial.

Conocer la diversidad de las comunidades, favorecer su inclusión e incorporar el enfoque de género son lineamientos que resultan ser claves al momento de proveer de cuidados de salud a una población a cargo y, ciertamente, de considerarlos como elementos no transables en el relacionamiento entre los integrantes de los equipos de salud.

Desde esta perspectiva, el comité de género, diversidad e inclusión se ha trazado diversos ejes de trabajo para el año 2025, ejes que fomentan que la temática se encuentre en la agenda del Área de Salud y resulte visible para nuestros funcionarios, independientemente del lugar que ocupen en la organización. Estos ejes han sido considerados por el comité como pilares claves para la sensibilización, adquisición de conocimiento, generación de redes y la implementación de acciones concretas en las prestaciones de salud, todos ellos ejes que se orientan a relevar el género como un determinante social en la salud y como un aspecto de derecho de las personas a las que cuidamos en su salud.

### OBJETIVOS DE TRABAJO DEL COMITÉ DE GÉNERO

- Desarrollar una planificación estratégica institucional incorporando una perspectiva de género.
- Desarrollar políticas y/o procedimientos de gestión de personas con perspectiva de género incorporando diversidades y disidencias sexo-genéricas.
- Desarrollar e implementar capacitaciones a los equipos de salud enfocadas en temáticas de género en su amplio concepto como determinante social de la salud y la prevención de violencia de género.

- Desarrollar acciones de comunicaciones y difusión interna y externa con perspectiva de género.
- Desarrollar políticas y/o programas con perspectiva de género incorporando diversidades y disidencias sexo-genéricas.
- Desarrollar normativas o circulares con perspectiva de género específicamente en atención a comunidades LGBTIQ+.
- Fortalecer el trabajo en red que favorezcan la atención de las comunidades LGBTIQ+.
- Contar con estudios, datos y estadísticas a nivel local con información desagregada por sexo-género.

## PRINCIPALES EJES DE DESARROLLO AÑO 2025

Para la consecución de los objetivos trazados se proyectan 3 ejes que orientarán las actividades para el 2025, algunas de las cuales ya se encuentran en avance este 2024 y que se espera puedan consolidarse.

### **Eje 1: Desarrollo de Conocimientos y Competencias**

Se orienta a la generación de espacios que permitan, inicialmente, la sensibilización respecto de las temáticas de género, diversidad e inclusión en el universo de funcionarios de salud, teniendo en consideración las diferencias generacionales existentes en los equipos de salud.

Adicionalmente, este eje de trabajo se enfoca a la implementación de capacitaciones que favorezcan la integración de conocimientos que permitan las atenciones de salud con enfoque de género e inclusión de la diversidad en todas sus formas.

#### Actividades:

- Espacios formales de formación para directivos, jefaturas, equipos gestores y equipos de salud.
- Cápsulas educativas para difusión de información.
- Material gráfico de apoyo para la atención clínica.

### **Eje 2: Definición e Implementación de acciones**

Este eje considera la implementación de una política institucional de enfoque de género, diversidad e inclusión, protocolos de atención de salud que oriente el abordaje clínico y declaración de espacios seguros de atención.

#### Actividades:

- Declaración e implementación de política del área de salud que declare el compromiso por la entrega de un servicio de salud con enfoque de género e inclusión de la diversidad.

- Implementación de un protocolo de atención de salud que asegure las prestaciones de salud con enfoque de género.
- Declaración de espacios seguros de atención al interior de los centros de salud y centros transversales del área de salud.

### Eje 3: Construcción y Coordinación de Redes

El foco principal de este eje está en establecer redes funcionales y resolutivas con el intersector, orientadas a la integralidad de la atención de las personas que consultan y a ampliar los servicios de apoyo que no sean provistos por el nivel primario, así como de espacios de desarrollo comunitario.

#### Actividades:

- Mapeo estratégico de instituciones, ONGs y otros que provean apoyos en temáticas de género y diversidad sexual.
- Construcción de redes de colaboración y alianzas estrategias con tales entidades.
- Coordinación de acciones de estas entidades, de manera de potenciar la atención y no duplicar intervenciones.

## PLAN DE CUIDADOS CON ENFOQUE DE CURSO DE VIDA

Los lineamientos del MINSAL para el año 2025 del Plan de Cuidados con Enfoque de Curso de Vida: “Al programar acciones de Salud integrales e integradas para la población de los territorios y comunidades, se abren oportunidades de ofrecer prestaciones de salud coherentes a cada realidad territorial, cultural y con mirada de curso de vida; además de estar centradas en un adecuado acompañamiento a las personas de manera continua, respetuosa y participativa”.

La matriz de cuidados de Salud a lo largo del curso de vida debe estar acorde a los lineamientos corporativos de Salud, presentados al inicio de este Plan, donde se incluyen los objetivos sanitarios 2021 – 2030:

- Mejorar la salud y bienestar de la población.
- Disminuir las inequidades.
- Asegurar la calidad de la atención en salud.

Este capítulo, preparado por el Equipo Técnico, se divide en 2 partes. La 1ª describe **aspectos relevantes de cada coordinación/área técnica** y, la 2ª, presenta la **matriz de cuidados de Salud a lo largo del curso de vida con actividades priorizadas para el año 2025**.

### 1. ÁREA TÉCNICA

#### COORDINACIÓN DE SALUD INFANTOJUVENIL

Durante el año 2024, se lograron avances importantes en la mejora de la atención integral para niños, niñas y adolescentes. Para el 2025, el objetivo es continuar promoviendo una atención más inclusiva y equitativa, fortaleciendo el apoyo dirigido a los niños, niñas y adolescentes, así como a sus familias, para asegurar un bienestar integral y un desarrollo saludable.

#### Prevención y promoción de la Salud nutricional en niños, niñas y adolescentes con malnutrición por déficit y exceso

En el 2025 el enfoque estará en reforzar las estrategias preventivas y promocionales para abordar de manera integral la malnutrición, ya sea por déficit o exceso. Se dará prioridad al programa Elige Vida Sana, buscando implementar intervenciones efectivas que promuevan hábitos saludables desde la infancia y la adolescencia, con un especial énfasis en la detección temprana y el seguimiento nutricional.

### Acciones:

- Refuerzo de la detección temprana de casos de malnutrición en niños y niñas mediante controles periódicos en los Centros de Salud, asegurando un seguimiento oportuno para prevenir complicaciones asociadas tanto al déficit como al exceso de peso.
- Promoción de hábitos alimentarios saludables y la actividad física a través del programa Elige Vida Sana, con intervenciones dirigidas a familias y niños en riesgo, que incluyan talleres de alimentación balanceada, educación nutricional y promoción de estilos de vida activos.
- Fortalecimiento del trabajo en red con jardines infantiles y colegios de la comuna, integrando programas de educación alimentaria y actividad física adaptados a cada grupo etario, con un enfoque en la prevención de la obesidad infantil y la desnutrición.
- Campañas comunitarias para sensibilizar sobre la importancia de la alimentación equilibrada y los riesgos de la malnutrición, involucrando tanto a los servicios de salud como a las instituciones educativas y organizaciones locales.

### Salas de lactancia materna

La lactancia materna es fundamental para el desarrollo saludable de los recién nacidos y ofrece beneficios significativos para la Salud tanto de la madre como del niño. En el 2025 se propone expandir el acceso a salas de lactancia materna en los Centros de Salud, garantizando espacios adecuados y recursos para apoyar a las madres en este proceso esencial. Este esfuerzo busca asegurar un apoyo integral y especializado tanto para las madres como para las funcionarias que utilicen estos espacios.

### Acciones:

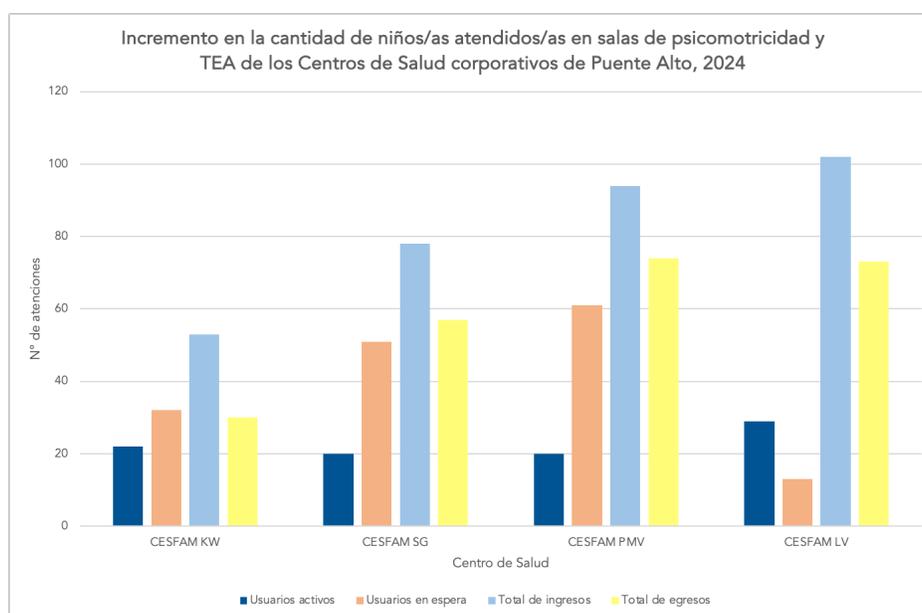
- Fomentar el uso activo de las salas de lactancia en los Centros de Salud. Actualmente, 7 Centros ya disponen de una sala de lactancia, y para el 2025 se espera inaugurar la 8ª sala, logrando así cobertura total en los establecimientos de la comuna. Esta iniciativa busca brindar un espacio seguro y especializado para madres y funcionarias, ofreciendo apoyo integral y promoviendo la lactancia materna como parte esencial de la Salud materno-infantil.
- Lanzar campañas de sensibilización comunitaria sobre la importancia de la lactancia materna, impulsando su práctica en los Centros de Salud y fortaleciendo la atención espontánea en clínicas de lactancia.

Progreso de implementación de salas de lactancia en Centros de Salud corporativos 2022 - 2025			
Centro de Salud	2022	Nuevas salas 2024	Nuevas salas 2025
CES AR	0	1	0
CESFAM SG	0	0	1
CESFAM VH	1	0	0
CESFAM BL	1	0	0
CESFAM CRSH	0	1	0

Progreso de implementación de salas de lactancia en Centros de Salud corporativos 2022 – 2025 (continuación)			
Centro de Salud	2022	Nuevas salas 2024	Nuevas salas 2025
CESFAM PMV	0	1	0
CESFAM KW	1	0	0
CESFAM LV	0	1	0

## Salas para Niños con TEA

La atención integral para niños con trastornos del espectro autista (TEA) seguirá siendo una prioridad en 2025, centrada en mejorar tanto la oferta de servicios especializados como el apoyo a las familias y la sensibilización comunitaria.



El gráfico muestra un incremento significativo en la cantidad de niños/as atendidos en las salas de psicomotricidad infantil por TEA durante el año 2024, lo que refleja también la existencia de una alta lista de espera para ingresar a estas salas. Este aumento en la demanda subraya la urgencia de reforzar los equipos interdisciplinarios y ampliar las horas de atención por sala, con el fin de ofrecer un tratamiento integral más accesible y efectivo para los/as niños/as con TEA.

### Acciones:

- Apoyo familiar: continuar con talleres educativos y espacios de contención emocional dirigidos a padres y cuidadores/as para fortalecer su rol activo en el proceso terapéutico de sus hijos. Esto afianzará el vínculo entre las familias y el equipo de salud, asegurando un acompañamiento constante durante el tratamiento.

- Atención en red: fortalecer la coordinación con jardines infantiles de la comuna para promover la detección temprana de TEA y el acompañamiento especializado desde la primera infancia.
- Sensibilización comunitaria: organizar la 2ª edición de la CicleTEA, una cicletada familiar que promueva la visibilidad y comprensión del TEA en la comunidad, impulsando la inclusión y el respeto.
- Nueva sala de rehabilitación: crear e implementar una nueva sala de rehabilitación infantil comunal para niños con TEA, que permitirá ampliar la cobertura de servicios especializados. Esta sala contará con un equipo interdisciplinario que aplicará un enfoque biopsicosocial, asegurando una atención integral y adaptada a las necesidades de cada niño/a.

## COORDINACIÓN DE SALUD DEL ADULTO Y PERSONAS MAYORES

El envejecimiento poblacional y las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representan uno de los mayores desafíos para la salud pública en Chile. Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de mortalidad, contribuyendo con un 26% de las muertes. Las ECV y otros factores de riesgo, como la hipertensión arterial, diabetes mellitus y obesidad, son prevenibles y demandan un enfoque integral y multidisciplinario.

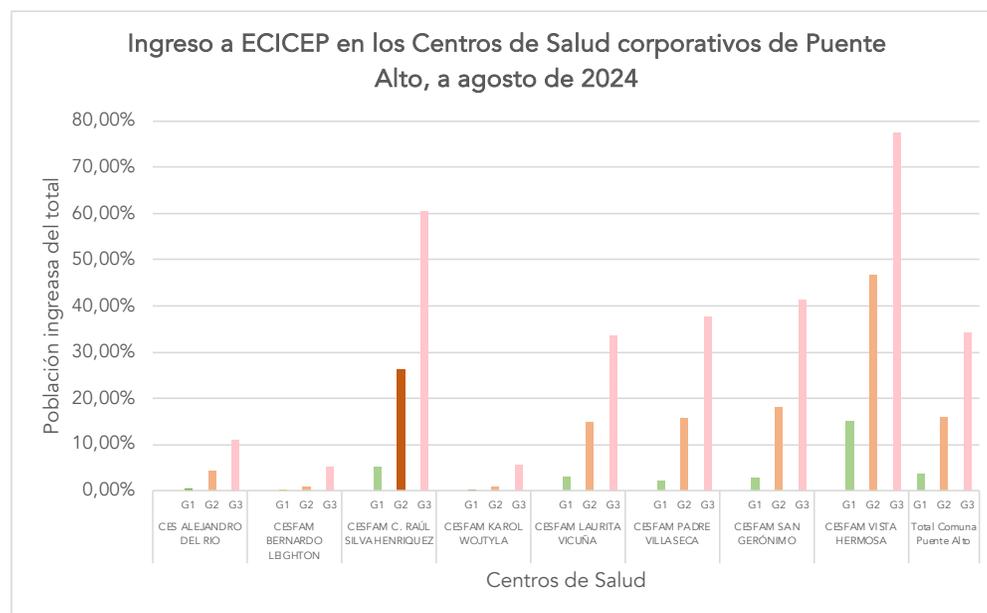
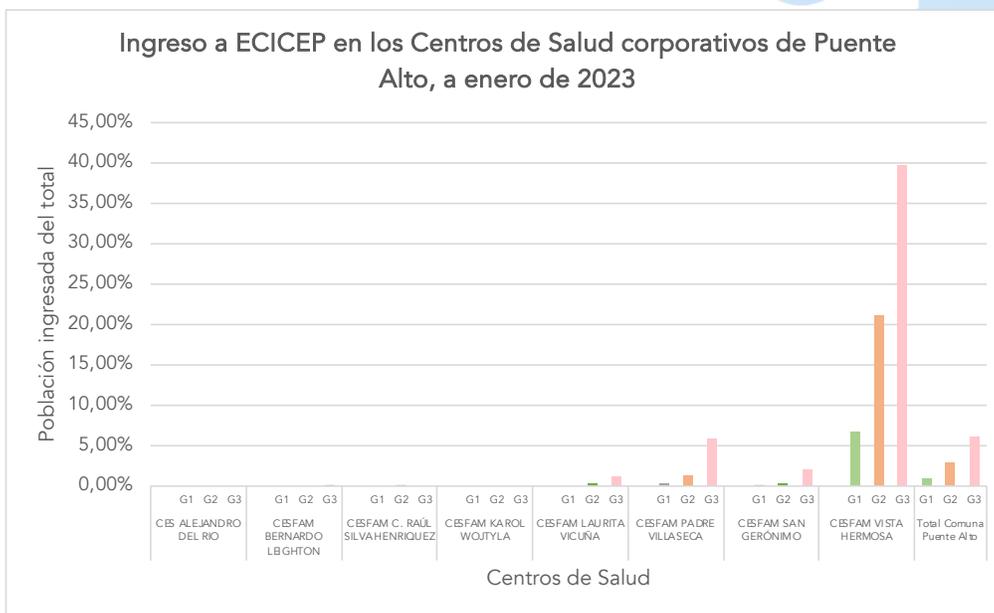
La Estrategia Nacional de Salud 2030 prioriza la reducción de las muertes prematuras por ECNT, proponiendo la disminución del 33%. Dentro de esta estrategia, la APS juega un rol crucial en la prevención y manejo de los factores de riesgo cardiovasculares.

En 2023, la tasa de mortalidad en Puente Alto por enfermedades del sistema circulatorio fue de 98 muertes por cada 100.000 habitantes, menor que la tasa de 124 por 100.000 habitantes del SSMSO (Defunciones por causa 2022 - 2024 cifras preliminares DEIS, proyección de habitantes, INE 2023). Las principales causas incluyen enfermedades isquémicas del corazón, hipertensión y enfermedades cerebrovasculares.

El plan de salud en Puente Alto busca fortalecer las acciones preventivas y de manejo de factores de riesgo cardiovasculares, implementando la ECICEP, una estrategia que promueve una atención más humanizada, centrada en las necesidades del paciente, garantizando la continuidad e integralidad de la atención. Esta estrategia busca superar la atención fragmentada por programas, mejorando la interacción y coordinación dentro de los Centros de Salud corporativos y entre los distintos niveles de atención de la Red.

### AVANCES 2024

- Se implementó la ECICEP en el 100% de los Centros de Salud de la comuna, logrando un aumento sustancial en los ingresos a la estrategia, especialmente en usuarios de alto riesgo o G3, grupo donde comunalmente existe una cobertura sobre el 30%, meta solicitada a los Centros que tienen 2 años desde el inicio de su implementación.



- Incremento de la cobertura de exámenes preventivos mediante campañas comunicacionales y actividades comunitarias, especialmente en grupo masculino entre 20 a 64 años, ya que durante 2023 hubo una cobertura de 5,7% y hasta septiembre 2024 se ha realizado un 4,4%, proyectándose que esta cobertura será sobre el 6% a nivel comunal.
- Se estandarizaron tratamientos a través del protocolo comunal de HTA, alineado con la estrategia HEARTS, difundido con capacitaciones internas. Además, todos los Centros de Salud recibieron nuevos monitores de presión arterial validados, lo cual permite tener valoraciones de presión arterial más certeras, parte de los objetivos de la estrategia HEARTS.

- Los Centros de Salud San Gerónimo, Cardenal Raúl Silva Henríquez y Karol Wojtyła lograron avances significativos en la evaluación de pie diabético y la compensación de pacientes con DM2 e HTA.
- Aumento de la compensación de usuarios con asma y EPOC en todos los Centros de Salud, gracias al trabajo de rescate de usuarios, la compensación y el manejo multidisciplinario entre médicos/as y kinesiólogos/as con apoyo de los servicios farmacéuticos.

## DESAFÍOS 2025

### 1. Incrementar la cobertura de exámenes preventivos del adulto y personas mayores

- Implementar nuevas estrategias de sensibilización para aumentar la participación, especialmente de hombres, dada su menor tendencia a realizar exámenes preventivos.
- Vincular las atenciones en servicios de urgencias y Telesalud con la derivación a exámenes preventivos.
- Potenciar el seguimiento de los/as usuarios/as con resultados alterados en estos exámenes con el fin de realizar intervenciones precoces.

### 2. Mejorar la compensación de patologías crónicas, especialmente HTA y DM2

- Reforzar los protocolos de tratamiento y seguimiento mediante auditorías periódicas.
- Gestionar eficientemente los recursos del Programa de Reforzamiento de Atención Primaria de Salud (PRAPS) para la compensación de usuarios con HTA y DM2.
- Trabajar coordinadamente con otras áreas, como la coordinación de epidemiología y cuidados del paciente y la coordinación de servicios profesionales farmacéuticos, para abordar integralmente los problemas de Salud detectados.
- Reforzar el rescate de usuarios inasistentes y descompensados en controles crónicos cardiovasculares y respiratorios, utilizando reportes coordinados con la jefatura de la Unidad de Gestión de Información (UGI).
- Fortalecer el seguimiento precoz de usuarios egresados de hospital y servicios de urgencia por diagnósticos de patologías cardiovasculares y respiratorias por medio de las alertas informáticas de plataforma del Servicio de Salud y derivaciones desde equipo de enlace ECICEP del Servicio de Salud.

### 3. Fortalecer la ECICEP para mejorar la atención multidisciplinaria

- Ampliar la implementación de ECICEP, aumentando las coberturas en todos los grupos de riesgo en al menos un 10% de lo realizado en el 2024.
- Capacitar al equipo de salud y expandir la función de gestores de caso a profesionales de distintas áreas, estandarizando los criterios de inclusión a esta prestación.

- Aumentar la programación de atenciones integrales, en reemplazo de las agendas por programa, evitando la fragmentación y priorizando la integración de salud mental y el área respiratoria con ECICEP.
- Mejorar la calidad de los planes de cuidados integrales consensuados, incorporando en estos la cartera de prestaciones de los Centros como Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, Elige Vida Sana, Rehabilitación, Salud Sexual, Servicios Farmacéuticos, Tamizaje Salud Mental, etc, así como también la articulación con el intersector, de acuerdo a las necesidades de los usuarios y sus familias.
- Generar las herramientas administrativas y flujogramas que contribuyan a la implementación e integración de estos programas bajo la estrategia.
- Implementar talleres de automanejo multidisciplinarios para patologías crónicas.
- Introducir el seguimiento a distancia como estrategia clave para mejorar la adherencia y automanejo de los usuarios contribuyendo a la compensación de sus patologías crónicas.

## COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL

### AVANCES 2024

La salud mental es un aspecto clave para el bienestar individual, familiar y comunitario, por tanto en 2024 se ha trabajado en fortalecer diversos ámbitos que tienen que ver con la prevención y promoción de actividades de salud mental, como talleres con colegios, ferias de salud mental y capacitación de agentes comunitarios con gran convocatoria.

Desde el ámbito curativo, las personas han podido abordar sus problemas de forma integral, siendo tratados/as por equipos biopsicosociales de forma individual y grupal, posibilitando una mejoría en sus cuadros de forma más efectiva. En este sentido, los equipos de los CES/CESFAM, también han estado implementando diversas estrategias que permitan otorgar controles con mayor frecuencia, que es uno de los problemas que enfrenta la APS y respecto de estas estrategias, se podrá medir su impacto en 2025.

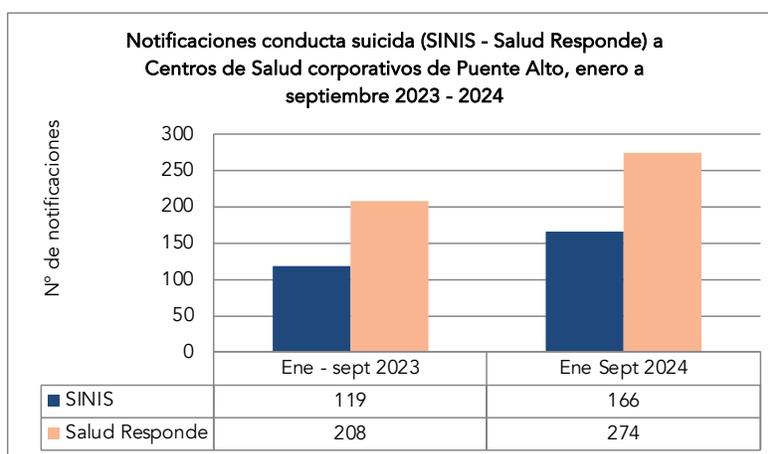
Respecto de los Programas de Reforzamiento (PRAPS) de salud mental, el programa de acompañamiento de niños, niñas y jóvenes con alto riesgo psicosocial, ha sido fundamental para el seguimiento de casos complejos que requieren un mayor acompañamiento del equipo de salud, también el programa de detección, intervención breve y derivación asistida (DIR) para la prevención de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, en el que se realizan tamizajes que nos permiten hacer intervenciones tempranas frente al consumo.

También señalar, que se ha ido avanzando con la implementación de la estrategia de mejora de la calidad de atenciones de salud mental, revisando los procesos de atención que llevan a cabo los equipos, de tal forma que esto permita otorgar una atención oportuna, priorizando a las personas que presentan mayor riesgo, lo que se pesquisa a

través de la aplicación de tamizajes a personas que tienen demandas de atención de salud mental y asisten a solicitar hora.

En 2024 se evidencia un aumento en la cobertura de personas que presentan algún trastorno de salud mental y que se atiende en los Centros de Salud. De acuerdo al registro estadístico mensual (REM), se puede realizar la comparación entre junio 2023 y 2024, donde se observa un aumento en la población bajo control, que representa un total de 6,2% (de 15.053 a 15.992 usuarios/as).

Otro dato relevante y que ha ido en aumento, son las notificaciones de conducta suicida. Estas principalmente llegan desde las plataformas SINIS, que notifica adolescentes que llegan a urgencia pediátrica con intento suicida. Desde octubre 2024 se incorporarán notificaciones de adulto. La plataforma de Salud Responde, notifica casos de personas que llaman y refieren ideación suicida, estas personas reciben consejería telefónica y son derivados a su CES/CESFAM. Se espera que los equipos de salud, en ambas notificaciones, reporten las acciones de seguimiento realizadas. En la tabla y gráfico siguientes se muestra la comparación 2023 (enero a septiembre) y 2024 del mismo periodo.



La derivación de casos como estos, que requieren prioridad, presenta diversos desafíos en cuanto a otorgar prestaciones de evaluación diagnóstica y acceso a tratamiento oportuno, priorizando la existencia de factores de riesgo y entregando una cartera de prestaciones acorde a esto. Se entiende que los problemas de salud mental son multifactoriales, por tanto, deben ser abordados con un enfoque integral, en el que participen los diversos profesionales intervinientes, pero por sobre todo con el involucramiento de la persona, para de esta forma realizar un plan de cuidados conjuntos y en eso se debe avanzar.

## DESAFÍOS 2025

De esta forma, dentro los principales objetivos y líneas de trabajo que se potenciarán en 2025 se encuentran:

- Consolidar la articulación entre salud mental y la estrategia de cuidado integral centrada en la persona (ECICEP), avanzar en la integralidad de la atención, en la creación de planes de cuidados consensuados y además, generar las herramientas administrativas y flujogramas que faciliten el manejo conjunto, de patologías que afecten a la persona.
- Establecer en todos los Centros de Salud, protocolos para el abordaje de la conducta suicida, que permita entregar atención oportuna a las personas que lo requieren.
- Fomentar actividades preventivas y promocionales de salud mental, principalmente con colegios y dispositivos del intersector que trabajan con población de mayor vulnerabilidad. El enfoque será en temáticas de relevancia como la prevención del suicidio, autocuidado, habilidades sociales, entre otras, que contribuyan a reconocer señales de alerta y también permitan ayudar a otros que lo requieran en la comunidad, fomentando una cultura de bienestar.
- Continuar con la capacitación del equipo de salud general, con el apoyo del Programa de Acción para superar Brechas de Salud Mental (mhGAP, OMS), para entregar herramientas a todos los profesionales del equipo de cabecera, que les permita abordar diversas problemáticas de salud mental de forma efectiva en sus prestaciones, contribuyendo a la resolutivez y pertinencia en la derivación de los casos.
- En esta misma línea mhGAP, pero desde el abordaje comunitario, se continuará con la capacitación de promotores comunitarios de salud mental, potenciando de esta forma los recursos comunitarios, entendiendo que es posible identificar signos tempranos de problemas de salud mental. Él/la promotor/a comunitario/a, se transforma en un nexo entre el Centro de Salud y las necesidades de salud mental de su entorno y esto permite que los CES/CESFAM además, puedan focalizar sus intervenciones comunitarias.
- Potenciar la participación en actividades grupales de salud mental. Este ha sido un desafío de los últimos años y la evidencia demuestra la importancia de estas intervenciones y la efectividad que estas tienen en la mejora de problemas de salud mental. La posibilidad de crear nuevos vínculos, compartir experiencias, tener un sentido de pertenencia con el grupo, son altamente positivos. De esta forma, los grupos psicoeducativos y terapéuticos que realizan los equipos de salud mental, son parte del tratamiento que además permiten aumentar la frecuencia de intervenciones de la persona y en consecuencia mantener un seguimiento continuo de la evolución del proceso de intervención de cada persona.
- Si bien desde APS no se ejecuta el Programa de Reparación de Víctimas del Estallido Social, perteneciente a la Subsecretaría de Derechos Humanos, se continuará reforzando el acompañamiento desde los equipos de Salud si se detectaran nuevos casos.

## COORDINACIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Para el año 2025, el programa de salud sexual y reproductiva se centrará en fortalecer un enfoque integral y multidisciplinario, orientado a cubrir las necesidades de salud sexual y reproductiva a lo largo del curso de vida de las personas, con un énfasis especial en la

accesibilidad, calidad, y equidad de los servicios. Este abordaje incluye una mirada desde la interseccionalidad, perspectiva de género, interculturalidad y derechos sexuales y reproductivos.

Se continuará trabajando de manera proactiva en fomentar el acceso de adolescentes, jóvenes, personas mayores y diversidades sexuales a servicios de salud de calidad, promoviendo la regulación de la fertilidad en adolescentes de 15 a 19 años y aumentando el uso de métodos anticonceptivos de larga duración (LARC). Asimismo, se incrementarán los esfuerzos para mejorar la educación prenatal, esperando que al menos el 80% de las gestantes ingresen a las sesiones de educación grupal, lo que permitirá un mejor acompañamiento durante su proceso gestacional.

Otro pilar fundamental continúa siendo la prevención de enfermedades de transmisión materno infantil como la sífilis, el VIH y la enfermedad de Chagas, mediante el fortalecimiento de los tamizajes y controles específicos. Además, se continuará promoviendo la realización de ecografías obstétricas en cada trimestre del embarazo, asegurando que el 100% de las gestantes bajo control reciban estos exámenes de manera oportuna.

En cuanto a las mujeres adultas, una deuda comunal es garantizar el acceso a control de climaterio y terapia de sustitución hormonal en la menopausia, por lo que este 2025 se priorizará el control del climaterio como prestación específica, buscando aumentar la cobertura de este programa, así como mejorar la calidad de vida de las mujeres a través de la aplicación de la escala Menopause Rating Scale (MRS) asegurando que todos los Centros de Salud corporativos entreguen la prestación integral y dispongan de medicamentos adecuados para la indicación a las usuarias cuando los necesiten.

Respecto a la salud del piso pélvico, especialmente en la prevención de la incontinencia urinaria y el prolapso genital, es clave para mejorar la calidad de vida de las mujeres. El tratamiento precoz en la APS permite abordar estas condiciones de manera efectiva, evitando que progresen y requieran intervenciones más costosas y complejas. Al tratar estos problemas tempranamente mediante atenciones especializadas, se reduce el impacto en el sistema de salud, previniendo complicaciones graves y optimizando los recursos disponibles.

Finalmente, un norte fundamental del programa es lograr los objetivos ministeriales como la meta sanitaria de mujeres y personas trans masculinos de 25 a 64 años con tamizaje de Papanicolau vigente, cobertura de mujeres de 50 a 69 años con mamografía vigente, que sin duda son compromisos que ponen a prueba los esfuerzos de los equipos de salud por lograr estas coberturas, pero que tienen un invaluable impacto en la salud pública de nuestra comunidad.

## DESAFÍOS 2025

Del abanico de temas del programa, se pondrá énfasis este año 2025 en los siguientes puntos:

### **1. Mejorar la cobertura de mujeres y personas trans masculinos de 25 a 64 años con tamizaje de Papanicolau vigente**

En 2024, la comuna de Puente Alto y el SSMSO experimentaron una disminución en la cobertura del PAP vigente. Aunque se implementaron horarios extendidos para facilitar el acceso a mujeres que estudian o trabajan, la estrategia no ha sido suficiente. En 2024, el convenio PRAPS ha permitido agregar horas de matrona y apoyo administrativo, pero sigue siendo insuficiente en comparación con 2023, cuando centros clave como Alejandro del Río y Padre Manuel Villaseca contaban con 44 horas adicionales de profesional matrona otorgados por el SSMSO.

Para este 2025, el escenario se ve particularmente complejo, ya que más de 23.000 PAP van a perder vigencia, por lo que, para cumplir la cobertura establecida, será necesario volver a tomar esas muestras y además captar al 30% de la brecha de pacientes sin tamizaje vigente. Para lograr este objetivo, es crucial poder reforzar el recurso humano, potenciar las estrategias territoriales como la realización de exámenes en las clínicas móviles comunales, y reforzar los horarios extendidos en los centros de salud para favorecer el acceso a las personas que trabajan o estudian.

### **2. Instaurar el programa de climaterio según las orientaciones técnicas del MINSAL vigentes**

La incorporación de un programa especializado en atención del climaterio y terapia hormonal en todos los Centros de Salud de Puente Alto es fundamental para abordar de manera integral las necesidades de salud de las mujeres en esta etapa. A pesar de que la atención a mujeres en climaterio se ha realizado en los Centros de Salud desde hace muchos años, sólo en el CESFAM Padre Manuel Villaseca se complementa esta atención con la indicación y entrega de terapia de reemplazo hormonal (TRH) a aquellas usuarias cuya calidad de vida se ve afectada por la sintomatología de la menopausia. Estos medicamentos son provistos por el SSMSO, por lo que, para extender este beneficio a las usuarias de los demás Centros de Salud de la comuna, es imprescindible contar con su apoyo. Esto permitirá mejorar la calidad de vida de un mayor número de mujeres al proporcionar una intervención oportuna que incluya la TRH, particularmente en casos de síntomas vasomotores severos y prevención de complicaciones asociadas, tales como la osteoporosis y las enfermedades cardiovasculares.

### 3. Potenciar las prestaciones de piso pélvico en Centro de Especialidades Primarias San Lázaro

Las disfunciones del piso pélvico, como la incontinencia urinaria, el prolapso genital y las disfunciones sexuales, son comunes en mujeres de distintas edades, especialmente en el postparto y durante el climaterio. Estas afecciones no solo tienen un impacto físico, sino también psicológico y social. Aumentar las horas de atención especializada permitirá la detección precoz, el tratamiento oportuno y la implementación de medidas preventivas eficaces, mejorando la funcionalidad y bienestar de las mujeres. Además, se alineará con los estándares de salud pública que promueven una atención integral y equitativa, proporcionando una intervención específica que ha demostrado ser clave en la reducción de complicaciones futuras y en la mejora de la calidad de vida.

Se espera poder aumentar la cobertura de esta prestación entregada en el CEP San Lázaro, a usuarias derivadas desde los Centros de Salud, aspirando a poder además adquirir apoyo para costear tratamientos individuales como pesarios o terapia de neuromodulación como alternativas en casos leves y moderados que no requieren manejo quirúrgico pero sí mejora en la calidad de vida.

### 4. Implementar la estrategia de realización del cultivo de estreptococo grupo B

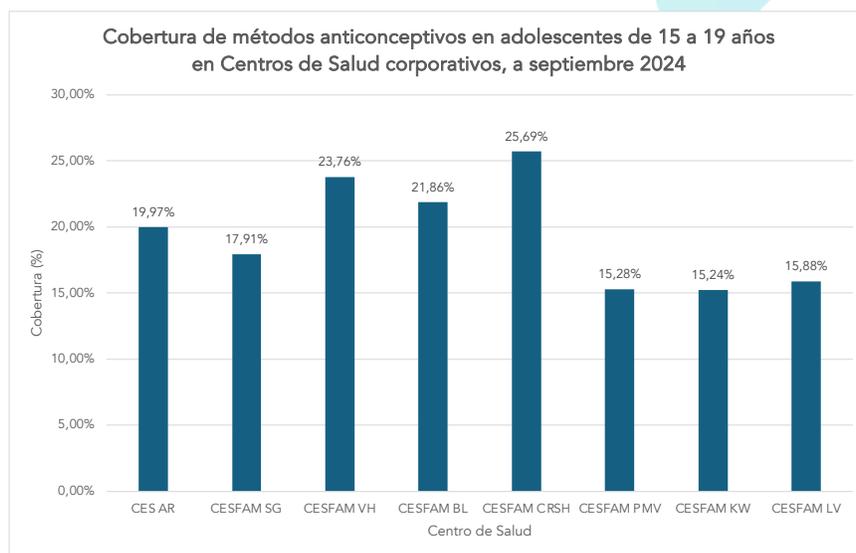
Es fundamental realizar el examen de estreptococo del grupo B (EGB) en todas las embarazadas de la comuna, ya que esta bacteria, presente de manera asintomática en muchas mujeres, puede transmitir graves infecciones al recién nacido durante el parto, como la sepsis neonatal, la meningitis y la neumonía. La detección oportuna de la colonización por EGB mediante la toma de cultivo vaginal entre las semanas 35 y 37 de gestación permite la implementación de medidas preventivas, como la administración de antibióticos intraparto, reduciendo significativamente el riesgo de transmisión y las complicaciones neonatales asociadas. Incorporar y garantizar la cobertura universal de este examen es una estrategia costo-efectiva que contribuye directamente a la disminución de la morbilidad neonatal y a la mejora en los indicadores de salud materno-infantil en la comuna.

### 5. Potenciar la cobertura de adolescentes de 15 a 19 usuarios de métodos anticonceptivos

El IAAPS N° 14 corresponde a la población adolescente de 15 a 19 años ingresada al programa de regulación de fecundidad. Es un indicador clave que permite monitorear la cobertura y el acceso efectivo a los anticonceptivos en adolescentes, permitiendo identificar y garantizar que los servicios de salud sexual y reproductiva lleguen a esta población, ayudando a prevenir embarazos no planificados y mejorando los indicadores de salud materna e infantil. Fomentar el uso de métodos anticonceptivos (MAC) en los

adolescentes no solo reduce las tasas de embarazo adolescente, sino que también promueve una planificación familiar adecuada y contribuye a la equidad en la salud.

En 2023, Puente Alto alcanzó un 17,63% en el uso de anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años, con una meta nacional de 25% para 2024.



Pese a que en todos los Centros se ha realizado de manera constante un importante esfuerzo por captar a la población adolescente no sólo para ingreso a MAC, sino que otras coberturas como control de joven sano, siempre es importante potenciar los esfuerzos de educación y promoción sobre el uso de MAC en los CES/CESFAM, especialmente en aquellos con menor cobertura.

Mantener las estrategias para facilitar el acceso a MAC, como horarios extendidos o consultas especiales para adolescentes también es un aspecto muy valorado por los jóvenes, así como el optar a esta prestación en un contexto más protegido como los Espacios Amigables.

Continuar fomentando el uso de doble método, con la entrega de preservativos, si bien no es parte del indicador como tal, es parte fundamental de la promoción de una sexualidad responsable y con enfoque en el autocuidado ante infecciones de transmisión sexual.

El programa de salud sexual y reproductiva para el año 2025 continuará enfocándose en garantizar una atención integral abarcando aspectos clave como la regulación de la fertilidad, el control prenatal, de la díada, control ginecológico, consulta de infecciones de transmisión sexual y VIH, control del climaterio, prevención y manejo de disfunciones del piso pélvico y detección temprana de cánceres ginecológicos. Además, se prioriza la cobertura de mamografías como medida esencial de tamizaje para la detección temprana del cáncer de mama, contribuyendo directamente a mejorar los indicadores de salud

pública. Aunque no todas las actividades específicas se mencionen detalladamente en el plan, esto no reduce su relevancia dentro de la estrategia general de atención. Cada componente seguirá siendo abordado conforme a los lineamientos clínicos, con el objetivo de garantizar una atención continua, equitativa y oportuna, con énfasis en la prevención y en mejorar los resultados de salud de la población a cargo.

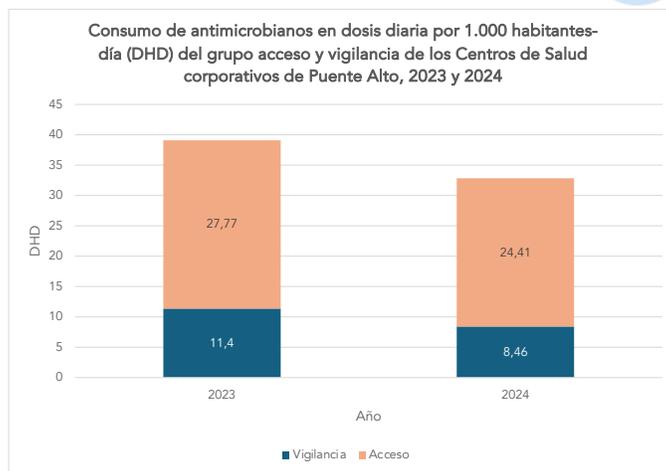
## COORDINACIÓN DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS PROFESIONALES

Como líderes nacionales en la integración de químicos/as farmacéuticos/as al equipo de Salud y a la atención clínica de los usuarios/as, Puente Alto continúa en el camino de la implementación y consolidación de los servicios farmacéuticos. La atención de Salud humanizada y centrada en la persona ha sido un pilar fundamental en el desarrollo de los servicios. Esta integración ha permitido mejorar la seguridad y eficacia en el uso de medicamentos, optimizando los tratamientos y brindando educación a los/as usuarios/as para que puedan participar de manera más activa en su proceso de Salud.

### AVANCES 2024

Durante el año 2024, se alcanzaron importantes logros en los servicios farmacéuticos profesionales, consolidando la figura del/de la químico/a farmacéutico/a en la atención integral y trabajando de manera coordinada con el equipo médico y otros programas de Salud. Entre los principales avances se destacan:

- Atención en duplas médico/a-químico/a farmacéutico/a en ingresos y controles ECICEP: se logró consolidar el trabajo en duplas, proporcionando una mejor comprensión de los tratamientos prescritos y aumentando la adherencia terapéutica en pacientes crónicos y de alto riesgo.
- Actividades comunitarias: se realizaron actividades educativas y promocionales, que impactaron positivamente en la comunidad, llegando a una mayor cantidad de usuarios/as.
- Conformación del Programa de Uso Racional de Antimicrobianos (PROA) a nivel comunal: este programa fue implementado en todos los Centros de Salud corporativos de la comuna, sensibilizando tanto al equipo de Salud como a la comunidad sobre el uso de antimicrobianos. La corrida familiar contra la resistencia antimicrobiana, en su 1ª versión, fue un éxito y obtuvo reconocimiento y financiamiento del SSMSO. Así también, la implementación de los PROA mostró repercusión sobre la prescripción de antimicrobianos a nivel comunal, demostrando una baja en el consumo de estos comparando el año 2023 con el 2024.



- Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) optimizado: se incorporaron nuevos medicamentos como bisoprolol y empagliflozina al arsenal terapéutico de la comuna, en busca de mejoras en los tratamientos para nuestros pacientes.
- Aumento de horas de atención farmacéutica: se aseguraron al menos 11 horas semanales de atención farmacéutica en todos los Centros de Salud corporativos de la comuna, permitiendo mayor acceso a estos servicios. En cuanto al número de atenciones farmacéuticas brindadas a septiembre de 2024, se realizaron 3.127, reflejando un incremento notable comparado con los 1.940 servicios del 2022. Estas atenciones incluyen conciliación farmacéutica, educación, revisión de medicación y seguimiento farmacoterapéutico.

## DESAFÍOS 2025

- **Consolidar la participación del/de la farmacéutico/a tanto en ingresos como controles integrales en ECICEP:** continuar trabajando en conjunto con los equipos de salud para mejorar la atención integral y optimizar los tratamientos farmacológicos, con especial énfasis en pacientes crónicos y aquellos en situación de vulnerabilidad.
- **Diversificar los servicios farmacéuticos hacia etapas más tempranas de la vida:** incluir al/a la químico/a farmacéutico/a en controles prenatales y pediátricos, para educar a madres y púerperas sobre el uso racional de medicamentos, y proporcionar atención a niños/as y adolescentes que reciban tratamientos farmacológicos con énfasis en usuarios TEA, salud mental y adolescentes que cursen con patologías crónicas.
- **Fortalecer el PROA comunal y local:** continuar mejorando los diagnósticos en relación con las prescripciones de antimicrobianos y asegurar la adherencia a protocolos, promoviendo la sensibilización comunitaria sobre el uso racional de antimicrobianos. Continuar con la medicación de indicadores avocados al programa.
- **Incrementar las horas de atención clínica y el seguimiento farmacoterapéutico:** aumentar el tiempo disponible para las consultas farmacéuticas y el seguimiento de pacientes crónicos, diversificando los servicios en adultos/as mayores y avanzando en

la implementación de servicios más complejos como el seguimiento farmacoterapéutico.

## COORDINACIÓN DE SALUD ORAL

La salud bucal es una prioridad en el país, siendo reconocida como parte integral del bienestar de las personas, familias y comunidades. Las enfermedades bucales son las enfermedades crónicas más frecuentes, comparten factores de riesgo con otras enfermedades crónicas no transmisibles y constituyen un problema de salud pública debido a su alta prevalencia, su impacto negativo en la población y el alto costo de su tratamiento. Su distribución refleja importantes inequidades, siendo las personas de menor nivel socioeconómico y educación las más desfavorecidas. Según estudios nacionales disponibles se observan inequidades en la prevalencia y severidad del daño por caries en la población infantil, afectando a las poblaciones más vulnerables, las diferencias aumentan con la edad y el nivel socioeconómico.

La enfermedad de caries se presenta desde los primeros años de vida y su prevalencia aumenta con la edad. Según datos de prevalencia de los Centros de Salud corporativos de Puente Alto de enfermedad de caries según registros CEO/COP en pacientes evaluados durante el año 2023, a los 2 años en la comuna es mayor a las estadísticas nacionales con un 23%, no obstante, a los 6 años la prevalencia es menor con un 58%, aumentando con la edad hasta un 98% en las personas mayores al igual que las estadísticas nacionales.

Entendiendo que las consecuencias de la enfermedad de caries son acumulativas, al tener una población infantil con gran carga de enfermedad, se espera una población adolescente muy enferma y consecutivamente una población adulta que deberá enfrentar las secuelas de la enfermedad, siendo la principal de éstas la pérdida de dientes, afectando de manera significativa la función y calidad de vida de las personas.

Hasta hace algunos años se enfrentaban las lesiones de caries con un enfoque mayoritariamente restaurador, sin embargo, se demostró que este enfoque, en base a "altas" como ocurre con las enfermedades infectocontagiosas, no lograba controlar la enfermedad, muy por el contrario, las restauraciones, muchas veces debido a sobret ratamiento, provocaban daño y costos innecesarios. Dado lo anterior, fue necesario cambiar el enfoque restaurador por un enfoque centrado en mantener la Salud.

Las patologías orales son consideradas enfermedades crónicas no transmisibles, multicausales, con una gran asociación a determinantes sociales de la Salud, por lo cual su tratamiento se realiza en base a controles, cuya frecuencia está determinada por el riesgo que presenta cada usuario, con el objetivo de modificar factores de riesgo e instaurar medidas de prevención y promoción de la Salud.

El programa CERO constituye una de las principales herramientas para alcanzar los objetivos sanitarios al 2030, específicamente con el objetivo de impacto “mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en Salud”, el cual se plantea como resultados esperados, fomentar los hábitos promotores de la salud bucal asociados a la reducción del consumo de tabaco, alcohol y azúcar, además de promover el manejo adecuado de higiene y cuidado bucal en la población. Este programa consiste en el seguimiento realizado a través de controles de salud oral a niños y niñas a partir de los 6 meses hasta 19 años, con o sin patologías orales, para mantenerlos/as sanos/as y compensar en forma temprana a los/as que están enfermos/as, estableciendo una población bajo control a quienes se les aplicará una pauta de evaluación de riesgo, denominada pauta CERO.

En este contexto, se enmarca la Meta Sanitaria III.A: Control con enfoque de riesgo odontológico en población de 0 a 9 años. A septiembre del año 2024 todos los Centros de Salud corporativos aún no llegan a su meta, excepto el CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez (41%).

En la realidad nacional, los estudios epidemiológicos muestran que la proporción de niños y niñas libres de caries disminuye dramáticamente entre los 2 y 6 años de edad, siendo mayor esta disminución en la población con menor nivel socioeconómico (NSE). Esta diferencia entre NSE alto y bajo aumenta con la edad, alcanzando su máximo valor a los 12 años.

Es Puente Alto según los REM 2023, la población libre de caries se comporta de manera similar a las estadísticas de la población de NSE bajo, pero con un mayor porcentaje de población libre de caries desde los 4 años en adelante. Se encuentra un 77% de población libre de caries a los 2 años, levemente menor que las estadísticas nacionales, no obstante, a los 4 y 6 años presenta un 49% y 42% respectivamente, superior a la estadística nacional en este NSE, y un 43% de población libre de caries en adolescentes.

La prevención en los primeros años de vida es crucial para evitar problemas de salud a largo plazo que pueden llevar a problemas significativos, incluyendo dolor, infecciones, dificultades para comer, hablar y problemas de autoestima. Estas complicaciones en la infancia no solo afectan la salud física, sino también el rendimiento escolar y el bienestar emocional de los/as niños/as.

Para incentivar el ingreso de usuarios a la población en control Odontológico y favorecer los resultados sanitarios que se pueden obtener gracias a los controles periódicos según riesgo, se priorizan los/as menores de 3 años dentro del grupo en control, con el fin de establecer una base de población sana desde el inicio del ciclo vital. En relación al IAAPS N° 17 de proporción de niños y niñas menores de 3 años libres de caries en población inscrita: el CESFAM CRSH muestra un desempeño destacado dentro de la comuna, logrando superar la meta anual en el mes de septiembre.

Para la Meta Sanitaria III.B de porcentaje de niños y niñas de 6 años libres de caries, a septiembre de 2024, los CESFAM PMV y KW han logrado superar su meta. Este indicador es de gran relevancia, el Plan Nacional de Salud Bucal al 2030 tiene como uno de sus objetivos principales reducir la prevalencia de caries dental en la población infantil, mantener a la población de 6 años libre de caries es fundamental para alcanzar estos objetivos sanitarios y cumplir con la estrategia GES de 6 años, para asegurar una dentición permanente saludable. Este enfoque preventivo no solo mejora la salud bucal de los niños, sino que también tiene beneficios duraderos que se extienden a lo largo de toda su vida.

En Puente Alto, una comuna con una población diversa y desafiante en determinantes sociales de la salud, mantener población libre de caries representa un logro significativo en la lucha contra las desigualdades en salud. Los determinantes sociales, como el acceso limitado a servicios de salud, educación y recursos económicos, afectan negativamente la salud bucal de los niños y niñas, por lo tanto, asegurar que tengan la oportunidad de crecer sin enfermedad de caries, es un paso crucial hacia la equidad en salud.

En cuanto al cumplimiento de los PRAPS odontológicos, al año 2024 se han alcanzado coberturas mucho mayores a los años anteriores en la mayoría de los programas, gracias al gran esfuerzo y compromiso de los equipos.

Cumplimiento a septiembre de 2024 de PRAPS odontológicos ejecutados en los Centros de Salud corporativos de Puente Alto	
Programa	Cumplimiento
Mejoramiento de acceso odontológico: actividades recuperativas	99%
Altas de alumnos de enseñanza media	88%
Altas de atención odontológica domiciliaria	79%
Fluoraciones de Sembrando Sonrisas	71%

Cumplimiento a septiembre de 2024 de PRAPS odontológicos ejecutados exclusivamente en CEP San Lázaro de Puente Alto	
Programa	Cumplimiento
GES 60 años	87%
Resolución endodoncia	74%
Resolución de prótesis	77%
Resolución de periodoncia	96%
Odontológico integral: hombres	100%
Más sonrisas para Chile	80%

### Relevancia de las actividades de promoción en Salud oral y atención odontológica comunitaria

En la comuna de Puente Alto, una de las más grandes y pobladas de Chile, la promoción de la salud oral y la atención odontológica comunitaria son cruciales para mejorar la calidad de vida de sus habitantes, especialmente de los grupos más vulnerables. Implementar estas

estrategias en terreno permitirá una detección temprana de enfermedades orales, reduce las barreras de acceso y promueve la equidad en salud. Es evidente que fortalecer estas actividades puede tener un impacto significativo y positivo en la salud bucal y general de la comunidad de Puente Alto, contribuyendo al bienestar emocional y social, mejorando la autoestima y la calidad de vida de los/as usuarios/as. Al implementar programas de promoción y atención en terreno se fortalece la red de Salud comunitaria, empoderando a la comunidad para tomar decisiones informadas sobre su Salud bucal y general.

Se invita a los equipos odontológicos a fortalecer espacios de trabajo con la comunidad, estableciendo alianzas con el intersector en las comisiones mixtas, trabajo con establecimientos educacionales, jardines infantiles y CDU, además de insertarse en el trabajo interdisciplinario con los demás equipos del CES/CESFAM, relevando la importancia de la Salud oral. En los Centros de Salud PMV y KW se está realizando un gran trabajo en el contexto del programa CERO en las salas de estimulación sensorial con niños y niñas que presentan neurodivergencias; KW también se encuentra realizando un importante trabajo con el ELEAM integrando la ECICEP, esperamos para un siguiente informe contar con datos de cobertura de estas y otras estrategias y así motivar a los demás equipos a incorporar estas iniciativas.

## DESAFÍOS 2025

- Lograr la implementación de un mejorado sistema para toma de radiografías odontológicas intraorales y panorámicas en la comuna, considerando la renovación completa de los equipos de toma de rayos X.
- Potenciar en los Centros el trabajo preventivo con la población infantil que presenta necesidades especiales en salud, con principal interés en los/as niños/as con trastorno del espectro autista (TEA) derivados desde las salas de psicomotricidad infantil, con el fin de mantener a esta población bajo control y libre de enfermedad de caries, implementando en los Centros el programa CERO en las salas de estimulación para niños y niñas neurodivergentes.
- Fomentar la implementación de operativos de atención, control, educación y prevención en Salud oral en la comunidad en aquellos Centros que aún no se han sumado a la ejecución de esta actividad y fortalecer la estrategia en los Centros que ya han desarrollado esta modalidad de atención comunitaria.
- Continuar fortaleciendo la coordinación con el nivel secundario (CDT y CRS), mediante reuniones clínicas, consultorías y capacitaciones, potenciando el recurso humano y mejorando los índices de pertinencia de las derivaciones, además del apoyo en la reducción de las listas de espera de las especialidades de endodoncia, periodoncia y rehabilitación a nivel de servicio.

## COORDINACIÓN DE PROMOCIÓN DE SALUD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

El desarrollo de los lineamientos de esta coordinación se encuentra en los capítulos de Promoción y Participación Social, de Pueblos Originarios y de Población Migrante.

## COORDINACIÓN DE GES Y REDES ASISTENCIALES

Los datos en relación a GES y referencia – contrarreferencia se encuentran en el capítulo de Diagnóstico Comunal de Salud Integrado.

### DESAFÍOS 2025

- Fortalecer el uso de las herramientas digitales disponibles entre los profesionales de salud de los Centros de Salud corporativos de la comuna, proporcionadas por el equipo de salud digital del SSMSO. Estas herramientas, que incluyen telemedicina, canal único de derivación (CUD) y Hospital Digital, buscan mejorar la gestión de derivaciones a especialidades en los niveles secundarios de atención, optimizando los procesos de referencias y contrarreferencias en la red asistencial, y aumentando así la capacidad resolutiva en los Centros de APS de Puente Alto.
- Aumentar el uso de la plataforma del sistema de referencia y contrarreferencia implementada por el SSMSO, con el fin de proporcionar de manera oportuna a los equipos de salud y a los/as usuarios/as información sobre el estado de las interconsultas cursadas, la categorización de prioridades y las respuestas de especialidades en las derivaciones realizadas desde los Centros de APS de Puente Alto.
- Potenciar la ejecución del plan de trabajo relacionado con listas de espera de los convenios PRAPS de resolutividad e imágenes diagnósticas. Esto implica incorporar personal administrativo exclusivo para gestionar este proceso, siempre que los recursos proporcionados por el SSMSO lo permitan.
- Establecer la figura del/de la matron/a contralor/a en todos los Centros de Salud corporativos, en colaboración con la coordinación de salud sexual y reproductiva, con el objetivo de reducir las derivaciones no pertinentes y mejorar la resolutividad ginecológica en la APS.

## COORDINACIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA Y CUIDADOS DEL PACIENTE

### AVANCES 2024

#### Epidemiología

- Se lograron mantener actividades de atenciones clínicas y de gestión logrando reforzar flujos y procesos de atención de patologías de carácter epidemiológico.
- Se mantuvo el testeo por SARS-CoV-2 con la estrategia de antígeno en casos de sospecha que consultaron en atención de urgencia. Se implementó la estrategia de

- antígeno en 3 pasos para usuarios que se acercaron a los CESFAM Vista Hermosa y Laurita Vicuña para retirar sus test.
- Se incorporó en todas las unidades de urgencias de los Centros de Salud el testeo de *Streptococcus* grupo A según grupos objetivos.
  - Se mantuvieron las reuniones técnicas con los equipos locales y comunales, con inclusión de trabajos de protocolos y documentos estandarizados publicados a nivel comunal, difundidos hacia los equipos clínicos.
  - Se logró actualizar la difusión de infografía comunal estandarizada de patologías de carácter epidemiológico y de notificación obligatoria orientada a funcionarios/as y usuarios/as para realizar capacitaciones o charlas educativas.
  - Se estandarizaron los procesos de ciertas patologías y plataformas en conjunto con el SSMSO y el MINSAL otorgando orientaciones específicas a los equipos de salud en el proceso de atención epidemiológica.

### Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI)

- Se estandarizan los procesos de funcionamiento en el manual PNI comunal corporativo basado en su totalidad en normativas regulatorias actualizadas difundido y se ha capacitado a funcionarios/as de los vacunatorios locales.
- Se logra asignar a través de compra por licitaciones insumos críticos para el correcto proceso de marcha blanca de la nueva normativa de cadena de frío e implementar en todos los CES/CESFAM de la comuna esta nueva normativa previo a la fecha oficial obligatoria.
- Se gestionó y habilitó una capacitación de actualización del PNI con cupos para cada Centro de Salud.
- Se logra mantener la habilitación de nuevas salas en 2 Centros de Salud, y habilitar en uno de los CESFAM un nuevo lugar más espaciado y de mejor flujo para usuarios/as acorde a la actual demanda, aumentando la capacidad y optimizando la atención.
- Se logran unificar los procesos de funcionamiento y roles del PNI de las urgencias a nivel comunal.
- Se incorpora la inmunización con Nirsevimab según grupos objetivos en todos los Centros de Salud.

### Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis (PROCET)

- Se programan y mantienen reuniones técnicas de trabajo con los equipos locales y comunales.
- Se realizan planes de mejoras locales de trabajo evaluando las metodologías de pesquisa y búsquedas activas según la realidad local con verificadores y evaluaciones.
- Se realizan operativos locales y estratégicos de búsquedas activas como pesquisa precoz de casos de tuberculosis en la población de riesgo.
- Como programa se participó en jornadas técnicas educativas comunales locales para difundir en los equipos profesionales los flujos y contenidos del PROCET.

## Programa de Dependencia Severa

- Se realizaron visitas de acompañamiento a los equipos, resolviendo dudas y asegurándose que estén cumpliendo según normas técnicas.
- Se da inicio al trabajo del protocolo local del programa a nivel comunal.
- Se gestiona la entrega de teléfono móvil exclusivo y fijo para los equipos de dependencia severa, asegurándonos que el número no se estará cambiando en un plazo próximo para, con esto, asegurar la continuidad en la comunicación con los/as usuarios/as y sus cuidadores/as.

## Cuidados Paliativos No Oncológicos

- Durante el 2024 se sigue ampliando e implementando el programa tanto dentro de los Centros de Salud corporativos, como en el equipo integral, quienes abarcan una cantidad de población importante con mayor cantidad de requerimientos.
- Este año se siguieron gestionando y concretando capacitaciones entre CES/CESFAM y el programa, en coordinación con dependencia severa.
- Se realizan gestiones activas de derivaciones con el resto de la red según requerimientos.

## DESAFÍOS 2025

### Epidemiología

- Potenciar conocimientos en las patologías de carácter epidemiológico con énfasis en la difusión, realizando capacitaciones en los/as profesionales de Salud y usuarios/as según corresponda.
- Potenciar y consolidar lineamientos técnicos corporativos de patologías de notificación obligatoria.
- Mantener la comunicación activa y coordinada entre los Centros de Salud, niveles secundarios, terciarios y la unidad técnica en el ámbito epidemiológico.
- Crear y disponer de material gráfico comunicacional de patologías epidemiológicas dirigido a usuarios/as y funcionarios/as para educaciones de equipos locales.
- Potenciar la vigilancia epidemiológica local activa en el rol del/de la encargado/a de epidemiología local y comunal.
- Gestionar capacitaciones y cursos con niveles centrales dirigidos hacia los equipos locales de APS.
- Estandarizar flujos de patologías en conjunto con el SSMSO y el MINSAL, a fin de dar orientaciones específicas en los procesos de atención epidemiológica en APS.
- Mantener reuniones técnicas comunales en coordinación con los/as encargados/as de epidemiología locales de los Centros de Salud corporativos.

### Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI)

- Gestionar capacitaciones y cursos con niveles de gestión central para los equipos locales de APS.
- Mantener a los equipos PNI locales actualizados continuamente en conceptos relacionados con los procesos de inmunización y cadena de frío.
- Potenciar la coordinación y atención comunitaria del PNI local con dirigentes sociales según requerimientos de cada territorio.
- Potenciar, incentivar y promover la inmunización de los usuarios, por medio de estrategias de educación en todos los Centros de salud considerando campañas de prevención de Influenza, COVID-19 o según contingencia o directrices ministeriales.
- Mantener la comunicación activa y coordinación entre Centros de Salud comunales y redes dentro del PNI.
- Gestionar y verificar el plan de mantenciones comunales de equipamiento clínico según normativa vigente de cadena de frío por licitación corporativa.
- Mantener reuniones técnicas comunales en coordinación con los/as encargados/as de epidemiología locales de los Centros de Salud.

### Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis (PRO CET)

- Mantener a los equipos PROCET locales actualizados continuamente en conceptos relacionados con los flujos y procesos de atenciones.
- Fomentar la educación y promoción continua de tuberculosis en la población por los equipos locales.
- Potenciar la comunicación efectiva entre el SSMSO, los equipos locales y los equipos de las redes intercomunales de Centros de Salud frente a gestiones de casos.
- Potenciar y fortalecer a los equipos técnicos de tuberculosis locales en estrategias de pesquisa enfocados en los casos presuntivos de tuberculosis.
- Fortalecer el trabajo local con químicos/as farmacéuticos/as en el PROCET.
- Mantener reuniones técnicas comunales en coordinación con los/as encargados/as de epidemiología locales de los Centros de Salud.

### Programa de Dependencia Severa

- Mantener capacitaciones relacionadas a las prestaciones realizadas por el programa, para todo el equipo que conforma la unidad de trabajo.
- Equiparar y acotar la brecha que existe entre los mismos programas de dependencia en los distintos Centros de Salud, igualando la calidad y condiciones de trabajo para el correcto funcionamiento de los equipos.
- Realizar levantamientos de necesidades materiales que requieren los equipos para desempeñarse y resguardarse de mejor manera en las salidas a terreno.

## Cuidados Paliativos No Oncológicos

- Mantener un nexo con el resto de la red de Salud con el objetivo de seguir contando con un buen flujo y comunicación al momento de necesitar realizar derivaciones.
- Mantener capacitaciones relacionadas a las prestaciones realizadas por el programa y asegurarse de que cada integrante que conforma el equipo cuente con las capacitaciones exigidas por el SSMSO.
- Fortalecer el programa solicitando y contando con mayor recurso humano dentro de los equipos en los Centros de Salud.

## COORDINACIÓN DE APOYO CLÍNICO Y DE PROCEDIMIENTOS

### AVANCES 2024

#### Esterilización

- Por 2ª vez se da inicio al proceso de licitar la externalización del servicio de esterilización para 6 de los Centros de Salud de manera permanente, y de los otros 3 Centros (incluyendo al CEP San Lázaro) ante contingencias, como cortes de suministros o daños en el equipo de autoclave. Todo este proceso fue exitoso y se tuvo oportunidad de contar con oferente, por lo que se inicia el servicio de la licitación contando con que éste pueda esterilizar en la central una parte del material total de los Centros, y la otra parte seguirá siendo procesada por las unidades de esterilización de cada uno.
- Además, se inició el proceso de licitación de insumos de esterilización para todas las unidades de los Centros de Salud.
- Por otra parte, se realizaron visitas de supervisión a las unidades con el fin de evaluar el proceso que llevan a cabo los equipos, cumpliendo con protocolos y normas técnicas. Estas visitas cumplieron también con hacer un levantamiento de requerimientos según realidad local y despejar dudas técnicas.
- Se concreta la autorización sanitaria de la unidad de esterilización del CESFAM PMV y se finaliza el proceso de habilitación de autoclave y autorización sanitaria de la unidad de esterilización del CESFAM BL.

#### Comité de Dispositivos Médicos (CODIMED)

- Se evaluó integrar insumos para manejo avanzado de heridas (MAH) en una reunión bajo la propuesta de la coordinadora comunal, pero no se pudo ejecutar ya que el presupuesto era muy alto.

#### Manejo Avanzado de Heridas (MAH) – Pie Diabético

- Durante el 2024 se lograron estandarizar procesos dentro de los 8 Centros de Salud corporativos y sus equipos respectivos, logrando implementar un nuevo protocolo de

curaciones complejas según los nuevos lineamientos y últimos cambios realizados por el MINSAL.

- Se actualizó el protocolo de la ficha clínica electrónica donde se consultó con las encargadas locales de MAH de los 8 Centros de Salud para su consolidación. Esto facilita las atenciones día a día por lo que las prestaciones son eficientes y concretas.
- En conjunto con encargados/as respectivos/as, se lograron realizar capacitaciones por medio de empresas externas de MAH sobre actualizaciones en los procesos de curaciones, uso de apósitos activos - pasivos y tipos de lesiones.
- Se mantienen los nexos con CRS, para la derivación, referencia y contrarreferencia de usuarios/as que requerían curaciones complejas de alta data y así otorgar continuidad de los cuidados.
- Se actualizaron protocolos en la ficha clínica electrónica a nivel comunal, para así poder entregar la atención adecuada y contar con datos actualizados para una posterior recolección y evaluación de atenciones, así como la integración de clasificación de los/as usuarios/as según su grado de dependencia.
- En conjunto con la Unidad de compras, se lograron adquirir insumos de calidad para las prestaciones que lo requieran, incluyendo dispositivos de descarga para curación en pie diabético, lo que es de vital importancia para su precoz mejoría.

### Cirugía Menor Ambulatoria

- Durante el año 2024 se mantuvo la continuidad en la entrega de prestaciones de cirugía menor en los meses de enero y febrero con cupos distribuidos previo a la asignación anual. A finales de febrero se realizó la asignación anual completa para cada uno de los 9 Centros de Salud, que incluye al CEP San Lázaro, que imparten estas prestaciones, así cada equipo se organizó para sus atenciones anuales. La meta anual de canastas para este año fue de 4.880. Se logra cumplir con la meta establecida por el SSMSO casi a cabalidad con fecha de corte septiembre 2024, dada la gestión de canastas por Centro y trabajo de equipos encargados de dicha prestación (4.738 a la fecha).
- Dentro de las cirugías realizadas durante el año, se disminuyeron las listas de espera, ya que se aumentó la cantidad de cupos a disposición de los Centros de Salud y se asignó un número mayor para todos.
- Se realizó una compra comunal de instrumental e insumos para las unidades a través del convenio de resolutiveidad por medio de mercado público por licitación pública, esto con el fin de renovar instrumental y contar con stock suficiente para cada atención enfocados en la rotación de material dentro de la Unidad.

### Unidad de Podología

- Durante el año 2024 se logró avanzar en gran medida con la adquisición de equipamiento básico para la Unidad de podología. Ahora se cuenta con camillas podológicas y micromotor por box de atención. Esto impacta tanto en la calidad de

trabajo de los/as funcionarios/as como en la atención de los/as usuarios/as otorgando un servicio de calidad.

### Unidad de Toma de Muestras

- Durante el año 2024 se logró implementar la supervisión de valores críticos y de alerta, esto debido a los resultados de auditoría del año 2023, donde se enviaron de manera semestral como medio verificador los valores obtenidos por Centro de Salud por fecha indicada de los exámenes correspondientes.

## DESAFÍOS 2025

### Esterilización

- Tener una gran mayoría del instrumental de cada Centro esterilizado por parte del proveedor que externaliza el proceso.
- Contar con todos los equipos de esterilización totalmente capacitados con las entregas y recepción de instrumental por parte de la empresa externa de esterilización.
- Seguir con evaluaciones y aplicación de pautas de supervisión a las unidades, ya que estas seguirán operativas.
- Mantener una comunicación activa entre Centros de Salud y unidad técnica frente a procesos, regulaciones y contingencias.
- Fomentar la capacitación del proceso de esterilización y manejo de autoclaves.

### Comité de Dispositivos Médicos (CODIMED)

- Fijar una mayor continuidad en reuniones y citaciones para abordaje de temas en relación a insumos.
- Proponer nuevos integrantes al comité que pudiesen ser de referencia para toma de decisiones y propuestas.

### Manejo Avanzado de Heridas (MAH) – Pie Diabético

- Implementar la entrega de dispositivos de descarga para usuarios con pie diabético con lesiones plantares.
- Aumentar las capacitaciones para funcionarios/as de los Centros de Salud comunales.
- Aumentar el stock de instrumental e insumos para MAH por medio de licitaciones exitosas en el periodo establecido para su requerimiento.
- Mantener un nexo con el CRS para realizar las referencias y contrarreferencias de los/as usuarios/as y así mantener continuidad de los cuidados.
- Realizar la revisión y actualización de protocolos en la ficha clínica electrónica de acuerdo a requerimientos de recolección de datos en caso de ser necesario.
- Realizar auditorías para levantar brechas sobre protocolos.

## Cirugía Menor Ambulatoria

- Realizar un instructivo de flujo de entrega de biopsias extraídas por procedimientos de cirugía menor.
- Dar continuidad a las prestaciones de cirugía menor durante los 12 meses del año en los 8 Centros de Salud y el CEP.
- Mantener el nexo con CRS para realizar pasantías de funcionarios/as de los Centros de Salud corporativos.

## Unidad de Podología

- Aumentar insumos existentes y adquirir insumos básicos para la atención de calidad de los/as usuarios/as.
- Protocolizar la Unidad de podología con apoyo del SSMSO en elementos básicos de los box.
- Mantener comunicación efectiva con encargadas de la Unidad, encargadas de apoyo clínico y podólogos/as.

## Unidad de Toma de Muestras

- Fortalecer la coordinación con el laboratorio comunal para los requerimientos necesarios.
- Mantener la supervisión de lineamientos de valores críticos y su uso en los Centros de Salud.
- Realizar nuevas auditorías enfocadas en el uso y aplicación de lineamientos establecidos.

## COORDINACIÓN DE REHABILITACIÓN FÍSICA

### AVANCES 2024

- Consolidación de la red de rehabilitación física: Las 12 salas de rehabilitación trabajaron en red, lo que permitió un aumento significativo en el número de personas ingresadas y en las sesiones de rehabilitación física.
- La mayoría de los Centros han disminuido su latencia de ingreso a rehabilitación respecto a 2023, entre un 95% a 53%, teniendo la mayoría de los Centros una latencia igual o menor a 3 meses.
- Se trabajó en mejorar la funcionalidad de las personas mayores a través de capacitaciones a líderes comunitarios para fomentar el envejecimiento activo. Las intervenciones comunitarias y la red de apoyo lograron consolidarse, impactando positivamente en la calidad de vida de la población adulta mayor.

## DESAFÍOS 2025

- En conjunto con la coordinación de salud infantojuvenil: Promoción de hábitos alimentarios saludables y la actividad física a través del programa Elige Vida Sana, con intervenciones dirigidas a familias y niños en riesgo, que incluyan talleres de alimentación balanceada, educación nutricional y promoción de estilos de vida activos.
- Ampliar la capacidad de atención en los programas Más Adultos Mayores Autovalentes por medio de difusión del programa en los Centros de Salud como en la comunidad, vinculándose con la realización de exámenes preventivos del adulto mayor.
- Trabajar en conjunto con los otros estamentos y programas del Centro de Salud para fortalecer las derivaciones internas y oportunas, se deben compartir experiencias y estrategias de trabajo entre los distintos equipos.
- Fortalecer la red de rehabilitación física local con énfasis en disminuir las listas de espera y latencia de atención mejorando la coordinación entre la red de rehabilitación de la red de APS de Puente Alto, Municipal y el SSMSO.
- Crear instancias de coordinación con áreas municipales y comunales, como la Corporación de Deportes y otros dispositivos municipales, para ofrecer más alternativas y mejorar la atención integral de los usuarios en beneficio de los/as usuarios/as del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes y de la red de rehabilitación.

## 2. MATRIZ DE CUIDADOS DE SALUD A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA CON ACTIVIDADES PRIORIZADAS PARA EL AÑO 2025

Considerando que el abordaje del nivel primario debe ser integral, y que los objetivos prioritarios no deben descuidar las labores transversales de los establecimientos de la comuna, a continuación, se presenta la **matriz de cuidados priorizada 2025** para la población inscrita, con los objetivos y actividades que se realizan de manera permanente por parte de los equipos de salud.

Las actividades priorizadas se medirán de forma **semestral** durante el año 2025.

## SALUD DE LA INFANCIA

NIVEL	OBJETIVO IMPACTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA CÁLCULO	META	RRHH
PROMOCIÓN	Disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población	Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población	Control de salud desde el recién nacido al 6° mes: evaluación de tipo de alimentación y fortalecimiento de la lactancia materna	Porcentaje de niños y niñas con lactancia materna exclusiva controlados al sexto mes.	$(N^{\circ} \text{ de niños y niñas con control de salud entre los 5 meses 16 días y los 6 meses 15 días entre enero a diciembre del año en curso que recibieron LME}/N^{\circ} \text{ de niños y niñas con control de salud entre los 5 meses 16 días y los 6 meses 15 días entre enero a diciembre del año en curso}) * 100$	60%	Enfermera/o, Nutricionista
PROMOCIÓN	Disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población	Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población	Consultas de lactancia materna de alerta y seguimiento	Porcentaje de consultas de lactancia materna de alerta y seguimiento a niños y niñas de 0 a 5 meses 29 días	$(N^{\circ} \text{ de consultas de lactancia materna de alerta y seguimiento en niños y niñas de 0 a 5 meses 29 días} / N^{\circ} \text{ de controles en niños y niñas de 0 a 5 meses 29 días}) * 100$	Mantener o disminuir en comparación con el año anterior	Enfermera/a, Nutricionista y/o Matrn/a
PROMOCIÓN	Disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población	Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población	Consulta nutricional al 5° mes de vida: - Inicio de alimentación complementaria de acuerdo a desarrollo de NN. - Fortalecimiento de lactancia materna	Porcentaje de niños y niñas con consulta nutricional al 5° mes	$(\text{Población con consulta nutricional al 5° mes} / \text{Total de población bajo control de 5 meses a 11 meses 29 días}) * 100$	90%	Nutricionista
PROMOCIÓN	Disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población	Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población	Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida: refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según guía de alimentación y/o normativas vigentes	Porcentaje de niños y niñas con consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida	$(\text{Población con consulta nutricional a los 3 años y 6 meses (42 y 47 meses)}/\text{Población en control de 3 años y 6 meses (42 y 47 meses)}) * 100$	50%	Nutricionista
PROMOCIÓN	Disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población	Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población	Control de Salud Infantil: Fomentar hábitos de vida saludable (alimentación saludable y actividad física), tempranamente para prevenir la malnutrición por exceso	Porcentaje de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal	$(N^{\circ} \text{ de niños y niñas menores de 6 años con estado nutricional normal} / N^{\circ} \text{ de niñas y niños menores de 6 años inscritos validados}) * 100$	60%	Enfermera/o, Nutricionista y/o Médico/a.
PREVENCIÓN	Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad	Asegurar la pesquisa oportuna de alteraciones del desarrollo integral en niños y niñas con pertinencia cultural	Control de salud integral a los 12 meses con aplicación de Pauta Breve	Cobertura de la evaluación del desarrollo psicomotor con pauta breve de niños y niñas de 12 a 17 meses	$(N^{\circ} \text{ de Pauta Breve aplicada en el control de salud de los 12 meses} / \text{Total de niños y niñas con controles de salud al 12° mes}) * 100$	90%	Enfermera/o

NIVEL	OBJETIVO IMPACTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA CÁLCULO	META	RRHH
PREVENCIÓN	Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad	Asegurar la pesquisa oportuna de alteraciones del desarrollo integral en niños y niñas con pertinencia cultural	Control de salud integral con aplicación de instrumento de evaluación de Desarrollo Psicomotor (EEDP) de los 12 a 23 meses de edad	Cobertura de la evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de niños y niñas 12 a 23 meses (Primera evaluación) en el control de salud infantil	(N° de niños y niñas de 12-23 meses con EEDP realizado en el control de salud (Primera evaluación)/ Población bajo control de 12-23 meses de edad) * 100	90%	Enfermera/o
PREVENCIÓN	Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud integral infantil	Control de salud integral a niños y niñas de 0 a 9 años que pertenecen al Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios)	Cobertura efectiva de niños y niñas de 0 a 9 años bajo control	(Total de niños y niñas de 0 a 9 años en control que pertenecen al Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez"/ Población bajo control de niños y niñas de 0 a 9 años que pertenecen al Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez") * 100	95%	Químico/a Farmacéutico/a
PREVENCIÓN	Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad	Prevenir enfermedades prevalentes en niños y niñas menores de 10 años, a través de su detección precoz	Radiografía de pelvis a niños y niñas a los 3 meses de edad realizada (sin screening previo)	Porcentaje de niños y niñas de 3 meses de edad con radiografías de cadera realizadas	(N° de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas / Población de 0 años inscrita validada por Fonasa) * 100	100%	Médico/a
PREVENCIÓN	Mejorar el estado de Salud Bucal de la población	Fortalecer la cobertura de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	CERO de 0 a 2 años	Porcentaje de niñas/os de 0 a 2 años en control con enfoque de riesgo y pauta CERO aplicada	(N° de niños y niñas de 0 a 2 años con evaluación de riesgo odontológico anual (Aplicación de Pauta CERO) / Total de niños y niñas menores de 2 años inscritos y validados en los establecimientos) * 100	80%	Odontólogo/a y TONS
PREVENCIÓN	Mejorar el estado de Salud Bucal de la población	Fortalecer la cobertura de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	CERO 3 a 6 años	Porcentaje de niñas/os de 3 a 6 años en control con enfoque de riesgo y pauta CERO aplicada	(N° de niños y niñas de 3 a 6 años con evaluación de riesgo odontológico anual (Aplicación de Pauta CERO) / Total de niños y niñas menores de 3 a 6 años inscritos y validados en los establecimientos) * 100	65%	Odontólogo/a y TONS
PREVENCIÓN	Mejorar el estado de Salud Bucal de la población	Fortalecer la cobertura de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	CERO 7 a 9 años	Porcentaje de niñas/os de 7 a 9 años en control con enfoque de riesgo y pauta CERO aplicada	(N° de niños y niñas de 7 a 9 años con evaluación de riesgo odontológico anual (Aplicación de Pauta CERO) / Total de niños y niñas menores de 7 a 9 años inscritos y validados en los establecimientos) * 100	55%	Odontólogo/a y TONS

NIVEL	OBJETIVO IMPACTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA CÁLCULO	META	RRHH
PREVENCIÓN	Disminuir la morbimortalidad por infecciones respiratorias agudas en la población nacional	Reducir el riesgo de presentar infecciones respiratorias agudas en la población	Educación grupal a madres, padres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año, acerca de prevención de IRA	Porcentaje de niños menores de 1 año cuyas madres, padres y/o cuidadores ingresan a educación grupal presencial o remota en prevención de IRA	$(N^{\circ} \text{ de niños menores de 1 año cuyas madres, padres y/o cuidadores ingresan a educación grupal presencial o remota en prevención de IRA} / N^{\circ} \text{ total de niños menores de 1 año bajo control}) * 100$	60%	Químico/a Farmacéutico/a
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad	Fortalecer las intervenciones oportunas, adecuadas y con pertinencia cultural orientadas a la población infantil con alteración del desarrollo	Visita domiciliaria integral a familia con niños y niñas menores de 5 años con déficit en su Desarrollo Psicomotor (DSM): riesgo y retraso	Porcentaje de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño o niña menores de 5 años con déficit de DSM	$(N^{\circ} \text{ de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño o niña con déficit de DSM} / N^{\circ} \text{ total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor}) * 100$	100%	Enfermera/a, Educatora de Párvulos, Fonoaudióloga/o
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad	Fortalecer las intervenciones oportunas, adecuadas y con pertinencia cultural orientadas a la población infantil con alteración del desarrollo	Reevaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) y rezago en su desarrollo psicomotor de los 12 a 23 meses de edad (EEDP)	Porcentaje de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 12 a 23 meses y recuperadas(os) en la reevaluación	$(N^{\circ} \text{ de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 12 a 23 meses y recuperadas(os) en la reevaluación} / N^{\circ} \text{ de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de 12 a 23 meses}) * 100$	90%	Enfermera/o, Educatora de Párvulos
TRATAMIENTO	Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades respiratorias crónicas	Aumentar el acceso a la atención en salud por infecciones respiratorias agudas	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 0 a 9 años bajo control en Programa IRA	Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente)	$(N^{\circ} \text{ de usuarios con Asma de 5 a 14 años bajo control con nivel de control controlado} / N^{\circ} \text{ de usuarios con Asma de 5 a 14 años bajo control}) * 100$	Incrementar en 25% con respecto al cumplimiento del año anterior	Médico/a y/o Kinesiólogo/a / Químico/a Farmacéutico/a
TRATAMIENTO	Reducir la morbilidad y mortalidad en exceso asociada a Condiciones Mentales	Aumentar la cobertura de la demanda de personas con trastornos mentales	Atención integral de niños y niñas de 0 a 9 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales	Cobertura de atención integral de niños y niñas de 0 a 9 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales	$(N^{\circ} \text{ de personas de 0 a 9 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales, bajo control} / N^{\circ} \text{ de personas con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales de 0 a 9 años, esperados según prevalencia del 22\%}) * 100$	18%	Médico/a, Trabajador/a Social, Psicólogo/a, Terapeuta Ocupacional

NIVEL	OBJETIVO IMPACTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA CÁLCULO	META	RRHH
TRATAMIENTO	Reducir la morbilidad y mortalidad en exceso asociada a Condiciones Mentales	Aumentar la cobertura de la demanda de personas con trastornos mentales	Atención integral y oportuna a niños y niñas de 0 a 9 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Concentración de controles de atención integral a personas de 0 a 9 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	(N° de controles de salud mental totales realizados a personas de 0 a 9 años / N° de personas bajo control en el programa de salud mental de 0 a 9 años) **Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal, visita domiciliarias, consultorías y consejerías individuales y familiares.	Concentración entre 6 y 12 de controles.	Químico/a Farmacéutico/a, Médico/a, Trabajador/a Social, Psicólogo/a, Terapeuta Ocupacional
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad	Fortalecer las intervenciones oportunas, adecuadas y con pertinencia cultural orientadas a la población infantil con alteración del desarrollo	Niños y niñas con presencia de factor de riesgo biopsicosocial que pertenecen al Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios), que ingresan a tratamiento en modalidad de estimulación, para intervenciones y así disminuir posibles alteraciones que afecten el desarrollo normal	Porcentaje de niños y niñas entre 0 y 5 años con presencia de factor de riesgo biopsicosocial, que pertenecen a programas residenciales y ambulatorios del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez", que ingresan a tratamiento en modalidad de estimulación)	(N° de niños y niñas con riesgo biopsicosocial u otra vulnerabilidad que pertenecen a programas residenciales y ambulatorios del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez", que ingresan a modalidad de estimulación en el periodo / N° de niños y niñas detectado en control de salud con riesgo biopsicosocial u otra vulnerabilidad en el periodo) * 100	100%	Referente del Convenio del CES/CESFAM y Equipo de Salud en General
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población	Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población	Consulta Nutricional en población infantil menor a 6 años con diagnóstico de Malnutrición por exceso	Porcentaje de población infantil menor a 6 años con Malnutrición por exceso que recibe Consulta Nutricional (CN).	(Población infantil menor a 6 años con diagnóstico de malnutrición por exceso que recibe Control nutricional / Población infantil menor a 6 años con diagnóstico de Malnutrición por exceso) * 100	50%	Nutricionista
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población	Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población	Consulta Nutricional en población infantil menor a 6 años con diagnóstico de Malnutrición por exceso	Porcentaje de población infantil menor a 6 años con Malnutrición por exceso que recibe Consulta Nutricional (CN).	(Población infantil menor a 6 años con diagnóstico de malnutrición por exceso que recibe Control nutricional / Población infantil menor a 6 años con diagnóstico de Malnutrición por exceso) * 100	50%	Nutricionista
TRATAMIENTO	Aumentar la proporción de población infantil con estado nutricional normal	Aumentar los entornos saludables, respecto a la disponibilidad, acceso y exposición	N° de niños menor a 2 años con malnutrición por déficit que retiran PNAC refuerzo	Porcentaje de población infantil menor a 2 años con riesgo de desnutrir o desnutridos que retiran PNAC refuerzo	(Población infantil menor a 2 años con diagnóstico de malnutrición por déficit que retiran PNAC de refuerzo / Población infantil menor a 2 años con diagnóstico de malnutrición por déficit) * 100	Aumentar en relación al año anterior	Nutricionista

NIVEL	OBJETIVO IMPACTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA CÁLCULO	META	RRHH
OTRO	Disminuir la Discapacidad Severa y la Dependencia	Fortalecer las acciones de cuidados para las personas con discapacidad y dependencia	Registro de niños y niñas con dependencia leve y moderada y sus cuidadores en Registro de Cuidadores y Personas con Dependencia (RCD) del Ministerio de Desarrollo Social	Porcentaje de niños y niñas con dependencia leve y moderada y sus cuidadores bajo control ingresados a RCD	$(N^{\circ} \text{ de niños y niñas con dependencia leve y moderada y sus cuidadores bajo control registrados en RCD} / N^{\circ} \text{ de niños y niñas con dependencia leve y moderada y sus cuidadores bajo control}) * 100$	100% de niños y niñas y sus cuidadores bajo control en establecimiento encuentran registrados en RCD	Enfermera/o, TENS, Médico/a, Nutricionista y/o Trabajador/a Social

## SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

NIVEL	OBJETIVO IMPACTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA CÁLCULO	META	RRHH
PROMOCIÓN	Mejorar la salud mental de la población en Chile con enfoque en lo promocional y preventivo	Aumentar la oferta y calidad de programas y acciones enfocadas en la promoción de la salud mental en el curso de vida	Talleres promocionales de salud mental dirigidos a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Porcentaje de Adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que participan en talleres promocionales de salud mental	$(N^{\circ} \text{ de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que participan en talleres promocionales de salud mental (año vigente)} / \text{Población inscrita de 10 a 24 años (año vigente)}) * 100$	Aumentar en un 10% en relación a lo realizado el año anterior	Equipos de salud mental
PREVENCIÓN	Fortalecer el cuidado centrado en las personas, familias y comunidades avanzando hacia la cobertura universal	Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente	Control de Salud Integral Adolescentes de 10 a 19 años	Porcentaje de Control de Salud Integral realizados a adolescentes de 10 a 19 años	$(N^{\circ} \text{ de Controles de Salud Integral realizados a adolescentes de 10 a 19 años} / \text{Población adolescente de 10 a 19 años inscrita en el establecimiento de salud}) * 100$	25% población de 10 a 19 años.	Matrón/a, Enfermera/o, Químico/a Farmacéutico/a
PREVENCIÓN	Fortalecer el cuidado centrado en las personas, familias y comunidades avanzando hacia la cobertura universal	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida	Concentración de consultas y controles de salud en adolescentes y jóvenes de residencias del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios) y SENAME (CIP-CRC y programas de sanción en medio libre)	Porcentaje de atenciones (controles y consultas) realizadas a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios) y SENAME (CIP-CRC y programas de sanción en medio libre)	$(N^{\circ} \text{ total de atenciones (controles y atenciones) realizadas a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años del Servicio de Protección Especializada de Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios) y SENAME (CIP-CRC y programas de sanción en medio libre)} / (N^{\circ} \text{ adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años bajo control del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios) y SENAME (CIP-CRC y programas de sanción en medio libre)})) * 100$	90%	Referente de PRAPS, Equipo de Salud

NIVEL	OBJETIVO IMPACTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA CÁLCULO	META	RRHH
PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 10 a 19 años	Porcentaje de Visitas Domiciliares Integrales a adolescentes gestantes de 10 a 19 años	$(N^{\circ} \text{ de VDI para prevención del segundo embarazo en adolescentes de 10 a 19 años} / N^{\circ} \text{ de adolescentes puérperas de 10 a 19 años}) * 100$	100%	Matrón/a y/o Trabajador/a Social
PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos	Proveer de atención multidisciplinaria y servicios accesibles y de calidad con foco en adolescentes jóvenes, personas mayores y diversidades sexuales	Control de regulación de fertilidad en adolescentes de 15 a 19 años	Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que usan métodos de regulación de fertilidad	$(N^{\circ} \text{ de adolescentes de 15 a 19 años inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad} / N^{\circ} \text{ de adolescentes de 15 a 19 años inscritos en centros de salud}) * 100$	47% de adolescentes de 15 a 19 años	Matrón/a
PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos	Proveer de atención multidisciplinaria y servicios accesibles y de calidad con foco en adolescentes jóvenes, personas mayores y diversidades sexuales.	Control de regulación de fertilidad en adolescentes mujeres de 15 a 19 años	Porcentaje de adolescentes mujeres de 15 a 19 años que usan métodos de regulación de fertilidad de larga duración (LARC)	$(N^{\circ} \text{ de adolescentes mujeres de 15 a 19 años inscritas en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad de larga duración (LARC)} / N^{\circ} \text{ de adolescentes mujeres de 15 a 19 años inscritas en centros de salud}) * 100$	Aumentar en un 5%, en base a población bajo control del año anterior	Matrón/a
PREVENCIÓN	Mejorar el estado de Salud Bucal de la población	Fortalecer la cobertura de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida.	CERO 10-19 años	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años en control con enfoque de riesgo y pauta CERO aplicada	$(N^{\circ} \text{ de adolescentes de 10 a 19 años con evaluación de riesgo odontológico anual (Aplicación de Pauta CERO)} / \text{Total de adolescentes de 10 a 19 años inscritos y validados en los establecimientos}) * 100$	30%	Odontólogo/a y TONS
PREVENCIÓN	Mejorar la salud mental de la población en Chile con enfoque en lo promocional y preventivo	Aumentar la cobertura en programas y/o acciones de promoción y prevención con enfoque de equidad	Talleres preventivos de salud mental (incluye alcohol y drogas) y violencia de género a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años y a sus madres, padres, cuidadores y profesores	Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años y sus madres, padres, cuidadores y profesores, que participan en talleres preventivos de salud mental	$(N^{\circ} \text{ de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que participan en talleres preventivos de salud mental} / \text{Total población inscrita entre 10 y 24 años (año vigente)}) * 100$	Aumentar en un 10% en relación a lo realizado el año anterior	Equipos de salud mental

NIVEL	OBJETIVO IMPACTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA CÁLCULO	META	RRHH
TRATAMIENTO	Reducir la carga de enfermedad asociada a la salud mental de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad	Aumentar la cobertura de la demanda de personas con trastornos de salud mental	Atención integral a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales	Cobertura de atención integral a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales	$(N.º \text{ de adolescentes y jóvenes de } 10 \text{ a } 24 \text{ años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales, bajo control} / N.º \text{ de adolescentes y jóvenes con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales, esperados según prevalencia del } 22\%) * 100$	18%	Médico/a, Trabajador/a Social, Psicólogo/a, Terapeuta Ocupacional
TRATAMIENTO	Reducir la carga de enfermedad asociada a la salud mental de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida	Atención integral y oportuna a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Concentración de controles de atención integral a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	$(N.º \text{ de controles de salud mental realizados a adolescentes y jóvenes de } 10 \text{ a } 24 \text{ años} / N.º \text{ de adolescentes y jóvenes de } 10 \text{ a } 24 \text{ años bajo control en el programa de salud mental})$ **Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal, visita domiciliarias, consultorías y consejerías individuales y familiares)	Concentración entre 6 y 12 controles.	Médico/a, Trabajador/a Social, Psicólogo/a, Terapeuta Ocupacional
TRATAMIENTO	Fortalecer el cuidado centrado en la persona, familia y comunidad, avanzando hacia la cobertura universal	Relevar el enfoque de equidad en la red asistencial y los programas de salud	Realizar el ingreso integral a personas con multimorbilidad crónica	Porcentaje de personas con multimorbilidad crónica ingresadas a atención integral centrada en la persona	$(N.º \text{ de personas con multimorbilidad crónica (G2 y G3) que ingresan a atención integral centrada en la persona} / N.º \text{ total de personas con multimorbilidad crónica G2 y G3}) * 100$ Diferenciar por G2 y G3	Incrementar cobertura en un 12% respecto a lo logrado el año anterior	Químico/a Farmacéutico/a, Médico/a, Enfermer/a, Nutricionista, Matrón/a, Kinesiólogo/a, Psicólogo/a, Trabajador/a Social, Terapeuta Ocupacional, TENS
OTRO	Disminuir la Discapacidad Severa y la Dependencia	Fortalecer las acciones de cuidados para las personas con discapacidad y dependencia	Registro de adolescentes y jóvenes con dependencia leve y moderada y sus cuidadores en Registro de Cuidadores y Personas con Dependencia (RCD) del Ministerio de Desarrollo Social	Porcentaje de adolescentes y jóvenes con dependencia leve y moderada y sus cuidadores bajo control ingresados a RCD	$(N.º \text{ de adolescentes y jóvenes con dependencia leve y moderada y sus cuidadores bajo control registrados en RCD} / N.º \text{ de adolescentes y jóvenes con dependencia leve y moderada y sus cuidadores bajo control}) * 100$	100% de adolescentes y jóvenes y sus cuidadores bajo control en establecimiento encuentran registrados en RCD	Enfermera/o

## SALUD EN EDAD ADULTA

NIVEL	OBJETIVO IMPACTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA CÁLCULO	META	RRHH
PROMOCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos	Talleres de 4 sesiones para gestantes (según Manual de Talleres Prenatales en APS)	Porcentaje de gestantes que ingresan a sesiones de educación prenatal	$(N^{\circ} \text{ de gestantes que ingresan a educación grupal prenatal} / N^{\circ} \text{ total gestantes bajo control}) * 100$	80%	Matrón/a, Nutricionista, Kinesiólogo/a, Trabajador/a Social, Psicólogo/a
PROMOCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar educaciones grupales en áreas transversales de acuerdo a los factores protectores de salud	Educación Grupal en personas de 25 a 64 años	Porcentaje de personas de 25 a 64 años que reciben educación grupal en áreas transversales de acuerdo a los factores protectores de salud (respiratorio, sexual y reproductiva, mental, oral, etc)	$(N^{\circ} \text{ de personas de 25 a 64 años que reciben educación grupal en áreas transversales de acuerdo a los factores protectores de salud} / \text{población inscrita validada de 25 a 64 años}) * 100$	Aumentar un 20%	Químico/a Farmacéutico/a, Médico/a, Enfermero/a, Nutricionista, Matrón/a, Kinesiólogo/a, Psicólogo/a, Trabajador/a Social, Terapeuta Ocupacional, TENS
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventiva del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo	Incrementar cobertura de EMPA en la población inscrita validada.	$(N^{\circ} \text{ de EMPA realizados a población adulta de 25 a 64 años inscrita validada} / \text{Población Total adulta inscrita de 25 a 64 años validada}) * 100$	Aumentar la cobertura de EMPA en la población inscrita validada en un 30%	Químico Farmacéutico - Médicos - Enfermeros - Nutricionistas - Kinesiólogos - TENS
PREVENCIÓN	Disminuir la morbimortalidad por Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares	Fortalecer la cobertura de rehabilitación a personas con ACV y IAM	Establecer sistema de contrarreferencia de personas de 25 a 64 años que egresan de una hospitalización por ataque cerebrovascular (ACV) o infarto agudo al miocardio (IAM)	Porcentaje de personas de 25 a 64 años egresadas del hospital por IAM o ACV con control realizado por profesional médico del PSCV dentro de los 7 días hábiles post-alta	$(N^{\circ} \text{ de personas de 25 a 64 años egresadas del hospital por IAM o ACV con control realizado por profesional médico dentro de los 7 días hábiles post-alta} / N^{\circ} \text{ total de personas de 25 a 64 años egresadas del hospital por IAM o ACV}) * 100$	100%	Médico/a contralor/a

NIVEL	OBJETIVO IMPACTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA CÁLCULO	META	RRHH
PREVENCIÓN	Mejorar la cobertura y la efectividad del manejo de la Diabetes Mellitus	Aumentar la pesquisa oportuna y manejo precoz de complicaciones	Aumentar la prevención y pesquisa precoz de neuropatía diabética en personas de 25 a 64 años con diabetes mellitus 2 (DM2) bajo control, a través de evaluación del riesgo de ulceración de los pies y diseño de plan de manejo según nivel de riesgo	Porcentaje de personas de 25 a 64 años con DM2 bajo control con evaluación del riesgo de ulceración de los pies y plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses	$(\text{N}^\circ \text{ de personas de 25 a 64 años con DM2 bajo control clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses} / \text{N}^\circ \text{ total de personas de 25 a 64 años con DM2 bajo control}) * 100$	100%	Enfermero/a, Médico/a
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad prematura por cáncer en población general	Aumentar tamizajes para ciertos tipos de cáncer	Aumentar la detección de colestiasis en población general de 35 a 49 años	Incrementar la detección de colestiasis en población de 35 a 49 años	$(\text{N}^\circ \text{ de personas de 35 a 49 años con ecografía abdominal positiva para colestiasis} / \text{Población Total de 35 a 49 años}) * 100$	Incrementar en un 25% respecto al año anterior la detección de colestiasis en población general	Médico/a
PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos	Aplicación de test de pesquisa de Estreptococo Grupo B a gestantes	Porcentaje de gestantes adultas que acceden al test de pesquisa de Estreptococo Grupo B	$(\text{N}^\circ \text{ de gestantes adultas con test de pesquisa de Estreptococo Grupo B} / \text{N}^\circ \text{ de gestantes adultas ingresadas a control prenatal}) * 100$	Mantener o aumentar lo realizado el año anterior	Matrón/a, TENS
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad prematura por cáncer en población general	Mejorar el diagnóstico, tratamiento precoz y rehabilitación de forma oportuna y de calidad	Realizar toma de PAP cada 3 años a mujeres de 25 a 64 años	Porcentaje de cobertura de PAP vigente cada 3 años en mujeres de 25 a 64 años	$(\text{N}^\circ \text{ de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente en los últimos 3 años} / \text{N}^\circ \text{ de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas}) * 100$	80%	Matrón/a, Administrativo/a
PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos	Mejorar el bienestar biopsicosocial de las personas en su Salud Sexual	Control de salud integral de la mujer adulta en etapa de climaterio	Porcentaje de mujeres adultas bajo control de climaterio	$(\text{N}^\circ \text{ de mujeres adultas bajo control de salud integral en etapa de climaterio} / \text{Población de mujeres de 45 a 64 años inscrita validada por Fonasa}) * 100$	Aumentar en 15% la cobertura del año anterior	Matrón/a
PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos	Mejorar el bienestar biopsicosocial de las personas en su Salud Sexual	Aplicación de la Escala MRS (Menopause Rating Scale) en el ingreso a control de salud de climaterio	Porcentaje de mujeres adultas con aplicación de MRS en el ingreso a control de climaterio	$(\text{N}^\circ \text{ de mujeres adultas con aplicación de MRS en el ingreso a control} / \text{N}^\circ \text{ total de mujeres adultas que ingresan a control de climaterio}) * 100$	100%	Matrón/a

NIVEL	OBJETIVO IMPACTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA CÁLCULO	META	RRHH
PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos	Mejorar el bienestar biopsicosocial de las personas en su Salud Sexual	Aplicación de la Escala MRS (Menopause Rating Scale) de ingreso y control de salud de climaterio	Porcentaje de mujeres adultas bajo control con aplicación de MRS que mejoran su calidad de vida según MRS	$(\text{N}^\circ \text{ de Mujeres que disminuyeron puntaje de MRS o se mantienen en MRS bajo, según MRS de control} / \text{N}^\circ \text{ de mujeres adultas bajo control climaterio con aplicación MRS al control}) * 100$	Línea base	Matrón/a, Médico/a, Equipo ECICEP
TRATAMIENTO	Disminuir la morbimortalidad por Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares	Aumentar la cobertura y calidad de la atención en personas con hipertensión arterial con equidad de género y perspectiva de curso de vida	Optimizar el tratamiento de hipertensión arterial (HTA) en personas de 25 a 64 años	Cobertura de personas de 25 a 64 años con HTA bajo control, en relación a la población inscrita	$\text{Cobertura personas con HTA (año vigente) (menos Cobertura personas con HTA (año anterior) / Cobertura personas con HTA (año anterior)}$ Cálculo de cobertura: $(\text{N}^\circ \text{ de personas de 25 a 64 años con HTA bajo control} / \text{N}^\circ \text{ total de personas de 25 a 64 años con HTA estimados en la población inscrita validada según prevalencia}) * 100$	Mínimo 70%	Químico/a Farmacéutico/a, Médico/a, Enfermero/a, Nutricionista, TENS
TRATAMIENTO	Disminuir la morbimortalidad por Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares	Aumentar la cobertura y calidad de la atención en personas con hipertensión arterial con equidad de género y perspectiva de curso de vida	Optimizar el tratamiento de hipertensión arterial (HTA) en personas de 25 a 64 años	Cobertura de personas de 25 a 64 años con HTA bajo control con PA <140/90 mmHg, en relación a población bajo control	$(\text{Proporción de metas de compensación (año vigente) (menos) Proporción de metas de compensación (año anterior) / (Proporción de Metas de compensación (año anterior))}$ Cálculo de proporción: $(\text{N}^\circ \text{ de personas de 25 a 64 años con HTA bajo control con presión arterial } < 140/90 \text{ mmHg} / \text{N}^\circ \text{ total de personas de 25 a 64 años con HTA bajo control}) * 100$	Mínimo 70%	Químico/a Farmacéutico/a, Médico/a, Enfermero/a, Nutricionista, TENS
TRATAMIENTO	Disminuir la morbimortalidad por Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares	Aumentar la cobertura y calidad de la atención en personas con hipertensión arterial con equidad de género y perspectiva de curso de vida	Optimizar el tratamiento de hipertensión arterial (HTA) en personas de 25 a 64 años	Cobertura efectiva de personas de 25 a 64 años con HTA bajo control	$(\text{Proporción de metas de compensación (año vigente) (menos) Proporción de metas de compensación (año anterior) / (Proporción de Metas de compensación (año anterior))}$ Cálculo de proporción: $(\text{N}^\circ \text{ de personas de 25 a 64 años con HTA bajo control con presión arterial } < 140/90 \text{ mmHg} / \text{N}^\circ \text{ total de personas de 25 a 64 años con HTA estimados en la población inscrita validada según prevalencia}) * 100$	Mínimo 70%	Químico/a Farmacéutico/a, Médico/a, Enfermero/a, Nutricionista, TENS

NIVEL	OBJETIVO IMPACTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA CÁLCULO	META	RRHH
TRATAMIENTO	Mejorar la cobertura y la efectividad del manejo de la Diabetes Mellitus 2	Aumentar la cobertura de tratamiento de personas con DM2	Optimizar el tratamiento de la diabetes mellitus 2 (DM2) en personas de 25 a 64 años	Cobertura de personas de 25 a 64 años con DM2 bajo control, en relación a la población inscrita	(Cobertura de personas con DM2 (año vigente) (menos) Cobertura de personas con DM2 (año anterior) / Cobertura de personas con DM2 (año anterior)) Cálculo de cobertura: (N° de personas de 25 a 64 años con DM2 bajo control / N° total de personas de 25 a 64 años con DM2 estimados en la población inscrita validada según prevalencia) * 100	Mínimo 70%	Químico/a Farmacéutico/a, Médico/a, Enfermero/a, Nutricionista, TENS
TRATAMIENTO	Mejorar la cobertura y la efectividad del manejo de la Diabetes Mellitus 2	Aumentar la cobertura de tratamiento de personas con DM2	Optimizar el tratamiento de la diabetes mellitus 2 (DM2) en personas de 25 a 64 años	Cobertura de personas de 25 a 64 años con DM2 bajo control con (HbA1c < 7%)	Proporción de metas de compensación (año vigente) (menos) (Proporción de metas de compensación (año anterior) / (Proporción de metas de compensación (año anterior)) Cálculo de proporción: (N° de personas de 25 a 64 años con DM2 bajo control con HbA1c < 7% / N° total de personas de 25 a 64 años con DM2 bajo control) * 100	Mínimo 70%	Químico/a Farmacéutico/a, Médico/a, Enfermero/a, Nutricionista, TENS
TRATAMIENTO	Mejorar la cobertura y la efectividad del manejo de la Diabetes Mellitus 2	Aumentar la cobertura de tratamiento de personas con DM2	Optimizar el tratamiento de la diabetes mellitus 2 (DM2) en personas de 25 a 64 años	Cobertura efectiva de personas de 25 a 64 años con DM2 bajo control	(Proporción de metas de compensación (año vigente) (menos) Proporción de metas de compensación (año anterior) / Proporción de metas de compensación (año anterior)) Cálculo de proporción: (N° de personas de 25 a 64 años con DM2 bajo control con HbA1c < 7%) / N° total de personas de 25 a 64 años con DM2 estimados en la población inscrita validada según prevalencia) * 100	Mínimo 70%	Químico/a Farmacéutico/a, Médico/a, Enfermero/a, Nutricionista, TENS
TRATAMIENTO	Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades respiratorias crónicas	Aumentar la cobertura efectiva a prestaciones de tratamiento y rehabilitación	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 20 a 64 años bajo control en Programa ERA	Población bajo control por asma, con nivel de control controlado (año vigente)	(N° de usuarios con Asma con evaluación de control "controlado" año 2024 menos N° de usuarios con Asma con evaluación de control "controlado" año anterior / N° de usuarios asmáticos con evaluación de control "controlado" año anterior) * 100	Incrementar en 25% con respecto a cumplimiento del año anterior	Químico/a Farmacéutico/a, Médico/a, Kinesiólogo/a, TENS

NIVEL	OBJETIVO IMPACTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA CÁLCULO	META	RRHH
TRATAMIENTO	Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades respiratorias crónicas	Aumentar la cobertura efectiva a prestaciones de tratamiento y rehabilitación	Optimizar el tratamiento de pacientes con EPOC de 40 a 64 años bajo control en Programa ERA	Población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente)	$(N^{\circ} \text{ de usuarios con EPOC con evaluación de control adecuado año 2024 menos } N^{\circ} \text{ de usuarios con EPOC con evaluación de control adecuado año anterior} / N^{\circ} \text{ de usuarios EPOC con evaluación de control adecuado año anterior}) * 100$	Incrementar en 25% con respecto a cumplimiento año anterior	Químico/a, Farmacéutico/a, Médico/a, Kinesiólogo/a, TENS
TRATAMIENTO	Mejorar el estado de Salud Bucal de la población	Fortalecer La cobertura efectiva de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	Morbilidad odontológica en población 20 años a 64 años	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en población de 20 a 64 años	$(N^{\circ} \text{ total de consultas de morbilidad odontológica en población de 20 a 64 años} / \text{Total de población de 20 a 64 años inscrita y validada en el establecimiento}) * 100$	30%	Odontólogo/a y TONS
TRATAMIENTO	Mejorar el estado de Salud Bucal de la población	Fortalecer la cobertura efectiva de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	Morbilidad odontológica en personas gestantes	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en personas gestantes	$(N^{\circ} \text{ total de consultas de morbilidad odontológica en personas gestantes} / \text{Total de personas gestantes ingresadas al programa prenatal}) * 100$	50%	Odontólogo/a y TONS
TRATAMIENTO	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando con participación social hacia la cobertura universal	Relevar el enfoque de equidad en la red asistencial y los programas de salud	Realizar ingreso integral a personas con multimorbilidad crónica	Porcentaje de personas con multimorbilidad crónica ingresadas a cuidado integral centrado en la persona	$(N^{\circ} \text{ de personas con multimorbilidad crónica (G2 y G3) que ingresan a atención integral centrado en la persona} / N^{\circ} \text{ total de personas con multimorbilidad crónica G2 y G3}) * 100$ Diferenciar por G2 y G3	Incrementar cobertura en un 12% respecto a lo logrado el año anterior	Químico/a, Farmacéutico/a, Médico/a, Enfermero/a, Nutricionista, Matrn/a, Kinesiólogo/a, Psicólogo/a, Trabajador/a Social, Terapeuta Ocupacional, TENS
TRATAMIENTO	Reducir la morbilidad y mortalidad en exceso asociada a Condiciones Mentales	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida	Atención integral y oportuna por salud mental a personas de 25 a 64 años, que presenten factores de riesgo y condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales	Concentración de controles de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas en población de 25 a 64 años con énfasis en la intervención grupal (Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal, visita domiciliarias, consultorías y consejerías individuales y familiares)	$(N^{\circ} \text{ de controles de Salud Mental totales realizadas (año vigente)} / N^{\circ} \text{ de personas bajo control en el programa de salud mental de 25 a 64 años (factores de riesgo y condicionantes de la salud mental + Trastornos mentales) (año vigente)})$	Concentración entre 6 y 12 de controles	Médico/a, Trabajador/a Social, Psicólogo/a, Terapeuta Ocupacional

NIVEL	OBJETIVO IMPACTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA CÁLCULO	META	RRHH
TRATAMIENTO	Reducir la morbilidad y mortalidad en exceso asociada a Condiciones Mentales	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida	Brindar atención integral y oportuna a población adulta de 25 a 64 años con problemas o trastornos mentales y/o consumo problemático de alcohol y otras drogas	Cobertura de atención Integral a personas de 25 a 64 años con trastornos mentales	$(\text{Población bajo control por trastorno mental en adultos de 25 a 64 años (año vigente)} / \text{Población adulta de 25 a 64 años inscrita validada} \times \text{prevalencia de } 22\%) \times 100$	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 18% de la población potencial con trastornos mentales en adultos (25 a 64 años) del 22% de prevalencia	Médico/a, Trabajador/a Social, Psicólogo/a, Terapeuta Ocupacional
TRATAMIENTO	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos	Mejorar el bienestar biopsicosocial de las personas en su Salud Sexual	Prescripción de TRH a mujeres en control de climaterio, según puntaje MRS	Porcentaje de mujeres en control de climaterio que reciben TRH, según puntaje MRS	$(\text{N}^\circ \text{ de mujeres en control de climaterio que reciben TRH, según puntaje MRS} / \text{N}^\circ \text{ total de mujeres que requieren TRH según escala MRS}) \times 100$	Aumentar en un 10%	Matrón/a
OTRO	Disminuir la Discapacidad Severa y la Dependencia	Fortalecer las acciones de cuidados para las personas con discapacidad y dependencia	Registro de adultos con dependencia leve y moderada y sus cuidadores en Registro de Cuidadores y Personas con Dependencia (RCD) del Ministerio de Desarrollo Social	Porcentaje de adultos con dependencia leve y moderada y sus cuidadores bajo control ingresados a RCD	$(\text{N}^\circ \text{ de adultos con dependencia leve y moderada y sus cuidadores bajo control registrados en RCD} / \text{N}^\circ \text{ de adultos con dependencia leve y moderada y sus cuidadores bajo control}) \times 100$	100% de adultos con dependencia leve y moderada y sus cuidadores bajo control en establecimiento encuentran registrados en RCD	Enfermera/o

## SALUD EN PERSONAS MAYORES

NIVEL	OBJETIVO IMPACTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA CÁLCULO	META	RRHH
PREVENCIÓN	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando con participación social hacia la cobertura universal	Brindar atención integral y centrada en las personas	Ingreso de personas mayores a procesos de educación en salud o talleres de autocuidado que contemplen temáticas de interés y necesidades de las comunidades, favoreciendo el cuidado de las diferentes dimensiones del bienestar, validando la pertinencia territorial y cultural y promoviendo la participación del equipo multidisciplinario de la APS y la gestión con otros sectores según corresponda. La planificación de estas actividades se realiza en forma participativa junto a cada comunidad con la finalidad de promover el autocuidado y fortalecer las capacidades colectivas abordando, según cada contexto, elementos como la salud sexual, salud bucal, prevención y manejo ante situaciones de maltrato, prevención de caídas, medicinas complementarias, uso racional de medicamentos, cuidados en personas con condiciones crónicas, prevención de la dependencia, duelo y buen morir, acceso a beneficios intersectoriales, liderazgo para la promoción del autocuidado u otras de interés de las personas mayores	Porcentaje de personas de 60 años y más que ingresan a actividades educativas planificadas participativamente en población inscrita validada de 60 y más años	$(N^{\circ} \text{ de personas de 60 años y más que ingresan a actividades educativas planificadas participativamente} / N^{\circ} \text{ de personas de 60 años y más inscritas validadas}) * 100$	Incrementar en un 20% respecto al año anterior	Químico/a Farmacéutico/a, Médico/a, Enfermero/a, Nutricionista, Matrón/a, Kinesiólogo/a, Psicólogo/a, Trabajador/a Social, Terapeuta Ocupacional, TENS

NIVEL	OBJETIVO IMPACTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA CÁLCULO	META	RRHH
PREVENCIÓN	Disminuir la prevalencia de dependencia severa en la población nacional en todo el curso de vida	Preservar y aumentar la funcionalidad en la población	Realizar controles de Salud con el fin de evaluar la situación de salud de las personas mayores, aconsejar sobre prevención y control de enfermedades, pesquisar y derivar y elaborar plan de intervención (EMPAM)	Cobertura de controles de Salud de personas mayores	$(N^{\circ} \text{ de personas de 65 años y más que reciben el EMPAM} / N^{\circ} \text{ de personas de 65 años y más según población inscrita validada del año vigente})$	60%	Enfermero/a, Kinesiólogo/a, Terapeuta Ocupacional
PREVENCIÓN	Disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y complicaciones en personas con diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de exámenes preventivos de complicaciones	Personas con DM2 en el PSCV cuentan con un examen de Fondo de ojo vigente	Porcentaje de personas de 65 años y más con DM2 bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente	$(N^{\circ} \text{ de personas de 65 años y más con DM2 bajo control en el PSCV que cuentan con fondo de ojo vigente} / N^{\circ} \text{ total de personas de 65 años y más con DM2 bajo control en PSCV}) * 100$	Mínimo el 90% cuentan con un fondo de ojo vigente	Médico/a
PREVENCIÓN	Mejorar la cobertura y la efectividad del manejo de la Diabetes Mellitus	Aumentar la pesquisa oportuna y manejo precoz de complicaciones	Aumentar la prevención y pesquisa precoz de neuropatía diabética en personas de 65 años y más con diabetes mellitus 2 (DM2) bajo control, a través de evaluación del riesgo de ulceración de los pies y diseño de plan de manejo según nivel de riesgo	Porcentaje de personas de 65 años y más con DM2 bajo control con evaluación del riesgo de ulceración de los pies y plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses	$(N^{\circ} \text{ de personas de 65 años y más con DM2 bajo control clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses} / N^{\circ} \text{ total de personas de 65 años y más con DM2 bajo control}) * 100$	100%	Médico/a y Enfermero/a
TRATAMIENTO	Disminuir la morbimortalidad por Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares	Aumentar la cobertura y calidad de la atención en personas con hipertensión arterial con equidad de género y perspectiva de curso de vida	Optimizar el tratamiento de hipertensión arterial (HTA) en personas de 65 años y más	Cobertura de personas de 65 años y más con HTA bajo control, en relación a la población inscrita	Cobertura personas con HTA (año vigente) (menos Cobertura personas con HTA (año anterior) / Cobertura personas con HTA (año anterior) Cálculo de cobertura: $(N^{\circ} \text{ de personas de 65 años y más con HTA bajo control} / N^{\circ} \text{ total de personas de 65 años y más con HTA estimados en la población inscrita validada según prevalencia}) * 100$	Mínimo 70%	Químico/a, Farmacéutico/a, Médico/a, Enfermero/a, Nutricionista, TENS

NIVEL	OBJETIVO IMPACTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA CÁLCULO	META	RRHH
TRATAMIENTO	Disminuir la morbilidad por Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares	Aumentar la cobertura y calidad de la atención en personas con hipertensión arterial con equidad de género y perspectiva de curso de vida	Optimizar el tratamiento de hipertensión arterial (HTA) en personas de 65 años y más	Cobertura efectiva de personas de 65 años y más con HTA bajo control	(Proporción de metas de compensación (año vigente) (menos) Proporción de metas de compensación (año anterior) / (Proporción de Metas de compensación (año anterior)) Cálculo de proporción: (N° de personas de 65 años y más con HTA bajo control con presión arterial < 140/90 mmHg / N° total de personas de 65 años y más con HTA estimados en la población inscrita validada según prevalencia) * 100	Mínimo 70%	Químico/a Farmacéutico/a, Médico/a, Enfermero/a, Nutricionista, TENS
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y complicaciones en personas con diabetes mellitus 2	Aumentar la cobertura efectiva a tratamiento	Manejo avanzado de úlceras activas en personas con DM2 (Disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos)	Porcentaje de personas de 65 años y más con DM2 bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado de heridas	(N° de personas de 65 años y más con DM2 bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado en los últimos 6 meses / N° total de personas de 65 años y más diabéticos ingresados bajo control en el PSCV en los últimos 6 meses) * 100	100% reciben manejo avanzado de heridas	Coordinación de Apoyo Clínico y Procedimientos
TRATAMIENTO	Reducir la morbilidad y mortalidad en exceso asociada a Condiciones Mentales	Brindar atención integral y oportuna a personas de 65 años y más, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Atención integral y oportuna a personas de 65 años y más, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Concentración de controles de atención integral a personas de 65 años y más, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	(N° de controles de salud mental totales realizados a personas de 65 años y más / N° de personas bajo control en el programa de salud mental de 65 años y más) (Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal, visita domiciliarias, consultorias y consejerías individuales y familiares)	Concentración entre 6 y 12 de controles	Médico/a, Trabajador/a Social, Psicólogo/a, Terapeuta Ocupacional
TRATAMIENTO	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando con participación social hacia la cobertura universal	Relevar el enfoque de equidad en la red asistencial y los programas de salud	Realizar ingreso integral a personas con multimorbilidad crónica	Porcentaje de personas con multimorbilidad crónica que ingresan a atención integral centrado en la persona	(N° de personas con multimorbilidad crónica (G2 y G3) que ingresan a atención integral centrado en la persona / N° total de personas con multimorbilidad crónica G2 y G3) * 100 Diferenciar por G2 y G3	Incrementar cobertura en un 12% respecto a lo logrado el año anterior	Químico/a Farmacéutico/a, Médico/a, Enfermero/a, Nutricionista, Matrón/a, Kinesiólogo/a, Psicólogo/a, Trabajador/a Social, Terapeuta Ocupacional, TENS

NIVEL	OBJETIVO IMPACTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA CÁLCULO	META	RRHH
TRATAMIENTO	Fortalecer la entrega de servicios de salud con equidad, calidad y seguridad a la población a lo largo de su curso de vida	Brindar atención integral y centrada en las personas	Consulta a Célula de Geriatría de Hospital Digital frente a casos de personas mayores con EMPAM alterado	Porcentaje de consultas a Célula de Geriatría por profesionales no médicos de la APS	$(N^{\circ} \text{ de casos de personas de 65 años y más con EMPAM alterado derivadas por consulta a Célula de Geriatría en el año} / N^{\circ} \text{ total de personas de 65 años y más con EMPAM alterado en el año}) * 100$	30% de las personas mayores catalogadas con riesgo de dependencia, dependencia leve y dependencia moderada son derivadas a Célula de Geriatría.	Médico/a contralor/a
TRATAMIENTO	Fortalecer la entrega de servicios de salud con equidad, calidad y seguridad a la población a lo largo de su curso de vida	Brindar atención integral y centrada en las personas	Consulta a Célula de Geriatría de Hospital Digital para población de 60 años y más	Porcentaje de personas mayores que reciben consulta por parte de Célula de Geriatría de Hospital Digital	$(N^{\circ} \text{ de personas de 60 años y más que reciben consulta por parte de Célula de Geriatría de Hospital Digital} / N^{\circ} \text{ de personas de 60 años y más de la población inscrita validada}) * 100$	Aumentar en un 50% respecto del año anterior	Médico/a contralor/a
TRATAMIENTO	Mejorar el estado de Salud Bucal de la población	Fortalecer la cobertura efectiva de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	Morbilidad odontológica en población de 65 años y más	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en población de 65 años y más	$(N^{\circ} \text{ total de consultas de morbilidad odontológica en población de 65 años y más} / \text{Total de población de 65 años y más inscritos y validados en el establecimiento}) * 100$	30%	Odontólogo/a y TONS
TRATAMIENTO	Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades respiratorias crónicas	Aumentar la cobertura efectiva a prestaciones de tratamiento y rehabilitación	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 65 y más años bajo control en Programa ERA	Población bajo control por asma, con nivel de control controlado (año vigente)	$(N^{\circ} \text{ de usuarios con Asma con evaluación de control "controlado" año 2024 menos } N^{\circ} \text{ de usuarios con Asma con evaluación de control "controlado" año anterior} / N^{\circ} \text{ de usuarios asmáticos con evaluación de control "controlado" año anterior}) * 100$	Incrementar en 25% con respecto al cumplimiento del año anterior	Químico/a Farmacéutico/a, Médico/a, Kinesiólogo/a, TENS
TRATAMIENTO	Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades respiratorias crónicas	Aumentar la cobertura efectiva a prestaciones de tratamiento y rehabilitación	Optimizar el tratamiento de pacientes con EPOC de 65 y más años bajo control en Programa ERA	Población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente)	$(N^{\circ} \text{ de usuarios con EPOC con evaluación de control adecuado año 2024 menos } N^{\circ} \text{ de usuarios con EPOC con evaluación de control adecuado año anterior} / N^{\circ} \text{ de usuarios EPOC con evaluación de control adecuado año anterior}) * 100$	Incrementar en 25% con respecto al cumplimiento del año anterior	Químico/a Farmacéutico/a, Médico/a, Kinesiólogo/a, TENS

NIVEL	OBJETIVO IMPACTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA CÁLCULO	META	RRHH
TRATAMIENTO	Mejorar la cobertura y la efectividad del manejo de la Diabetes Mellitus 2	Aumentar la cobertura de tratamiento de personas con DM2	Optimizar el tratamiento de la diabetes mellitus 2 (DM2) en personas de 65 años y más	Cobertura de personas de 65 años y más con DM2 bajo control, en relación a la población inscrita	(Cobertura de personas con DM2 (año vigente) (menos) Cobertura de personas con DM2 (año anterior) / Cobertura de personas con DM2 (año anterior)) Cálculo de cobertura: (N° de personas de 65 años y más con DM2 bajo control / N° total de personas de 65 años y más con DM2 estimados en la población inscrita validada según prevalencia) * 100	Mínimo 70%	Químico/a Farmacéutico/a, Médico/a, Enfermero/a, Nutricionista, TENS
TRATAMIENTO	Mejorar la cobertura y la efectividad del manejo de la Diabetes Mellitus 2	Aumentar la cobertura de tratamiento de personas con DM2	Optimizar el tratamiento de la diabetes mellitus 2 (DM2) en personas de 65 años y más	Cobertura de personas de 65 años y más con DM2 bajo control con (HbA1c < 8%)	Proporción de metas de compensación (año vigente) (menos) (Proporción de metas de compensación (año anterior)/ (Proporción de metas de compensación (año 2024)) Cálculo de proporción: (N° de personas de 65 años y más con DM2 bajo control con HbA1c < 8% / N° total de personas de 65 años y más con DM2 bajo control) * 100	Mínimo 70%	Químico/a Farmacéutico/a, Médico/a, Enfermero/a, Nutricionista, TENS
OTRO	Disminuir la Discapacidad Severa y la Dependencia	Fortalecer las acciones de cuidados para las personas con discapacidad y dependencia	Registro de personas de 65 y más años con dependencia leve y moderada y sus cuidadores en Registro de Cuidadores y Personas con Dependencia (RCD) del Ministerio de Desarrollo Social	Porcentaje de personas de 65 y más años con dependencia leve y moderada y sus cuidadores bajo control ingresados a RCD	(N° de personas de 65 y más años con dependencia leve y moderada y sus cuidadores bajo control registrados en RCD / N° de personas de 65 años y más con dependencia leve y moderada y sus cuidadores bajo control) * 100	100% de personas de 65 años y más con dependencia leve y moderada y sus cuidadores bajo control en establecimiento encuentran registrados en RCD	Enfermera/o

## CUIDADOS TRANSVERSALES

### Estrategias de Promoción Comunal

NIVEL	OBJETIVO IMPACTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA CÁLCULO	META	RRHH
PROMOCIÓN	Aumentar la prevalencia de personas con Factores Protectores de Salud	Localizar y representar gráficamente los elementos positivos de los territorios, aquellos que "mejoran la habilidad de individuos, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales y/o instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar y ayudar a reducir las inequidades en salud"	Identificación de activos comunitarios en salud	Acciones de identificación de activos comunitarios en salud	Nº de acciones de identificación de activos comunitarios en salud	Al menos una acción de identificación de activos comunitarios en salud	Equipos de participación de cada Centro de Salud
PROMOCIÓN	Mitigar los efectos en la morbimortalidad de la población como consecuencia de emergencias, desastres y epidemias	Fortalecer las capacidades para la gestión del riesgo de emergencias y desastres en salud de los equipos APS y su comunidad usuaria	Desarrollar acciones de sensibilización, educación y participación comunitaria con organizaciones sociales ligadas a la APS, para la gestión del riesgo de desastres en salud	Acciones de sensibilización, educación y participación comunitaria con organizaciones sociales ligadas a la APS, para la gestión del riesgo de desastres en salud	(Nº de acciones comunitarias para la GRD en salud / Nº de comunitarias para la GRD en salud planificadas) * 100	60%	Equipos de participación de cada Centro de Salud
PROMOCIÓN	Aumentar la prevalencia de personas con Factores Protectores de Salud	Entregar formación a dirigentes y líderes sociales, en participación ciudadana, ejercicio de derechos y promoción de la salud para su empoderamiento en salud	Formación de facilitadores en promoción de la salud en entorno Comunal (Ex escuela de gestores comunal)	Escuela de promoción de la salud para líderes comunitarios	Nº de Escuelas de promoción de la salud para líderes comunitarios	Al menos una Escuela de promoción de la Salud para líderes comunitarios al año	Equipos de participación de cada Centro de Salud
PROMOCIÓN	Aumentar la prevalencia de personas con Factores Protectores de Salud	Generar espacios de participación comunitaria que aumenten el involucramiento de las personas con su entorno físico y social	Formación de facilitadores en promoción de la salud en entorno educacional	Escuela de promoción de la salud para líderes comunitarios en entorno educacional	Nº de Escuelas de promoción de la salud para líderes comunitarios en entorno educacional	Al menos una Escuela de promoción de la Salud para líderes comunitarios en entorno educacional al año	Equipos de participación de cada Centro de Salud

## Estrategias de Fortalecimiento del Modelo de Atención de Salud Familiar Integral y Comunitario (MAIS)

NIVEL	OBJETIVO IMPACTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA CÁLCULO	META	RRHH
PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando con participación social hacia la cobertura universal	Fortalecer la implementación en Red de la continuidad del cuidado con foco en el fomento de factores protectores	Visita domiciliaria integral que se realiza al lugar de residencia de la familia, entre uno o más miembros del equipo de salud y uno o más integrantes de la familia con enfoque sistémico. Esta visita puede ser generada por un problema de salud individual (caso índice) o de orden familiar	Tasa de Visita Domiciliaria Integral	$(N^{\circ} \text{ visitas domiciliares integrales realizadas} / N^{\circ} \text{ de familias inscritas}) * 100$	0,22	Equipos de salud profesionales con formación en VDI (Visita Domiciliaria Integral)
PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando con participación social hacia la cobertura universal	Proporcionar apoyo y abordaje a familias con factores de riesgo familiar leve a moderado, con el fin de mejorar sus condiciones de vida, a través de sus capacidades instaladas	Aplicación de la Encuesta de riesgo familiar según instrumento aprobado por el Servicio de Salud con foco en los determinantes del territorio	Porcentaje de familias identificadas de acuerdo al riesgo o priorización según instrumento aprobado por el Servicio de Salud con foco en los determinantes del territorio	$(N^{\circ} \text{ de familias evaluadas mediante screening de riesgo} / N^{\circ} \text{ de familias inscritas/adscritas}) * 100$	Mantener o aumentar respecto al año anterior	Químico/a, Farmacéutico/a, Médico/a, Enfermero/a, Nutricionista, Matrn/a, Kinesiólogo/a, Psicólogo/a, Trabajador/a Social, Terapeuta Ocupacional, TENS
PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN	Reducir la carga de enfermedad asociada a la salud mental de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida	Capacitación a funcionarios de establecimientos de APS en la estrategia mhGAP (disminución de brechas de salud mental)	Número de funcionarios capacitados en la estrategia mhGAP por establecimiento	$(N^{\circ} \text{ de funcionarios capacitados en la estrategia mhGAP} / N^{\circ} \text{ de funcionarios comprometidos a a capacitar}) * 100$	80%	Funcionarios/as de Salud
PREVENCIÓN	Disminuir la tasa de suicidio en población general	Aumentar la atención oportuna y de calidad	Desarrollo de protocolos locales de prevención y abordaje integral del suicidio	Porcentaje de CES/CESFAM que cuentan con protocolo de manejo de conducta suicida	$(\text{CES/CESFAM que cuentan con protocolo de prevención del suicidio} / N^{\circ} \text{ de CES/CESFAM}) * 100$	100%	Centros de Salud y Coordinación de Salud Mental
TRATAMIENTO	Reducir la carga de enfermedad asociada a la salud mental de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida	Consultorías de Salud Mental a lo largo del curso de vida	Porcentaje de cobertura de Consultorías de Salud Mental en el establecimiento de APS	$N^{\circ} \text{ de actividades de consultorías realizadas en el periodo}$	10 consultorías infanto adolescentes y 10 consultorías de adultos	Equipos consultores y de CES/CESFAM

## Programa de Tuberculosis en APS

NIVEL	OBJETIVO IMPACTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA CÁLCULO	META	RRHH
PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Prevenir la enfermedad por tuberculosis en contactos < de 2 años	Quimioprofilaxis en los contactos < de 2 años	Porcentaje de contactos < de 2 años que completan quimioprofilaxis	$(\text{N}^\circ \text{ de contactos } < \text{ de } 2 \text{ años que completan quimioprofilaxis} / \text{N}^\circ \text{ de contactos } < \text{ de } 2 \text{ años con indicación de quimioprofilaxis}) * 100$	100%	Centro de Salud (Enfermero/a, Médico/a, TENS e Integrantes del equipo PROCET) y Apoyo de Coordinación de Epidemiología
PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Prevenir la enfermedad por tuberculosis en contactos entre 2 y 15 años	Quimioprofilaxis en los contactos entre 2 y 15 años	Porcentaje de contactos entre 2 y 15 años que completan quimioprofilaxis	$(\text{N}^\circ \text{ de contactos de } 2 \text{ a } 15 \text{ años que completan quimioprofilaxis} / \text{N}^\circ \text{ de contactos de } 2 \text{ a } 15 \text{ años con indicación de quimioprofilaxis}) * 100$	100%	Centro de Salud (Enfermero/a, Médico/a, TENS e Integrantes del equipo PROCET) y Apoyo de Coordinación de Epidemiología
PREVENCIÓN	Reducir la incidencia de Tuberculosis en la población en Chile	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis	Realizar pesquisa de casos presuntivos de tuberculosis (CPT)	Incremento de la pesquisa en establecimientos de APS (%)	$[(\text{N}^\circ \text{ CPT estudiados menos N}^\circ \text{ CPT estudiados el año anterior}) / \text{N}^\circ \text{ CPT estudiados el año anterior}] * 100$	Mayor o igual a 5%	Centro de Salud (Enfermero/a, Médico/a, TENS e Integrantes del equipo PROCET) y Apoyo de Coordinación de Epidemiología
PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis	Realizar pesquisa extramural de casos presuntivos de TBC en personas mayores, migrantes, situación de calle, personas con dependencia de alcohol y/o drogas, pueblos indígenas, otros grupos vulnerables según norma técnica	Porcentaje de actividades de pesquisa extramural realizadas (una semestral como mínimo)	$(\text{N}^\circ \text{ de actividades de pesquisa extramural realizadas} / \text{N}^\circ \text{ de actividades de pesquisa extramural programadas}) * 100$	100%	Centro de Salud (Enfermero/a, Médico/a, TENS e Integrantes del equipo PROCET) y Apoyo de Coordinación de Epidemiología
PREVENCIÓN	Reducir la incidencia de Tuberculosis en la población en Chile	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis	Realizar coordinación con el equipo de salud de los recintos penales existente en la comunidad para realizar pesquisa sistemática de casos presuntivos de tuberculosis (CPT) en la población privada de libertad (PPL)	Incremento de la pesquisa en recintos penitenciarios (%)	$[(\text{N}^\circ \text{ CPT estudiados en PPL - N}^\circ \text{ CPT estudiados en PPL el año anterior}) / \text{N}^\circ \text{ CPT estudiados en PPL el año anterior}] * 100$	Mayor o igual a 5%	Centro de Salud (Enfermero/a, Médico/a, TENS e Integrantes del equipo PROCET) y Apoyo de Coordinación de Epidemiología

NIVEL	OBJETIVO IMPACTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA CÁLCULO	META	RRHH
PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis	Estudio de Contacto de casos Índices con bacteriología positiva (baciloscopia, PCR o cultivo)	Porcentaje de contactos estudiados	$(N^{\circ} \text{ de contactos estudiados} / N^{\circ} \text{ de contactos censados}) * 100$	90%	Centro de Salud (Enfermero/a, Médico/a, TENS e Integrantes del equipo PROCET) y Apoyo de Coordinación de Epidemiología
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Lograr un 90% de altas en las cohortes de Tratamiento	Aplicar el Score de Riesgo y medidas para prevenir el abandono	Porcentaje de pacientes con score de riesgo identificados	$(N^{\circ} \text{ de pacientes con score de riesgo identificados} / N^{\circ} \text{ de pacientes ingresados a tratamiento}) * 100$	100%	Centro de Salud (Enfermero/a, Médico/a, TENS e Integrantes del equipo PROCET) y Apoyo de Coordinación de Epidemiología
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Lograr un 90% de altas en las cohortes de Tratamiento	Visita Domiciliaria por enfermera/o del equipo de tuberculosis a todos los casos que ingresan a tratamiento	Porcentaje de pacientes ingresados a tratamiento	$(N^{\circ} \text{ de visitas domiciliarias realizadas} / N^{\circ} \text{ de pacientes ingresados a tratamiento}) * 100$	100%	Centro de Salud (Enfermero/a, Médico/a, TENS e Integrantes del equipo PROCET)
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Lograr un 90% de altas en las cohortes de Tratamiento	Control mensual por médico de los casos en tratamiento (norma técnica)	Porcentaje de controles médicos realizados y registrados	$(N^{\circ} \text{ de controles médicos realizados y registrados en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente} / N^{\circ} \text{ de controles programados según norma técnica}) * 100$	100%	Centro de Salud (Enfermero/a, Médico/a, TENS e Integrantes del equipo PROCET)
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Lograr un 90% de altas en las cohortes de Tratamiento	Control mensual de enfermería de los casos en tratamiento (norma técnica)	Porcentaje de consulta enfermera realizadas y registradas	$(N^{\circ} \text{ de consulta de enfermera realizadas y registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente} / N^{\circ} \text{ de consultas programadas según norma técnica}) * 100$	100%	Centro de Salud (Enfermero/a, Médico/a, TENS e Integrantes del equipo PROCET)
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Lograr un 90% de altas en las cohortes de Tratamiento	Programar y realizar visita domiciliaria por TENS al paciente inasistente al día siguiente de la inasistencia a tratamiento	Porcentaje de visitas domiciliarias realizadas por TENS a pacientes inasistentes al día siguiente de la inasistencia a tratamiento	$(N^{\circ} \text{ de visitas domiciliarias por TENS realizadas y registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente inasistente} / N^{\circ} \text{ de inasistencias a tratamiento}) * 100$	100% *para proyeccion de denominador, en caso que el basal sea cero (usando como referencia inasistentes de año anterior), programar como mínimo una visita domiciliaria al año	Centro de Salud (TENS del equipo PROCET)

NIVEL	OBJETIVO IMPACTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA CÁLCULO	META	RRHH
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pérdida de seguimiento (abandono) menor del 5%	Visita domiciliaria de rescate del paciente inasistente a tratamiento dentro de la primera semana de inasistencia continuada, realizada por enfermera	Porcentaje de pacientes inasistentes por una semana continuada	$(\text{N}^\circ \text{ de visitas domiciliares realizadas a pacientes con inasistencia continuada dentro de la primera semana} / \text{N}^\circ \text{ de pacientes inasistentes continuados por una semana}) * 100$	100% *para proyección de denominador, en caso que el basal sea cero (usando como referencia inasistentes de año anterior), programar como mínimo una visita domiciliaria al año	Centro de Salud (Enfermero/a del equipo PROCET)

### Programa de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI)

NIVEL	OBJETIVO IMPACTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA CÁLCULO	META	RRHH
PROMOCIÓN	Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas	Mejorar el acceso a la salud integral de la población indígena con enfoque de derechos e interculturalidad	Elaboración de lineamientos técnicos de capacitación para la transversalización del enfoque intercultural en la red asistencial	Programas de capacitación en interculturalidad y salud de los pueblos indígenas disponible para la red asistencial	$(\text{N}^\circ \text{ de establecimientos que priorizan programas de capacitación en interculturalidad y salud de los pueblos indígenas} / \text{N}^\circ \text{ total de establecimientos que cuentan con Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas}) * 100$	Línea base	Equipos de participación o interculturalidad de cada Centro de Salud
PROMOCIÓN	Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas	Aumentar información sobre población inscrita perteneciente a pueblos indígenas a través de la aplicación de la pregunta por pertenencia según Ley N° 19.253	Diseño e implementación de estrategias locales para incentivar el registro de la variable de pertenencia a pueblo indígena en Sistema de Información en Salud (Decreto N° 231/2023)	Aumento del registro de la variable de pertenencia a pueblos originarios en los sistemas de información en salud	$(\text{N}^\circ \text{ de Establecimiento de Salud que aumentan la identificación de personas o beneficiarios pertenecientes a pueblos indígenas} / \text{N}^\circ \text{ Total de Establecimiento de Salud con Programa Pueblos Indígenas}) * 100$	50%	Equipos de participación o interculturalidad de cada Centro de Salud
PREVENCIÓN	Contribuir a mejorar la calidad, oportunidad y acceso a la atención en salud de los pueblos indígenas, considerando su cosmovisión y sus sistemas de sanación	Diseñar y validar un modelo de salud intercultural que garantice y asegure una atención de salud con pertinencia cultural, considerando su realidad territorial, comunitaria y perfil epidemiológico local	Elaboración de pauta de evaluación: modelo de atención en salud con pertinencia cultural; esquema de gestión técnico y administrativo, instancias de participación territorial y protocolos de atención disponibles en establecimientos de salud, entre otros.	Porcentaje de establecimientos de salud que implementan el modelo de atención con pertinencia cultural	$(\text{N}^\circ \text{ de Establecimientos de Salud que formulan, ejecutan, monitorean y evalúan modelo de atención en salud con pertinencia cultural en conjunto con representantes de los pueblos indígenas} / \text{N}^\circ \text{ total de Establecimientos de Salud}) * 100$	Línea base	Equipos de participación o interculturalidad de cada Centro de Salud

## Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa

NIVEL	OBJETIVO IMPACTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA CÁLCULO	META	RRHH
PREVENCIÓN, TRATAMIENTO	Disminuir la Discapacidad Severa y la Dependencia	Fortalecer las acciones de cuidados para las personas con discapacidad y dependencia	Educación y entrenamiento para prevención de lesiones por presión. Tratamiento de lesiones por presión. Abordaje en red para la prevención y manejo de lesiones por presión	Porcentaje de Población bajo control del PADDs que no presentan lesiones por presión (LPP)	$(N^{\circ} \text{ de personas sin LPP del PADDs} / N^{\circ} \text{ de población bajo control en el PADDs}) * 100$	92% y más de la población bajo control en el PADDs no presentan LPP	Enfermera/o, TENS, Nutricionista
TRATAMIENTO	Disminuir la Discapacidad Severa y la Dependencia	Fortalecer las acciones de cuidados para las personas con discapacidad y dependencia	Atención nutricional en Domicilio a usuarios con Dependencia severa y con indicación de NED	Porcentaje de Población bajo control del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa con indicación de Nutrición Enteral Domiciliaria (NED) reciben atención Nutricional en Domicilio	$(N^{\circ} \text{ de personas del PADDs que reciben atención nutricional en domicilio} / N^{\circ} \text{ de personas bajo control en PADDs con indicación de NED}) * 100$	El 100% de las Personas Dependientes Severas con indicación de NED, reciben atención Nutricional en domicilio	Enfermera/o, TENS, Nutricionista
TRATAMIENTO	Disminuir la Discapacidad Severa y la Dependencia	Fortalecer las acciones de cuidados para las personas con discapacidad y dependencia	Evaluación del nivel de sobrecarga de cuidadores para el diseño y ejecución de Plan de Cuidados al Cuidador	Porcentaje de Cuidadores del PADDs que mantienen evaluación de sobrecarga vigente	$(N^{\circ} \text{ de cuidadores del PADDs con valoración de sobrecarga vigente} / N^{\circ} \text{ de cuidadores del PADDs}) * 100$	Al menos el 80% de los cuidadores de personas con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria mantienen vigente la valoración de sobrecarga	Enfermera/o, TENS
TRATAMIENTO	Disminuir la Discapacidad Severa y la Dependencia	Fortalecer las acciones de cuidados para las personas con discapacidad y dependencia	Capacitación de cuidadores/as para el cuidado de la persona con dependencia severa, para su propio autocuidado y para prevención y abordaje del síndrome de sobrecarga del/de la cuidador/a	Porcentaje de cuidadores/as del PADDs capacitados	$(N^{\circ} \text{ de Cuidadores/as del PADDs capacitados/as} / N^{\circ} \text{ Total de cuidadores/as del PADDs}) * 100$	90% de cuidadores/as del PADDs son capacitados	Enfermera/o, TENS

NIVEL	OBJETIVO IMPACTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA CÁLCULO	META	RRHH
TRATAMIENTO	Disminuir la Discapacidad Severa y la Dependencia	Fortalecer las acciones de cuidados para las personas con discapacidad y dependencia	Visita Domiciliaria Integral de Ingreso a PADDs: Evaluación integral y planificación del cuidado centrado en la persona con dependencia severa	Porcentaje de personas con dependencia ingresadas al PADDs que cuentan con Plan de Cuidado Elaborado	$(N^{\circ} \text{ de personas con dependencia severa con planes de cuidado elaborado ingresadas al PADDs} / N^{\circ} \text{ de personas con dependencia severa ingresadas al PADDs}) * 100$	100% de las personas con dependencia severa ingresadas al PADDs cuentan con Plan de Cuidado Elaborado	Enfermera/o, TENS
TRATAMIENTO	Disminuir la Discapacidad Severa y la Dependencia	Fortalecer las acciones de cuidados para las personas con discapacidad y dependencia	Visita Domiciliaria Integral de Ingreso a PADDs: Evaluación integral y planificación del cuidado centrado en la persona cuidadora	Porcentaje de cuidadores ingresados al PADDs que cuentan con Plan de Cuidado Elaborado	$(N^{\circ} \text{ de cuidadores de personas no institucionalizadas (ELEM) con Planes de Cuidado Elaborado} / N^{\circ} \text{ de personas con dependencia ingresadas al PADDs}) * 100$	100% de los cuidadores ingresados al PADDs de personas no institucionalizadas (ELEM) cuentan con Plan de Cuidado Elaborado	Enfermera/o, TENS
TRATAMIENTO	Disminuir la Discapacidad Severa y la Dependencia	Fortalecer las acciones de cuidados para las personas con discapacidad y dependencia	Visita Domiciliaria Integral para continuidad del cuidado	Porcentaje de Población bajo control del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa que reciben la segunda visita domiciliaria integral	$(N^{\circ} \text{ de Segundas Visitas Domiciliares Integrales} / N^{\circ} \text{ de personas con dependencia severa bajo control en PADDs}) * 100$	100% de las personas bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa reciben la segunda visita domiciliaria integral anual	Enfermera/o, TENS, Médico/a
TRATAMIENTO	Disminuir la Discapacidad Severa y la Dependencia	Fortalecer las acciones de cuidados para las personas con discapacidad y dependencia	Visitas con fines de Tratamiento y Seguimiento a personas con dependencia severa	Promedio de Visitas de Tratamiento y Seguimiento a personas con dependencia severa del PADDs	$(N^{\circ} \text{ de Visitas de Tratamiento y Seguimiento} / N^{\circ} \text{ de personas con dependencia severa bajo control en PADDs})$	Contar con un promedio de al menos 8 visitas de tratamiento y seguimiento a personas con dependencia severa bajo control en PADDs	Enfermera/o, TENS, Médico/a

## Prevención de la Transmisión Vertical Materno Infantil

NIVEL	OBJETIVO IMPACTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA CÁLCULO	META	RRHH
PREVENCIÓN	Reducir la transmisión maternoinfantil de la sífilis	Reducir la transmisión maternoinfantil de la sífilis	Tamizaje para sífilis durante el embarazo	Cobertura de tamizaje de sífilis en la gestante	$(N^{\circ} \text{ total de mujeres atendidas por causa de parto y aborto que fueron estudiadas para sífilis durante el embarazo} / N^{\circ} \text{ total de mujeres atendidas por causa de parto y aborto}) * 100$	95%	Matrón/a, TENS
PREVENCIÓN	Reducción de la mortalidad por SIDA	Reducir la transmisión maternoinfantil del VIH	Tamizaje para VIH durante el embarazo	Cobertura de tamizaje de VIH en la gestante	$(N^{\circ} \text{ total de mujeres que son testeadas para VIH en semana 32-34} / N^{\circ} \text{ total de mujeres atendidas por causa de parto}) * 100$	95%	Matrón/a, TENS
PREVENCIÓN	Reducir la transmisión de la Enfermedad de Chagas	Reducir la transmisión maternoinfantil de Chagas	Diagnóstico de enfermedad de Chagas en mujeres de edad fértil	Cobertura en el diagnóstico de enfermedad de Chagas en mujeres en edad fértil durante control preconcepcional	$(N^{\circ} \text{ total de mujeres en edad fértil en control preconcepcional con tamizaje de enfermedad de Chagas} / N^{\circ} \text{ total mujeres en edad fértil en control preconcepcional}) * 100$	Línea base	Matrón/a, TENS

## Programa de Salud Sexual y Reproductiva

NIVEL	OBJETIVO IMPACTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA CÁLCULO	META	RRHH
PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos	Realización de Ecografía Obstétrica a gestantes en el primer trimestre de gestación	Porcentaje de gestantes con Ecografía Obstétrica del Primer Trimestre	$(N^{\circ} \text{ de gestantes con Ecografía Obstétrica del primer trimestre} / N^{\circ} \text{ total gestantes que ingresan a control prenatal menor a 14 semanas}) * 100$	100%	Matrón/a ecografista
PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos	Realización de Ecografía Obstétrica a gestantes en el segundo trimestre de gestación	Porcentaje de gestantes con Ecografía Obstétrica del Segundo trimestre	$(N^{\circ} \text{ de gestantes con Ecografía Obstétrica del segundo trimestre} / N^{\circ} \text{ total gestantes que ingresan a control prenatal}) * 100$	100%	Matrón/a ecografista
PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos	Realización de Ecografía Obstétrica a gestantes en el tercer trimestre de gestación	Porcentaje de gestantes con Ecografía Obstétrica del Tercer Trimestre	$(N^{\circ} \text{ de gestantes con Ecografía Obstétrica del tercer trimestre} / N^{\circ} \text{ total gestantes que ingresan a control prenatal}) * 100$	100%	Matrón/a ecografista

## UNIDAD DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

### AGENDAMIENTO, INTELIGENCIA EN SALUD Y TELEASISTENCIA

#### A. SISTEMAS DE GESTIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD

En la era digital, la gestión eficaz del capital informativo en una organización de salud se ha convertido en un factor crucial para alcanzar los objetivos estratégicos y mejorar la atención a los usuarios. La información de calidad permite una comprensión profunda de los procesos internos, optimizando tanto la toma de decisiones como la prestación de servicios. Para que esto sea posible, es imprescindible que la gestión de la información esté fundamentada en datos precisos, integrados y diseñados para cada nivel organizacional. Esto no solo asegura que la estrategia corporativa se traduzca en acciones operativas efectivas, sino que también respalda una toma de decisiones basada en evidencia y alineada con las mejores prácticas internacionales de salud digital.

En el contexto de las normativas de licitación pública, nos enfrentamos a escenarios en los que la continuidad de los softwares utilizados no siempre está garantizada, incluso si estos son críticos para las operaciones y la prestación de servicios de salud en la comuna. Esto nos obliga a adoptar un enfoque más flexible y adaptable en la gestión de la información, donde los sistemas deben ser capaces de evolucionar según las necesidades y ciclos de vida más cortos. Al mismo tiempo, es fundamental que la gobernanza y la custodia de las bases de datos generadas por estos sistemas permanezcan bajo control de la comuna, garantizando así la soberanía de los datos y su seguridad a largo plazo.

Este año, nuestros esfuerzos se centrarán en la optimización de los sistemas de información de la red de Atención Primaria de Salud (APS) en la comuna de Puente Alto, con un enfoque en 3 áreas prioritarias que buscan mejorar la calidad del servicio a nuestros usuarios. Para lograr una implementación exitosa, se han identificado los siguientes ejes clave:

- **Equipo calificado:** la gestión del capital informativo debe estar en manos de un equipo multidisciplinario, compuesto por profesionales clínicos e ingenieros de datos. La integración de estos perfiles es esencial para garantizar un enfoque tanto técnico como clínico en la administración de los sistemas de información en salud.
- **Fundamento estratégico:** es crucial que el uso de la información esté alineado con una visión estratégica clara, que no solo considere la eficiencia operativa, sino también el manejo ético y responsable de los datos, respetando la privacidad y seguridad de la información de los pacientes.
- **Calidad del registro:** uno de los mayores desafíos en la gestión de datos es asegurar la calidad y estandarización de los registros. La falta de normalización afecta la capacidad para representar a los usuarios en su contexto real, lo que puede impactar

negativamente en la toma de decisiones clínicas y en la planificación de políticas de salud pública.

- **Infraestructura tecnológica:** Para sostener una estrategia de datos robusta, se requiere una infraestructura tecnológica sólida que incluya servidores, licencias de software y herramientas avanzadas de análisis de datos. Esto permitirá no solo la recolección y almacenamiento de información, sino también su procesamiento y análisis eficiente.
- **Alianzas estratégicas:** colaborar con expertos en ciencia de datos y aprendizaje automático es vital para acortar la curva de aprendizaje del equipo y fomentar la innovación. Estas alianzas permitirán la instalación de capacidades avanzadas de analítica dentro de la comuna, potenciando la toma de decisiones basada en datos y mejorando la calidad del servicio.

En definitiva, la transformación digital en la gestión de información en salud debe ser integral y estar respaldada por una sólida estrategia de datos, tecnología de vanguardia, un equipo altamente calificado y un enfoque centrado en la calidad y seguridad de los datos. Solo así podremos enfrentar los desafíos actuales y futuros, y seguir mejorando la APS en la comunidad.

Este 2025 para todos los proyectos de implementación e innovación de la Unidad, se tendrán 3 elementos presentes a la hora de avanzar y trabajar con los diferentes equipos, estos son: la transformación digital y cambio cultural, la calidad, privacidad y seguridad de los datos; y la analítica avanzada y toma de decisiones basada en datos.

### Transformación digital y cambio cultural

La transformación digital en la atención en salud implica no solo la adopción de nuevas tecnologías, sino también un cambio profundo en la cultura organizacional y en la forma en que los profesionales de salud interactúan con los sistemas de información. En la APS, esto se traduce en la implementación de herramientas digitales como el registro clínico electrónico (RCE), la Telesalud y los sistemas de monitoreo remoto, que optimizan el seguimiento y cuidado de las personas. La digitalización permite un acceso más ágil y completo a la información clínica, mejorando la continuidad del cuidado y reduciendo errores en la atención de salud. Sin embargo, para que esta transformación sea efectiva, es crucial que las tecnologías se integren de manera fluida y se adapten a las necesidades operativas de los centros de atención.

La verdadera transformación organizacional nace de una estrategia nítida y un control de gestión robusto capaces de convertir la analítica avanzada en un motor de cambio real. Nuestra estrategia delimita un marco preciso para priorizar iniciativas de máximo impacto, asegurando que cada análisis de datos se oriente a resolver problemas críticos y generar valor tangible para la población.

El control de gestión actúa como el garante de coherencia entre las acciones operativas y la visión estratégica, estableciendo indicadores de desempeño y objetivos clave que permiten monitorear el progreso y ajustar las acciones de manera dinámica. Esta metodología no solo potencia la capacidad de anticipación y reacción ante desafíos emergentes, sino que transforma la toma de decisiones en un proceso estructurado y basado en evidencia, impulsando la sostenibilidad y equidad en nuestra intervención.

El cambio cultural es una parte fundamental de este proceso, ya que la adopción exitosa de tecnologías depende de la disposición de los equipos de salud para integrarlas en su práctica diaria. La resistencia al cambio suele ser uno de los mayores desafíos en la transformación digital, especialmente en entornos donde los procedimientos tradicionales están profundamente arraigados. Para superar este obstáculo, es esencial implementar estrategias de gestión del cambio, como capacitaciones continuas, acompañamiento en la adopción tecnológica y la designación de líderes de opinión que promuevan el uso de estas herramientas. También, es clave comunicar claramente los beneficios que estas tecnologías ofrecen, no solo en términos de eficiencia, sino en la mejora de la calidad de atención y los resultados de salud.

A medida que los equipos de salud se familiarizan con las nuevas tecnologías, el cambio cultural también implica un enfoque más colaborativo y basado en datos. La digitalización facilita la toma de decisiones informadas, ya que permite un análisis más preciso y en tiempo real de la información clínica y operativa. Con el tiempo, esto genera una cultura organizacional en la que las decisiones se basan en evidencia, promoviendo la mejora continua de los procesos y un enfoque centrado en el paciente. La transformación digital no es solo una actualización tecnológica, sino una evolución hacia una cultura de innovación y aprendizaje, donde la tecnología se convierte en una herramienta clave para lograr mejores resultados de salud.

### Calidad, privacidad y seguridad de los datos

La calidad de los datos es un aspecto esencial para el funcionamiento eficaz de los sistemas de información en salud, ya que los datos incorrectos, incompletos o desactualizados pueden llevar a decisiones clínicas erróneas y comprometer la seguridad del paciente. En la APS, la recolección de datos precisos y consistentes permite realizar diagnósticos más certeros, personalizar los tratamientos y asegurar un seguimiento adecuado de los pacientes, especialmente aquellos con enfermedades crónicas. Para lograr un alto nivel de calidad de los datos, es fundamental establecer estándares claros sobre la recolección, almacenamiento y uso de la información, además de implementar mecanismos de auditoría que verifiquen su exactitud y completitud. La capacitación del personal para ingresar y gestionar la información de manera correcta es clave para mantener la integridad de los datos.

La privacidad de los datos en salud es uno de los mayores desafíos en la era digital, dado que la información clínica es extremadamente sensible y su manejo indebido puede generar graves consecuencias éticas y legales. En la APS, donde los profesionales de salud tienen acceso a datos personales y clínicos de sus pacientes, es crucial implementar medidas de protección que garanticen la confidencialidad. El cumplimiento de normativas nacionales o internacionales como la GDPR o la HIPAA, junto con las Leyes locales de protección de datos, debe ser una prioridad. Esto implica limitar el acceso a la información solo al personal autorizado, realizar procesos de anonimización cuando sea necesario y asegurar que los pacientes estén informados sobre cómo se utilizan sus datos.

La seguridad de los datos es otro pilar crítico en la gestión de información en salud, especialmente frente al aumento de las ciberamenazas en el sector. Los sistemas que almacenan datos clínicos deben contar con infraestructuras robustas que protejan la información de posibles brechas o ataques cibernéticos. En la APS, donde muchos centros están migrando hacia plataformas digitales como historias clínicas electrónicas, es imprescindible adoptar tecnologías de encriptación avanzada y autenticación multifactorial para asegurar que solo personal autorizado acceda a la información. Además, la creación de planes de contingencia y recuperación de datos ante posibles incidentes garantiza que la información esté protegida y disponible incluso en situaciones de emergencia. La combinación de calidad de los datos, privacidad y seguridad no solo protege a los pacientes, sino que fortalece la confianza en los sistemas de salud digitalizados.

### **Analítica avanzada y toma de decisiones basada en datos**

La analítica avanzada en la APS tiene un potencial significativo para mejorar la prevención, el diagnóstico temprano y la gestión eficiente de los recursos. Al aplicar herramientas de análisis predictivo, los Centros de atención primaria pueden anticipar la demanda de servicios, identificar factores de riesgo en la población y diseñar intervenciones preventivas más efectivas. Esto permite a los equipos de salud de atención primaria intervenir de manera proactiva y personalizar el cuidado, reduciendo complicaciones y hospitalizaciones evitables.

La toma de decisiones basada en datos es esencial para optimizar la asignación de recursos en la atención primaria, donde los equipos a menudo trabajan con recursos limitados y poblaciones diversas. Mediante el uso de tableros interactivos que integren indicadores clave, como el tiempo de espera, la adherencia a tratamientos y las tasas de vacunación, los equipos de gestión locales y centrales pueden monitorear en tiempo real el desempeño de sus centros y tomar decisiones informadas para mejorar la eficiencia. Además, la analítica avanzada permite identificar brechas en el acceso a servicios de salud o en el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas, facilitando la creación de estrategias para cerrar esas brechas y mejorar la equidad en el cuidado de la salud.

A largo plazo, la integración de análisis predictivo en la atención primaria puede transformar la forma en que los equipos de salud manejan algunos determinantes sociales de la salud. Al analizar grandes volúmenes de datos no solo clínicos, sino también económicos y sociales, es posible identificar patrones que influyen en la salud de la población, como la vivienda, el empleo o la educación. Esto permite que los equipos de atención primaria diseñen intervenciones más holísticas que aborden estos determinantes. Al tomar decisiones basadas en datos, se fortalece la capacidad de los sistemas de atención primaria para ofrecer servicios más integrados y personalizados, mejorando los resultados de salud y la satisfacción del paciente.

## B. PROYECTOS A IMPLEMENTAR 2025

### Proyecto de cambio registro clínico electrónico

Este 2024, en conjunto con el SSMSO, en su rol de articulador de la red, se logró avanzar de manera integral, en la realización de una licitación pública para contratar un servicio informático de Registro Clínico Electrónico, que permita disponer de un único servicio para todos los establecimientos de APS de la Red SSMSO, el cual debe operar en modalidad 24 horas al día, los 7 días de la semana y los 365 días del año, sistema considerado de alta criticidad, que permitiera a los centros poder asegurar la continuidad de atención hacia los pacientes de manera ininterrumpida.

La contratación fue en modalidad de "Licenciamiento en Modalidad SAAS para Registro Clínico Electrónico (RCE) para Establecimientos de Atención Primaria (APS) de La Red de Salud Sur Oriente en Modalidad de Compra Coordinada Conjunta", entre SSMSO, quien adquirirá los servicios para la APS de las comunas de San Ramón, La Granja, La Pintana, La Florida, Pirqué y San José de Maipo; y Corporación Municipal de Puente Alto (CMPA), quien las adquirirá para la Red Corporativa de APS de la comuna de Puente Alto.

Con fecha 23 /09/2024 la Resolución Afecta N°36, adjudica licitación licenciamiento en modalidad SAAS para registro clínico electrónico (RCE) para establecimientos de atención primaria (APS) de la red de Salud Sur Oriente en modalidad de compra coordinada conjunta.

Este proceso tiene un plazo de 9 meses a contar de la firma de las partes para implementar y migrar el RCE actual. Este proceso que implica desde la "planificación" hasta la "puesta en explotación" debiera durar cerca de 36 semanas.

La transformación digital y cambio cultural, serán claves en este proceso para que esta sea efectiva, es crucial trabajar de forma cohesionada de modo que las tecnologías se integren de manera fluida y se adapten a las necesidades operativas de los equipos que se desempeñan en la red corporativa de los Centros de Salud, generando mejoras en la calidad de las atenciones en salud de las personas que acuden por servicios de salud.

### Proyecto de cambio de proveedor de servicio de imágenes comunal (RIS - PACS)

Durante el 2024, el SSMSO licitó el “Arriendo de equipamiento y software informático específicos para disponer de un Sistema de Digitalización de Imágenes Médicas, RIS-PACS” en las unidades radiológicas de los establecimientos hospitalarios del SSMSO (Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Hospital La Florida, Hospital Padre Hurtado, Hospital San José del Maipo, CRS Hospital Provincia Cordillera) y establecimientos APS de la red de salud sur oriente, incluidos los Centros de Salud de Puente Alto, utilizada en el proceso de diagnóstico por imágenes y gestión de los informes radiológicos, incluyendo con esto hardware, mantenimiento, soporte, actualización de plataforma, sistemas operativos y aplicaciones, incluidas además las capacitaciones necesarias para asegurar su óptimo funcionamiento. Además, debe disponer de una plataforma de almacenamiento, edición y visualización de exámenes de diferentes especialidades, con un servicio 24 horas al día, los 7 días de la semana y los 365 días del año con un uptime mayor o igual al 99,5%.

Este proceso tiene un plazo de 7 meses a contar de la firma de las partes para implementar y migrar del sistema anterior al sistema actual. Este proceso es crucial trabajar de forma coordinada con los 3 niveles de atención de modo que las tecnologías se integren de manera fluida y se adapten a las necesidades operativas de los equipos de salud locales, generando mejoras en la calidad de las prestaciones complementarias y por ende en salud de las personas que acuden por servicios de salud a la red corporativa de los Centros de Salud.

### Proyecto de Telesalud en la red de Centros de Salud corporativos

La Telesalud, como estrategia de salud, ha sido incluida en los lineamientos de la OMS, en su 58ª Asamblea Mundial de la Salud, en la que insta a los Estados Miembros a que se planteen la elaboración de un plan estratégico a largo plazo, para concebir e implantar servicios de “cibersalud” en los distintos ámbitos del sector de la salud; en este contexto, nuestro país asume el reto de mejorar los indicadores y condiciones de salud de la población.

La estrategia de Telesalud desarrollada como un proceso clínico, se convierte en una estrategia que permite disminuir brechas de atención y cuidados para las personas. Esta estrategia apunta a mejorar el acceso y oportunidad a prestaciones de salud, debe ser desarrollada bajo la lógica del Modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), según lo dicta el Programa Nacional de Telesalud dependiente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

En el interés de mejorar la calidad de vida de las personas beneficiarias de la Red de Centros de Salud corporativa y contar con herramientas que faciliten la gestión de la demanda de atención en salud, el CESFAM Vista Hermosa dependiente del Área de Salud de la Corporación Municipal de Puente Alto en conjunto con el SSMSO, implementaron la

estrategia de Telesalud como Centro de Salud piloto durante el primer semestre 2024 y para el 2° semestre se sumaron con esta iniciativa los CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez y Karol Wojtyla.

La implementación de la estrategia de Telesalud en los CESFAM de la comuna, permitió a los equipos locales desarrollar nuevas habilidades, mejorar la capacidad de trabajo colectiva y adoptar tecnologías de la información como herramientas que permitan realizar gestión asincrónica de la demanda de la población beneficiaria en la APS de Puente Alto, priorizando las necesidades de salud de los/as usuarios/as bajo criterios clínicos.

Para este 2025 se espera incorporar nuevos Centros de Salud para que, en la medida que la estrategia se implementa en algunos, se buscará la consolidación en otros como una herramienta para la gestión de la demanda para que en conjunto con otros proyectos se reduzcan las aglomeraciones y filas en los Centros de Salud.

### **Proyecto de renovación de parque de computadores**

Para las nuevas implementaciones tecnológicas como RCE, imágenes y adquisiciones de nueva infraestructura como telefonía IP, entre otras, se incluirá un proyecto para la adquisición de 400 computadores, lo que permitirá actualizar el 30% del parque de equipos de los Centros de Salud de la Corporación.

Para transparentar los criterios de cambios / renovación de equipos y siguiendo con los criterios expuestos inicialmente, la priorización se basa en:

- Obsolescencia tecnológica y costos de mantenimiento, ya que mantener hardware obsoleto puede volverse insostenible.
- Seguridad y rendimiento, dado que los computadores antiguos pueden ser más vulnerables a ciberataques, además equipos con bajo rendimiento enlentecen el trabajo diario, aumentando el tiempo necesario para realizar tareas.

La propuesta técnica inicial de cambio es:

- CESFAM Bernardo Leighton con 71,7% de equipos con obsolescencia y 31 CPU diferentes disponibles en el Centro.
- CESFAM Karol Wojtyla con 55,6% de equipos con obsolescencia y 27 CPU diferentes disponibles en el Centro.
- CESFAM Vista Hermosa con 51% de equipos con obsolescencia y 28 CPU diferentes disponibles en el Centro.
- CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez con 42% de equipos con obsolescencia y 20 CPU diferentes disponibles en el Centro.
- CEP San Lázaro con 36% de equipos con obsolescencia y 20 CPU diferentes disponibles en el Centro.

## UNIDAD DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DE COMPRAS

La Unidad de Gestión Administrativa y de Compras del Área de Salud es la responsable de liderar, planificar y supervisar todas las actividades vinculadas a la adquisición de bienes y servicios, así como de llevar a cabo las tareas administrativas relacionadas a la gestión de contratos, boletas y facturaciones del área.

Su labor es fundamental para asegurar la eficiencia, transparencia y cumplimiento de la normativa vigente en materia de compras públicas, promoviendo así una gestión efectiva de los recursos destinados a la mejora de la atención sanitaria. A través de la implementación rigurosa de procesos de adquisición, la Unidad contribuye a fortalecer la calidad de los servicios de Salud, asegurando que se satisfagan las necesidades de los/as usuarios/as internos/as y externos/as de los Centros de Salud.

Su objetivo es coordinar y optimizar todos los recursos financieros y materiales para garantizar un funcionamiento eficaz y eficiente de los servicios de Salud. Esto incluye la planificación, organización y control de las actividades administrativas, promoviendo la transparencia, la rendición de cuentas y el cumplimiento de la normativa vigente. A través de una gestión integral, se busca facilitar la toma de decisiones y mejorar la calidad de la atención sanitaria, asegurando que se satisfagan adecuadamente las necesidades de la población.

### AVANCES 2024

- **Incorporación de nuevos funcionarios:** se ha integrado una odontóloga en el proceso de compras de insumos dentales, lo que ha facilitado la identificación de requerimientos y la adquisición de productos adecuados y se ha sumado un TENS, mejorando la gestión en el Área de Salud.
- **Optimización de procesos:** se han mejorado los mecanismos de seguimiento de adquisiciones, lo que ha permitido una gestión más eficiente de las compras y contratos.
- **Fortalecimiento de colaboraciones:** se ha establecido una comunicación más fluida entre la Unidad de Gestión Administrativa y otros departamentos, lo que ha potenciado la coordinación en procesos de compra.

### DESAFÍOS 2025

- **Mejorar procesos de compras:** crear formularios de solicitud estandarizados para optimizar la recolección de requerimientos y reducir los tiempos de respuesta.
- **Fortalecer capacidades de las unidades técnicas:** capacitar a las unidades técnicas en plazos establecidos y formas de evaluación de ofertas para asegurar la calidad en los procesos de compra.

- **Optimizar recursos:** implementar estrategias para una gestión más eficiente de los recursos disponibles en los diferentes programas de Salud.
- **Aumentar la transparencia y eficiencia:** desarrollar indicadores de rendimiento para evaluar el proceso de compras y garantizar una mayor transparencia en la gestión administrativa.
- **Incorporar tecnología:** evaluar y, si es posible, implementar nuevas herramientas tecnológicas que faciliten el seguimiento y la gestión de compras y contratos.

## EJE DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN

### CALIDAD, SEGURIDAD Y HUMANIZACIÓN

En el contexto de los crecientes desafíos que enfrenta el sistema de Salud Pública, tanto a nivel local como global, la necesidad de fortalecer las estrategias que garanticen la calidad, seguridad y humanización en la atención es cada vez más evidente. Las instituciones de Salud deben evolucionar hacia modelos más integrales y coordinados, que pongan al paciente y su entorno en el centro de las decisiones y procesos clínicos. En respuesta a esta necesidad y a la articulación de los esfuerzos de diversas áreas especializadas en la mejora continua de los servicios de salud, se consideran los siguientes aspectos o ejes claves para asegurar la calidad de las atenciones en salud:

- Alineamiento con las políticas nacionales y globales vigentes emanadas desde el MINSAL y entidades internacionales de atención segura.
- Fortalecimiento continuo de la cultura de calidad y seguridad, optimizando la gestión de los procesos clínicos y minimizando los riesgos de la atención.
- Humanización de la atención de salud como foco estratégico y transversal.
- Innovación y mejora continua a través de la generación y sistematización de conocimientos provenientes de la cultura de investigación ya instalada.
- Capacitación a los equipos de salud en temáticas relevantes y claves para la atención de calidad y formación docente asistencial.
- Cuidado y bienestar de los equipos de Salud que propicien entornos saludables de trabajo.



Modelo de Gestión Subdirección de Calidad, Seguridad y Humanización del Área de Salud

Con el propósito de fortalecer y complementar las acciones que se basan en los ejes claves mencionados anteriormente y favorecer el trabajo coordinado y colaborativo para un mejor y mayor impacto, es que se han integrado en la estructura de funcionamiento de calidad las coordinaciones ya existentes. Con ello, se espera que se aborden de manera sistémica los problemas, enfocándose en la prevención, la formación del personal, el manejo de riesgos y la implementación de mejoras basadas en la evidencia científica. En consecuencia, el objetivo de propender a avances significativos en la calidad de vida de las personas que consultan y en la profesionalización de los equipos de salud se consolida en un modelo de atención más humano, seguro y eficiente.

## EJE DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN

### HUMANIZACIÓN

La introducción del concepto de humanización ya fue presentada al inicio de este documento.

Durante el año 2024, el SSMSO desarrolló lineamientos para los establecimientos de la red, especialmente focalizado en calidad y humanización para contribuir al cambio cultural necesario para entregar una atención de calidad, segura y humanizada. Las siguientes son las estrategias impulsadas por el SSMSO:

- Alinear la planificación estratégica (visión, misión y objetivos estratégicos) con los conceptos de humanización y excelencia para entregar un mensaje claro y consistente a la comunidad funcionaria y a la población usuaria.
- Estimular la reflexión y difusión participativa en torno a la humanización y excelencia dentro del equipo de Salud.
- Facilitar el conocimiento y distinción necesaria para comprender, difundir y liderar el proyecto de humanización y excelencia.
  - Identificar necesidades de capacitación para los equipos de las diferentes áreas críticas.
- Reconocer los avances existentes en humanización y excelencia, y estimular el aprendizaje conjunto.
- Visibilizar por parte de la comunidad usuaria y funcionaria cambios de alto impacto y fácil implementación dentro de la institución.

En la comuna de Puente Alto, en el mes de septiembre 2024, se creó el cargo de referente técnico de humanización, con el fin de participar en el desarrollo de políticas que integren la humanización y la calidad en todos los niveles de APS, apoyar en la formación y capacitación de funcionarios/as y usuarios/as en temas relacionados con la humanización, fomentar la participación comunitaria y favorecer la generación de conocimiento teórico y práctico en temáticas de humanización en APS.

Además, se han realizados diversas actividades como la III Jornada de Calidad y Seguridad de la Atención del Área de Salud de la CMPA "Por una Atención Humanizada, de Calidad y Centrada en la Persona", en octubre del 2024, con el objetivo de crear un entorno de atención en Salud que, además de ser seguro y de alta calidad, se caracterice por un enfoque humanizado y centrado en la persona. Se contó con la participación de la Dra. Giovanna Gutiérrez, jefa del Departamento de Calidad y Humanización del SSMSO, la fonoaudióloga Consuelo Macera del Departamento de Calidad de Vida Laboral del SSMSO y el presidente del comité de ética asistencial del Área de Salud de la CMPA. También, se

llevaron a cabo múltiples reuniones y capacitaciones con los CDU y líderes comunitarios de los distintos CES/CESFAM perteneciente a la CMPA.

## EJES ESTRATÉGICOS DE HUMANIZACIÓN PARA APS

Con el fin de promover una APS humanizada, fundamentada en sólidos principios éticos y valores como el respeto, compasión, equidad, colaboración, integridad, integralidad y calidad, y con la meta de ser reconocidos como una APS humanizada e integrada a la red, que genera conocimiento teórico como práctico, se proponen los siguientes ejes estratégicos como desafíos para el 2025. Estos ejes buscan garantizar atenciones que respetan la dignidad y estén centradas en las personas.

### Eje 1: Atención centrada en la persona

El objetivo del presente eje es proporcionar una atención y cuidados que respondan a la globalidad de cada persona como un ser único e irrepetible, considerando su dignidad, respetando sus valores y su libertad para elegir. Esto a través de estrategias como la del cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad (ECICEP).

Con respecto a la capacitación en humanización en salud, es fundamental que esta incluya tanto al personal que labora en los CESFAM, CES y servicios transversales, como a la comunidad organizada en los CDU.

Otro aspecto crucial para la humanización en salud es la necesidad de promover un cambio de paradigma al adoptar el concepto de "experiencia del paciente". Este concepto va más allá de una simple satisfacción o de obtener buenos resultados, debe contemplar las interacciones que se producen dentro de la organización, así como la percepción de la persona y sus familiares a lo largo de todo el proceso de atención durante el ciclo vital. Para lograr esto, es esencial establecer una línea base que permita recopilar la información necesaria para alcanzar este objetivo, como por ejemplo del desarrollo de una encuesta de satisfacción usuaria.

### Eje 2: Infraestructura, entornos y espacios saludables

Entendiendo lo difícil de abordar este tema y considerando que los Centros de Salud suelen ser complejos y desorientadores para los usuarios, lo que incrementa la sensación de vulnerabilidad de las personas, se buscará intervenir los factores que afectan del entorno que pueden influir en la experiencia del paciente. Por ejemplo, se evaluará medidas para controlar el nivel de ruido u otros estímulos que afecten a las personas con neurodiversidad, así como acondicionar espacios destinados a la entrega de malas noticias, entre otras acciones.

También, se deben considerar acciones preventivas para abordar el desgaste de los/as funcionarios/as de Salud a través de estrategias que fomenten el autocuidado en espacios físicos protegidos.

Además de fomentar el desarrollo de una organización segura, se busca crear un clima en el que las personas se sienten lo suficientemente seguras como para asumir riesgos interpersonales hablando y compartiendo preocupaciones, preguntas e ideas.

### Eje 3: Profesionales como agentes de humanización

Es fundamental centrar la atención en las personas que proveen atención a otros/as, promoviendo la formación, la sensibilización y la participación en temas relacionados con las temáticas de humanización. Además, es crucial reconocer el esfuerzo de los equipos de trabajo en este ámbito, con el objetivo de desarrollar y fomentar buenas prácticas en la atención clínica humanizada.

El compromiso es compartir la visión que una atención humanizada no sólo aporta beneficios al paciente y personas significativas, sino que también facilita el trabajo como equipos de salud, permitiendo alcanzar mejores resultados en sus acciones.

### Eje 4: Liderazgo y organización humanizada

Se debe considerar a la cultura como el conjunto de los rasgos distintivos que caracterizan a un grupo social o equipo. Esto abarca, además, los modos de vida y trabajo, las formas de convivencia y desarrollo, así como los sistemas de valores, las tradiciones, creencias y temores asociados.

Por ello, es fundamental que en toda la institución se compartan valores como:

- Respeto
- Compasión
- Equidad
- Colaboración
- Integridad
- Integralidad
- Calidad

Se debe asegurar que las acciones estén motivadas por una cultura de respeto mutuo y un verdadero interés en ayudar a las personas. Cada persona de los equipos de Salud debe actuar como un líder motivador e inspirador, para asegurar que la experiencia del paciente esté basada en la confianza y empatía. De esta manera, contribuyen a su bienestar y a obtener los mejores resultados.

## COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL DEL ÁREA DE SALUD

Una labor importante en este ámbito es el trabajo que realiza el Comité de Ética Asistencial del Área de Salud de la CMPA., que según lo establecido en los artículos 17 al 22 de la Ley N.º 20.584 y 4º y 7º del DFL N.º 1 de 2005, ambos del MINSAL, que consideró la necesidad de regular la creación de los Comités de Ética Asistencial, su objetivo es resguardar la dignidad del paciente y los principios éticos esenciales en las prestaciones que se realizan en todos los centros de Salud dependientes de la Corporación Municipal de Puente Alto.

Sus funciones se describen a continuación:

- Asesorar a los/as usuarios/as o prestadores/as en el proceso de toma de decisiones relativo a aquellos conflictos ético-clínicos que se susciten como consecuencia de la atención en Salud.
- Contribuir, en el marco de su función consultiva, a la protección de los derechos de los/as usuarios/as en su relación con los/as prestadores/as, y proponer a la institución las medidas adecuadas para la satisfacción de ellos/as en los casos de que resulten afectados/as.
- Velar por el respeto a la dignidad, autonomía e intimidad de las personas que participan en la relación clínica, en el marco de su función consultiva.
- Elaborar y aprobar un reglamento de régimen interno del Comité.
- Proponer a la institución protocolos y orientaciones de actuación de carácter preventivo para enfrentar situaciones en las que puedan surgir frecuentemente conflictos ético-clínicos.

En definitiva, como Área de Salud de la CMPA, la intención es promover una atención primaria humanizada, con un fuerte componente ético, basada en valores como el respeto, compasión, equidad, colaboración, integridad, integralidad y calidad.

Pues lo que se quiere es que la APS corporativa sea reconocida como humanizada e integrada a la red, que genera conocimiento teórico y práctico, para garantizar atenciones que respetan la dignidad de las personas y estén centradas en ellas.

## EJE DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN

### CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

La Unidad de Calidad y Seguridad tiene como propósito fundamental asegurar que los servicios de salud ofrecidos a la comunidad en los Centros de Salud públicos de la comuna, se ajusten a los más estándares de calidad y seguridad establecidos desde la Superintendencia de Salud, lo anterior, con un énfasis en la atención centrada en las personas.

De acuerdo a los desafíos planteados para el año 2024 dirigidos a integrar la gestión de riesgo y la gestión de procesos hacia una mirada más unificada, permitiendo avanzar hacia planes de mejora más efectivos, mejorando los procesos asistenciales y permitiendo asegurar una atención de salud segura y de calidad tanto para los/as usuarios/as como para los equipos de Salud, se continuó avanzando en los procesos de acreditación de los establecimientos de salud de la red corporativa y además se trabajó en la normalización de las autorizaciones sanitarias pendientes, avanzando al cumplimiento de los plazos establecidos por la autoridad sanitaria y al cumplimiento de la regulación vigente.

De cara al año 2025, la Unidad de Calidad y Seguridad se plantea una serie de estrategias alineadas con las Orientaciones para la Planificación y Programación del MINSAL, con el objetivo de relevar el foco de la atención humanizada, las cuales se sumarán a su planificación operativa la cual se compone de los 3 pilares de gestión: de procesos, del riesgo y regulatoria.

#### GESTIÓN POR PROCESOS

Objetivo	Estrategias / Actividades
1. Preparar y acompañar el proceso de acreditación y reacreditación de los CESFAM y dispositivos de Salud de la comuna según corresponda.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acompañar en la preparación del equipo de los dispositivos de Salud comunales para el proceso de acreditación mediante planes de trabajo consensuados con los Centros a acreditar.</li> <li>2. Revisar la documentación de los dispositivos de Salud publicada en la plataforma documental en contexto del proceso de acreditación o reacreditación según corresponda.</li> <li>3. Realizar constataciones en terreno de las características aplicables al proceso en los dispositivos de salud planificados a evaluar.</li> <li>4. Organizar y realizar evaluaciones externas a los centros comprometidos para acreditación, previo a la visita de la entidad acreditadora.</li> </ol>

Objetivo	Estrategias / Actividades
<p><b>2. Optimizar la detección y manejo de oportunidades de mejora en los procesos de los Centros de salud de Puente Alto mediante la unificación de la Gestión de los mismos y su gestión del Riesgo.</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Velar por la aplicación del protocolo para la gestión de eventos adversos y centinelas, incorporando la gestión por procesos en las respectivas reuniones de análisis de eventos.</li> <li>2. Instalar un sistema de gestión de incidentes para la Unidad de calidad.</li> <li>3. Sensibilizar y formar a los equipos de calidad y eventos adversos en la integración de la gestión del riesgo y la gestión de procesos.</li> <li>4. Analizar los informes de los eventos centinela presentados a lo largo del año, a partir de los procesos que presentan riesgos detectados.</li> <li>5. Acompañar en la aplicación de la metodología de realización de planes de mejora efectivos para eventos adversos.</li> </ol>
<p><b>3. Desarrollar el plan comunal de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS).</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar estudio de prevalencia de infecciones asociadas a procedimientos invasivos para fortalecer y articular acciones de vigilancia en los Centros de Salud corporativos.</li> <li>2. Monitorear el indicador "Lavado clínico de manos" con periodicidad mensual.</li> <li>3. Realizar reuniones comunales con periodicidad trimestral con encargadas de IAAS locales.</li> <li>4. Sensibilizar sobre el uso racional de antimicrobianos participando activamente en el Comité del Programa de Optimización de Antimicrobianos (PROA).</li> <li>5. Colaborar en el aseguramiento y abastecimiento de dispositivos médicos a través de la participación activa en los procesos de compra y el Comité de Dispositivos Médicos (CODIMED).</li> <li>6. Asesorar al personal de salud en IAAS y precauciones estándares, incentivando a la realización de capacitaciones comunales.</li> <li>7. Implementar un comité de IAAS comunal.</li> <li>8. Colaborar con el equipo de proyectos en la implementación del uso correcto de las áreas de trabajo y los flujos de atención relacionados a prevención de infecciones.</li> </ol>
<p><b>4. Acompañar y asesorar en el desarrollo de los procesos relacionados con la gestión clínica de los procedimientos de enfermería.</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Velar por la correcta aplicación de los procedimientos de enfermería y socializarlos comunalmente.</li> <li>2. Continuar con la implementación del indicador "Instalación de catéter urinario" a nivel comunal.</li> <li>3. Orientar a los encargados de los procesos clínicos en la elaboración de documentos e indicadores de los procedimientos que se ejecutan en la práctica clínica.</li> </ol>
<p><b>5. Fortalecer la atención de salud humanizada, centrada en la persona para garantizar un cuidado seguro, eficiente y respetuoso de las necesidades individuales de los/as pacientes.</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortalecer la cultura institucional con enfoque en la mejora continua, promoviendo la prevención de errores y el aprendizaje de ellos en los equipos clínicos y administrativos.</li> <li>2. Mejorar el modelo de atención considerando necesidades, creencias y valores del paciente, en línea con la estrategia de humanización.</li> <li>3. Implementar programas de formación continua en calidad, seguridad y competencias emocionales para una atención humanizada.</li> <li>4. Acompañar en el proceso de la digitación de procesos de calidad para una gestión más ágil y precisa, alineada a los lineamientos ministeriales.</li> <li>5. Trabajar de manera conjunta con la coordinación social para incrementar la participación ciudadana mediante espacios de diálogo y evaluación de la calidad de los servicios.</li> </ol>

## GESTIÓN DEL RIESGO

Objetivo	Estrategias / Actividades
1. Resguardar que el equipo humano se encuentre capacitado y formalizado en sus funciones y en la seguridad de la atención de los/as pacientes.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mantener actualizados los roles y funciones de encargado/as de eventos adversos en los Centros de Salud.</li> <li>2. Mantener unificados los lineamientos generales de los roles y funciones de los/as encargados/as de calidad y eventos adversos tanto comunales, como de los Centros de Salud.</li> <li>3. Responsable de la publicación, difusión y socialización de los lineamientos de los roles y funciones de los/as encargados/as de calidad y eventos adversos.</li> </ol>
2. Supervisar la gestión de eventos adversos y centinela en los dispositivos de salud comunales.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mantener actualizado y unificado el documento del proceso de gestión de sucesos que afecten la seguridad del paciente abordado según categorización de evento</li> <li>2. Gestionar con la Unidad de capacitación comunal la capacitación certificada de eventos e IAAS.</li> <li>3. Elaborar y difundir informes semestrales y anuales detallados de eventos adversos y centinelas.</li> <li>4. Supervisión de la gestión de los casos con medición de indicadores de procesos de gestión con posterior supervisión semestral continua.</li> <li>5. Elaborar y establecer un instrumento de supervisión de los planes de mejora ejecutados.</li> </ol>
3. Elaborar y ejecutar el programa de auditorías de calidad comunal.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Confección de programa anual de auditorías, priorizando procesos relevantes de aspecto clínico y administrativos transversales de la institución.</li> <li>2. Ampliar los participantes del proceso de auditorías, a profesionales y técnicos expertos de unidades técnicas, transversales y CES/CESFAM.</li> <li>3. Visualizar y gestionar las oportunidades de mejora observadas en las auditorías de calidad para el mejoramiento de los procesos asistenciales.</li> </ol>
4. Supervisar la ejecución del plan estratégico de la red de urgencia comunal con enfoque en la gestión del riesgo.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitorizar la ejecución del plan estratégico para la entrega de servicios de urgencias de calidad y seguros considerando los ámbitos de estructura, procesos y asistenciales.</li> </ol>
5. Apoyar la integración del enfoque de riesgo en los planes de trabajo de los servicios transversales (equipo integral, Central de Ambulancias)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Confección de plan de trabajo anual con los encargados locales.</li> <li>2. Mantener la participación de los equipos transversales en temas de calidad y gestión de riesgo.</li> </ol>

## GESTIÓN REGULATORIA

Objetivo	Estrategias / Actividades
1. Acompañar y supervisar en el proceso de acreditación y reacreditación de los CESFAM y dispositivos de Salud de la comuna según corresponda.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaborar un cronograma con los dispositivos a considerar para el proceso de acreditación para el año en curso.</li> <li>2. Realizar reuniones periódicas con los equipos de cada establecimiento para revisar el avance, resolver dudas y gestionar los requerimientos por cada característica que conlleva el proceso según corresponda.</li> <li>3. Realizar visitas de seguimiento desde el nivel comunal para verificar</li> <li>4. Estandarizar los procesos mediante la creación de protocolos que se alineen con los requisitos de acreditación.</li> </ol>
2. Gestionar el proceso de autorización sanitaria a los CESFAM y dispositivos de Salud de la comuna según corresponda.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Programar y priorizar a partir de las brechas identificadas para cada establecimiento, el proceso de autorización sanitaria ajustando las acciones a corto, mediano y largo plazo.</li> <li>2. Realizar visitas periódicas a los establecimientos para verificar el avance en la implementación de mejoras programadas en contexto de autorización sanitaria.</li> <li>3. Establecer una comunicación proactiva y permanente con el equipo del Centro de Salud, manteniendo reuniones periódicas para discutir avances, aclarar dudas y recibir orientación sobre el cumplimiento de requisitos específicos para la autorización sanitaria.</li> <li>4. Previo a presentar la solicitud formal de autorización sanitaria, realizar una evaluación exhaustiva del cumplimiento de todos los aspectos normativos en contexto de autorización sanitaria.</li> </ol>
3. Gestión de requerimientos de los dispositivos de Salud con la autoridad sanitaria.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Solicitar, recepcionar y cargar documentos requeridos a SEREMI en línea.</li> <li>2. Realizar seguimiento en plataforma de SEREMI de los trámites ingresados.</li> <li>3. Informar y derivar las resoluciones de los trámites ingresados a la plataforma de SEREMI en línea.</li> </ol>
4. Realizar gestión documental.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Entregar código a documentos de elaboración transversal e incorporar al "listado maestro" de la gestión documental.</li> <li>2. Difundir documentos de elaboración transversal a los encargados de calidad de los establecimientos de Salud.</li> <li>3. Mantener actualizada la plataforma de gestión de documentos corporativa.</li> <li>4. Orientar en la implementación de la norma de gestión documental.</li> </ol>
5. Gestionar con las áreas responsables los proyectos en contexto de norma técnica básica (NTB).	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar seguimiento a documentos asociados a dominio de terrenos de establecimientos sin regularización (CRSH, AR, CCR VH, CCR AR, BL, SG).</li> <li>2. Orientar a los Centros para la elaboración de proyectos asociados al cumplimiento de norma técnica básica.</li> <li>3. Clasificar proyectos según criterios para financiar con Programa de Mantenimiento de Infraestructura (PMI).</li> <li>4. Realizar seguimiento de PMI.</li> </ol>
6. Acompañar a los dispositivos de Salud en contexto de las normativas ministeriales vigentes.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asesorar a los Centros respecto a la implementación de las normativas ministeriales (como Ley N° 20.584 de deberes y derechos de los pacientes en atención de Salud, atención preferente, etc.)</li> </ol>

## PROTECCIÓN RADIOLÓGICA: DESAFÍOS 2025

**Objetivo:** Prevenir los riesgos asociados a las radiaciones ionizantes en los funcionarios y pacientes de la red de centros que cuenten con equipos con radiación ionizante (radiología osteopulmonar, dental y mamografías).

**Meta:** Lograr el 100% de cumplimiento de las actividades planificadas.

Actividad	Plazo	Responsable(s)	Meta
Gestionar la renovación de autorizaciones de desempeño para personal ocupacionalmente expuesto (POE)	1 <sup>er</sup> semestre de 2025	Oficial de protección radiológica comunal (OPR)	100% de los Centros de Salud que cuenten con equipos de radiología
Revisión anual de elementos de protección radiológica	2 <sup>o</sup> semestre de 2025	OPR comunal Encargado de radiología dental de cada Centro de Salud	100% de los Centros de Salud que cuenten con equipos de radiología
Licitación de dosimetría para todo el año 2025	Antes del 1 <sup>er</sup> semestre de 2025	OPR comunal	Compra de dosímetros para los 4 trimestres de 2025
Licitación de renovación de elementos de protección personal (EPP) plomados	1 <sup>er</sup> semestre de 2025	OPR comunal	Reponer EPP Plomados que estén deteriorados por uso
Planificar "Curso de Protección Radiológica" a TONS dedicados a imagenología dental	2 <sup>o</sup> semestre de 2025	OPR comunal Asesora de prevención de riesgos Coordinador de capacitación y docencia	50% de los POE de Centros de Salud que cuentan con equipos de radiología dental
Realizar catastro de EPP plomados antes de que cumplan su garantía	2 <sup>o</sup> semestre de 2025	OPR comunal	100% de los Centros de Salud que cuenten con equipos de radiología
Coordinar licitaciones para mantención de los equipos de radiología osteopulmonar, dental y mamografía	2 <sup>o</sup> Semestre de 2025	OPR comunal Encargado de equipamiento especializado Unidad de gestión de la información	100% de equipos de radiología dental
Cotizar instrumentación de medición de radiación local	1 <sup>er</sup> y 2 <sup>o</sup> semestres de 2025	OPR comunal	Cotización y posterior compra de una cámara de ionización
Realizar control de calidad de los equipos que generan radiación ionizante	2 <sup>o</sup> semestre de 2025	OPR comunal Encargado de radiología dental de cada Centro de Salud	50% de los Centros de Salud que cuenten con equipos de radiología

## EJE DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN

### PLAN DE CAPACITACIÓN Y DOCENCIA

La capacitación es un proceso educacional de carácter estratégico aplicado de manera organizada y sistemática, mediante el cual los/as funcionarios/as adquieren y desarrollan conocimientos y habilidades específicas para sus puestos de trabajo. Es por ello que el Plan anual de capacitación 2025 recoge diferentes ámbitos de interés, con el propósito de responder a las necesidades de formación de los/as funcionarios/as del Área de Salud y así puedan desarrollar actividades clínicas seguras y que, quienes lo reciben, los/as usuarios/as, obtengan condiciones de atención de Salud con calidad y seguridad.

En este sentido, se han considerado los lineamientos estratégicos emanados por el Ministerio de Salud mediante los ejes estratégicos del Programa de Formación de Recursos Humanos, así como lineamientos de resorte local, los que, en su conjunto, pretenden contribuir a la adquisición de nuevas habilidades y herramientas de desempeño de las personas.

El plan de capacitación pretende generar instancias de aprendizajes específicos al área de trabajo de cada funcionario/a para el mejoramiento en la calidad de los servicios entregados junto con entregar herramientas teórico-prácticas que permitan cerrar brechas de conocimientos entre funcionarios de una misma categoría.

Para el 2025, se ha considerado la incorporación de capacitaciones asociadas al buen trato usuario y sus familias, con el objetivo de fortalecer las competencias sobre salud familiar, de modo que puedan contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención y su humanización, en el marco del desarrollo del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario.

Las Orientaciones para la Programación en Red, considera ejes estratégicos para el Plan Anual de Capacitación de las entidades de Salud primaria, los que son incorporados como base mínima para la construcción del plan. Estos ejes son:

- Eje estratégico 1: Medioambiente y entornos saludables
- Eje estratégico 2: Estilos de vida
- Eje estratégico 3: Enfermedades transmisibles
- Eje estratégico 4: Enfermedades crónicas no transmisibles y violencia
- Eje estratégico 5: Funcionamiento y discapacidad
- Eje estratégico 6: Emergencias y desastres
- Eje estratégico 7: Gestión, calidad e innovación
- Eje estratégico 8: Equidad

## Implementación de plan de capacitación 2025 del Área de Salud

- Las actividades de capacitación se dirigirán a todos los estamentos de la organización fomentando la participación de todos los/as funcionarios/as pertenecientes al Área de Salud.
- Las actividades de capacitación serán evaluadas de manera trimestral.
- Cada actividad de capacitación contará con el presupuesto necesario para su financiamiento.

La malla de capacitación 2025 va dirigida a los/as funcionarios/as pertenecientes a los Centros de Salud corporativos, no importando su calidad de contrato, procurando que la participación de la actividad de formación contribuya al desempeño de las labores y resulte atingente a ello.

## Evaluación y seguimiento del plan

El Plan de Capacitación 2025 debe ser evaluado desde el punto de vista de la valoración de los conocimientos adquiridos por el personal que participe en las actividades de capacitación, así como también de la evaluación a corto y mediano plazo de la utilidad práctica de la formación en el desempeño de las personas. La evaluación y seguimiento del programa propuesto como Malla de Capacitación 2024 del Área de Salud será responsabilidad de la Coordinación de Capacitación y Relación Asistencial Docente.

Si bien la Malla de Capacitación 2025 constituye el eje en torno al cual se organiza la actividad formativa para el año, ésta debe ser entendida como un instrumento flexible, el cual puede sufrir modificaciones a lo largo del desarrollo del periodo, de acuerdo a las necesidades vayan surgiendo en el contexto sanitario y local. Al finalizar el año, se emitirá un informe con la evaluación de la ejecución de la malla que permita perfeccionarla para los siguientes años.

## Modalidades de gestión formativa previstas

La implementación de las actividades formativas se enmarcará en cuatro modalidades de programa:

### 1. Programas de formación gestionados a través de una OTEC con utilización de franquicia SENCE

Para cada actividad de capacitación que se incluye en estos programas se selecciona vía licitación una OTEC encargada de entregar y supervisar la adecuación conceptual, metodológica y docente de los mismos.

## 2. Programas de formación gestionados internamente

Serán organizados a través de las coordinaciones técnicas dependientes de la subdirección técnica del Área de Salud, de acuerdo con los objetivos y prioridades establecidos en el presente Plan de Formación.

A lo anterior se añaden, capacitaciones internas que quieran impartir los mismos funcionarios de los Centros de Salud corporativos, con la respectiva evaluación y aprobación de la subdirección técnica y la coordinación técnica correspondiente.

## 3. Programas de formación gestionados a través de los convenios asistenciales – docentes

A través de la suscripción de convenios asistenciales – docentes con diferentes instituciones de Educación Superior, se desarrollarán actividades de perfeccionamiento para los/as funcionarios/as de los Centros de Salud corporativos, como parte de la retribución por ser campo clínico.

## 4. Programas de formación gestionados directamente desde el SSMSO

El Servicio de Salud otorgará cupos para los/as funcionarios/as de la Corporación interesados en realizar cursos o diplomados a través del Convenio Mandato “Programa Capacitación y Formación Atención Primaria en la Red Asistencial”, dada la necesidad de contribuir al desarrollo, fortalecimiento de capacidades y competencias laborales, para el trabajo de la Atención Primaria de Salud.

Adicionalmente, el Servicio de Salud tiene a su cargo el Programa “Formación de Especialistas en el nivel de atención primaria de salud (FENAPS)”, el cual busca formar a médicos/as, odontólogos/as y químicos/as farmacéuticos/as en especialidades prioritarias para la Atención Primaria de Salud e incrementar sus conocimientos, competencias y aptitudes, mediante su ingreso a programas de educación continua, fortaleciendo así la capacidad formadora de la red.

### Financiamiento

El presupuesto 2025 para este concepto es de \$26.450.000. Este presupuesto considera las capacitaciones presentadas en la malla para los Centros de Salud.

### Propuesta de malla de capacitación 2025

Eje estratégico	Actividades de capacitación	Dirigido a (categorías)
1. Medioambiente y entornos saludables	Salud familiar	A, B, C, E, F
	Manejo de residuos especiales de Establecimientos de Salud	A, B, C

Eje estratégico	Actividades de capacitación	Dirigido a (categorías)
2. Estilos de vida	Jornada de actualización en Salud respiratoria del adulto	A, B
	Actualización en programas preventivos EMP y EMPAM	B, C
	Climaterio y sus implicancias	A, B
	Mujeres y participación laboral	A, B, C, E, F
	Salud mental en APS	A, B, C
3. Enfermedades transmisibles	Actualización en tuberculosis	A, B, C
	Programa de inmunización	A, B, C
	Consejería en VIH	B
4. Enfermedades crónicas no transmisibles y violencia	Actualización programa cardiovascular para APS	A, B
	Radiografía odontológica para técnicos en odontología	C
	Jornada de equipos psicosociales de Salud mental	B
	Estrategia de Salud centrada en las personas (ECICEP)	A, B, C, E
	Ortodoncia en APS	A
	Reanimación cardiopulmonar y uso de DEA (RCP básico)	B, C, D, E, F
	Apoyo vital avanzado pediátrico (PALS)	A
	Apoyo vital avanzado cardiovascular (ACLS)	A, B
	Atención táctica de heridos en emergencia o catástrofe (TECC)	A, B, C
	Soporte vital de trauma prehospitalario (PHTLS)	B, C, F
5. Funcionamiento y discapacidad	Lenguaje de señas	A, B, C, D, E, F
	Abordaje integral de personas con trastorno del espectro autista	A, B, C
	Inclusión laboral de personas con discapacidad en Chile	A, B, C, D, E, F
6. Emergencias y desastres	Taller uso y manejo de extintor	A, B, C, D, E, F
7. Gestión, calidad e innovación	Herramientas para el buen trato en la relación con pacientes y familiares	A, B, C, D, E, F
	Problemas de Salud GES y Sigges: enfoques y estrategias de gestión	A, B, C, E
	Formación para evaluadores del sistema nacional de acreditación de prestadores institucionales de Salud	B
	Elaboración de indicadores en Salud	A, B, C
	Habilidades y gestión directiva para CESFAM	A, B
	Gestión emocional en atención de usuarios	A, B, C, D, E, F
	Trabajo en equipo	A, B, C, D, E, F
	Excel	A, B, C, D, E, F
	Calidad y acreditación	A, B, C, D, E, F
	Eventos adversos	A, B, C, D, E, F
7. Gestión, calidad e innovación	Gestión del riesgo y seguridad de la atención en Salud	A, B, C, D, E, F
	Infecciones asociadas a la atención en Salud	A, B, C, D, E, F

Eje estratégico	Actividades de capacitación	Dirigido a (categorías)
7. Gestión, calidad e innovación	Participación social y gestión participativa	A, B, C, D, E, F
	Curso para operadores de calderas y autoclaves	B, C, F
	Manejo de heridas	B, C
8. Equidad	Género y diversidad en los ambientes laborales	A, B, C, E, F

## EJE DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN

### UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

La investigación aplicada en Salud no tiene otro sentido que obtener evidencia de la mejor calidad para orientar la práctica en Salud de acuerdo a la realidad y necesidades actuales de la población de Puente Alto. Obtener evidencia con rigor metodológico en base a investigaciones desarrolladas dentro de la comuna, en nuestros servicios y con el personal de Salud, es un salto cualitativo en vista a las orientaciones de la OMS para la APS expresadas en la Declaración de Montevideo (2005).

Uno de los compromisos adquiridos por los estados miembros en la 8ª reunión del 29 de septiembre de 2005 como elementos fundamentales para la renovación de la APS fue incluir “la investigación y el desarrollo y la tecnología apropiada”, entendiéndose que “la investigación en materia de sistemas sanitarios, la vigilancia y evaluación continuas, el intercambio de las prácticas óptimas y el desarrollo de tecnología son componentes fundamentales de una estrategia para renovar y fortalecer la APS (Machino y cols, 2007).

La Unidad de Investigación desarrolla actividades investigativas con diferentes grupos de interés desde el año 2012. Su principal aliado ha sido el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) y particularmente Centro de Investigación en Ambientes Alimentarios y Prevención de Enfermedades Crónicas Asociadas a la Nutrición (CIAPEC) quien da un espacio de crecimiento y apoyo colaborativo en este ámbito. Otras instituciones como Universidad de Chile y Universidad del Desarrollo están en el mismo camino de colaboración mutua.

Actualmente, la cultura de investigación se ha instalado sistemáticamente en cada uno de los servicios del Área de Salud y cada vez más son los/as profesionales formados/as a nivel de postgrado con interés en realizar investigación en Salud. Desde ahí lo importante es poder orientar esta práctica en sintonía con los requerimientos institucionales y las necesidades de la población.

El trabajo colaborativo entre el equipo técnico, de gestión y calidad asistencial podrá asegurar en el tiempo los beneficios de esta actividad para la organización contribuyendo a la mejora continua de los procesos asistenciales, a la Salud de la población.

#### AVANCES 2024

De acuerdo con los objetivos propuestos en el plan anterior se ha logrado hasta el año en curso:

**Mejorar la coordinación con el equipo técnico y los/as directores/as de los Centros de Salud:** ha sido posible desarrollar iniciativas conjuntas como colaborar con el proyecto TMIST en forma asociada con la coordinación de salud sexual y reproductiva; diseño de investigación de una cohorte histórica en modelo de atención de ECICEP en conjunto con coordinación del adulto; enlace con directores/as de los Centros de Salud para el desarrollo de proyecto Centro para la Prevención y el Control del Cáncer (CECAN).

**Mantener horas profesionales de TI:** durante todo el año se ha contado con este apoyo en proyectos como ECICEP, crecimiento y desarrollo de niños en proyecto DHA, proyecto micronutrientes, tesis doctoral sobre retención de peso en embarazadas, entre otros.

**Establecer las vías de divulgación:** por primera vez desde la existencia de la unidad de investigación se logra una divulgación masiva a matronas en práctica clínica en hallazgos en materia de salud sexual y reproductiva producto de la investigación realizada en los Centros de Salud y con la colaboración de las mismas. Esta se realizó a través de un Seminario titulado "10 años de investigación en Salud sexual y reproductiva ¿qué hemos aprendido? (2013-2023) realizada con la colaboración del INTA en el contexto del convenio firmado entre ambas instituciones. Las temáticas abordadas fueron:

- **Embarazo durante la adolescencia: etapa crítica y de desafíos en salud.** Marcela Araya Bannout MPH, PhD Profesor Asistente Facultad de Medicina Universidad de Chile
- **Salud sexual y reproductiva en adolescentes: ¿estamos preparados?** Ingrid Leal Fuentes MPH Profesora Asociada Facultad de Medicina Universidad de Chile. Subdirectora CEMERA.
- **Nutrición en la mujer, cómo afecta: ¿al embarazo, al feto y a sus propios riesgos?** María Luisa Garmendia Miguel MPH, PhD Profesora Asociada INTA Universidad de Chile, Investigadora CIAPEC.
- **Cáncer Cervicouterino: ¿cómo hemos enfrentado el tamizaje?** María Teresa Urrutia PhD Directora Investigación Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud, Universidad San Sebastián.
- **Mortalidad en la Mujer y Mortalidad Materna:** Marcela Flores Soto MPH, Encargada de Investigación Área de Salud CMPA, Investigadora colaboradora CIAPEC.

Alcance de la actividad:

Centros de Salud	Matronas		
	Inscritas	Asistentes	Aprobación
CES AR	11	9 (82%)	9 (100%)
CESFAM SG	10	11 (110%)	5 (45%)
CESFAM VH	2	0 (0%)	0 (0%)
CESFAM BL	6	4 (67%)	4 (100%)
CESFAM CRSH	8	8 (100%)	8 (100%)
CESFAM PMV	10	9 (90%)	0 (0%)
CESFAM KW	6	6 (100%)	6 (100%)

Centros de Salud	Matronas		
	Inscritas	Asistentes	Aprobación
CESFAM LV	4	4 (100%)	4 (100%)
Administración Salud	1	2 (200%)	1 (50%)
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>53 (91%)</b>	<b>37 (70%)</b>

**Colaborar en publicaciones:** durante el año 2024 se publicó en la prestigiosa revista NUTRITION, el artículo de investigación: "Association between consumption of non-nutritive sweeteners and gestational diabetes mellitus in Chilean pregnant women: A secondary data analysis of the CHiMINCs-II cohort" Campos Paola; Rebolledo, Natalia; Duran Samuel; Flores, Marcela y otros

## DESAFÍOS 2025

Los objetivos para el próximo período programático se pueden resumir de la siguiente forma:

### **Aumentar las opciones de divulgación de los hallazgos de las investigaciones locales.**

Se organizarán seminarios para divulgar los resultados de las investigaciones realizadas a los estamentos profesionales pertinentes a las líneas de investigación y a los niveles directivos que gestionan la práctica clínica. Para esto, se programa realizar al menos 3 en los siguientes ámbitos: salud mental, salud cardiovascular y nutrición.

Se identificarán vías de divulgación local como repositorio de artículos o resúmenes dentro de la plataforma documental, boletines, noticias CMPA, entre otras, para que el personal de Salud pueda acceder a la información científica local.

**Continuar propiciando con metodología participativa la reflexión sobre posibles mejoras en la práctica clínica de acuerdo a los hallazgos y a la fuerza de la evidencia obtenida.**

Se programarán reuniones de análisis crítico con el equipo técnico, en temáticas relativas a las investigaciones realizadas para potenciar la instalación de las mejores prácticas clínicas.

Se calendarizará una capacitación en métodos de investigación para equipos de Salud, de forma tal de mejorar las competencias de análisis de artículos científicos.

**Incorporar las propuestas obtenidas de parte de los/as profesionales y técnicos/as que asistan a las jornadas de reflexión.**

Es importante cerrar el ciclo de la investigación aplicada. Esta investigación existe con el objetivo de retribuir a la sociedad con el conocimiento adquirido.

Especialmente se trabajará en la incorporación durante el año 2025 de las propuestas expresadas por las matronas asistentes al Seminario "10 años de investigación en Salud sexual y reproductiva ¿qué hemos aprendido? (2013-2023). El 70% de las matronas que asistieron a este seminario y tuvieron la oportunidad de conocer de primera mano de los investigadores los hallazgos obtenidos en las investigaciones realizadas en la comuna completaron su proceso académico y entregaron su retroalimentación según lo solicitado.

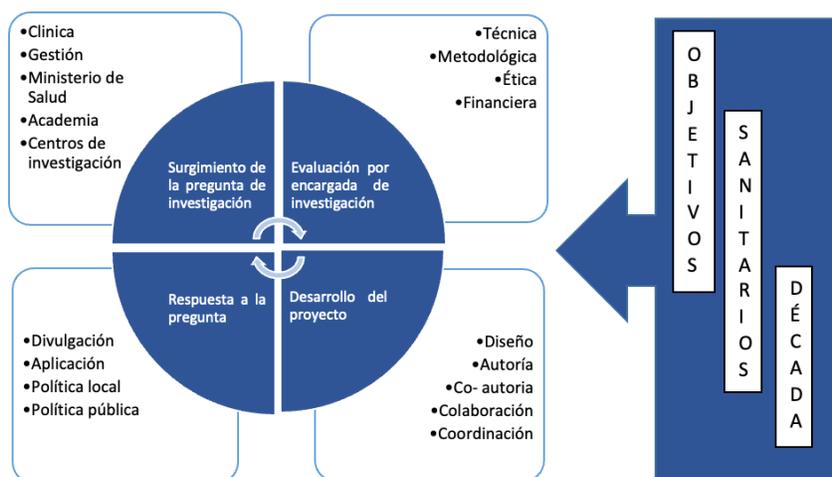
Resumen de las sugerencias de matronas asistentes:

Grupo	Propósito / Objetivo	Propuestas / Acciones
1. <b>Control preconcepcional</b>	Fomentar el control preconcepcional para detectar signos en la Salud de las mujeres y sus futuros hijos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crear agendas específicas para control preconcepcional.</li> <li>- Difundir la importancia de este control.</li> <li>- Realizar seguimiento a usuarias para medir el impacto en parámetros de Salud.</li> </ul>
2. <b>Acceso a salud sexual y reproductiva en adolescentes</b>	Eliminar barreras para que los adolescentes accedan a prestaciones de salud sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitar al personal sobre derechos de adolescentes.</li> <li>- Promover horarios flexibles y colaboración con escuelas.</li> <li>- Educar a padres y tutores sobre la Salud sexual del adolescente.</li> </ul>
3. <b>Capacitación del personal administrativo</b>	Eliminar barreras en la atención de adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitar al personal administrativo sobre atención adecuada.</li> <li>- Sensibilizar sobre la importancia de la toma de exámenes de cáncer cervicouterino y mamario.</li> </ul>
4. <b>Documentación legal para atención a adolescentes</b>	Unificar criterios en la atención de adolescentes menores de 14 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborar un documento que respalde legalmente la atención a menores, garantizando su derecho a acceder a servicios de Salud.</li> </ul>
5. <b>Mejora de atención en el Centro de Salud</b>	Mejorar la atención en el Centro de Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incluir controles preconcepcionales en las agendas de matronas.</li> <li>- Capacitar sobre nutrición y prevención de enfermedades crónicas.</li> <li>- Implementar Espacios Amigables para adolescentes.</li> </ul>
6. <b>Educación sobre embarazo adolescente y nutrición</b>	Promover la salud en adolescentes embarazadas y prevenir enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar sobre derechos en atención de Salud sexual y reproductiva.</li> <li>- Fomentar hábitos alimenticios saludables y la importancia de la lactancia materna.</li> </ul>
7. <b>Prevención de cáncer cervicouterino</b>	Aumentar la tasa de PAP en mujeres, especialmente postmenopáusicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar campañas educativas sobre la importancia del PAP.</li> <li>- Implementar recordatorios y estrategias de seguimiento para asegurar la continuidad de controles ginecológicos.</li> </ul>

## Potenciar el desarrollo en forma colaborativa de investigaciones locales.

Se levantará información desde la red local de atención sobre capital humano avanzado, intereses de desarrollo y FODA asociado al objetivo. Esto se realizará con una consulta abierta por correo institucional y permitirá tener un catastro de personas interesadas en incorporar actividades investigativas en los distintos niveles y espacios entregados.

Se difundirá por diversos medios el ciclo del modelo de investigación en el área de Salud de la CMPA para que resulte en éxito las iniciativas que surjan desde los diversos grupos de interés.



Flores, Marcela: Modelo de desarrollo de investigaciones en CMPA.

Aportar al énfasis en humanización de los servicios, poniendo a disposición una 4ª medición de la satisfacción usuaria para el año 2025, considerando aspectos como: calidad de la infraestructura, calidad del trato, acceso geográfico, acceso a la asistencia, tiempo de espera, resoluntividad y calidad de atención profesional.

En el ámbito de la calidad de atención profesional se considerará: a) el detalle con que el profesional pregunta sobre los síntomas y el sentir del usuario, b) la forma cómo el profesional escucha lo que el usuario tiene que decir, c) la tranquilidad y comodidad que el profesional le ofrece cuándo lo examina, d) la forma en que el profesional lo hace participar en las decisiones acerca de su cuidado de salud, e) la forma en que el profesional le explica sus problemas o los tratamientos que necesita, f) la cantidad de tiempo que el profesional está con el usuario, g) la paciencia del profesional con sus preguntas y preocupaciones, h) el cuidado y preocupación del profesional hacia el usuario (Flores M, Mora J, Informe Final de Resultados: Medición de la satisfacción usuaria en los centros de salud de la Corporación Municipal de Puente Alto año 2016. Documento Unidad de Investigación Área de Salud).

## EJE DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN

### UNIDAD DE CUIDADO DE LAS PERSONAS

La coordinación de cuidado de las personas desde el Área de Salud de la CMPA, forma parte de la estrategia de humanización en la atención, en este caso enfocada a la promoción de la salud y el bienestar integral de funcionarias y funcionarios de Atención Primaria de Salud de la comuna de Puente Alto. Esto incluye la prevención en enfermedades de la salud mental y física, y la creación de un entorno laboral seguro.

#### Objetivo General:

Promover el bienestar integral de los trabajadores de la Atención Primaria de la Salud de Puente Alto, mediante estrategias y recursos que faciliten un entorno laboral saludable y equilibrado.

#### Objetivos Específicos:

- Fomentar el bienestar físico, mental y emocional de los/as funcionarios/as.
- Proveer recursos y apoyo para el manejo del estrés y la prevención del síndrome de burnout.
- Facilitar el acceso a servicios de Salud y bienestar.
- Promover un ambiente de trabajo positivo y colaborativo.

Para estos fines se consideran 6 ámbitos de intervención relevantes para su implementación los cuales son:



## 1. SALUDABLEMENTE

La estrategia ministerial Saludablemente busca promover ambientes laborales saludables para las funcionarias y funcionarios de salud, abordando integralmente su bienestar mental y social, indistintamente de su calidad contractual.

El objetivo principal es instalar una política institucional del cuidado para los equipos de salud que favorezca ambientes laborales saludables y promueva la salud mental dentro del marco del modelo MAIS.

Este plan se enmarca en las obligaciones legales establecidas por la Ley N° 16.744 sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, el Decreto Supremo N° 594 del Ministerio de Salud, y la Ley N° 19.378, Estatuto de Atención Primaria.

Para implementar esta estrategia se ha conformado desde el año 2022 un equipo gestor y una mesa comunal de trabajo, conformada por referentes locales de cada uno de los Centros de Salud y dispositivos corporativos, además de otros actores relevantes.

Para la planificación 2025 se establecen 4 componentes para estructurar el cuidado de la salud mental en el ámbito laboral de los funcionarios de Atención Primaria en Puente Alto, los cuales son:



- **Prevención:** se enfoca en evitar riesgos y problemas relacionados con la Salud mental, identificar tempranamente factores de riesgo, mejorar las condiciones laborales y reducir el impacto de factores estresantes.
- **Promoción del buen trato:** busca fomentar relaciones saludables y colaborativas entre trabajadores y usuarios, promoviendo respeto, empatía y no discriminación.

- **Salud mental organizacional:** diseño e implementación de políticas para fortalecer la Salud mental, gestionar procesos con responsabilidad organizacional y ofrecer respuesta jurídica en casos de violencia externa.
- **Participación y articulación local:** se enfoca en la colaboración entre trabajadores, autoridades comunales, gremios y comunidad para adaptar intervenciones según las necesidades específicas del entorno laboral.

Estos componentes buscan contribuir al bienestar emocional de los trabajadores de Salud y mejorar la calidad del servicio que se brinda a la población.

## 2. RECONOCIMIENTO

El reconocimiento laboral es un proceso mediante el cual se valora y premia el desempeño y la dedicación de los/as profesionales de la Salud, con el objetivo de mejorar su bienestar emocional y motivación, y, en consecuencia, la calidad de los servicios prestados.

### A nivel corporativo:

Existe el programa de reconocimiento, el cual, destaca a los/as funcionarios/as que reflejan los valores corporativos en su labor y son reconocidos por sus propios compañeros de trabajo. Esta acción es llevada a cabo desde el Departamento de Desarrollo Organizacional de la CMPA, cuyo objetivo es premiar y felicitar públicamente a los funcionarios con la finalidad de reforzar comportamientos y conductas positivas que se encuentren alineadas con la misión, visión y valores de la Corporación. Los valores a reconocer son innovación, integridad y compromiso con el trabajo y la comunidad.

### A nivel local por Centros de Salud:

Se evidencia que varios Centros de la comuna tienen comités locales, entre ellos se distinguen 2 tipos:

- **Comités locales de bienestar o solidarios de funcionarios/as:** estos están conformados por los propios funcionarios de cada centro, quienes cuentan con la venia de sus respectivos Directores. Estos grupos enfocan principalmente en llevar a cabo acciones de corte solidario y de prestar apoyo social, hacia aquellos funcionarios que tengan alguna necesidad, por temas asociados a situaciones de necesidad de índole socioeconómica.
- **Comités de reconocimiento:** enfocados a destacar a aquellos/as funcionarios/as que se destacan a nivel local o por Centro en algún área específica, ya sea por logros académicos, carrera funcionaria, reconocimiento por estamento, entre otros.

### A nivel de Área Salud:

Para el año 2025, y con la finalidad de buscar reconocernos como comunidad funcionaria se propone lo siguiente:

- Elaborar, editar y difundir un boletín mensual desde la Subdirección de Calidad y Humanización, centrado en temas relevantes para la Atención Primaria de Salud a nivel local. Este boletín tendrá como objetivos informar sobre cambios, educar, fomentar la transparencia, construir comunidad, promocionar eventos, reconocer logros, difundir nuevas iniciativas y buenas prácticas, propiciar la retroalimentación, fortalecer la imagen institucional y fomentar la colaboración y el intercambio de recursos.
- Crear grupos de WhatsApp por centro para implementar campañas breves que promuevan hábitos saludables, buen trato laboral, mejoramiento de clima y reconocimiento de buenas prácticas y accionar funcionario.
- Apoyar iniciativas corporativas y locales desarrolladas por cada Centro, enfocadas al reconocimiento, brindando acompañamiento y sustento técnico cuando sea necesario.

### 3. CUIDADO Y AUTOCUIDADO LABORAL

El autocuidado laboral en el personal de Salud es esencial para preservar su bienestar físico, mental y emocional mientras desempeñan sus funciones. Esto implica la adopción de medidas para gestionar el estrés, establecer límites saludables, mantener hábitos alimenticios y de sueño adecuados, realizar actividad física regularmente y buscar apoyo cuando sea necesario. Estas prácticas contribuyen a promover un entorno laboral más saludable, fortaleciendo tanto la salud personal como profesional del individuo.

Es una forma en que las personas toman medidas activas para mejorar su propia Salud dentro de su entorno laboral diario.

Para esta arista, se propone trabajar en los siguientes puntos:

#### Talleres de autocuidado y cuidado funcionario:

Enfocados en intervenir en aquellos factores de riesgo laboral priorizados de acuerdo a los resultados recabados por CEAL-SM, adaptándolos a la realidad de cada Centro y unidad.

Además de buscar y acercar a la comunidad funcionaria aquellos talleres que puedan ser proporcionados desde la red comunal u otras.

#### Realización de microferias de cuidado laboral por Centro:

Para este 2025, se estima la realización de microferias por cada Centro, enfocadas al cuidado funcionario:

- Organizadas de manera conjunta con los equipos locales o comités de cada Centro en conjunto con la Unidad de Cuidado de las Personas.
- Invitando a otras unidades de la red interna corporativa, tales como Departamento de Desarrollo Organizacional y Servicio de Bienestar APS.
- Además, invitar otros actores sociales de la red intersector que presten servicios a necesidades sentidas por la comunidad funcionaria, tales como servicios municipales, gubernamentales, ONGs, ACHS, entre otras.
- Además, participar de las intervenciones que tengan esta finalidad desde la propia organización.

En resumen, el autocuidado laboral en el personal de Salud es fundamental para mantener su bienestar integral en el entorno laboral, lo que a su vez mejora su capacidad para ofrecer una atención de calidad a los pacientes.

#### 4. NECESIDADES SOCIALES Y DE SALUD

La ayuda social destinada a satisfacer necesidades manifiestas de apoyo y de Salud se refiere a los servicios, programas y recursos diseñados para apoyar y mejorar la calidad de vida de los trabajadores. A nivel corporativo, se pueden distinguir las siguientes:

**Servicios de Bienestares:** existen 2 en la CMPA:

- **Servicio de Bienestar APS**, el cual tiene por finalidad propender al mejoramiento de las condiciones de vida de los afiliados y sus cargas familiares y el desarrollo y perfeccionamiento social, económico y humano de los mismos, para lo cual podrá proporcionarles, en la medida que sus recursos lo permitan, beneficios y prestaciones de Salud, educación, asistencia social, económica, cultural y recreacional, entre otros, de acuerdo lo regido por la Ley N° 19.378 y el reglamento actual. Los beneficios y prestaciones que este servicio proporciona a sus afiliados, se fundan los siguientes principios: solidaridad, respeto a las personas, reserva y privacidad de los problemas que afecten a los asociados y su grupo familiar, objetividad, equidad, universalidad de los beneficios, eficiencia, participación, y transparencia en su administración. Es importante señalar que, de ser financiado con el aporte de cada afiliado, cuenta con una subvención estatal establecida por ley. En la actualidad la jefatura y los funcionarios dependen del nivel central de la CMPA, mantienen un valioso vínculo administrativo con la Dirección de Salud. Además, cuentan con un comité de funcionarios de APS con representatividad paritaria, seleccionado por la propia dirección y con la participación activa de la Asociación. Esta estructura asegura una colaboración estrecha y una representación justa de todos los involucrados.
- **Servicio de Bienestar del Personal de la Corporación Municipal de Educación, Salud y Atención de Menores de Puente Alto**, creada mediante escritura pública en el año 2006, también tiene como finalidad mejorar las condiciones de vida del afiliado y sus cargas, el perfil de usuarios abarca además de los funcionarios de APS, a funcionarios

de Educación, Menores y otros dispositivos de la CMPA. Su fuente de financiamiento se sustenta únicamente en el aporte de sus afiliados.

Ambos bienestares parten del principio de la voluntariedad de inscripción.

Con el objetivo de ofrecer apoyo social y fomentar la articulación con la red comunal y otros actores sociales, que buscan satisfacer las necesidades sociales de la comunidad funcionaria que no está necesariamente vinculada a los servicios de bienestar existentes, se integran las instancias de intervención del Desarrollo Organizacional CMPA y, desde el Área de Salud, la Coordinación de Cuidado de las Personas. Esta colaboración permitirá abordar de manera más integral las demandas de la comunidad.

## 5. RETIRO VOLUNTARIO

La Ley de Retiro Voluntario N° 20.919 en Chile establece un incentivo para el retiro voluntario de los funcionarios de Atención Primaria (APS) Municipal. Esta trata de:

- Bonificación por retiro voluntario: los funcionarios que decidan retirarse voluntariamente pueden acceder a una bonificación económica, destinada a reconocer los años de servicio.
- Requisitos de elegibilidad: para acceder a esta bonificación los funcionarios deben cumplir con ciertos requisitos de edad y antigüedad laboral.
- Cupos anuales: la ley establece un número limitado de cupos anuales.

Desde la CMPA además de la normativa vigente, existe un programa de acompañamiento al retiro implementado desde Desarrollo Organizacional, que involucra encuentros con entidades relacionadas a los servicios que se prestan a la población adulta mayor. Desde el Área de Salud, se buscará participar de manera conjunta con las entidades de CMPA, acompañar y difundir este programa con la comunidad funcionaria.

## 6. FORMACIÓN Y DESARROLLO

Para estos fines se ha establecido una alianza con el equipo de gestor de Salud funcionaria del SSMSO, quienes se encuentran en una etapa apoyo acompañamiento e implementación de capacitaciones a equipos de APS en los siguientes ámbitos:

### Taller de Primeros Auxilios Psicológicos:

El principal objetivo es formar a funcionarios/as de Salud pública de la red del SSMSO, como respondedores de Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) en situaciones de emergencia y desastre, en el contexto del plan de capacitación intersectorial en PAP, iniciativa desarrollada por la mesa técnica nacional de Salud mental y apoyo psicosocial en la gestión del riesgo de desastres, con la organización del Ministerio de Salud (MINSAL), el Servicio

Nacional de Prevención y Respuesta ante Desastres del Ministerio del Interior y Seguridad Pública (SENAPRED), la Organización Paramericana de la Salud/Organización Mundial de la SALUD (OPS/OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Esta instancia permite a que a nivel institucional y de Área de Salud, sea posible establecer una coordinación con personal capacitado para dar una primera respuesta a nuestros propios funcionarios, frente a eventos de emergencia y catástrofe, además de considerar situaciones tales como la violencia externa.

### Capacitación de desarrollo de habilidades de liderazgo para jefaturas intermedias:

Se busca fortalecer el desarrollo de competencias de liderazgo que promuevan la cohesión grupal y el trabajo en equipo en quienes cumplen roles de jefatura y coordinación intermedia en los dispositivos de Salud municipal de las comunas pertenecientes al territorio del SSMSO, desde una mirada transformacional del liderazgo.

## EJE DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN

## SALUD OCUPACIONAL

## ANTECEDENTES GENERALES

1. Análisis general año 2023 – 1<sup>er</sup> Semestre 2024:

Siniestro	2023		2024
	1 <sup>er</sup> semestre	2 <sup>o</sup> semestre	1 <sup>er</sup> semestre
	N° de casos		
Accidente de trabajo	67	57	68
Accidente de trayecto	20	12	17
Enfermedad profesional	44	24	18
No ley	56	38	52
<b>Total general</b>	<b>187</b>	<b>131</b>	<b>156</b>

Cambio entre el 1<sup>er</sup> y 2<sup>o</sup> semestre de 2023:

- Accidente de trabajo: -14,93%
- Accidente de trayecto: -40,00%
- Enfermedad profesional: -45,45%
- No Ley: -32,14%
- Total general: -29,95%

Cambio entre el 2<sup>o</sup> semestre de 2023 y el 1<sup>er</sup> semestre de 2024:

- Accidente de trabajo: +19,30%
- Accidente de trayecto: +41,67%
- Enfermedad profesional: -25,00%
- No Ley: +36,84%
- Total general: +19,08%

Estos resultados muestran una notable disminución en 2023 entre el 1<sup>er</sup> y 2<sup>o</sup> semestre, seguida de un repunte en casi todos los siniestros entre el 2<sup>o</sup> semestre 2023 y el 1<sup>er</sup> semestre de 2024, excepto en **enfermedad profesional**, que siguió disminuyendo.

## 2. Análisis de enfermedades profesionales año 2023 – 1<sup>er</sup> semestre 2024:

Factor	2023		2024
	1 <sup>er</sup> semestre	2 <sup>o</sup> semestre	1 <sup>er</sup> semestre
	N° de casos		
Biológico (exposición SARS-CoV-2)	37	16	6
Psicosocial (neurosis laboral)	5	8	5
Ergonómico (posturas – peso)	0	0	0
Químicos (dermatitis)	1	1	7

### Análisis:

#### 1. Biológico (Exposición Sars-Cov-2):

- En el primer semestre de 2023, hubo 37 casos relacionados con la exposición al virus SARS-CoV-2.
- Esta cifra disminuyó drásticamente a 16 casos en el 2<sup>o</sup> semestre de 2023.
- Para el 1<sup>er</sup> semestre de 2024 los casos siguieron bajando a 6.

Interpretación: se observa una fuerte disminución en los casos de exposición biológica al SARS-CoV-2. Esto sugiere que el riesgo relacionado con la pandemia ha disminuido considerablemente, posiblemente debido a mejoras en las medidas preventivas, vacunación o la disminución del impacto de la pandemia en general.

#### 2. Psicosocial (neurosis laboral):

- En el 1<sup>er</sup> semestre de 2023 hubo 5 casos de neurosis laboral.
- Esta cifra aumentó a 8 casos en el 2<sup>o</sup> semestre de 2023, pero volvió a 5 casos en el 1<sup>er</sup> semestre de 2024.

Interpretación: la neurosis laboral muestra un comportamiento relativamente estable, con un pequeño aumento en el 2<sup>o</sup> semestre de 2023. Esto puede indicar fluctuaciones relacionadas con el entorno laboral o la presión en el trabajo.

#### 3. Ergonómico (posturas - peso):

- No se registraron casos ergonómicos (posturas o carga de peso) en ninguno de los semestres analizados.

Interpretación: la ausencia de casos se encuentra asociado a que durante el proceso de evaluaciones de posibles enfermedades profesionales no se identifica un factor de riesgo de origen laboral, quedando habitualmente calificados como patologías de origen común.

#### 4. Químicos (dermatitis):

- En el 1<sup>er</sup> y 2<sup>o</sup> semestre de 2023 se reportó solo un caso de dermatitis.
- Sin embargo, en el 1<sup>er</sup> semestre de 2024, los casos aumentaron significativamente a 7.

Interpretación: el aumento en los casos de dermatitis relacionada con exposición a productos químicos en el 2024, sugiere la necesidad de realizar cambio del jabón utilizado en los Centros dependientes del Área de Salud. Es de suma importancia revisar las condiciones de trabajo en relación con la exposición a químicos y establecer medidas correctivas asociadas a sustituir el producto utilizado actualmente.

#### Conclusión:

- Disminución significativa en los casos biológicos relacionados con SARS-CoV-2, lo que coincide totalmente con el término de la emergencia salud pública internacional declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el COVID19 que estuvo activa entre el 30 de enero del 2020 y el 4 de mayo del 2023.
- Estabilidad en los casos psicosociales, aunque con un ligero aumento temporal.
- Aumento preocupante en los casos relacionados con exposición a químicos en 2024, lo que requiere intervención en el foco especificado anteriormente (sustitución de jabón).
- Casos ergonómicos no reportados, no ha identificado factor de riesgo en el periodo analizado.

### DESAFÍOS 2025

Los objetivos de la Salud ocupacional para el 2025 buscan mejorar las condiciones de trabajo y reducir los riesgos laborales, garantizando un entorno seguro y saludable para los/as trabajadores/as.

#### **1. Disminución de accidentes laborales y enfermedades profesionales**

Disminuir la tasa de accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales mediante la implementación de programas de trabajo transversales para comités paritarios de higiene y seguridad, con estrategias específicas por casuísticas relevantes 2024.

Fomentar una cultura de seguridad a través de campañas educativas y programa de capacitaciones locales por centros.

## 2. Promoción de la Salud mental en el trabajo

Promoción de ambientes laborales saludables y cuidado de la salud mental de los equipos de atención primaria, ofreciendo apoyo a los/as trabajadores/as para prevenir y tratar problemáticas internas asociadas a resultados CEAL-SM/SUSESO y Calificaciones de enfermedades profesionales.

Gestionar actividades orientadas al desarrollo del bienestar mental y emocional, incluyendo estrategias para el manejo de factores de riesgo asociados al diseño organizacional, sobrecarga y violencia en el trabajo, además de generar acciones para prevenir el acoso en el lugar de trabajo.

## 3. Fomentar una cultura de prevención y responsabilidad compartida

Fortalecer la formación continua en salud ocupacional para todos los niveles de la organización.

Crear entornos laborales en los que tanto trabajadores como empleador asuman una responsabilidad activa en la identificación y mitigación de riesgos.

## 4. Mejora del cumplimiento normativo y de la legislación

Reforzar el cumplimiento de normativas de salud y seguridad ocupacional.

Objetivos	Estrategia	Temática	Actividades	Meta o producto	Responsable
<b>Disminución de accidentes laborales y enfermedades profesionales</b>	Implementación de programas de trabajo transversales para comités paritarios de higiene y seguridad, con estrategias específicas por casuísticas relevantes 2024	Comités Paritarios de Higiene y Seguridad (CPHyS)	Elección y constitución de CPHyS	CPHyS próximos a cumplir periodo de vigencia	- Dirección del Centro - CPHyS de los Centros - Asesora en prevención de riesgos CMPA
			Desarrollo y cumplimiento de programa de trabajo transversal 2025	Cumplimiento del 70% de programa de trabajo de los Centros con mayor cantidad de ingresos en el año 2024.	CPHyS locales según corresponda
			Fomentar una cultura de seguridad a través de campañas educativas y programa de capacitaciones locales por centros.	Desarrollo de al menos 2 campañas educativas por Centro de trabajo con mayor cantidad de ingresos en el año 2024	- CPHyS locales según corresponda - Dirección del centro - Experto en prevención empresa ACHS - Asesor en prevención de riesgos CMPA
				Elaborar programa de capacitación local Cumplimiento del 50% del programa elaborado	- CPHyS locales - Dirección del Centro - Experto en prevención empresa ACHS - Asesor en prevención de riesgos CMPA

Objetivos	Estrategia	Temática	Actividades	Meta o producto	Responsable
Disminución de accidentes laborales y enfermedades profesionales	Implementación de programas de trabajo transversales para comités paritarios de higiene y seguridad, con estrategias específicas por casuísticas relevantes 2024	Comités Paritarios de Higiene y Seguridad (CPHyS)	Fomentar una cultura de seguridad a través de campañas educativas y programa de capacitaciones locales por centros.	Desarrollo de al menos 2 campañas educativas por Centro de trabajo con mayor cantidad de ingresos en el año 2024	- CPHyS locales según corresponda - Dirección del centro - Experto en prevención empresa ACHS - Asesor en prevención de riesgos CMPA
				Elaborar programa de capacitación local Cumplimiento del 50% del programa elaborado	- CPHyS locales según corresponda - Dirección del Centro - Experto en prevención empresa ACHS - Asesor en prevención de riesgos CMPA
Promoción de la Salud mental en el trabajo	Promoción de ambientes laborales saludables y cuidado de la Salud mental de los equipos de atención primaria, ofreciendo apoyo a los trabajadores para prevenir y tratar problemáticas internas asociadas a resultados CEAL-SM/SUSESO y calificaciones de enfermedades profesionales	Programa de vigilancia CEAL-SM/SUSESO	- Gestionar la articulación de los comités de aplicación (Cda) en la implementación del protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales (CEAL - SM/SUSESO) - Difusión y coordinación con Centros en la implementación, resultados y seguimiento de las medidas prescritas del Protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales (CEAL - SM/SUSESO)	100% de la red de Centros	- Psicóloga riesgos psicosociales Desarrollo Organizacional - Asesora en prevención de riesgos CMPA
			Enfermedades profesionales calificadas de Salud mental	Entrega y cumplimiento de resolución de calificación de enfermedades profesionales de Salud mental	100% de cumplimiento de las indicaciones de resolución
				Coordinación inicial con Centros para elaboración, implementación y sociabilización de medidas administrativas prescritas por organismo administrador de la Ley N° 16.744	Cumplimiento del 90% de medidas entregadas
			Gestionar actividades orientadas al desarrollo del bienestar mental y emocional, incluyendo estrategias para el manejo de factores de riesgo asociados al diseño organizacional, sobrecarga y violencia	Cuidado de equipos de atención primaria y Centros transversales	Operativo acordado en Plan de Colaboración ACHS 2025

Objetivos	Estrategia	Temática	Actividades	Meta o producto	Responsable
<b>Promoción de la Salud mental en el trabajo</b>	Gestionar actividades orientadas al desarrollo del bienestar mental y emocional, incluyendo estrategias para el manejo de factores de riesgo asociados al diseño organizacional, sobrecarga y violencia	Cuidado de equipos de atención primaria y Centros transversales	Encuentro de comités paritarios de higiene y seguridad con foco en las buenas prácticas para el bienestar en el lugar de trabajo	2 fechas (1 <sup>er</sup> y 2 <sup>o</sup> semestre)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipos ACHS</li> <li>- Experto en prevención empresa ACHS</li> <li>- Asesor en prevención de riesgos CMPA</li> <li>- CPHyS locales si corresponde con apoyo gestores comunales saludablemente</li> </ul>
		Enfermedades profesionales calificadas de Salud mental	Elaboración de documentos (procedimientos, instructivos, entre otros) prescritos por mutualidad	Elaboración y difusión de formatos para ser estandarizados de manera local	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profesional de apoyo a la gestión preventiva</li> <li>- Dirección de los Centros de Salud</li> <li>- Asesor en prevención de riesgos CMPA</li> </ul>
		Diseño organizacional y sobrecarga laboral	Difusión de documentos vinculados al diseño organizacional: 1. Resolución de conflictos 2. Comunicación interna	100% de la red de Centros	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profesional de apoyo a la gestión preventiva</li> <li>- Dirección de los Centros de Salud</li> </ul>
		Violencia en el trabajo	Apoyo en la elaboración y/o revisión de documentos locales vinculados a la violencia en el trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documento "Protocolo de Atención y Buen Trato al Usuario"</li> <li>- Procedimiento general para la prevención y manejo de agresiones a funcionarios/as por parte de usuarios/as y/o acompañantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profesional de apoyo a la gestión preventiva</li> <li>- Dirección de los Centros de Salud</li> <li>- Asesor en prevención de riesgos CMPA</li> </ul>
<b>Fomentar una cultura de prevención y responsabilidad compartida</b>	Fortalecer la formación continua en Salud ocupacional para todos los niveles de la organización	Salud ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incorporación en plan de capacitación transversal Dirección Salud, temáticas asociadas a Salud ocupacional:</li> <li>1. Dermatitis ocupacional en el sector Salud</li> <li>2. Protección radiológica</li> <li>3. Protocolo de vigilancia ocupacional por exposición a factores de riesgo TMERT.</li> <li>4. Protocolo de exposición al ruido- PREXOR</li> <li>5. Protocolo de riesgos psicosociales</li> </ul>	Una capacitación anual por temática indicada en formato e-learning o presencial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asesor en prevención de riesgos CMPA</li> <li>- Coordinador de Capacitación y Docencia</li> </ul>
		Riesgos laborales	Crear entornos laborales en los que tanto trabajadores como empleador asuman una responsabilidad activa en la identificación y mitigación de riesgos	Organizar talleres teórico-prácticos donde funcionarios aprendan a identificar y analizar riesgos laborales en el entorno de trabajo	3 talleres por Centros con mayor cantidad de ingresos en el año 2024

Objetivos	Estrategia	Temática	Actividades	Meta o producto	Responsable
<b>Mejora del cumplimiento normativo y de la legislación</b>	Reforzar el cumplimiento de normativas de Salud y seguridad ocupacional	Regularización de obligación de informar	Charlas locales entregadas por el CPHyS local	70 % de la dotación de cada uno de los Centros	- Experto en prevención empresa ACHS - Asesor en prevención de riesgos CMPA - CPHyS locales
		Política y procedimiento preventivo de la Corporación Municipal de Educación, Salud y Atención de Menores, contra el maltrato, el acoso laboral y sexual	Charla a equipo directivo del Centro	100% de los Centros	- Profesional de apoyo a la gestión preventiva - Asesor en prevención de riesgos CMPA
		Matriz de identificación de peligros y evaluación de riesgos	Difusión mediante charla a CPHyS y equipos directivos locales	100% de los Centros	- Asesor en prevención de riesgos CMPA - Experto en prevención empresa ACHS
		Matriz de riesgos psicosociales	Difusión mediante charla a CPHyS, Cda equipos directivos locales	100% de los Centros	- Profesional de apoyo a la gestión preventiva - Asesor en prevención de riesgos CMPA - Experto en prevención empresa ACHS - Psicóloga riesgos psicosociales Desarrollo Organizacional
		Difusión de formato de plan de emergencia para la continuidad de atención ante emergencias y desastres	Asesoría local comité de gestión del riesgo de desastres (COGRID)	100% de CES/CESFAM	- Asesor en prevención de riesgos CMPA - Equipo directivo - Coordinador de gestión del riesgo de desastres
		Difusión del manual de procedimientos de actuación frente a situaciones de emergencias o situaciones de alta complejidad.	Difusión mediante charla a CPHyS y COGRID locales.	100% de los Centros	- Asesor en prevención de riesgos CMPA - Equipo directivo - Coordinador de gestión del riesgo de desastres - CPHyS local

## DOTACIÓN, ASIGNACIONES Y UNIFORMES

El cumplimiento de los objetivos sanitarios planteados por este Plan de Salud requiere, como componente principal, del constante esfuerzo de los equipos de salud de los establecimientos comunales. De esta forma, la dotación de salud, como cuantificación del recurso humano, determina la capacidad de atención.

La dotación del año 2025 considera componentes de infraestructura disponible, necesidades sanitarias de la población, rendimientos de las prestaciones y otros componentes de gestión. Se divide, entonces, en dotación indirecta (que realiza labores de gestión y coordinación), y dotación directa (o asistencial), quienes efectúan concretamente las acciones de salud.

### DOTACIÓN DE GESTIÓN Y ADMINISTRATIVA

Categoría funcionaria / Gestión Directiva	Cargo	Nº funcionarios	Nº de horas semanales 2024	Nº de jornadas semanales 2024
Directivos Dirección de Salud	Médico	2	88	2
	Odontólogo	0	0	0
	Químico farmacéutico	0	0	0
	Asistente social	0	0	0
	Enfermera	1	44	1
	Kinesiólogo	0	0	0
	Matrona	1	44	1
	Nutricionista	0	0	0
	Psicólogo	1	44	1
	Terapeuta ocupacional	0	0	0
	Profesor Educación Física	0	0	0
	Tecnólogo médico	0	0	0
	Fonoaudiólogo	0	0	0
	Educadora de párvulo	0	0	0
	<b>Total Horas Directivos Dirección de Salud</b>		<b>5</b>	<b>220</b>
Dirección de CESFAM, COSAM	Médico	1	44	1
	Odontólogo	0	0	0
	Químico farmacéutico	1	44	1
	Asistente social	1	44	1
	Enfermera	4	176	4
	Kinesiólogo	0	0	0
	Matrona	0	0	0
	Nutricionista	0	0	0
	Psicólogo	2	88	2
	Terapeuta ocupacional	0	0	0
Profesor Educación Física	0	0	0	

Categoría funcionaria / Gestión Directiva	Cargo	N° funcionarios	N° de horas semanales 2024	N° de jornadas semanales 2024
Dirección de CESFAM, COSAM (continuación)	Tecnólogo médico	0	0	0
	Fonoaudiólogo	0	0	0
	Educadora de párvulo	0	0	0
	<b>Total Horas Directivos CESFAM, COSAM</b>	<b>9</b>	<b>396</b>	<b>9</b>
Gestión Administrativa (referentes técnicos o encargados comunales de Programa)	Médico	21,75	957	21,75
	Odontólogo	7	308	7
	Químico farmacéutico	6	264	6
	Asistente social	4,5	198	4,5
	Enfermera	7	308	7
	Kinesiólogo	4	176	4
	Matrona	9,5	418	9,5
	Nutricionista	5,25	231	5,25
	Psicólogo	5	220	5
	Terapeuta ocupacional	0	0	0
	Profesor Educación Física	0	0	0
	Tecnólogo médico	0	0	0
	Fonoaudiólogo	0	0	0
	Educadora de párvulo	0	0	0
	Otros: Ingeniero	12	528	12
TANS	4,5	198	4,5	
<b>Total Horas Gestión Administrativa</b>	<b>86,5</b>	<b>3806</b>	<b>86,50</b>	

## DOTACIÓN ASISTENCIAL

Categoría	Cargo	N° funcionarios	N° de horas semanales 2024	N° de jornadas semanales 2024	N° de horas / Población
A	Médico	180,25	6743	153,25	0,0179
	Odontólogo	102	2585	58,75	0,0069
	Químico farmacéutico	17	748	17	0,0020
	<b>Total A</b>	<b>299,25</b>	<b>10076</b>	<b>229</b>	<b>0,02673</b>
B	Asistente social	55,5	1991	45,25	0,0053
	Enfermera	139	5643	128,25	0,0150
	Kinesiólogo	81	2728	62	0,0072
	Matrona	72,5	2673	60,75	0,0071
	Nutricionista	56,75	1826	41,5	0,0048
	Psicólogo	74	2332	53	0,0062
	Terapeuta ocupacional	7	308	7	0,0008
	Profesor Educación Física	5	198	4,5	0,0005
	Tecnólogo médico	26	1034	23,5	0,0027
	Fonoaudiólogo	5	187	4,25	0,0005
Educadora de párvulo	15	484	11	0,0013	

Categoría	Cargo	N° funcionarios	N° de horas semanales 2024	N° de jornadas semanales 2024	N° de horas / Población
B (cont.)	Otros: Ingeniero, Tecnólogo informático, Terapeuta actividad física	3	132	3	0,0004
	<b>Total B</b>	<b>539,75</b>	<b>19536</b>	<b>444</b>	<b>0,0518</b>
C	TENS (Salud)	425	18018	409,5	0,0478
	TONS	54	1749	39,75	0,0046
	TANS	111,5	4697	106,75	0,0125
	Técnico rehabilitación	0	0	0	0,0000
	Técnico servicio social	1	44	1	0,0001
	Otros: Técnico podólogo, Técnico informático, Técnico mecánico, Técnico párvulo	30	979	22,25	0,0026
	<b>Total C</b>	<b>621,5</b>	<b>25487</b>	<b>579,25</b>	<b>0,0676</b>
D	Paramédico	31	1243	28,25	0,0033
	<b>Total D</b>	<b>31</b>	<b>1243</b>	<b>28,25</b>	<b>0,0033</b>
E	Administrativos	163	6699	152,250	0,0178
	<b>Total E</b>	<b>163</b>	<b>6699</b>	<b>152,25</b>	<b>0,0178</b>
F	Conductor	48	2112	48	0,0056
	Guardias	0	0	0	0,0000
	Auxiliar de servicio	41	1749	39,75	0,0046
	<b>Total F</b>	<b>89</b>	<b>3861</b>	<b>87,75</b>	<b>0,0102</b>
<b>Subtotal</b>		<b>1743,5</b>	<b>66902</b>	<b>1520,5</b>	<b>0,1775</b>
<b>Total dotación comunal</b>		<b>1844</b>	<b>71324</b>	<b>1621</b>	<b>0,1892</b>

## ASIGNACIONES

Según lo establecido en la Ley N° 19.378, Estatuto de Atención Primaria, se determinan asignaciones de responsabilidad, Art. 27 y Art. 45 de la Ley.

### 1. Asignación de Responsabilidad Directiva

La Asignación de Responsabilidad Directiva contemplada en el Art. 27 de la Ley N° 19.378 señala que: El Director de un consultorio de salud municipal de atención primaria, podrá percibir una asignación de responsabilidad directiva de un 10% a un 30% de la suma del sueldo base y de la asignación de atención primaria correspondientes a su categoría funcionaria y al nivel de la carrera funcionaria.

Para nuestros Centros de Salud se establece la siguiente asignación:

### Centros de Salud:

Los Directores de los Centros de Salud, percibirán como asignación de responsabilidad un 30% de la suma del sueldo base y de la asignación de atención primaria correspondiente a la categoría y nivel de su carrera funcionaria, subdirectores de los Centros de Salud 20%, coordinadores comunales 20%, jefes de sector 15% y otras jefaturas 10%.

### Dirección de Salud:

El Director de Salud, percibirá como asignación de responsabilidad un 30% de la suma del sueldo base y de la asignación de atención primaria correspondiente a la categoría y nivel de su carrera funcionaria, jefatura de unidades asimilables a un Centro 30%, Subdirectores de Dirección de Salud 25%, coordinadores comunales 20% y otras jefaturas 10%

### Asignaciones Especiales Transitorias:

Las asignaciones especiales de carácter transitorio están reguladas en el Artículo 45° de la Ley N° 19.378 y en otras normas legales.

*Asignación de Funciones Críticas.* Es la asignación para aquellos funcionarios que realizan funciones relevantes o estratégicas para la gestión, por la responsabilidad que implica su desempeño y por la incidencia en los productos o servicios que se deben proporcionar, dada la necesidad del servicio de aumentar la cobertura para acercarse a los indicadores nacionales de atención primaria, de mejorar la oportunidad, continuidad y calidad de las prestaciones a través de un servicio que fortalezca y profundice el sistema de atención primaria de salud integrado e integral y las mayores exigencias en la gestión de la coordinación y conducción de los servicios; todo en el marco de los lineamientos ministeriales fijados en los distintos niveles del sistema de salud.

a) Otórguese esta asignación especial de funciones críticas, al profesional que ejerza los cargos de Director(a) de Salud, Subdirectores de Dirección de Salud, y serán calculados al momento de asumir o en diciembre de cada año para inicio el año siguiente, con un porcentaje sobre la suma del sueldo base y de la asignación de atención primaria correspondiente a la categoría y nivel de su carrera funcionaria, que será del 60% en nivel 15, disminuyendo un 5% por nivel hasta nivel 6, y desde nivel 5 una disminución por nivel de 2,5% hasta nivel 1, sobre este porcentaje se aplicará factor de 1 para categoría A y factor de 2 para categoría B y un último factor 1.5 para Director de Salud y 1.1 para Subdirectores de Dirección de Salud. En el caso de categoría A que posean la o las especialidades contempladas en la asignación de especialidad por competencias profesionales, esta asignación será reemplazada por el equivalente al establecido en el decreto que determina la especialidad de la medicina con derecho a asignación mensual por competencias profesionales en Atención Primaria de Salud.

b) Otórguese esta asignación especial de funciones críticas a aquellos profesionales que ejercen el cargo de Directores(as) de Centros de Salud, y serán calculados al momento

de asumir o en diciembre de cada año para inicio el año siguiente, con un porcentaje sobre la suma del sueldo base y de la asignación de atención primaria correspondiente a la categoría y nivel de su carrera funcionaria, que será del 60% en nivel 15, disminuyendo un 5% por nivel hasta nivel 6, y desde nivel 5 una disminución por nivel de 2,5% hasta nivel 1, sobre este porcentaje se aplicará factor de 1 para categoría A y factor de 2 para categoría B y un último factor que dependerá del tamaño del centro y la existencia de servicio de urgencia, para centros con una población validada sobre 70.000 personas y que posea servicio de urgencia el factor es de 1.2, para centros con población con más 40.000 y hasta 70.000 y que posea servicio de urgencia el factor es de 1.1, para centros con población con más 30.000 y hasta 40.000 y que posea servicio de urgencia el factor es de 1, para centros con población con más 30.000 y hasta 40.000 y que no posea servicio de urgencia el factor es de 0.9, para centros con población con menos de 30.000 y que posea servicio de urgencia el factor es de 0.8, para centros con población con menos de 30.000 y que no posea servicio de urgencia el factor es de 0.7. En el caso de no poseer población validada se utilizará el cálculo menor. En el caso de categoría A que posean la o las especialidades contempladas en la asignación de especialidad por competencias profesionales, esta asignación será reemplazada por el equivalente al establecido en el decreto que determina la especialidad de la medicina con derecho a asignación mensual por competencias profesionales en atención primaria de salud.

- c) Otórguese esta asignación especial de funciones críticas, por un monto de \$570.000 brutos a quienes ejerzan el cargo de Encargado(a) de compras comunal. Para jornadas de 44 horas y proporcional para jornadas menores.
- d) Otórguese esta asignación especial de funciones críticas, por un monto de \$500.000 brutos a quienes ejerzan el cargo de Jefe(a) de central de ambulancias. Para jornadas de 44 horas y proporcional para jornadas menores.

## 2. Asignación Especial de Resolución de Urgencias y Situaciones Críticas

Dada la necesidad del personal de los distintos centros de actuar con eficiencia y eficacia ante situaciones que requieran atención de urgencia.

- a) Otórguese esta asignación especial municipal mensual por resolución de urgencias y situaciones críticas a los funcionarios que se desempeñan con contrato plazo fijo o indefinido en el o los Servicios de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR) un monto mensual correspondiente al 10% sobre la suma del sueldo base y de la asignación de atención primaria correspondiente a la categoría y nivel de su carrera funcionaria para jornadas de 44 horas y proporcional para jornadas menores.
- b) Otórguese esta asignación especial municipal mensual por resolución de urgencias y situaciones críticas a los funcionarios que se desempeñan con contrato plazo fijo o indefinido en servicio de ambulancia o central de ambulancia un monto mensual

correspondiente al 7% sobre la suma del sueldo base y de la asignación de atención primaria correspondiente a la categoría y nivel de su carrera funcionaria para jornadas de 44 horas y proporcional para jornadas menores.

c) Otórguese esta asignación especial municipal por resolución a los funcionarios que se desempeñan con contrato plazo fijo o indefinido en el o los Servicios de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR), Central de Ambulancias y ambulancias, una asignación mensual de \$67.000 brutos.

d) Otórguese esta asignación especial municipal por resolución de urgencias y situaciones críticas a Ambulancia, central de ambulancia a por un monto de \$60.000 brutos a quienes se desempeñan en ambulancia de las categorías C y F en los meses de julio y diciembre.

e) Otórguese esta asignación especial municipal mensual por resolución de urgencias y situaciones críticas, por un monto de \$2.500 brutos por cada hora trabajada en los días de feriado irrenunciable para los funcionarios que trabajen en la red de urgencia comunal y ambulancia, esto es:

- 1 de enero: desde 31 de diciembre 20:00 hrs. hasta 1 de enero 24:00 hrs.
- 1 de mayo: desde 30 de abril 20:00 hrs. hasta 1 de enero 24:00 hrs.
- 18 y 19 de septiembre: desde 17 de septiembre a las 20:00 hrs. hasta el 19 de septiembre 24:00 hrs.
- 25 de diciembre: desde 24 de diciembre 20:00 hrs. hasta 25 de diciembre 24:00 hrs.

### 3. Asignación Especial de Resolutividad

Tiene por propósito hacer frente a los desafíos de mejorar la salud mental de las personas, mediante estrategias sectoriales e intersectoriales, para la promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales, atención garantizada de salud mental e inclusión social, en el marco de los modelos de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, con un mejor grado de calidad y con los recursos diagnósticos y terapéuticos disponibles.

a) Otórguese esta asignación especial municipal mensual a los funcionarios con contrato plazo fijo o indefinido de la Categoría A de profesión médica con especialidad establecida en el artículo 8°, incisos 1°, 2°, 3° y 4°, de la Ley N° 20.816 y que no se contemplen en el decreto anual que determina la especialidad de la medicina con derecho a asignación mensual por competencias profesionales en atención primaria de salud, un monto mensual de \$850.000 para jornadas de 44 horas y proporcional para jornadas menores. Estas asignaciones se iniciarán a partir de enero del año siguiente de su contratación.

b) **Asignación Especial de Médicos:** Tiene por propósito hacer frente a los desafíos de mejorar la salud de las personas, mediante el reclutamiento de médicos, en el marco de los modelos de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y del Modelo Comunitario de Atención de Salud, con un mejor grado de calidad y con los recursos diagnósticos y terapéuticos disponibles. Se establece una asignación especial a médicos con EUNACOM, en nivel bajo 12, es decir para los niveles 15, 14 y 13, para asimilarlo a nivel 12, a partir del cual esta asignación se deja de percibir.

## UNIFORMES

Cada año, el departamento de Desarrollo Organizacional de la Corporación Municipal de Puente Alto, realiza la entrega de uniformes para quienes pertenecen al Área de Salud y de acuerdo a la función que desempeñan. Cabe mencionar que la entrega se realiza en las temporadas de otoño-invierno y primavera-verano.

<b>Personal de ambulancias</b>	Uniforme de temporadas invierno y verano Calzado de seguridad y gift card de calzado
<b>Personal clínico</b>	Uniforme de temporadas invierno y verano Gift card de calzado de ambas temporadas *Los auxiliares de servicio reciben calzado en una temporada, puesto que reciben calzado de seguridad
<b>Administrativas</b>	Uniformes administrativas de ambas temporadas
<b>Administradores y administrativos</b>	Uniformes administradores y administrativos de ambas temporadas
<b>Centro de Integración María Isabel</b>	Uniforme de temporadas invierno y verano Gift card de calzado de ambas temporadas *Los auxiliares de servicio reciben calzado en una temporada, puesto que reciben calzado de seguridad
<b>Farmacia Solidaria</b>	Uniforme o bono

## PRESUPUESTO

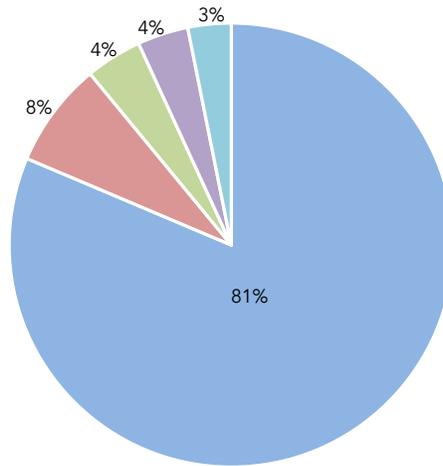
La subvención de Salud en la Atención Primaria es la principal fuente de financiamiento y está compuesta por las siguientes variables en la Corporación:

- Per Cápita Basal = tarifa estipulada por el MINSAL, según la canasta de prestaciones a entregar.
- + Índice de pobreza (6%) = indicador que mide la capacidad económica del municipio, mediante la mayor o menor dependencia del Fondo Común Municipal.
- Per Cápita Real = Subvención de Salud (sin considerar la asignación de los adultos mayores).
- N° de Inscritos validados por FONASA en la comuna: 376.894.

El presupuesto propuesto para el año 2025 es el siguiente:

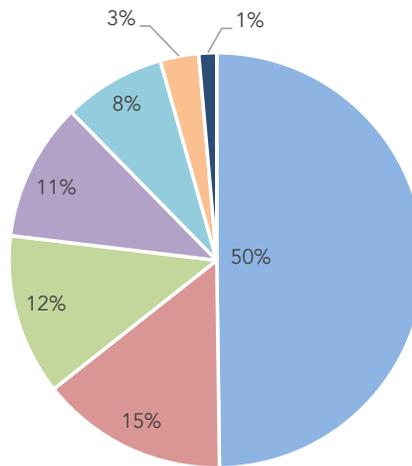
INGRESOS	
<b>SUBVENCIÓN DE SALUD</b>	\$ 56.843.483.956
<b>LEYES (Reforzamiento municipal)</b>	\$ 5.348.477.370
<b>OTROS INGRESOS OPERACIONALES</b>	\$ 2.871.976.555
<b>INGRESOS FARMACIA SOLIDARIA</b>	\$ 2.197.732.933
<b>TRANSFERENCIA MUNICIPAL</b>	\$ 2.590.289.421
<b>TOTAL INGRESOS</b>	\$ 69.851.960.235
GASTOS EN PERSONAL	
<b>GASTOS EN PERSONAL DE PLANTA</b>	\$ 34.780.634.323
<b>GASTOS EN PERSONAL A CONTRATA</b>	\$ 10.173.640.923
<b>GASTOS EN PERSONAL</b>	\$ 8.762.194.504
<b>TOTAL GASTOS EN PERSONAL</b>	\$ 53.716.469.750
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	
<b>MATERIALES E INSUMOS MÉDICOS</b>	\$ 7.517.374.442
<b>GASTOS GENERALES</b>	\$ 5.554.838.073
<b>MANTENCIÓN Y REPARACIÓN</b>	\$ 2.094.444.188
<b>CONSUMOS BÁSICOS</b>	\$ 968.833.782
<b>TOTAL GASTOS DE FUNCIONAMIENTO</b>	\$ 16.135.490.485
GASTO TOTAL Y RESULTADO	
<b>TOTAL GASTO</b>	\$ 69.851.960.235
<b>RESULTADO DEL EJERCICIO</b>	\$ -

### Distribución de los Ingresos



- SUBVENCIÓN DE SALUD
- LEYES APS (Reforzamiento municipal)
- OTROS INGRESOS OPERACIONALES
- TRANSFERENCIA MUNICIPAL
- INGRESOS FARMACIA SOLIDARIA

### Distribución de los Gastos

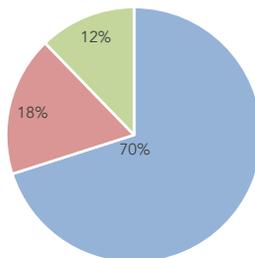


- GASTOS EN PERSONAL DE PLANTA
- GASTOS EN PERSONAL A CONTRATA
- GASTOS EN PERSONAL
- MATERIALES E INSUMOS MÉDICOS
- GASTOS GENERALES
- MANTENCIÓN Y REPARACIÓN
- CONSUMOS BÁSICOS

## Presupuesto de Farmacia Solidaria

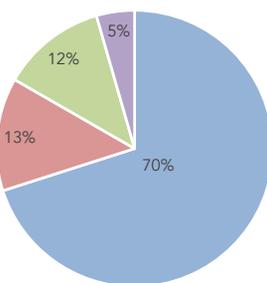
INGRESOS	
INGRESOS POR VENTA MEDICAMENTOS	\$ 1.870.811.535
TRANSFERENCIA MUNICIPAL	\$ 472.367.816
INGRESOS POR VENTA SUBSIDIOS	\$ 326.921.398
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>\$ 2.670.100.749</b>
GASTOS	
MEDICAMENTOS	\$ 1.870.811.535
GASTOS EN PERSONAL	\$ 353.509.349
MEDICAMENTOS CON SUBSIDIO	\$ 326.921.398
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	\$ 118.858.467
GASTO TOTAL Y RESULTADO	
<b>TOTAL GASTO</b>	<b>\$ 2.670.100.749</b>
<b>RESULTADO DEL EJERCICIO</b>	<b>\$ -</b>

Distribución de los Ingresos de Farmacia Solidaria



■ INGRESOS POR VENTA MEDICAMENTOS ■ TRANSFERENCIA MUNICIPAL  
■ INGRESOS POR VENTA SUBSIDIOS

Distribución de los Gastos de Farmacia Solidaria



■ MEDICAMENTOS ■ GASTOS EN PERSONAL  
■ MEDICAMENTOS CON SUBSIDIO ■ GASTOS DE FUNCIONAMIENTO

## PROYECTOS FUTUROS

### JORNADA DE BUENAS PRÁCTICAS HUMANIZADAS EN APS

Para el año 2025 se espera realizar una Jornada de Buenas Prácticas de APS con enfoque en la Humanización, donde los funcionarios y equipos de los diferentes dispositivos del Área de Salud pueden presentar proyectos y compartir experiencias y aprendizajes, con el objetivo de incorporar mejoras en sus Centros de Salud.

### LEVANTAMIENTO DE PROYECTO DE MEDICINA ALTERNATIVA

Con el objetivo de incorporar prestaciones de medicina alternativa, el Área de Salud de la Corporación Municipal de Puente Alto, durante el año 2025, en primera instancia, se evaluarán las necesidades para priorizar prestaciones y se realizará un levantamiento de proyecto para buscar financiamiento y lograr su ejecución para usuarios/as de los Centros de Salud.

### NUEVA FARMACIA SOLIDARIA

Uno de los proyectos que se pretende implementar en 2025 es la puesta en marcha de la nueva Farmacia Solidaria que son una iniciativa del gobierno comunal para proporcionar medicamentos a la población ofreciendo medicamentos genéricos y de marca a precios significativamente más bajos que las farmacias comerciales regulares. En nuestra comuna ya existe una ubicada en Balmaceda #265, frente a la plaza de Puente Alto, pero en virtud de la gran extensión de la comuna y pesando en acercar el beneficio a otras zonas de la misma, se implementará una segunda sucursal en la zona nororiente, específicamente en Avenida Las Nieves Oriente N° 01221. Actualmente ya se iniciaron los trabajos de remodelación de la casa arrendada para ese fin, quedando para el 2025 su implementación y puesta en marcha.

### RECUPERACIÓN DE MAMÓGRAFO DEL CENTRO DE IMÁGENES

Otro proyecto de importancia para la comuna es la recuperación del 2° mamógrafo que tiene el Centro de Imágenes. Actualmente está funcionando con uno solo y con el mamógrafo móvil, pero la demanda del examen supera la capacidad técnica actual. En 2018 llegó un 2° mamógrafo que se dañó, por lo que se están realizando las gestiones para su recuperación, con lo que se lograría cubrir la demanda de toda la comuna para el 2025.

### RENOVACIÓN DE ECÓGRAFOS COMUNALES

Este es otro proyecto muy relevante, ya que Puente Alto es una de las pocas comunas que cuentan con un Centro de Imágenes propio. Actualmente cuenta con 3 ecógrafos: 2

obstétricos y 1 para ecografía general que fueron recibidos hace 6 años y están operativos, pero se pretende hacer la renovación de los mismos por equipos más modernos con tecnología de punta, buscando mejorar la calidad del servicio.

## PROYECTO DE REPOSICIÓN DE MÓVILES DE EMERGENCIA DE TRASLADO DE USUARIOS

En coordinación con la Unidad de Licitaciones de la Municipalidad de Puente Alto, se realizó la presentación durante el año 2024 de un proyecto de reposición de móviles para la Unidad de Traslado de Usuarios, que es administrada desde la Central de Ambulancias:

- Reposición de móviles antiguos: 3 unidades.
- Reposición de móviles para traslado de usuarios: 1 unidad.
- Adquisición de móviles de traslado de usuarios: 3 unidades.
- Adquisición de móvil adaptado para pacientes con necesidades especiales (ambulancia bariátrica): 1 unidad.

## ABREVIATURAS

- ACV: accidente cerebrovascular
- AEB: Ambulancia de Emergencia Básica
- AEP: Ambulancia de Emergencia Profesionalizada
- APS: Atención Primaria de Salud
- AR: Alejandro del Río
- AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos
- BCN: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile
- BL: Bernardo Leighton
- CASEN: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional
- CCR: Centro Comunitario de Rehabilitación
- CDI: Centro de Imágenes
- CDT: Centro de Diagnóstico Terapéutico
- CDU: Consejo de Usuario
- CEAL: Cuestionario de Evaluación de Ambiente Laboral
- CECAN: Centro para la Prevención y el Control del Cáncer
- CEIF: Centro de Intervención Familiar
- CEP: Centro de Especialidades Primarias
- CES: Centro de Salud
- CEFAM: Centro de Salud Familiar
- CGR: Contraloría General de la República
- ChCC: Chile Crece Contigo
- CIAM: Centro Integral del Adulto Mayor
- CIAPEC: Centro de Investigación en Ambientes Alimentarios y Prevención de Enfermedades Crónicas Asociadas a la Nutrición
- CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades
- CIMI: Centro de Integración María Isabel
- CIRA: Consejo Integrado de la Red Asistencial
- CMPA: Corporación Municipal de Educación, Salud y Atención de Menores de Puente Alto
- CN: Consulta Nutricional
- COGRID: Comité de Gestión del Riesgo de Desastres
- COVID-19: Enfermedad por Coronavirus de 2019
- CPHyS: Comités Paritarios de Higiene y Seguridad
- CPT: Casos Presuntivos de Tuberculosis
- CPU: Cuidados Paliativos Universales
- CRS: Centro de Referencia en Salud
- CRSH: Cardenal Raúl Silva Henríquez
- CUD: Canal Único de Derivación
- DDHH: Derechos Humanos
- DEA: Desfibrilador Externo Automático

- DEIS: Departamento de Estadísticas e Información de Salud
- DHD: Dosis Diaria por 1.000 Habitantes-Día
- DIDECO: Dirección de Desarrollo Comunitario
- DIR: Detección, Intervención y Referencia
- DISO: Dirección Social
- DLP: Dislipidemia
- DM: Dispositivos Médicos
- DM2: Diabetes Mellitus Tipo 2
- DSM: Desarrollo Psicomotor
- DSS: Determinantes Sociales de Salud
- E2: Estradiol
- ECICEP: Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas
- ECNT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles
- ECV: Enfermedad/es Cardiovascular/es
- EGB: Estreptococo Grupo B
- ELEAM: Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores
- EMP: Examen de Medicina Preventivo del Adulto
- EMPAM: Examen de Medicina Preventivo del Adulto Mayor
- EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- EPP: Elementos de Protección Personal
- ERA: Enfermedades Respiratorias del Adulto
- ERI%: Porcentaje de Exactitud de Registro de Inventario
- ESI: Índice de Severidad de Emergencias (en inglés: Emergency Severity Index)
- FOFAR: Fondo de Farmacia
- Fonasa: Fondo Nacional de Salud
- FSH: Hormona Folículo Estimulante
- GES: Garantías Explícitas en Salud
- GGT: Gamma Glutamil Transpeptidasa
- GOT: Transaminasa Oxaloacética (AST: Aspartato Aminotransferasa)
- GPT: Transaminasa Pirúvica (ALT: Alanina Aminotransferasa)
- HDL: Lipoproteína de Alta Densidad (en inglés: High-Density Lipoprotein)
- HTA: Hipertensión Arterial
- IAAPS: Índice de la Actividad de Atención Primaria de Salud
- IAAS: Infecciones Asociadas a la Atención de Salud
- IAM: infarto agudo al miocardio
- INE: Instituto Nacional de Estadísticas
- INTA: Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos
- IRA: Infección(es) Respiratoria(s) Aguda(s)
- KW: Karol Wojtyla
- LARC: Métodos Anticonceptivos de Larga Duración (en inglés: Long-Acting Reversible Contraceptive)
- LDL: Lipoproteína de Baja Densidad (en inglés: Low-Density Lipoprotein)
- LH: Hormona Lúteo Estimulante

- LPP: Lesiones por Presión
- LV: Laurita Vicuña
- MAC: Métodos Anticonceptivos
- MAH: Manejo Avanzado de Heridas
- MAIS: Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario
- mhGAP: Mental Health Global Action Programme (Programa de acción para superar las brechas en salud mental)
- MINSAL: Ministerio de Salud
- MRS: Menopause Rating Scale
- NANEAS: Niños y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud
- NED: Nutrición Enteral Domiciliaria
- NNA: Niños, Niñas y Adolescentes
- NSE: Nivel Socioeconómico
- NTB: Norma Técnica Básica
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- OPR: Oficial de Protección Radiológica
- OPS: Organización Panamericana de la salud
- PAASAM: Programa de Apoyo a la Atención en Salud Mental
- PADDs: Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa
- PALS: Soporte Vital Avanzado Pediátrico (en inglés: Pediatric Advanced Life Support)
- PAO: Periodo Asistencial Obligatorio
- PAP: Papanicolau
- PESPI: Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas
- PHTLS: Soporte Vital en Trauma (en inglés: Prehospital Trauma Life Support)
- PLADECO: Plan de Desarrollo Comunal
- PMI: Programa de Mantenimiento de Infraestructura
- PMV: Padre Manuel Villaseca
- PNI: Programa Nacional de Inmunizaciones
- POCT: Prueba de Laboratorio en el Lugar de Asistencia (en inglés: Point of Care Testing)
- POE: Personal Ocupacionalmente Expuesto
- PPL: Población Privada de Libertad
- PRAIS: Programa de Reparación y Atención en Salud
- PRAPS: Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud
- PROA: Programa de Uso Racional de Antimicrobianos
- PROCET: Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis
- PSA: Antígeno Prostático Específico (en inglés: Prostate-Specific Antigen)
- PSCV: Programa de Salud Cardiovascular
- PsD: Persona en Situación de Discapacidad
- PTGO: Prueba de Tolerancia a la Glucosa Oral
- RAC: Relación Microalbuminuria / Creatininuria
- RBC: Rehabilitación Basada en la Comunidad
- RCD: Registro de Cuidadores y Personas con Dependencia
- RCE: Registro Clínico Electrónico

- REM: Registro Estadístico Mensual
- RISS: Redes Integradas de Servicios de Salud
- RND: Registro Nacional de Discapacidad
- RRHH: Recursos Humanos
- RSH: Registro Social e Hogares
- SAMU: Servicio de Atención Médico de Urgencias
- SAPU: Servicio de Atención Primaria de Urgencias
- SAR: Servicio de Urgencia de Alta Resolutividad
- SDAH: Síndrome de Déficit Atencional e Hiperactividad
- SENADIS: Servicio Nacional de Discapacidad
- SENAPRED: Servicio Nacional de Prevención y Respuesta ante Desastres
- SEREMI: Secretaría Regional Ministerial
- SG: San Gerónimo
- SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
- SIEDU: Sistema de Indicadores y Estándares de Desarrollo Urbano
- SSMSO: Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
- SUM: Servicio de Urgencia Municipal
- T4L: Tiroxina Libre
- TANS: Técnico Administrativo de Nivel Superior
- TEA: Trastorno del Espectro Autista
- TEC: Traumatismo Encéfalo Craneano
- TENS: Técnico en Enfermería de Nivel Superior
- TEPAR: Técnico de Nivel Superior en Enfermería y Procedimientos de Apoyo a la Rehabilitación
- TRH: Terapia de Reemplazo Hormonal
- TRVIH: Test Rápido de Virus de Inmunodeficiencia Humana
- TSH: Hormona Tiroestimulante
- UAPO: Unidad de Atención Primaria Oftalmológica
- UAPORRINO: Unidad de Atención Primaria de Otorrinolaringología
- UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
- USIE: Unidad de Salud Integral Escolar
- UTM: Unidad/es de Toma de Muestras
- VDI: Visita Domiciliaria Integral
- VFG: Velocidad de Filtración Glomerular
- VH: Vista Hermosa
- VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

## PALABRAS FINALES

### La Parábola del Colibrí

*Había un bosque grande y antiguo, placido, tupido de árboles y en el que vivían infinidad de animales.*

*Llego el verano y con el intenso calor las sequías. Esto provoco que comenzaran los incendios. El fuego se extendía rápidamente por el bosque y los animales, asustados, comenzaron a huir.*

*En medio de la confusión, un pequeño colibrí comenzó a volar en sentido contrario a la dirección del resto de los animales.*

*El pequeño pájaro volaba una y otra vez hasta un lago en el centro del bosque, cargaba unas pequeñas gotas de agua y las esparcía por sobre las llamas.*

*Leones, Jirafas, Elefantes y otros, asombrados no dejaban de mirar al pequeño animal, en tan asombroso accionar. Luego de un buen rato de observarlo, uno de ellos le pregunto: «¿Que estás haciendo?, A dónde vas? porque no huyes del fuego?»*

*El colibrí, se paró solo un instante y mirándolos, como todos huían del lugar, les contesto: «Yo sé que solo no puedo, pero yo estoy haciendo mi parte».*



## ¿Por qué elegimos un colibrí de mosaico?

*Los mosaicos caracterizan a la comuna,  
y nos caracterizan como salud,  
somos un mosaico de distintas personas, nacionalidades, orientaciones,  
profesiones, actividades, gustos, pensamientos, ideas,  
con un objetivo común,  
y al igual que el colibrí cada uno contribuye  
haciendo su parte en esta gran tarea de mejorar la salud de nuestra comunidad.*

## ¡Buen trabajo y éxito 2025!