



PLAN 2026-2028 DE SALUD

Participar, cuidar y crecer:
construyendo juntos una nueva forma de hacer salud.





CONTENIDO

PRESENTACIÓN	05
1. MARCO ESTRATÉGICO	07
1.1 PROPÓSITO	07
1.2. MISIÓN	08
1.3. VISIÓN	08
1.4 CADENA DE VALORES	09
1.4.1 RECURSOS ESTRATÉGICOS	09
1.4.2 PROCESOS CLAVE DE CREACIÓN DE VALOR	09
1.4.3 RESULTADOS ESPERADOS	10
1.4.4 VALOR DISTINTIVO DE LA DIRECCIÓN DE SALUD COMUNAL	11
1.4.5 ORGANIGRAMA DIRECCIÓN SALUD	12
2. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y HUMANIZADO	12
2.1 ORIENTACIONES MINISTERIALES	12
2.2 HACIA UNA APS CENTRADA EN LAS PERSONAS, SUS FAMILIAS Y TERRITORIOS	14
2.3 MODELO DE SALUD INTEGRAL CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO	14
2.4 ESTRATEGIA DE CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LAS PERSONAS (ECICEP)	17
2.5 BASES PARA LOS LINEAMIENTOS DE SALUD 2026-2028	19
2.6 EJES ESTRATÉGICOS Y ACCIONES PRINCIPALES	19
3. EJES ESTRATÉGICOS DEL PLAN COMUNAL	20
3.1 EL EJE CENTRAL DE LA NUEVA GESTIÓN COMUNAL HUMANIZACIÓN CON ENFOQUE TERRITORIAL EN SALUD	20
3.2 OBJETIVOS INSTITUCIONALES	22
3.3 ENFOQUES TRANSVERSALES	25
4. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA	25
4.1 CUADRO DE MANDO INTEGRAL (CMI)	26
4.2 CMI APLICADO	26
4.3 INDICADORES DETALLADOS POR PERSPECTIVAS	27
4.4 MECANISMOS DE ELABORACIÓN Y EJECUCIÓN	31
5. DIAGNÓSTICO COMUNAL DE SALUD INTEGRADO	31
5.1. SITUACIÓN TERRITORIAL	31
5.2 NUEVA DIVISIÓN TERRITORIAL	32
5.2.1 CONTEXTO QUE JUSTIFICA EL CAMBIO	33
5.2.2 ANÁLISIS CON ENFOQUE SALUBRISTA	33
5.3. ANÁLISIS DEMOGRÁFICO	34
5.3.1 POBLACIÓN INSCRITA EN LOS CENTROS DE SALUD CORPORATIVOS	36
5.3.2 NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES	38
5.3.3 PERSONAS MAYORES	38
5.3.4 DISTRIBUCIÓN POR CLASIFICACIÓN FONASA EN LOS CENTROS DE SALUD	39
5.4 INDICADORES VITALES Y CONDICIONANTES SOCIALES DE LA SALUD	41

5.4.1 NATALIDAD	41
5.4.2. MORTALIDAD	41
5.4.3 TABAQUISMO	44
5.4.4 MALNUTRICIÓN	45
5.4.5 PATOLOGÍAS CARDIOMETABÓLICAS	47
5.4.6 TRASTORNOS DE SALUD MENTAL	49
5.4.7 CARGA DE ENFERMEDAD	50
5.4.8 DISCAPACIDAD	51
5.4.9 ACCESO ÁREAS VERDES	51
5.4.10 VIVIENDA	51
5.4.11 POBREZA	52
5.4.12 PUEBLOS ORIGINARIOS	52
5.4.13 POBLACIÓN MIGRANTE	53
6. CABILDOS DE SALUD 2025	54
7. GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES)	56
8. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	56
8.1 LISTAS DE ESPERA LOCALES	57
8.2 EGRESOS HOSPITALARIOS	57
9. CARTERA DE SERVICIOS APS SEGÚN ETAPAS DEL CICLO VITAL	58
9.1 INFANCIA	59
9.2 ADOLESCENTES	62
9.3 SALUD DEL ADULTO/AS Y PERSONAS MAYORES	65
9.4 SALUD DE LA MUJER	68
10. RED DE SALUD COOPERATIVA DE PUENTE ALTO	71
10.1 CENTROS DE SALUD CORPORATIVOS	71
10.1.1 ORGANIGRAMA GENERAL CENTROS DE SALUD	71
10.1.2 CES ALEJANDRO DEL RÍO	72
10.1.3 CESFAM PADRE MANUEL VILLASECA	75
10.1.4 CESFAM BERNARDO LEIGHTON	79
10.1.5 CESFAM LAURITA VICUÑA	82
10.1.6 CESFAM KAROL WOJTYLA	85
10.1.7 CESFAM CARDENAL RAÚL SILVA HENRÍQUEZ	89
10.1.8 CESFAM SAN GERÓNIMO	92
10.1.9 CESFAM VISTA HERMOSA	96
10.2 SERVICIOS TRANSVERSALES	103
10.2.1 CENTRO DE ESPECIALIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA SAN LÁZARO	103
10.2.2 LABORATORIO COMUNAL DR. ALEJANDRO DEL RÍO	108
10.2.3 CENTRO DE IMÁGENES (CDI)	111
10.2.4 SERVICIOS DE URGENCIAS	113
10.2.5 CENTRAL DE AMBULANCIA	123
10.2.6 CENTRO DE INTERVENCIÓN FAMILIAR (COSAM CEIF)	125
10.2.7 UNIDAD DEL APOYO AL TRATAMIENTO	127
10.2.8 CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA (CAPS)	130
10.2.9 SALA NEURO PUENTE	132
10.3 ESTRATEGIAS MUNICIPALES	134
10.3.1 FARMACIA SOLIDARIA	134

10.3.2 CENTRO DE INTEGRACIÓN MARÍA ISABEL	136
11. SUBDIRECCIONES DE SALUD	138
11.1 SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL MODELO APS	138
11.1.1.COORDINACIONES COMUNALES SUBDIRECCIÓN GESTIÓN DEL MODELO	141
11.1.2 MONITOREO Y EVALUACIÓN DE INDICADORES Y METAS	161
11.1.3 MATRIZ DE CUIDADOS DE SALUD A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA CON ACTIVIDADES PRIORIZADAS PARA EL AÑO 2026	167
11.2 SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO	167
11.3 SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD	170
11.4 SUBDIRECCIÓN CALIDAD Y HUMANIZACIÓN	173
11.4.1 PLAN DE CAPACITACIÓN 2026	183
11.5 SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN TERRITORIAL	188
11.6 SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE SERVICIOS CRÍTICOS Y OPERATIVOS	192
11.7 SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CUIDADOS UNIVERSALES	208
11.8 UNIDAD DE GESTIÓN ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS	212
12. PLANIFICACIÓN OPERATIVA	214
12.1 MARCO GENERAL	215
12.2 OBJETIVO GENERAL	215
12.3 EJES ESTRÁTÉGICOS OPERATIVOS	215
12.4 GESTIÓN DIRECTIVA	218
12.4.1 ANÁLISIS DOTACION AUTORIZADA	218
12.4.2 ASIGNACIONES	222
13. PROYECTOS ESTRÁTÉGICOS 2026-2028	231
14. PRESUPUESTO – PLAN DE SALUD 2026-2028	233
15. ANEXOS	236
16. ABREVIATURAS	236
17. PALABRAS DE CIERRE	240

PLAN 2026-2028 DE SALUD

Participar, cuidar y crecer: construyendo juntos una nueva forma de hacer salud.

El Plan de Salud 2026-2028 de la comuna de Puente Alto se construye en el marco de una nueva gestión con enfoque comunitario, que reconoce la salud como un derecho fundamental y no como un privilegio. Esta administración asume con convicción la responsabilidad de garantizar una salud cercana, digna y equitativa, velando por el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud, como puerta de entrada a la salud pública y eje central para avanzar hacia un sistema de calidad, más justo y humanizado. Respondiendo a los compromisos internacionales adquiridos desde la declaración Alma-Ata (1978) hasta la Carta de Ottawa (1986).

Motivados por una transformación profunda, orientamos nuestro quehacer hacia una gestión centrada en las personas, reconociendo los determinantes sociales de la salud y promoviendo la participación comunitaria como pilar del desarrollo local. Apostamos por una visión humanizada de la salud, que valora el compromiso y la dignidad de las y los trabajadores y fomenta la corresponsabilidad entre usuarios, usuarias y equipos de salud, construyendo vínculos de confianza, cercanía y respeto mutuo.

Desde un enfoque territorial y descentralizado, continuaremos impulsando estrategias locales que acerquen la salud a los distintos sectores y permitan mejorar el acceso, fortalecer la equidad, y asegurar la continuidad del cuidado a lo largo del ciclo vital. Bajo el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), avanzamos hacia una gestión preventiva y de promoción, con una mirada de anticipación y pensamiento estratégico, que prioriza la optimización de recursos, la eficiencia y el principio de probidad como valores esenciales del servicio público.



Este Plan de Salud Comunal no es solo un documento para cumplir con formalidades administrativas; sino un **instrumento participativo, que busca mantener informada a nuestras comunidades sobre cómo **avanzamos hacia una salud digna y de calidad**.**



La participación constante de los diversos activos comunitarios y equipos de salud es la clave para construir la salud que todas y todos queremos. Por ello, este plan adquiere una relevancia especial: **plasma las necesidades, aspiraciones y desafíos de las y los puentealtinos**, orientando el trabajo conjunto hacia un futuro más saludable y contribuyendo en mejorar la calidad de vida de las y los habitantes de nuestra comuna. Esta es nuestra hoja de ruta: la cual refleja el compromiso del gobierno comunal con la defensa de la salud pública, consolidando políticas que respondan a las necesidades reales de nuestro territorio. **Buscamos fortalecer una salud más justa, solidaria y humana con participación de todas y todos.**

Este compromiso se sustenta en la posibilidad histórica de plasmar estas ideas desde nuestros cabildos en salud, una iniciativa que recoge los insumos necesarios para construir con propiedad la salud que necesitamos. Trabajando para que la Atención Primaria de Salud (APS) sea un espacio donde la comunidad se reconozca, participe y construya salud colectivamente. Reafirmamos que el bienestar de las personas debe ser el centro de toda acción sanitaria.



1.1 PROPÓSITO

El Plan Comunal de Salud 2026-2028 tiene como propósito **garantizar el derecho a una atención de salud digna, oportuna y humanizada** para todas las vecinas y vecinos de Puente Alto. Busca fortalecer la Atención Primaria de Salud (APS) como pilar del bienestar comunitario y promoviendo un modelo de atención centrado en las personas, sus familias y sus territorios.

Este propósito busca reducir brechas históricas en acceso, calidad y equidad, mediante una gestión eficiente, moderna e innovadora, que permita descentralizar prestaciones, acercar los servicios a los territorios y responder a las necesidades reales de la comunidad en cada etapa del ciclo vital.

El plan se orienta a construir una red de salud más resolutiva, cercana y participativa, donde la comunidad sea protagonista del cuidado de su propia salud, donde los equipos sanitarios cuenten con condiciones que favorezcan un trato humano y donde la infraestructura y tecnología estén al servicio de una atención integral, segura y continua.

En síntesis, su propósito es transformar la salud comunal hacia un sistema más humano, justo y territorialmente equilibrado, que promueva el bienestar, la prevención, la reconstrucción del tejido social y el apoyo mutuo. Queremos consolidar un modelo sostenible y comprometido con el presente y futuro de Puente Alto.



El proceso para definir el propósito, visión, misión y objetivos estratégicos de la Red de Salud comunal se desarrolló mediante un trabajo participativo y colaborativo involucrando activamente a los equipos directivos, a funcionarios (as), representantes de los gremios, así como a los distintos actores sociales de nuestra comuna (como las juntas de vecinos, los centros comunitarios, etc.). Con el objetivo claro de elaborar un plan de salud con una mirada más amplia y territorial.

Esta construcción colectiva se realizó entre los meses de **septiembre y octubre de 2025**, en el marco de los **Cabildos de Salud**, donde reflexionamos acerca de nuestra identidad institucional, los desafíos del territorio y las proyecciones acerca de “la salud que queremos”.

Como resultado, se consolidó una definición unificada, desde el sentido común, desde la necesidad de hablar de salud, desde la mirada cotidiana—compuesta por el propósito, la visión, la misión y los objetivos estratégicos—, el cual ha sido socializado por sí mismo. De esta forma, se estableció el compromiso común de alinear la gestión y las acciones cotidianas hacia el cumplimiento del propósito de salud comunal, fortaleciendo así la coherencia, participación y sentido de pertenencia de todos los actores tanto de la red como del propio territorio.



1.2 NUESTRA MISIÓN

Otorgar una atención de calidad, empática y comprometida, promoviendo la prevención, educación y participación en salud. Distinguirnos por nuestro trabajo territorial y nuestra capacidad de innovación, integrando formación, conocimiento y trabajo multidisciplinario para ofrecer una salud humana, equitativa y de excelencia para las comunidades de Puente Alto.

1.3 NUESTRA VISIÓN

Aspiramos a ser un referente en la gestión integral de la salud primaria, articulando la práctica clínica, docencia y la investigación en un modelo centrado en el desarrollo territorial, la equidad y la participación social. Construyendo junto a la comunidad, un sistema de salud sostenible, humano, innovador y tecnológico, consolidándonos como una red de salud municipal líder a nivel nacional.

1.4 CADENA DE VALORES

1.4.1 RECURSOS ESTRATÉGICOS

¿Con qué contamos para crear valor en salud humanizada y comunitaria?

Recursos humanos y organizacionales	Recursos técnicos y financieros	Recursos intangibles
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Equipos interdisciplinarios comprometidos con el MAIS. ➤ Liderazgos locales con visión participativa. ➤ Red de salud comunal 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Presupuesto municipal y convenios público privado. ➤ Alianzas con universidades, organizaciones sociales, redes intersectoriales, activos comunitarios. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Confianza ciudadana, identidad territorial y capital social. ➤ Educación institucional de servicio público. ➤ Compromiso ético, probo y vocacional del personal de salud.

1.4.2 PROCESOS CLAVE DE CREACIÓN DE VALOR

¿Qué hacemos para transformar recursos en bienestar?

ETAPA	PROCESO	VALOR HUMANIZADO Y COMUNITARIO AGREGADO
a. Diagnóstico y planificación participativa	Análisis territorial de salud y determinantes sociales.	Escucha activa, corresponsabilidad y enfoque de derechos.
b. Atención integral de salud	Prestaciones preventivas, curativas, de rehabilitación y promoción.	Trato digno, empatía, personalización y comunicación efectiva.
c. Gestión de redes y derivaciones	Coordinación entre niveles de atención y actores locales.	Continuidad del cuidado, acompañamiento emocional y accesibilidad.
d. Promoción de salud y autocuidado	Programas comunitarios, escuelas de salud y trabajo territorial.	Empoderamiento, participación y bienestar colectivo.
e. Gestión del talento humano	Formación, autocuidado y clima organizacional.	Cuidado de quienes cuidan; cultura del respeto y reconocimiento.
f. Evaluación y mejora continua	Monitoreo, auditoría participativa y retroalimentación.	Transparencia, confianza y aprendizaje compartido.

1.4.3 RESULTADOS ESPERADOS

RESULTADOS INTERMEDIOS (VALOR PÚBLICO GENERADO)

¿Qué cambios concretos se generan en la comunidad y en la organización?

- ❖ Mayor satisfacción usuaria y confianza en los servicios públicos.
- ❖ Fortalecimiento del vínculo equipo-comunidad.
- ❖ Equipos de salud más cohesionados, motivados y con sentido de propósito.
- ❖ Mejora en indicadores de resolución, continuidad y equidad territorial.
- ❖ Incremento en la participación social y corresponsabilidad en salud.

RESULTADOS FINALES (IMPACTOS ESPERADOS 2028)

¿Qué valor sostenible se genera para Puente Alto y sus habitantes?

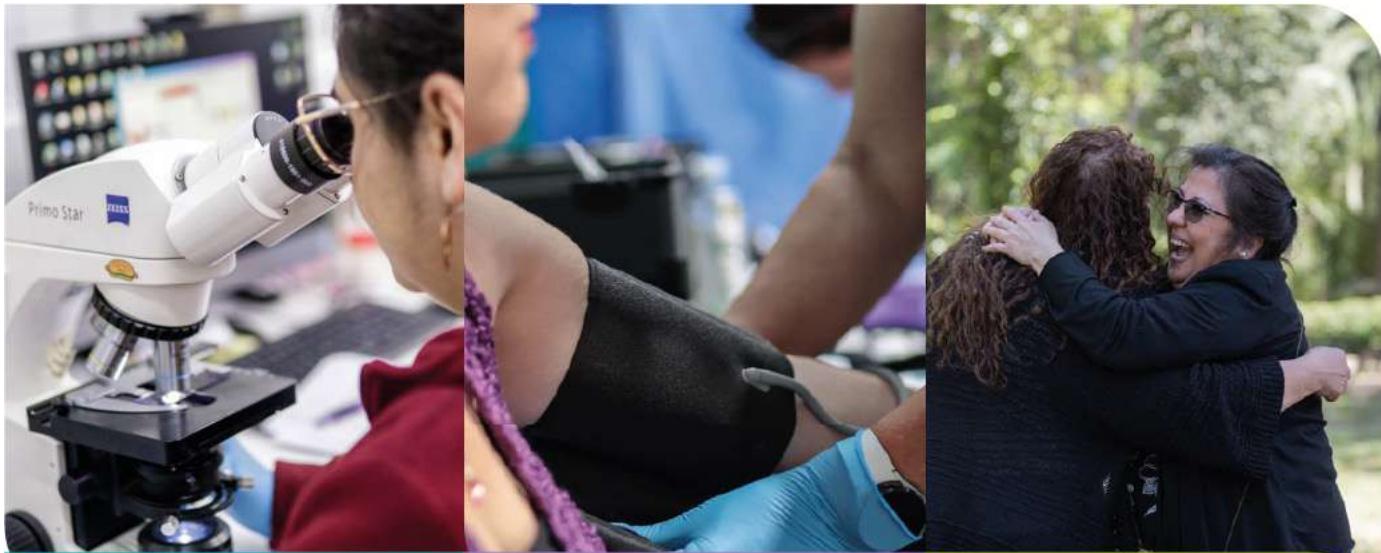
- ❖ Comunidades saludables, empoderadas y corresponsables de su bienestar.
- ❖ Red comunal de salud reconocida por su trato humano y cercanía.
- ❖ Reducción de brechas territoriales y sociales en el acceso a la atención.
- ❖ Mejora sostenida en la calidad de vida y en la salud biopsicosocial de la población.

Bajo el **enfoque humanizado**, cada eslabón de la cadena incorpora principios de dignidad, empatía, participación y equidad, asegurando que las personas no sean solo receptoras de servicios, sino **participantes activos** en la construcción de su salud.



1.4.4 VALOR DISTINTIVO DE LA DIRECCIÓN DE SALUD COMUNAL

La Dirección de Salud de Puente Alto genera valor público diferenciado al integrar en cada proceso tres dimensiones del cuidado:



EVIDENCIA CIENTÍFICA

Garantiza efectividad y seguridad clínica.

HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO

Centra la atención en la persona, no en la enfermedad.

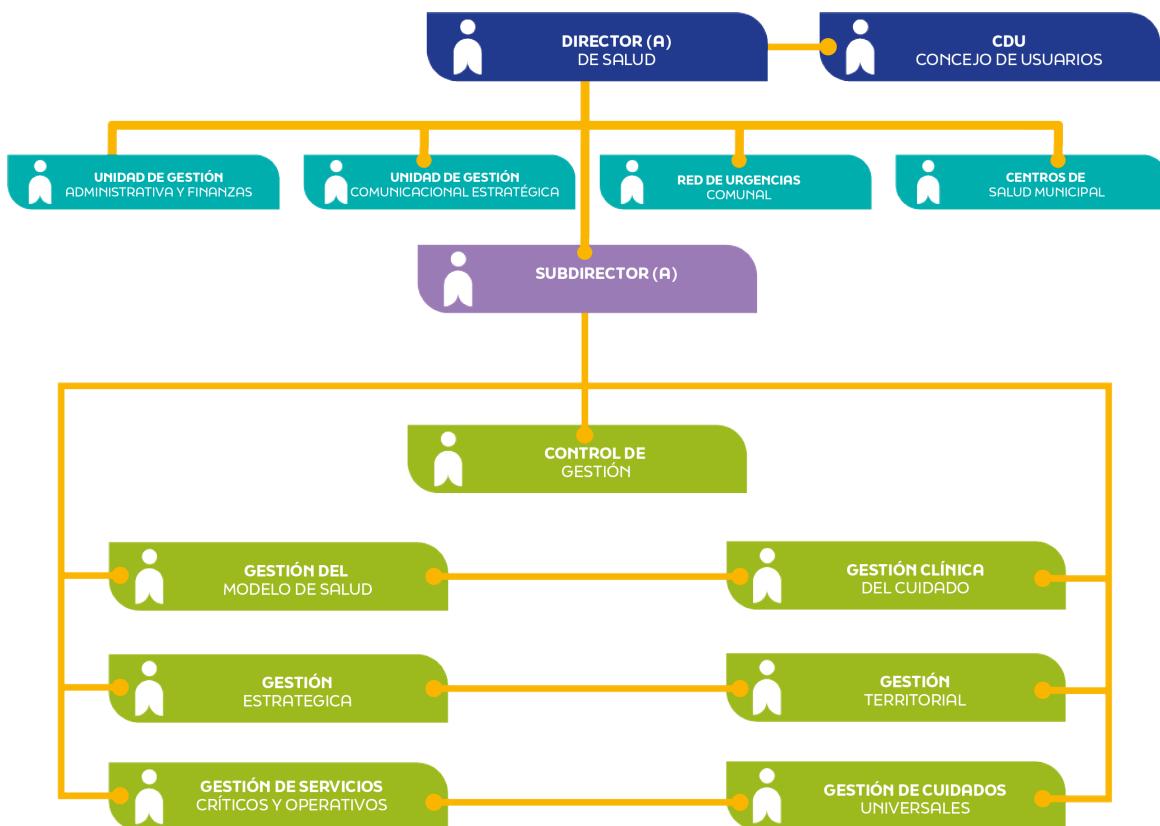
CORRESPONSABILIDAD SOCIAL

Reconoce a la comunidad como protagonista activa.



Esta tríada configura una “Gestión Afectiva-Efectiva”, donde el conocimiento técnico se integra con la ética del cuidado, la empatía y el trabajo colaborativo. Este enfoque promueve un **sello institucional humanizado con enfoque territorial**, que reconoce las particularidades de cada comunidad y fortalece la cercanía con las personas como elemento distintivo en la gestión en salud.

1.4.5 ORGANIGRAMA DIRECCIÓN DE SALUD



2. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y HUMANIZADO

2.1 ORIENTACIONES MINISTERIALES

Estrategia Nacional de Salud 2021-2030

La Reforma de Salud del año 2004 otorgó al Ministerio de Salud (MINSAL) un rol rector clave: definir los objetivos sanitarios nacionales que orientan las políticas públicas en salud, identificando los principales desafíos del país y las acciones necesarias para enfrentarlos.

En este marco, mediante la Resolución Exenta N.º 528 de abril de 2021, se estableció la Estrategia Nacional de Salud 2021-2030, que fija cuatro grandes objetivos sanitarios para la década

Mejorar la salud y el bienestar de la población.

asegurar la calidad de la atención sanitaria.

Disminuir las inequidades en salud.

avanzar hacia comunidades y entornos más saludables.

Fuente: MINSAL / Elaboración propia

Para alcanzar estos objetivos, la estrategia define siete ejes estratégicos de acción, que agrupan las principales áreas de intervención:

- 1.-Medio ambiente y entornos saludables (EE1).
- 2.-Estilos de vida saludables (EE2).
- 3.-Enfermedades transmisibles (EE3).
- 4.-Enfermedades crónicas no transmisibles y violencia (EE4).
- 5.-Funcionamiento y discapacidad (EE5).
- 6.-Emergencias y desastres (EE6).
- 7.-Gestión, calidad e innovación en salud (EE7).

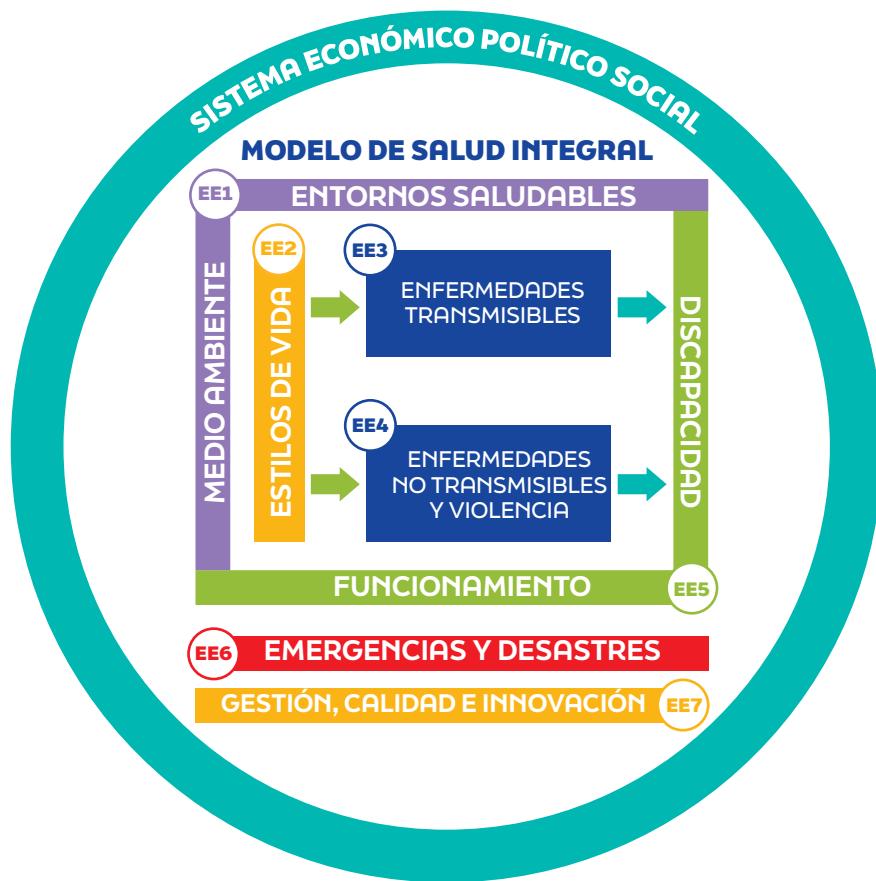
El marco estratégico de esta política incorpora, además, principios transversales que deben estar presentes en toda la planificación y ejecución sanitaria:

■ **Equidad en salud**, asegurando que todas las personas tengan las mismas oportunidades de alcanzar el bienestar.

■ **Perspectiva de curso de vida**, abordando las necesidades de salud desde la niñez hasta la vejez.

■ **Modelo de atención integral**, centrado en las personas, familias y comunidades.

■ **Intersectorialidad**, promoviendo la colaboración entre distintas áreas del Estado y la sociedad civil.



Fuente: MINSAL / Elebaoración propia

2.2 HACIA UNA APS CENTRADA EN LAS PERSONAS, SUS FAMILIAS Y TERRITORIOS

La Atención Primaria de Salud (APS) constituye la puerta de entrada del sistema sanitario y es el principal motor para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en materia de salud, bienestar y seguridad sanitaria. Su fortalecimiento no solo responde a una necesidad técnica, sino también ética y social: avanzar hacia una salud más justa, equitativa y solidaria, donde la participación de la comunidad sea el componente central del modelo de atención.

En Chile, desde la reforma sanitaria de 2005, se implementa el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), que transforma la relación entre los equipos de salud y las personas, las familias y su entorno. Este modelo pone en el centro del quehacer sanitario a la persona y su comunidad, reconociéndonos en conjunto como protagonistas activos y activas del cuidado de nuestra salud y del bienestar colectivo.

Para lograrlo, la APS debe organizarse en función de las necesidades reales de las personas y las particularidades de cada territorio, entregando prestaciones integrales, oportunas y resolutivas, sustentadas en la mejor evidencia científica disponible, pero, sobre todo, **HUMANIZADA**.

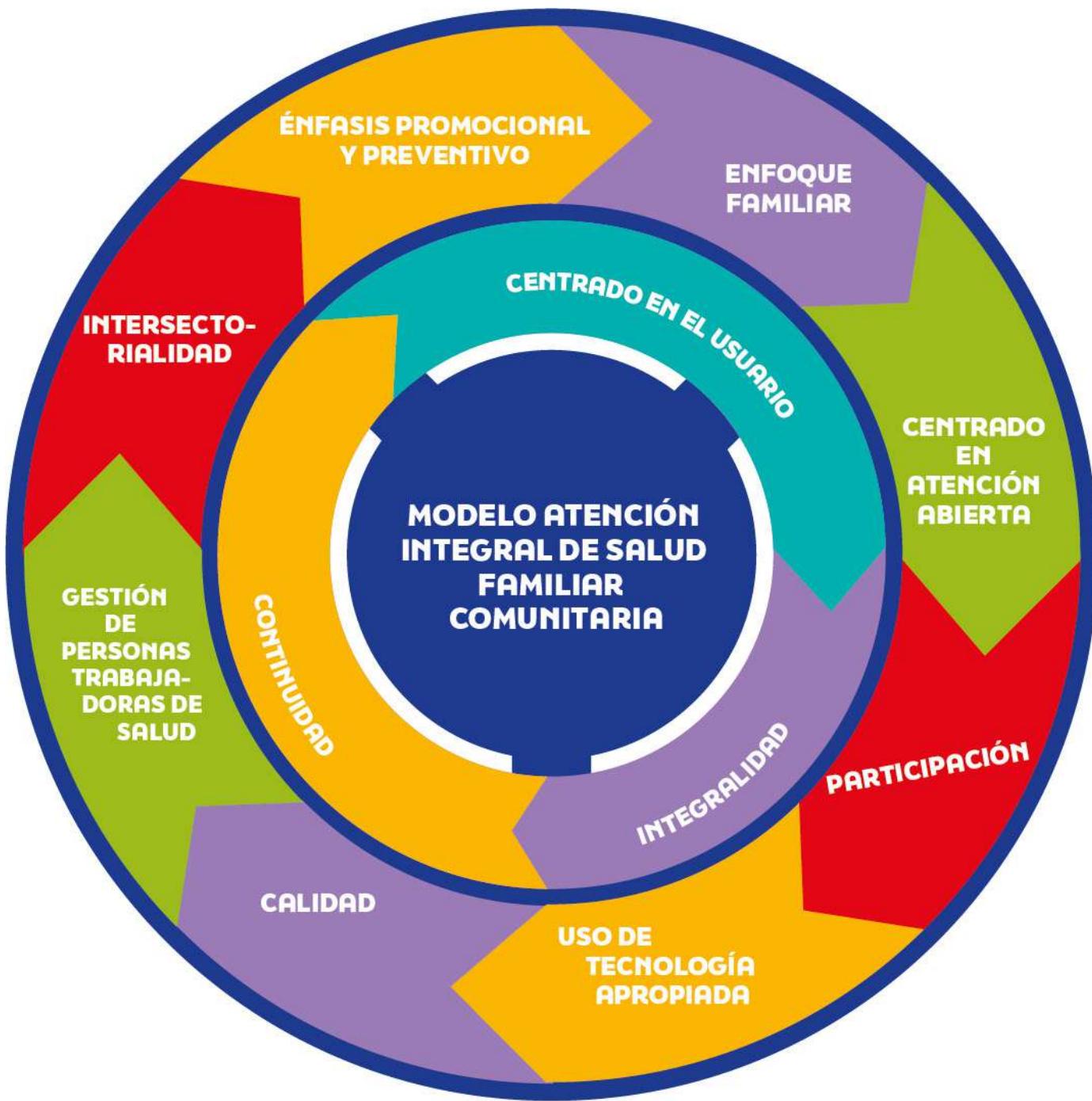
2.3 MODELO DE SALUD INTEGRAL CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Este enfoque integral busca que las diferencias en los resultados sanitarios —ya sea entre individuos, territorios o grupos poblacionales— sean visibilizadas, comprendidas y abordadas desde todos los niveles de gestión, garantizando un sistema de salud más justo, inclusivo y sostenible.

La Atención Primaria de Salud (APS) es el pilar central del sistema de salud y el punto más cercano entre la comunidad y los servicios sanitarios. Desde los centros de salud, la APS desarrolla un trabajo amplio que incluye prevención, promoción, pesquisa, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y algunas especialidades, resolviendo la mayoría de las necesidades de salud de la población. Además, coordina la referencia y contrarreferencia de los pacientes con otros niveles de la red asistencial.

En el marco del Plan Comunal de Salud 2026-2028, uno de los principales desafíos es fortalecer la implementación del Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, promoviendo un sistema que ponga a las personas en el centro de todas las decisiones.

Este modelo, impulsado por el Ministerio de Salud, entiende que cada persona forma parte de un entorno social y cultural diverso, y que tanto las familias como las comunidades son actores activos en el cuidado de su propia salud.



Fuente: MINSAL / Elaboración propia

El enfoque comunitario busca que la atención de salud no solo se limite a la consulta médica, sino que aborde todos los aspectos que influyen en el bienestar: la familia, el entorno, el trabajo, la educación, la vivienda y la participación social. Así, se avanza hacia una salud más justa, inclusiva y cercana a la vida cotidiana de las personas.

Para orientar el trabajo de los equipos de salud y asegurar una atención coherente con este modelo, se establecen tres principios fundamentales que deben guiar toda acción sanitaria:



Modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario.



Elaboración propia

El Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario promueve una atención más humana, participativa y equitativa, donde la comunidad y los equipos de salud trabajan juntos para construir bienestar y mejorar la calidad de vida en cada territorio.

La comuna de Puente Alto ha avanzado de manera significativa en la implementación del modelo de atención, aunque persisten niveles de desarrollo heterogéneos entre los distintos establecimientos. En este contexto, se proyecta el desarrollo de estrategias conjuntas con los equipos de salud, orientadas a fortalecer el modelo y a definir lineamientos mínimos comunes que contribuyan al bienestar de usuarios, familias y la comunidad. Asimismo, se ha fortalecido la articulación con el ámbito intersectorial y las redes comunitarias mediante la realización de un mapeo de activos comunitarios, el cual será difundido entre la población con el objetivo de aumentar el conocimiento y la accesibilidad a los servicios disponibles. Se espera que al menos el 50 % de los centros de salud completen este proceso, mientras que el resto presente avances significativos, proyectando su consolidación durante el período 2025-2026.

La familia es la unidad principal en el cuidado de salud, pues muchos problemas surgen, se mantienen o resuelven en el contexto familiar, incluyendo factores hereditarios, estilos de vida, crisis y decisiones sanitarias. En línea con el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), organiza sus intervenciones poniendo a la familia en el centro, considerando un enfoque biopsicosocial, de derechos, determinantes sociales y curso de vida. Este enfoque es esencial para abordar problemas de salud mental, enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), estilos de vida poco saludables y familias en situación de alta vulnerabilidad social.

Durante 2025, cuatro centros participaron en la certificación del modelo a nivel de servicio de salud, logrando que el 100% cumpliera con más del 60% de su plan de mejora anual. Además, se elaboró un protocolo comunal de Evaluación de Riesgo Familiar para estandarizar actividades en todos los centros.

Para 2026-2028, el plan consolida el enfoque familiar, entendiendo que las intervenciones efectivas requieren trabajar también con el entorno familiar y comunitario, ya que ninguna acción sobre la persona es suficiente sin este respaldo.

Cada CESFAM realiza la evaluación de las familias inscritas para identificar factores de riesgo y recursos protectores, actualizar la información periódicamente y registrar en la ficha clínica electrónica en línea con el MAIS. La clasificación del riesgo familiar abarca:

Factores biológicos: patologías crónicas, cáncer, dependencia de adultos mayores, discapacidad.

Factores psicológicos: crisis de ciclo vital, patologías mentales, consumo problemático de drogas, alteraciones conductuales en niños y adolescentes, duelos complejos.

Factores sociales: hacinamiento, violencia intrafamiliar, vulnerabilidad social, ausencia de redes de apoyo, migración con barreras de acceso.

Con base en esta evaluación, se priorizan y planifican intervenciones diferenciadas para brindar mayor apoyo a las familias en mayor riesgo, promoviendo la integralidad, continuidad, cuidado centrado y coordinación en la red.

2.4 ESTRATEGIA DE CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LAS PERSONAS (ECICEP)

La Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP) busca garantizar cuidados de salud integrales, coordinados, continuos y centrados en las necesidades reales de las personas, incorporando innovación, entorno social y familiar.

Su enfoque busca responder a la creciente cronicidad y multimorbilidad, impactando no solo a los pacientes, sino también a sus familias, cuidadores, equipos de salud y comunidad, con el propósito de reducir desigualdades en salud mediante servicios personalizados, ajustados a riesgos y situaciones específicas, mediante estratificación poblacional y cuidados diferenciados.



Esquema global de la estrategia ECICEP

BASES DE LA ESTRATEGIA			
1.- Estratificación de la población		2.- Proceso de atención	
LÍNEAS ESTRATÉGICAS			
Promoción y prevención	Responsabilidad y autonomía de las personas	Continuidad de los cuidados	Intervenciones eficientes adaptadas a las necesidades
PRINCIPALES ACCIONES			
<p>1. Controlar y disminuir factores de riesgo malnutrición, sedentarismo, tabaco y alcohol.</p> <p>2. Promover espacios de trabajo y educacionales saludables.</p> <p>3. Detección precoz de factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas.</p> <p>4. Favorecer el envejecimiento positivo y cuidado del cuidador.</p> <p>5. Coordinación intersectorial.</p> <p>6. Promover la participación comunitaria.</p>	<p>1. Apoyo al automanejo para usuarios y familiares.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan de cuidados colaborativos. ▪ Educación para el automanejo al equipo de salud, personas en situación de cronocidad y familiares. <p>2. Estrategia de monitoreo de personas con condiciones crónicas.</p> <p>3. Apoyo de pares.</p> <p>4. Formación continua del equipo de salud en modelo de cuidado clínico centrado en la persona.</p> <p>5. Líderes comunitarios en promoción del autocuidado en salud de acuerdo a las necesidades locales.</p>	<p>1. Implementar en APS dupla gestora (profesional técnico por sector) para multimorbilidad severa.</p> <p>2. Incorporar profesional de Enlace en nivel secundario.</p> <p>3. GES</p> <p>4. Acceso oportuno a medicamentos.</p> <p>5. Fortalecer la gestión farmacéutica.</p> <p>6. Protocolos de Referencia/contrareferencia.</p> <p>7. Cuidados domiciliarios.</p> <p>8. Tratamiento periodontal en personas con diabetes.</p>	<p>1. Gestión de agenda.</p> <p>2. Mensajería de apoyo a la adherencia a tratamiento.</p> <p>3. Monitoreo remoto.</p> <p>4. Plataforma de buenas prácticas.</p> <p>5. Medicina complementaria y prácticas de bienestar de la salud.</p>

Fuente Minsal / Elaboración propia

2.5 BASES PARA LOS LINEAMIENTOS DE SALUD 2026-2028

Las bases ministeriales para los lineamientos en salud, buscan fortalecer el sistema de salud para que todas las personas puedan acceder a una atención digna, oportuna y de calidad, sin importar su edad, género o lugar de residencia. Para lograrlo, se han definido prioridades que apuntan a mejorar la atención primaria, reducir las listas de espera, garantizar el acceso a medicamentos y promover políticas públicas con enfoque de equidad y de género.

Estos lineamientos también enfrentan desafíos importantes en áreas como la salud de las mujeres, el bienestar de las personas mayores, la gestión de emergencias sanitarias y el uso de la tecnología y la información para mejorar los servicios.

2.6 EJES ESTRATÉGICOS Y ACCIONES PRINCIPALES

E1. Fortalecer el sistema de salud

Mejorar la Atención Primaria de Salud (APS), asegurando que los centros estén bien equipados y con personal suficiente.

Optimizar la gestión de recursos humanos, financieros y tecnológicos.

Construir un sistema de salud resiliente y preparado para emergencias, como epidemias o desastres naturales.

E2. Acceso a la salud y a los medicamentos

Garantizar atención oportuna y de calidad en rehabilitación, salud mental, salud oral y cáncer.

Asegurar el acceso a medicamentos de calidad y a precios justos, protegiendo a las familias de gastos excesivos.

Fortalecer el trabajo de CENABAST, para que la distribución de medicamentos sea eficiente y equitativa.

E3. Promoción de la salud y prevención

Revisar y mejorar las políticas públicas que promueven una vida saludable.

Fomentar hábitos saludables: buena alimentación, actividad física y reducción del consumo de alcohol, tabaco y drogas.

Promover la salud sexual y reproductiva con enfoque de derechos, garantizando información, acompañamiento y acceso a servicios.

Asegurar una amplia cobertura de vacunas y el acceso a alimentos seguros y nutritivos.

E4. Integración de la información y tecnología

Conectar los distintos sistemas de información de salud para que los datos de los pacientes estén disponibles donde se necesiten.

Usar herramientas tecnológicas que permitan un seguimiento más personalizado y eficiente de las personas usuarias.

E5. Integración de la información y tecnología

Conectar los distintos sistemas de información de salud para que los datos de los pacientes estén disponibles donde se necesiten.

Usar herramientas tecnológicas que permitan un seguimiento más personalizado y eficiente de las personas usuarias.

E6. Atención con pertinencia cultural

Asegurar que los servicios de salud respeten las costumbres, creencias y culturas de las comunidades, especialmente de los pueblos originarios.

Implementar un modelo de salud intercultural, que combine la medicina tradicional con la atención moderna.

E7. Gestión institucional y desarrollo humano

Reforzar el rol de la Autoridad Sanitaria nacional y regional, asegurando coherencia en la planificación.

Promover procesos de selección y formación de equipos basados en la igualdad de oportunidades.

Desarrollar capacitación continua sobre diversidad, inclusión y derechos humanos para todos los trabajadores de salud.

Los lineamientos de salud para 2026-2028 buscan avanzar hacia una salud más humana, moderna y equitativa, donde las personas sean el centro del sistema.

El objetivo final es reducir las brechas de acceso, mejorar la calidad de vida y fortalecer la confianza de la comunidad en su red de salud pública.



3. EJES ESTRATÉGICOS DEL PLAN COMUNAL



3.1 EL EJE CENTRAL DE LA NUEVA GESTIÓN COMUNAL: HUMANIZACIÓN CON ENFOQUE TERRITORIAL EN SALUD

Humanizar la atención en salud significa reconocer la dignidad y la vulnerabilidad de cada persona que busca ayuda, comprendiendo que la salud no se reduce a lo biológico, sino que incluye dimensiones emocionales, sociales, culturales y espirituales.

Dentro de los análisis acerca del contexto social con una mirada humanizada, historiadores chilenos de renombre como Gabriel Salazar declaran elementos importantes como:

Precariedad laboral: Salazar ha destacado la precariedad laboral como un ingrediente de la crisis de inseguridad en Chile, un factor que podría afectar el acceso a la salud para muchos ciudadanos.

Necesidad de un nuevo modelo de desarrollo: Su perspectiva sobre la necesidad de un nuevo modelo de desarrollo incluye aspectos como la sustentabilidad, la igualdad de género y la descentralización, elementos que son fundamentales para un sistema de salud equitativo.

Rol de la ciencia y la universidad: Salazar ha enfatizado la importancia de que la ciencia no esté supeditada a intereses particulares y que instituciones como las universidades y los gobiernos regionales jueguen un papel más activo en la implementación de cambios.

Desde esta perspectiva, la Dirección Comunal de Salud de Puente Alto asume el desafío de integrar la humanización y el enfoque comunitario como principios operativos de la gestión sanitaria local, promoviendo:



Elaboración propia

La humanización en salud no puede desvincularse del territorio ni olvidar su rol articulador y de reconstrucción del tejido social. Humanizar es también descentralizar, acercar y adaptar los servicios a las realidades de los 18 territorios, fortalecer los activos comunitarios y promover la autogestión de la salud.

Por ello, el nuevo enfoque comunal de Puente Alto busca que cada dispositivo sanitario sea un espacio de encuentro, confianza y cuidado mutuo, donde los equipos y las comunidades trabajen juntos por un objetivo común: vivir mejor y con dignidad.

En definitiva, la humanización con enfoque comunitario es hoy el eje central del modelo comunal de salud, una hoja de ruta que orienta cada acción de planificación, atención y gestión. Solo así podremos construir una red de salud más cercana, equitativa, solidaria y profundamente humana.

3.2 OBJETIVOS INSTITUCIONALES

El presente apartado establece los fundamentos que orientan la gestión en salud comunal, en coherencia con los lineamientos estratégicos de la Corporación y las políticas públicas vigentes. Estas bases definen las prioridades sanitarias y los principios que guían la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud a nivel local.

Participación comunitaria

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Promover la participación protagónica de las comunidades en todas las etapas de diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación del plan de salud, fortaleciendo los espacios de diálogo, consulta y decisiones conjuntas.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- Fortalecer los Consejos de Desarrollo Local de Salud y sus capacidades para incidir en la planificación y evaluación de los servicios.
- Establecer mecanismos de consulta y deliberación comunitaria en torno a las prioridades locales de salud.
- Desarrollar estrategias diferenciadas para sectores rurales, aislados o con alta vulnerabilidad social.
- Impulsar formación ciudadana en salud, con enfoque de derechos y corresponsabilidad
- Generar procesos de comunicación bidireccional entre la Dirección de Salud y la comunidad, asegurando transparencia, acceso a la información y rendición de cuentas públicas.

COGESTIÓN Y CORRESPONSABILIDAD

Avanzar hacia modelos de gestión compartida entre equipos de salud, autoridades locales, instituciones del estado, privados y organizaciones territoriales, reconociendo el saber comunitario y la experiencia social como componentes legítimos del quehacer en salud.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- Implementar mesas de cogestión territorial entre equipos locales y representantes comunitarios para coordinar acciones y prioridades.
- Incorporar instrumentos de planificación conjunta (planes locales, presupuestos participativos, acuerdos de gestión compartida).
- Promover una cultura organizacional colaborativa, basada en la confianza, la transparencia y la responsabilidad mutua.
- Desarrollar procesos de evaluación participativa, donde la comunidad contribuya al monitoreo de avances y resultados.

5 Equidad territorial y derecho a la ciudad

EQUIDAD TERRITORIAL Y DERECHO A LA CIUDAD

Reducir las brechas en acceso, cobertura y calidad de las prestaciones de salud entre los distintos sectores de la comuna, priorizando intervenciones enfocadas en las particularidades de cada territorio, generando instancias permanentes de Diagnóstico en salud, con una real mirada biopsicosocial.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- Realizar diagnósticos territoriales diferenciados, identificando brechas en acceso, infraestructura, recursos humanos y determinantes sociales.
- Asignar recursos y dispositivos de salud en función de criterios de equidad y necesidad sanitaria.
- Fomentar la integración interterritorial mediante redes de apoyo y cooperación entre establecimientos.

Fortalecimiento y defensa de la APS

FORTALECIMIENTO Y DEFENSA DE LA APS

Consolidar la Atención Primaria como el pilar del sistema comunal, con enfoque integral, resolutivo y preventivo, reforzando los equipos multidisciplinarios y las capacidades locales de gestión clínica, comunitaria, administrativa y financiera.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- Consolidar equipos multidisciplinarios territoriales, con énfasis en promoción, prevención y salud mental comunitaria.
- Incrementar la resolutividad clínica y preventiva en los centros de salud mediante capacitación, equipamiento y mejora continua.
- Defender la APS como espacio de garantía del derecho a la salud, frente a la fragmentación o mercantilización del sistema.
- Reforzar la planificación y gestión basada en evidencia, con indicadores de impacto en salud y bienestar.

Modernización y digitalización de procesos

MODERNIZACIÓN Y DIGITALIZACIÓN DE PROCESOS

Incorporar procesos de modernización organizacional, tecnológica y comunicacional que mejoren el acceso y con ello la oportunidad, buscando la mejora continua en la calidad de la atención, sin perder la cercanía humana que debe caracterizar al sistema de salud

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- Implementar procesos de digitalización y modernización administrativa que simplifiquen la gestión y mejoren la atención a usuarios.
- Desarrollar sistemas de información integrados que permitan el seguimiento de usuarios y la toma de decisiones en tiempo real.
- Incorporar canales de atención digital y comunicación directa con la comunidad (plataformas, aplicaciones, redes sociales).
- Promover una atención amable, empática y centrada en las personas, fortaleciendo las competencias relacionales de los equipos de salud.

3.3 ENFOQUES TRANSVERSALES

TERRITORIALIDAD	INTERSECTORIALIDAD	INTERCULTURALIDAD CON ENFOQUE DE GÉNERO, MINORÍAS Y DEFENSA DE DDHH	SALUD MENTAL COMUNITARIA	SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN BASADA EN EVIDENCIA
Reconocer las múltiples realidades existentes en la comuna, planificando desde la realidad y potencialidad de cada territorio, con estrategias diferenciadas y adecuadas a las condiciones locales.	Fomentar la articulación con actores e instituciones públicas y privadas para abordar integralmente los determinantes sociales de la salud desde un enfoque biopsicosocial.	Incorporar la diversidad cultural en su máxima expresión, así como los derechos humanos como pilares éticos y metodológicos del trabajo en salud.	Integrar la salud mental como componente transversal, promoviendo el bienestar psicosocial desde la vida cotidiana, la participación y los vínculos comunitarios tanto para el usuario interno como externo en APS.	Orientar las decisiones en información epidemiológica, evaluación de resultados e innovación, garantizando sostenibilidad técnica y financiera del plan.

4. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

La Dirección de Salud de Puente Alto enfrenta el desafío de reencontrarse con la comunidad desde una perspectiva de empatía y cercanía, fortaleciendo, a través de la educación y la colaboración, el modelo de atención centrado en las personas, las familias y las comunidades. Este desafío se desarrolla en un contexto de crecimiento demográfico sostenido, desigualdades territoriales, importantes brechas estructurales, situaciones de hacinamiento, sobrecarga de los servicios de salud y el consiguiente desgaste de los equipos de salud.

El nuevo Gobierno comunal desde su dirección de salud enmarca la gestión 2026-2028 en los principios del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) y del Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO) 2023-2028, orientando la acción sanitaria hacia una APS humanizada, participativa y territorialmente justa.

El Plan de Salud Comunal 2026-2028 se proyecta como un instrumento vivo, flexible y comunitario. Su propósito es consolidar un modelo de salud comunal sustentado en la participación, la descentralización y la equidad territorial, fortaleciendo la Atención Primaria como espacio de gestión democrática y de cercanía con la comunidad.



4.1 CUADRO DE MANDO INTEGRAL (CMI)

El Cuadro de Mando Integral (CMI)—también conocido como Balanced Scorecard—será la herramienta de gestión estratégica que permitirá traducir la visión y los objetivos de la Dirección de Salud en indicadores concretos y medibles.

Este instrumento no se centrará únicamente en los resultados financieros o administrativos, sino que integrará cuatro perspectivas complementarias, posibilitando el monitoreo integral del cumplimiento de los ejes estratégicos del Plan de Salud 2026-2028, y promoviendo la alineación entre metas, indicadores y responsables.



4.2 CMI APLICADO

CUADRO DE MANDO INTEGRAL

PERSPECTIVA	CALIDAD Y HUMANIZACIÓN	SALUD CON ENFOQUE TERRITORIAL	INNOVACIÓN	PARTICIPACIÓN
USUARIO Y COMUNIDAD	Entregar una atención de salud cercana, segura y digna, centrada en las personas y sus familias.	Acercar la salud a los territorios, garantizando equidad en el acceso y continuidad del cuidado.	Poner a disposición la tecnología para el acceso oportuno y equitativo a las diferentes prestaciones de salud.	Fortalecer las instancias de participación comunitaria, promoviendo corresponsabilidad en el cuidado de la salud.
FINANCIERA	Optimizar los recursos financieros priorizando acciones que mejoren la calidad y seguridad de la atención.	Asignar recursos de acuerdo con las necesidades territoriales detectadas, promoviendo eficiencia en la gestión local.	Invertir en soluciones tecnológicas que generen ahorro operativo y valor para la atención.	Promover la transparencia y rendición de cuentas en el uso de recursos destinados a participación y promoción comunitaria.
PROCESOS INTERNOS	Fortalecer y estandarizar los procesos asistenciales para asegurar calidad técnica y humana.	Desarrollar estrategias de coordinación entre centros y territorios para una atención integral y continua.	Implementar procesos innovadores en gestión clínica, logística y digitalización.	Integrar los mecanismos de participación en la gestión interna y en la toma de decisiones.
APRENDIZAJE Y DESARROLLO	Promover el desarrollo de competencias blandas y técnicas del personal orientadas al trato humanizado.	Fomentar la formación de equipos territoriales interdisciplinarios y comprometidos con su comunidad.	Impulsar una cultura organizacional abierta al cambio, la innovación y la mejora continua.	Desarrollar capacidades en liderazgo participativo y comunicación efectiva con la comunidad.

4.3 INDICADORES DETALLADOS POR PERSPECTIVAS

Usuarios y comunidad

USUARIOS Y COMUNIDAD					
Objetivo Estratégico	Indicador (KPI)	Meta 2028	Responsable	Fórmula de cálculo	Fuente de Datos
Mejorar la satisfacción usuaria del sistema APS	% de satisfacción usuaria	Primer corte: Marzo 30% Segundo corte: Junio 40% Tercer corte: Septiembre 50% Cuarto corte: Diciembre 60%	OIRS / Promoción	(Número de solicitudes ciudadanas "Felicitaciones"/ Número total de solicitudes ciudadanas x 100 (OIRS))	REM 19 B sección A (Total Consultas, Sugerencias y Felicitaciones / Total de reclamos)
Incrementar la cobertura de atenciones de salud en el territorio	% de cobertura anual de actividades territoriales	80%	Promoción. Registro RAYEN	(Nº Total de actividades comunitarias realizadas / Nº Total de Actividades comunitarias planificadas) x100	REM 19 A Sección B.1/ Actividades planificadas
Usar la tecnología como herramienta para eliminar las barreras y asegurar que la población más vulnerable pueda realmente acceder a los servicios de salud digitalizados	Índice de Adopción Tecnológica por Población Objetivo	80%	SAU	(Nº de usuarios Ley Preferente acceso a Morbilidad canales digitales (Teléfono y/o web) /Total de pacientes acceso a Morbilidad) x100	REM A04 sección A
Fortalecer la participación comunitaria en salud	% de organizaciones activas en consejos locales	+30%	Promoción	(Nº de organizaciones activas en consejos locales/Total de organizaciones de la comuna) x 100	Registro local

Recursos y finanzas

RECURSOS Y FINANZAS

Objetivo Estratégico	Indicador (KPI)	Meta 2028	Responsable	Fórmula de cálculo	Fuente de Datos
Mejorar la ejecución presupuestaria APS	% de reportabilidad financiera periódica cumplida	100%	Asesor Financiero Área de Salud	(Nº reportes financieros emitidos en fecha / Nº reportes programados) x 100	Programa de Gestión Financiera APS
Reducción progresiva de brechas entre necesidades detectadas y recursos asignados	% de cobertura financiera de brechas detectadas	≥ 90%		(Recursos asignados para cubrir brecha / brechas cuantificadas) x 100	Plan de gestión de recursos
Índice de Adopción y uso de la Tecnología	% implementación efectiva y el valor generado de tecnologías	Mayor al 90%		(Nº de usuarios activos regulares / total de usuarios potenciales) x 100	Plan de Gestión de Recursos
Fortalecer la participación comunitaria en salud	% de informes de gestión publicados	100%		(Nº de informes de rendiciones publicados / total de informes solicitados) x 100	Política de Transparencia APS

PROCESOS INTERNOS

Objetivo Estratégico	Indicador (KPI)	Meta 2028	Responsable	Fórmula de cálculo	Fuente de Datos
Mejorar la calidad de registro clínico	% de fichas clínicas completas	<0.03%	Coordinación de referencia y contrarreferencia	(Nº Fichas estado iniciado de profesionales que generan SIC/Nº Total de atenciones realizadas de profesionales que generan SIC) x 100	Iris reporte fichas iniciadas / reporte atención / diagnóstico / actividad
Aumentar la resolutividad en APS	% de problemas de salud resueltos en nivel primario	75%	SAU	(Nº pacientes egresados en lista de espera en programa imágenes y resolutividad 2026/ Nº pacientes listas de espera en programa resolutividad 2026) x 100	SIGTE
Optimizar la gestión de citas y derivaciones por medio de tecnologías	Reducción de tiempos de espera asistenciales	Reducción progresiva de los tiempos de espera de un 5%	UGI	(Tiempo de espera pre-innovación - tiempo de espera actual / tiempo de espera promedio pre-innovación)	Sistema de gestión de citas electrónicas
Fortalecer la coordinación intersectorial	% de mesas de trabajo activas	85%	Subdirección de gestión territorial	(Número de Mesas de Trabajo que Cumplen con el Criterio de Actividad / Número Total de Mesas de Trabajo Planificadas o Requeridas) x 100	Registro local

Aprendizaje y desarrollo

APRENDIZAJE Y DESARROLLO

Objetivo Estratégico	Indicador (KPI)	Meta 2028	Responsable	Fórmula de cálculo	Fuente de Datos
Fortalecer las competencias del personal APS en aspectos de buen trato y humanización	% de funcionarios con capacitación en temas de trato y humanización de manera anual	100%	Coordinación de capacitación	(Nº total de funcionarios capacitados / Nº total de funcionarios objetivo) x 100	Plan Anual de capacitación APS
Promover la participación del equipo en actividades con enfoque territorial	% de cobertura anual de actividades territoriales	80%	Subdirección de gestión territorial y centros de salud	(Nº de disciplinas diferentes que participan en actividades territoriales / Nº Total de Disciplinas o Profesiones Relevantes en el Equipo) x 100	Programa de actividades territoriales
Fomentar la innovación en gestión y atención	Nº de proyectos innovadores implementados	10	Subdirección de gestión estratégica	Cantidad de proyectos innovadores desarrollados en el año	Fondo de Innovación APS
Desarrollar liderazgo en equipos directivos	% de líderes formados	100 %	Coordinación de capacitación	(Nº total de funcionarios formados en liderazgo / Nº total de funcionarios objetivo) x 100	Plan anual de capacitación APS

4.4 MECANISMOS DE ELABORACIÓN Y EJECUCIÓN

31

PLAN DE SALUD
2026 - 2028



5. DIAGNÓSTICO COMUNAL DE SALUD INTEGRADO



El Plan de Salud Comunal 2026 – 2028 se construye con una mirada comunitaria, con enfoque territorial y la participación de los diversos activos comunitarios, en coherencia con la nueva administración de salud del Gobierno Comunal. Se orienta a fortalecer el modelo de atención centrado en las personas, las familias y los territorios, reforzando la Atención Primaria de Salud (APS) como eje articulador y garante del derecho a la salud con equidad y justicia social.

Este importante insumo constituye una herramienta de planificación estratégica y de gestión participativa que guiará las acciones de salud de manera trienal, durante el período 2026-2028, en estrecha relación con las comunidades, organizaciones sociales y redes intersectoriales de los 18 territorios de nuestra comuna, sumando en esta importante labor a los actores privados que aportan al derecho a la ciudad planteado en el programa comunal.

5.1. 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 siendo la más grande a nivel nacional. 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.



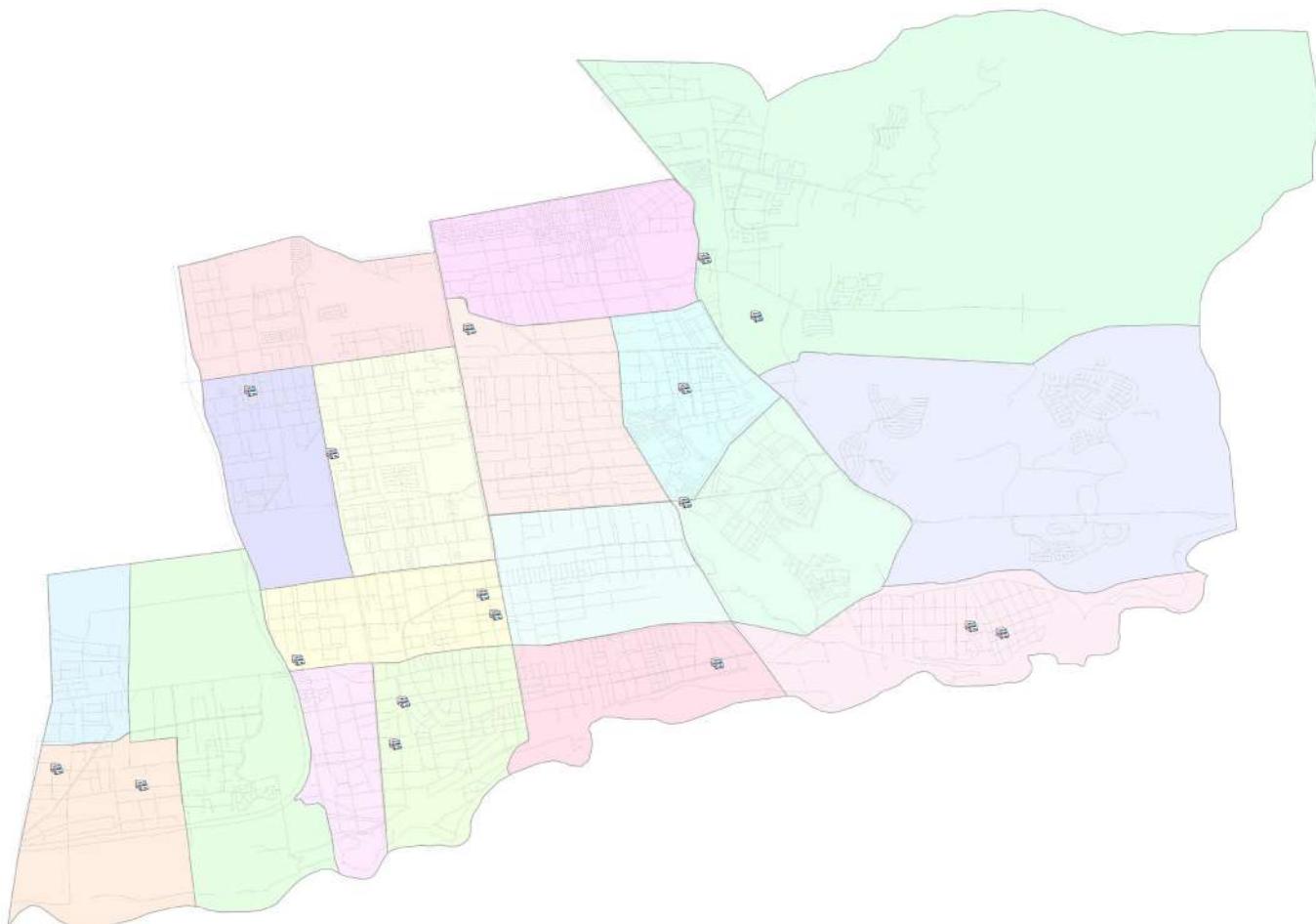
Puente Alto tiene una superficie total de 88,0 km², que representan el 0,57% del territorio regional y 1,59% el de la superficie de la Provincia de Cordillera. La densidad poblacional de esta comuna es de 6455,8 hab/km². Fuente: Informe Final Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO) 2023 – 2028 Puente Alto.

5.2 NUEVA DIVISIÓN TERRITORIAL

NUEVA DIVISIÓN TERRITORIAL DE PUENTE ALTO (DE 6 A 18 TERRITORIOS)

“Hacia una COMUNA más justa, cercana y resolutiva”

La decisión del gobierno comunal de reorganizar la comuna de Puente Alto desde 6 territorios tradicionales a un nuevo modelo de 18 territorios microsectorizados, representa uno de los cambios estructurales más relevantes de la nueva administración. Esta redistribución busca aumentar la equidad, mejorar el acceso real y permitir una gestión más precisa de las necesidades locales, considerando la enorme heterogeneidad demográfica, social y también sanitaria de la comuna.



5.2.1 CONTEXTO QUE JUSTIFICA EL CAMBIO

Puente Alto es la comuna más poblada de Chile, con 568.000 habitantes de los cuales 394.656 personas se encuentran inscritas validadas en FONASA, existiendo durante muchos años una distribución territorial altamente desigual:

- Macrosectores con sobrecarga
- Barrios aislados por infraestructura vial o características geográficas.
- Sectores con marcada vulnerabilidad social, violencia y hacinamiento.
- Zonas emergentes con crecimiento acelerado (ej.: Bajos de Mena, teniente Merino, San Guillermo).

El modelo de 6 territorios no permitía capturar la diversidad interna de cada macrozona, afectando:

- Asignación de recursos
- Focalización de programas
- Capacidad resolutiva de los equipos
- Planificación preventiva y comunitaria

La micro sectorización en 18 territorios se realiza en la búsqueda de la corrección de estas brechas.

5.2.2 ANÁLISIS CON ENFOQUE SALUBRISTA

La fragmentación de la comuna en 18 territorios permitirá:

Distribuir recursos según necesidades y no según población total

Ejemplo:

Territorios con alto envejecimiento → más kinesiólogos (as), enfermeras (os) y manejo crónico.

Territorios con alta población infantil → refuerzo en desarrollo psicomotor.

Territorios con mayor violencia → duplas psicosociales más robustas.

Detectar microbrechas sanitarias

Con anterioridad teníamos un territorio grande en donde se escondían desigualdades internas, mientras que ahora cada microterritorio podrá ser caracterizado por:

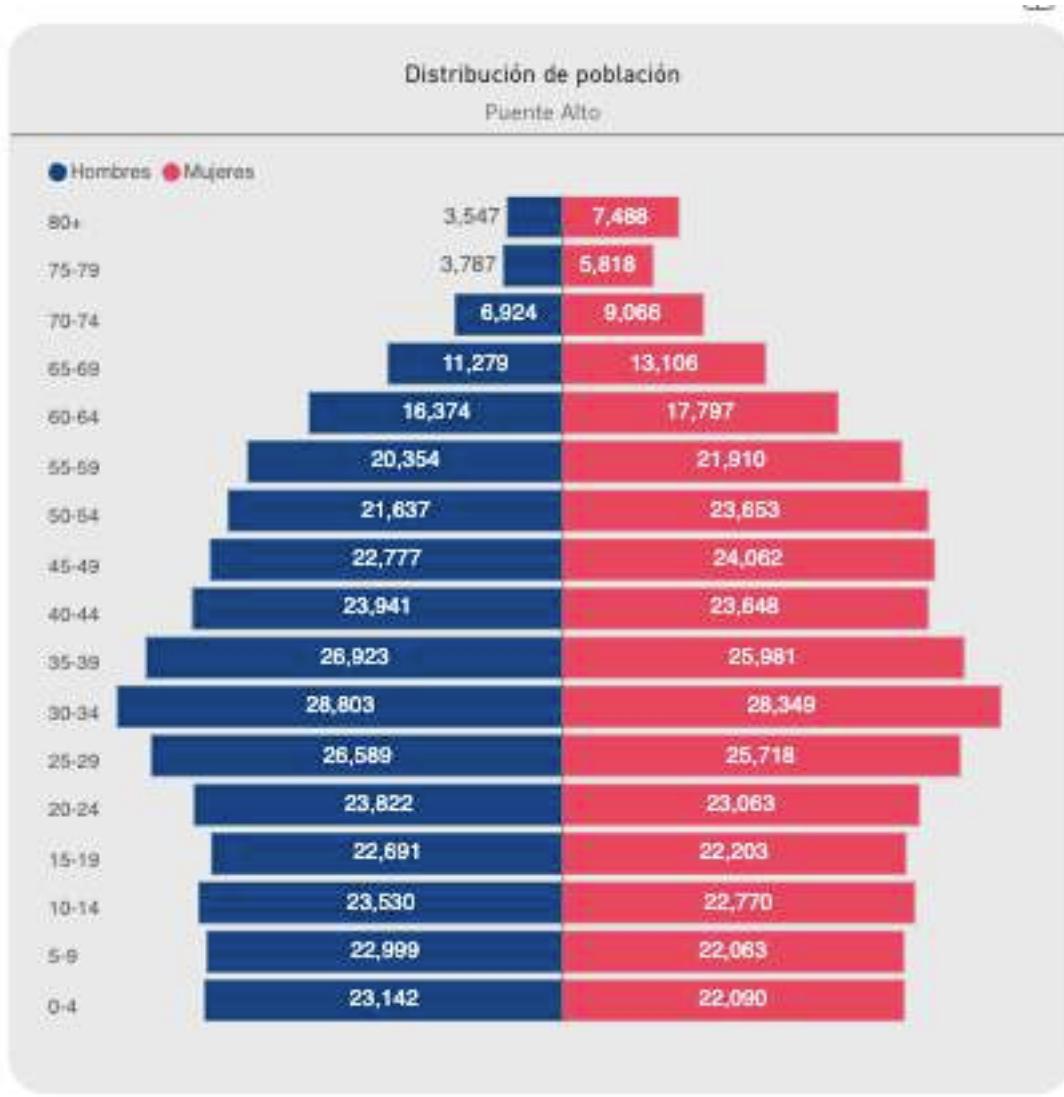
- Índices de vulnerabilidad
- Prevalencia de enfermedades crónicas
- Tasa de violencia intrafamiliar
- Salud mental
- Migración
- Riesgo ambiental
- Accesibilidad geográfica

Planificación focalizada

Lo que permitirá intervenir con precisión en:

- Brotes epidemiológicos
- Gestión de listas de espera
- Campañas de vacunación
- Programas del ciclo vital
- APS en terreno

5.3. ANÁLISIS DEMOGRÁFICO



Fuente: Territorio y Demografía, DEIS, MINSAL, 2024.

Según los últimos datos del DEIS, la población para el año 2024 para la comuna de Puente Alto es de 667.904 habitantes, lo que representa un 7,93% de la población total regional, de los cuales el 49,28% son hombres y el 50,72% son mujeres. Cuenta con una superficie de 88 Km², equivalente al 0,57% de la superficie de la región, constituyéndose en la comuna con más personas del país.

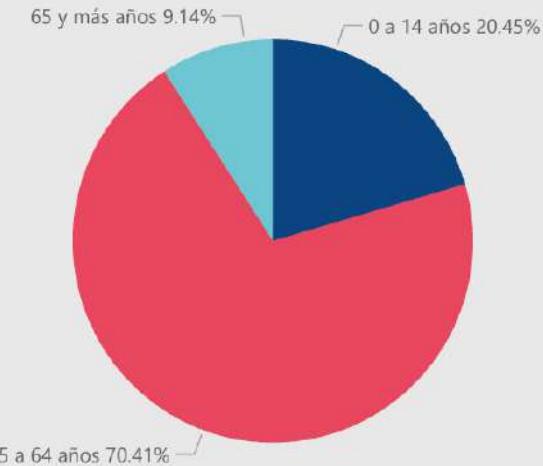
Distribución de la población por grupo etario

Puente Alto

Grupo etario	Población	% sobre el total
0-4	45,232	6.77%
5-9	45,062	6.75%
10-14	46,300	6.93%
15-19	44,894	6.72%
20-24	46,885	7.02%
25-29	52,307	7.83%
30-34	57,152	8.56%
35-39	52,904	7.92%
40-44	47,589	7.13%
45-49	46,839	7.01%
50-54	45,290	6.78%
55-59	42,264	6.33%
60-64	34,171	5.12%
65-69	24,385	3.65%
70-74	15,990	2.39%
75-79	9,605	1.44%
80+	11,035	1.65%
Total	667,904	100.00%

Distribución etaria de la población

Puente Alto

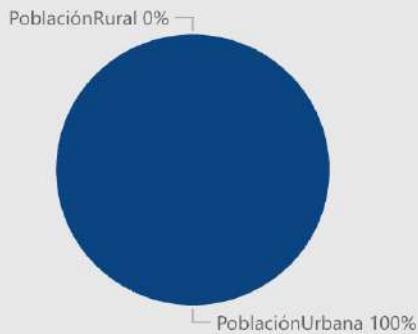


Fuente: Territorio y Demografía, DEIS, MINSAL, 2024.

La distribución de la población según los últimos datos del DEIS al 2024, el 20,45% se encuentra entre los 0 a 14 años, el 9,14% tiene 65 o más años, mientras que el 70,41% de 15 a 64 años.

Distribución urbano rural

Puente Alto


Distribución urbano rural

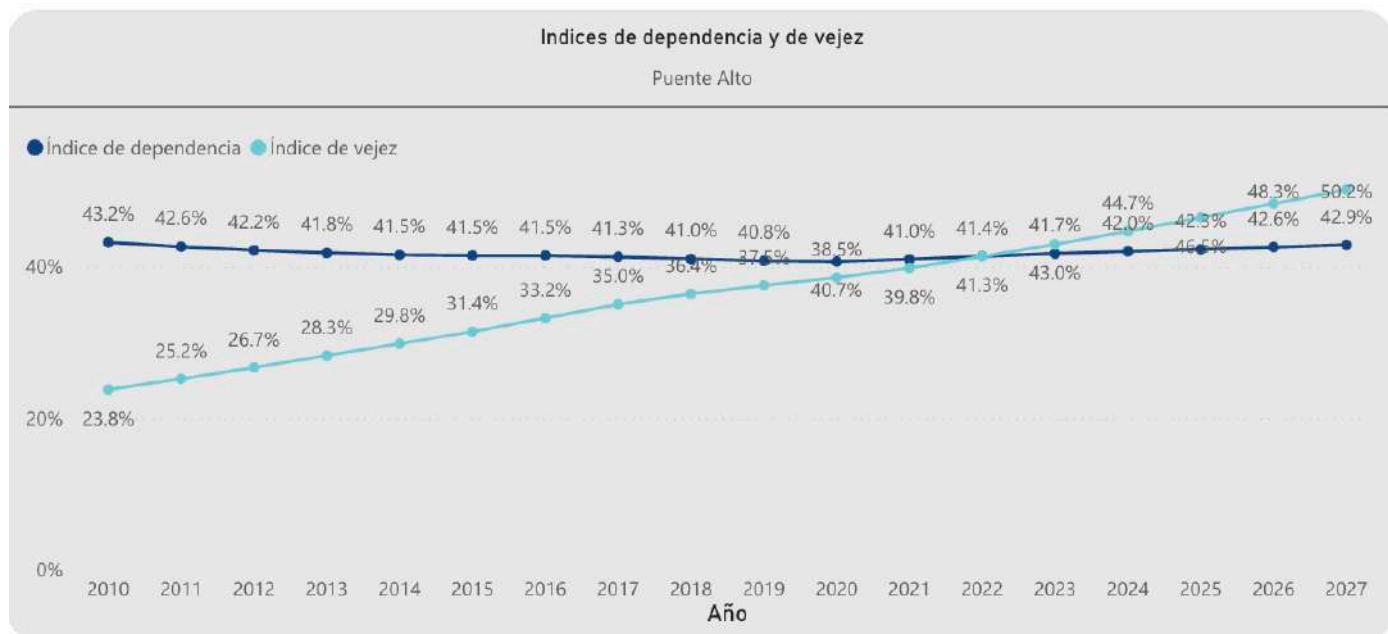
Puente Alto

Glosa	Sexo	Población	% sobre total
Urbano	Hombres	329,113	49.28%
Urbano	Mujeres	338,780	50.72%
Rural	Hombres	6	0.00%
Rural	Mujeres	5	0.00%
Total		667,904	100.00%

Fuente: Territorio y Demografía, DEIS, MINSAL, 2024.

El 100% de los habitantes viven en áreas urbanas, por lo que la ruralidad de la comuna es de un 0%.

Con relación al índice de dependencia y vejez, al 2024, el 42,02% corresponde al índice de dependencia y el 44,67% a índice de vejez.



Fuente: Territorio y Demografía, DEIS, MINSAL, 2024.

5.3.1 POBLACIÓN INSCRITA EN LOS CENTROS DE SALUD CORPORATIVOS

Los siguientes datos corresponden a los centros de salud administrados por la Corporación Municipal de Puente Alto. Este análisis se realizó con la población inscrita validada por Fonasa hasta 2025.



Fuente: Fuente fonasa. Elaboración propia.

La población inscrita validada por Fonasa para el año 2025 asciende a 394.656 usuarios/as. Esta cifra representa un aumento de un 1,26% (4.923 personas) en relación con el 2024, manteniendo el 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.

394.656

Población validamente
inscrita por Fonasa en
2025.

VARIACIÓN INSCRITOS POR CESFAM

NOMBRE ESTABLECIMIENTO	SEPTIEMBRE 2024	SEPTIEMBRE 2025	VARIACIÓN 2024-2025	VARIACIÓN 2024-2025 (%)
CES. DR. ALEJANDRO DEL RÍO	88.339	88.067	-271	-0,3%
CESFAM SAN GERÓNIMO	49.182	48.840	-342	-0,7%
CESFAM VISTA HERMOSA	20.970	22.020	1.050	5.0%
CESFAM BERNARDO LEIGHTON	47.192	47.090	-102	-0,2%
CESFAM CARDENAL RAÚL SILVA HENRÍQUEZ	36.257	36.758	501	1,4%
CESFAM KAROL WOJTYLA	33.723	33.583	-140	-0,4%
CESFAM PADRE MANUEL VILLASECA	78.411	80.163	1.752	2,2%
CESFAM LAURITA VICUÑA	35.659	38.135	2.476	6,9%
	39.733	394.656	4923	1.26%

Con relación a la variación 2024-2025 de la población inscrita en los Centros de Salud corporativos de Puente Alto, se observa un aumento en la totalidad global de los centros, siendo mayor en CESFAM Laurita Vicuña (6,9%), seguido del CESFAM Vista Hermosa (5,0%) y de CESFAM Padre Manuel Villaseca (2,2%).

Al igual que en años anteriores, la tendencia de aumento de población en CESFAM Vista Hermosa ha sido sostenida al compararla con otros Centros de Salud, llegando al año 2025 a un aumento del 5,0%. Este sector continúa presentando 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 sociosanitario.

Por otro lado, los Centros de Salud sin aumento son CESFAM San Gerónimo (-0,7%) y CESFAM Karol Wojtyla (-0,4%), 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.

Entre los años 2024 y 2025, se evidencian variaciones demográficas relevantes en los grupos poblacionales prioritarios de la comuna, particularmente en niños, niñas y adolescentes (NNA) y en personas mayores. Estas transformaciones reflejan cambios sociales y territoriales asociados tanto al proceso de recuperación pospandemia, como al crecimiento urbano y migratorio observado en algunos sectores de la comuna.

5.3.2 NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Al igual que en el año anterior, el 2025 mantuvo una tendencia general a la estabilización en la disminución de la población infantil y adolescente, con variaciones menores al 4% en la mayoría de los establecimientos de salud comunales.

No obstante, dos territorios muestran un comportamiento divergente respecto a la tendencia general:

El **CESFAM Vista Hermosa** presenta un aumento del 16,71% en su población de NNA, atribuible al crecimiento de nuevos conjuntos habitacionales, el arribo de familias jóvenes y la consolidación de asentamientos en expansión en su zona de influencia.

El **CESFAM Laurita Vicuña**, por su parte, experimenta un incremento del 7,83%, lo que refleja una mayor demanda de servicios preventivos y de control infantil, en concordancia con la apertura del nuevo SUM Laurita Vicuña y la implementación de estrategias de cercanía territorial impulsadas por la nueva Dirección Comunal de Salud.

En términos cualitativos, estos aumentos reflejan una reconexión progresiva de la población con los servicios de salud primaria, tras los años de menor adherencia observados durante y después de la pandemia. Se ha fortalecido la asistencia a controles de salud infantil, vacunación y programas de acompañamiento psicosocial y educativo, especialmente en los establecimientos que han desarrollado modelos de atención con enfoque comunitario y de salud familiar.

A nivel comunal, el grupo de NNA sigue representando un segmento prioritario de vigilancia epidemiológica, tanto por su papel en la dinámica demográfica futura como por los efectos indirectos de la crisis sanitaria en el desarrollo emocional, nutricional y educativo.

En este sentido, la Dirección de Salud mantiene como línea estratégica el fortalecimiento de programas de promoción, salud mental infanto-juvenil y entornos protectores, integrando escuelas, familias y equipos comunitarios de salud.

5.3.3 PERSONAS MAYORES

El grupo de personas mayores continúa mostrando una tendencia sostenida al aumento, consolidando el proceso de envejecimiento poblacional comunal. Durante el período 2024–2025, la mayoría de los establecimientos de salud registra un crecimiento entre el 5% y el 9% en este segmento, con mayor concentración en los territorios de Vista Hermosa, San Gerónimo y Padre Manuel Villaseca, donde habita una proporción importante de adultos mayores con dependencia leve o moderada.

El incremento se asocia tanto al aumento de la expectativa de vida como al arraigo territorial de familias históricas de Puente Alto que permanecen en la comuna. Este fenómeno ha impulsado una demanda creciente de atenciones domiciliarias, programas de crónicos y salud mental en la vejez, además de un

mayor requerimiento de acompañamiento comunitario frente a situaciones de soledad o dependencia.

La nueva gestión comunal de salud ha respondido a esta realidad con acciones de modernización y humanización de la atención, entre ellas:

Incorporación de estrategias de salud mental comunitaria, incluyendo el nuevo Centro de Atención Psicológica Comunal (CAPS).

Fomento de la participación y corresponsabilidad en el autocuidado, mediante talleres, operativos y campañas territoriales.

El aumento sostenido de este grupo plantea desafíos futuros relacionados con la resolutividad de la red APS, la adecuación de la infraestructura a necesidades de accesibilidad universal, y la formación de equipos con competencias gerontológicas y en cuidados de largo plazo. En conclusión, el análisis 2024–2025 evidencia que la dinámica demográfica de la comuna de Puente Alto, se encuentra en una etapa de transición etaria y territorial. Marcada por la disminución relativa de la población infantil y el crecimiento sostenido de la población mayor.

Ambos fenómenos requieren estrategias diferenciadas pero complementarias, sustentadas en el enfoque comunitario, la humanización de la atención y la equidad territorial como pilares de la nueva gestión sanitaria comunal.

5.3.4 DISTRIBUCIÓN POR CLASIFICACIÓN FONASA EN LOS CENTROS DE SALUD

En relación con la distribución porcentual de la población según clasificación FONASA en los Centros de Salud de la red comunal, se observa que en la mayoría de los establecimientos predomina la categoría FONASA B, que representa globalmente un 37,3% del total de personas inscritas. En segundo lugar, se ubica la categoría FONASA D, con una participación comunal de 23,34%, lo que refleja una composición mayoritaria de usuarios pertenecientes a los tramos intermedios del sistema público de salud.

Sin embargo, existen tres establecimientos que presentan una tendencia distinta: el CESFAM Vista Hermosa, el CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez y el CESFAM Karol Wojtyla, donde la segunda categoría más frecuente corresponde a FONASA A, con proporciones de 22,26%, 25,03% y 25,68%, respectivamente.

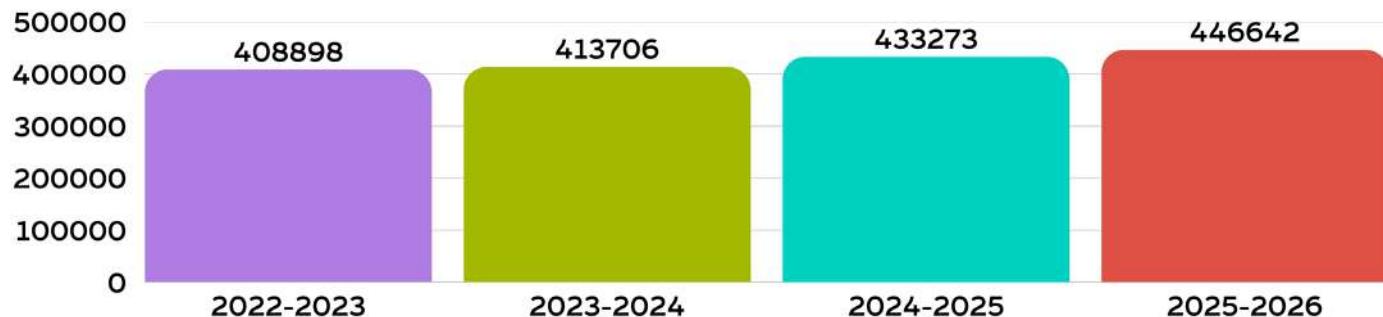
Esta particularidad puede explicarse por las condiciones socioeconómicas más vulnerables de la población residente en los sectores de Bajos de Mena, Casas Viejas y asentamientos, territorios que históricamente han concentrado mayores niveles de precariedad habitacional, empleo informal y dificultades de acceso a servicios básicos.

En conjunto, estos datos confirman que la red de salud comunal de Puente Alto continúa atendiendo a una población con alto grado de dependencia del sistema público, lo que refuerza la importancia de mantener estrategias de equidad

territorial y de fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (APS) orientadas a los determinantes sociales y al acompañamiento comunitario.

Más del 77% de la población de la comuna de Puente Alto se encuentra inscrita en Fonasa a diciembre de 2024, con un crecimiento acumulado desde el 2018 al 2024 de un 1,9%, en el cual se destaca un aumento significativo de beneficiarios mayores de 60 años:

CRECIMIENTO ÚLTIMOS AÑOS

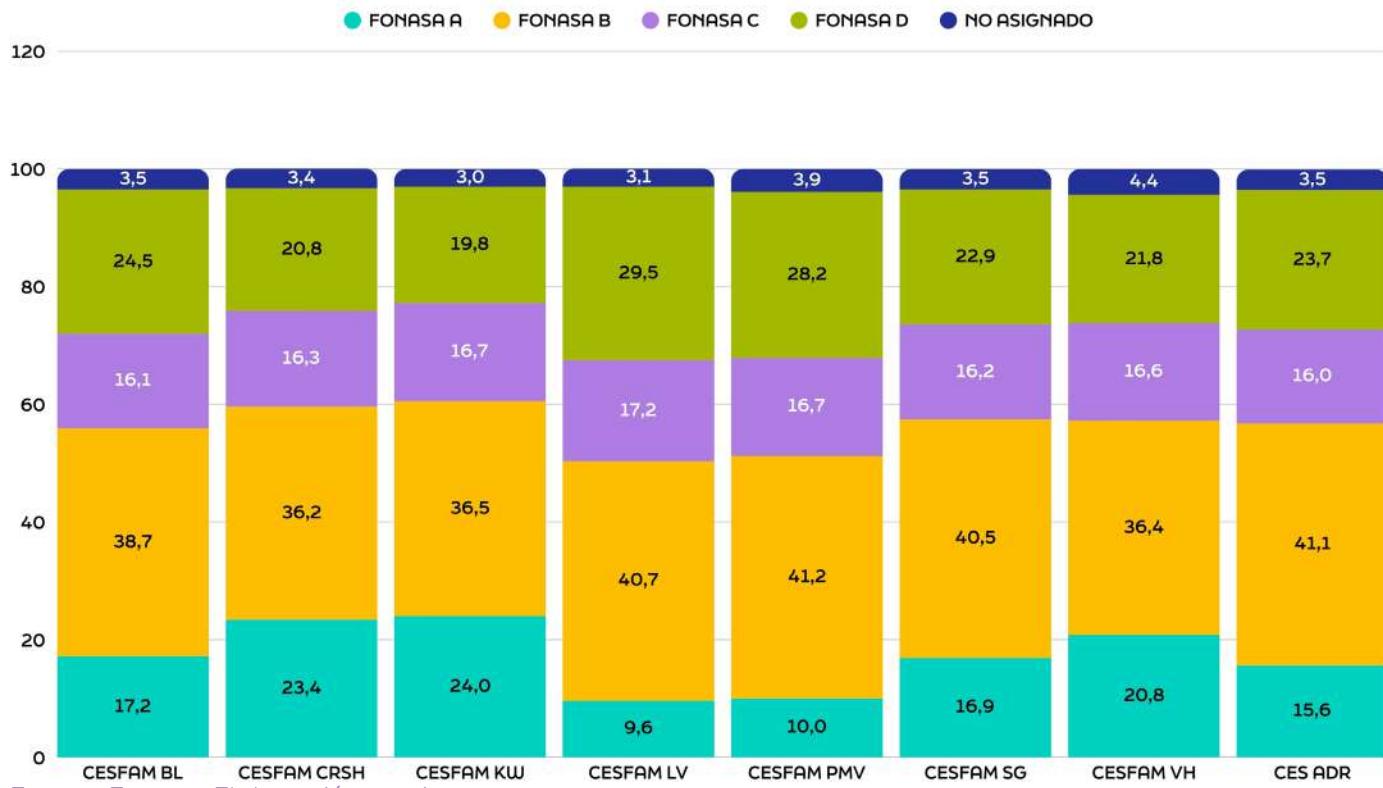


Fuente: Fonasa

La Población Inscrita validada para el 2025 fue de 389.733 personas y se proyecta que para el 2026 a 394.701.

Este crecimiento poblacional, aunque modesto en cifras absolutas, implica una variación en los grupos etarios por el envejecimiento de la población y la baja natalidad lo que se traduce en un aumento en la demanda de servicios de atención primaria, especialmente considerando la distribución territorial y el envejecimiento poblacional.

CRECIMIENTO ÚLTIMOS AÑOS



Fuente: Fonasa. Elaboración propia.

5.4 INDICADORES VITALES Y CONDICIONANTES SOCIALES DE LA SALUD:

5.4.1 NATALIDAD

Los últimos datos vigentes del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del MINSAL en relación con la tasa de natalidad están disponibles hasta el año 2024.



Fuente: Estadísticas Vitales, DEIS, MINSAL, 2024.

Los últimos datos obtenidos del INE, correspondiente al año 2024, registran 4.277 nacimientos para una población de 667.904 habitantes, por lo que la Tasa de Natalidad para Puente Alto es de 6,40 nacimientos por cada 1.000 habitantes, lo cual refleja un descenso mantenido a lo largo de los años.

5.4.2. MORTALIDAD

MORTALIDAD GENERAL

En la siguiente tabla correspondiente a datos del DEIS de 2024, registra la última información correspondiente a mortalidad general de la comuna de Puente Alto:



Fuente: Estadísticas Vitales, DEIS, MINSAL, 2024.

Se observa que, durante el año 2024, la cantidad de defunciones corresponden a 3.211, comparando con el año 2023, presenta un leve aumento, con una tasa de mortalidad general ajustada de 6,2 por 1.000 habitantes.

Total de defunciones

Puente Alto

Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Total
0-4	20	20	40
5-9	3	4	7
10-14	4	3	7
15-19	13	5	18
20-24	30	8	38
25-29	29	11	40
30-34	20	8	28
35-39	41	21	62
40-44	51	26	77
45-49	55	32	87
50-54	57	54	111
55-59	86	73	159
60-64	143	118	261
65-69	204	142	346
70-74	185	156	341
75-79	229	199	428
80+	394	767	1,161
Total	1,564	1,647	3,211

Total de defunciones

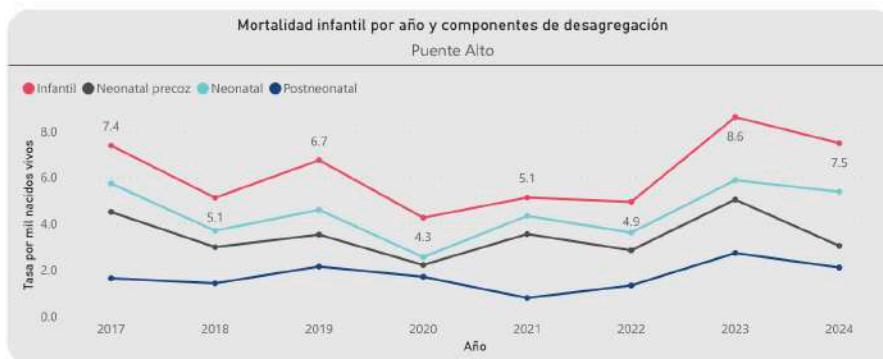
Puente Alto

Año	Desconocido	Hombres	Mujeres	Total
2017		1,313	1,286	2,599
2018		1,337	1,185	2,522
2019		1,454	1,284	2,738
2020		1,748	1,587	3,335
2021	1	1,742	1,624	3,367
2022		1,678	1,570	3,248
2023		1,534	1,508	3,042
2024		1,564	1,647	3,211

Fuente: Estadísticas Vitales, DEIS, MINSAL, 2024.

5.4.2.1 Mortalidad infantil

El presente gráfico representa la mortalidad infantil con datos al 2024, donde presenta una tasa de 7,5 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos.



Total de defunciones infantiles

Puente Alto

Año	Infantil	Neonatal precoz	Neonatal	Post neonatal
2017	54	33	9	12
2018	36	21	5	10
2019	44	23	7	14
2020	25	13	2	10
2021	26	18	4	4
2022	26	15	4	7
2023	41	24	4	13
2024	32	13	10	9

Fuente: Estadísticas Vitales, DEIS, MINSAL, 2024.

Este gráfico se descompone en 3 categorías principales: mortalidad neonatal precoz (hasta 6 días de nacido), mortalidad neonatal (primeros 28 días de vida) y la mortalidad postneonatal (hasta el 1º año). La mortalidad neonatal precoz presenta una tasa de 3,0, la mortalidad neonatal un 5,4 y la mortalidad postneonatal un 2,1.

5.4.2.2 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.

5.4.2.3 Mortalidad específica por grandes causas

Al desglosar por sexo se logra observar que la mortalidad fue más baja en hombres con un 3,0, y en mujeres de 3,2 por 1.000 habitantes.



Fuente: Estadísticas Vitales, DEIS, MINSAL, 2024.

En personas de 70 y más años, el porcentaje de defunciones es de 87,4%, distribuyéndose un 83% para hombres y un 91,6% para mujeres.

Las principales 10 causas de muerte de la comuna de Puente Alto, se puede observar que presenta una tasa de 38,3 por cien mil habitantes que corresponden a enfermedades isquémicas del corazón.

Ambos sexos			Hombres			Mujeres		
Causa de muerte	Tasa x 100mil	Defunciones	Causa de muerte	Tasa x 100mil	Defunciones	Causa de muerte	Tasa x 100mil	Defunciones
Enfermedades isquémicas del corazón	38.3	256	Enfermedades isquémicas del corazón	46.49	153	Enfermedades hipertensivas	37.78	128
Enfermedades hipertensivas	30.4	203	Enfermedades cerebrovasculares	23.09	76	Demencia y enfermedad de Alzheimer	31.58	107
Enfermedades cerebrovasculares	25.8	172	Gírosis y otras enfermedades del hígado	22.79	75	Enfermedades isquémicas del corazón	30.40	103
Demencia y enfermedad de Alzheimer	23.7	158	Enfermedades hipertensivas	22.79	75	Enfermedades cerebrovasculares	28.34	96
Influenza y neumonía	21.4	143	Neoplasia maligna de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	18.53	61	Influenza y neumonía	24.79	84
Neoplasia maligna de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	16.5	110	Influenza y neumonía	17.93	59	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	18.60	63
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	16.0	107	Neoplasia maligna de la próstata	16.41	54	Neoplasia maligna de la mama femenina	17.12	58
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	15.6	104	Demencia y enfermedad de Alzheimer	15.50	51	Neoplasia maligna del colon, sigmoide, recto y ano	17.12	58
Diabetes mellitus	15.4	103	Neoplasia maligna del estómago	15.19	50	Diabetes mellitus	16.23	55
Neoplasia maligna del colon, sigmoide, recto y ano	15.0	100	Diabetes mellitus	14.58	48	Edema Pulmonar y otras enfermedades respiratorias que afectan el intersticio	14.46	49

Fuente: Estadísticas Vitales, DEIS, MINSAL, 2024.

Al desglosar las causas por sexo, podemos realizar las siguientes observaciones: Se observa que, en hombres la principal causa de muerte corresponde a enfermedades isquémicas del corazón y en mujeres a enfermedades hipertensivas.

Por último, específicamente para neoplasias (tumores), al año 2019, si comparaos 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.

5.4.3. TABAQUISMO

El tabaquismo es una de las principales morbilidades asociadas a las causas de muerte. Según la Encuesta de Consumo de Tabaco y Comercio Ilícito en Chile 2023, publicada en febrero de 2024 por el Centro UC Medición (MIDE), realizada a nivel nacional a personas de 18 a 64 años, parte de la muestra incluye al Gran Santiago, donde Puente Alto ha sido representada. Por lo tanto, los resultados de la encuesta son potencialmente generalizables para la comuna.



Fuente: UC Medición MIDE. Elaboración propia.

El consumo promedio diario de la población fumadora es de 9,1 cigarrillos, cifra superior a la de años anteriores. Se mantiene además la tendencia de un mayor consumo de cigarrillos ilícitos en comparación con los lícitos, con promedios de 9,5 y 8,7 cigarrillos diarios respectivamente en 2023.

Con 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%.

5.4.4. MALNUTRICIÓN

A lo largo del ciclo vital, la malnutrición, principalmente por exceso, y también por déficit, constituye un factor de riesgo presente en la población, el cual conlleva consecuencias negativas para la salud. A continuación, se presentarán datos diferenciados por grupo bajo control en los Centros de Salud corporativos de Puente Alto.



Fuente: Estadísticas Vitales, DEIS, MINSAL, 2024.

El porcentaje de niños y niñas menores de 5 años en control por obesidad y sobrepeso fue de un 28,3%, mientras que para región metropolitana la proporción fue de 30,7% y país de un 34,7%, la proporción de la comuna fue menor que la región y nivel país.

El análisis comunal evidencia que la mayor proporción de niños y niñas de 0 a 9 años presenta un estado nutricional normal (8.743 casos). No obstante, se observa una alta carga de malnutrición por exceso, correspondiente a 2.447 casos de sobrepeso y 1.757 de obesidad, constituyendo este último el principal problema nutricional en la población infantil.

Esta tendencia se replica en todos los CESFAM, con mayor concentración en Padre Manuel Villaseca, Alejandro del Río y Cardenal Raúl Silva Henríquez.

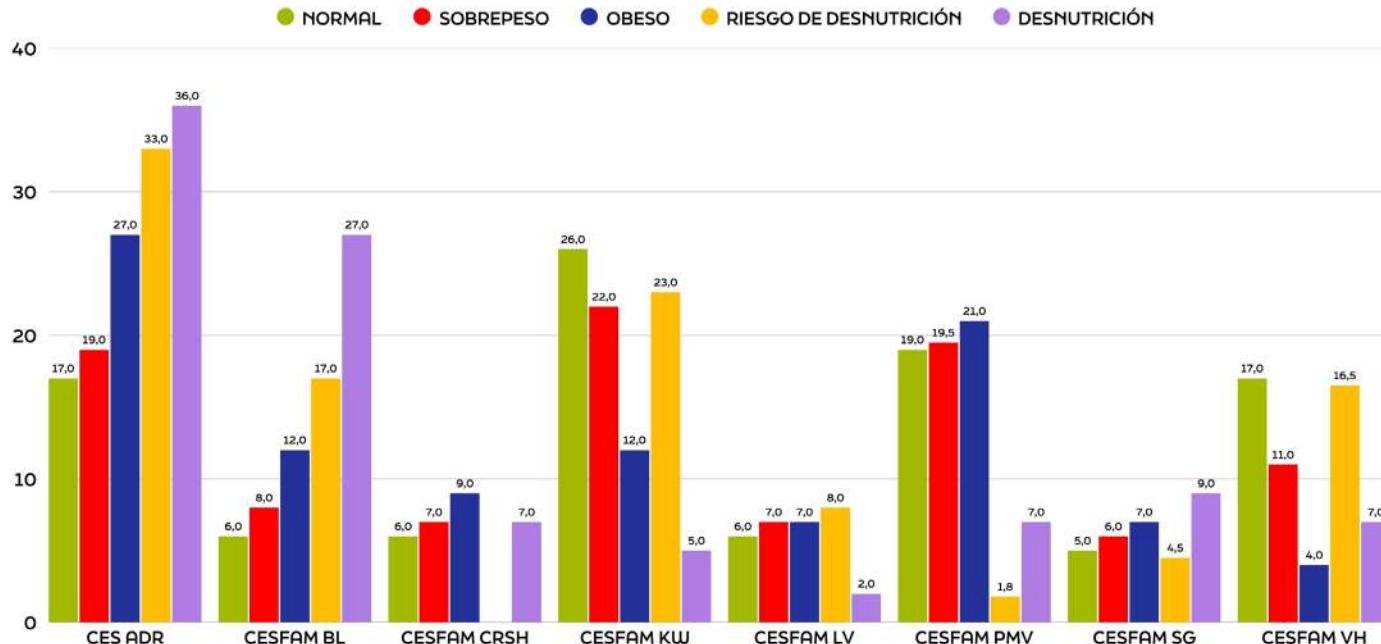
En contraste, los casos de riesgo de desnutrición (361) y desnutrición (49) representan un porcentaje menor, aunque continúan siendo relevantes por su asociación con vulnerabilidad social, menor adherencia a controles y riesgo de secuelas en desarrollo infantil.

Asimismo, el comportamiento heterogéneo entre CESFAM, enfatiza la importancia de avanzar hacia un modelo territorial de intervención nutricional, que considere brechas locales, capacidad operativa y determinantes sociales que impactan el estado nutricional infantil.

A nivel comunal, la situación nutricional adolescente evidencia un alto número de malnutrición por exceso, con 1.020 casos de sobrepeso y 753 de obesidad, que en conjunto representan un 42% del total de adolescentes bajo control, superando ampliamente a los 2.451 adolescentes con diagnóstico nutricional normal. La malnutrición por déficit mantiene una magnitud baja pero clínicamente relevante, con 97 casos en riesgo de desnutrición y 44 con desnutrición instalada, los cuales requieren seguimiento y manejo especializado por su impacto en el desarrollo biopsicosocial.

En el desglose por centros, Karol Wojtyla (KW), Padre Manuel Villaseca (PMV) y Alejandro del Río (AR) concentran la mayor carga de adolescentes con diagnóstico normal; no obstante, estos mismos centros son también los que exhiben las cifras más elevadas de sobrepeso y obesidad (KW: 223 y 93; PMV: 195 y 158; AR: 198 y 206), configurando territorios prioritarios para intervenciones intensivas de prevención y control.

ESTADO NUTRICIONAL POR CENTRO DE SALUD



Los datos confirman una tendencia comunal sostenida hacia la malnutrición por exceso, asociada a estilos de vida sedentarios, baja adherencia a controles y brechas en educación alimentaria y actividad física, especialmente en sectores de mayor vulnerabilidad.

En los adultos de 20 a 64 años la tendencia indica mayoritariamente malnutrición por exceso de la población (81% en total), dividiéndose en un 46% de obesidad seguida de 35% de usuarios con sobrepeso (36,96%), estando la normalidad solo en un 18% de la población.

Las mujeres embarazadas que se atienden en los Centros de Salud, existe un predominio de obesidad, exceptuando al CESFAM Vista Hermosa donde la tendencia es el sobrepeso. De todas formas, aproximadamente el 70% de las mujeres gestantes tiene condición de malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad).

Estado nutricional de adultos de 65 años o más en población bajo control, en Centros de salud corporativos de Puente Alto a junio 2025 (Fuente REM P)



Por último, en el grupo de personas mayores hay una tendencia hacia la normalización del estado nutricional (36%), lo cual mantiene la tendencia de 2024 (35,98%), con una predominante malnutrición por exceso (53%) mayor a 2024 (52,09%). Lamentablemente en este grupo aumenta también el bajo peso (11%) que es un factor de riesgo para desarrollar fragilidad y en consecuencia dependencia.

5.4.5. 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.

A junio 2025, del total de inscritos, existe una población bajo control con patología cardiovascular de 77.678 usuarios. En la distribución por patología, la más prevalente es la hipertensión arterial, seguido por la dislipidemia y la diabetes mellitus tipo 2.

77.678

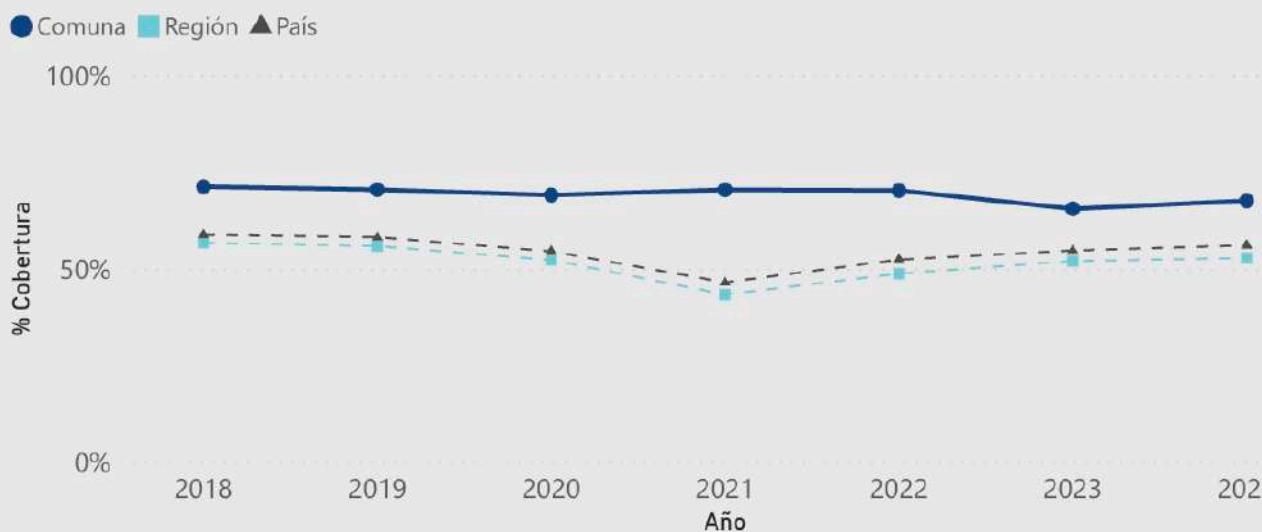
USUARIOS BAJO CONTROL DE PATOLOGÍAS CARDIOVASCULARES.

Fuente: REM P junio 2025

La cobertura de hipertensión arterial de la comuna de Puente Alto Según el registro DEIS 2024, la cobertura de hipertensión arterial de la comuna de Puente Alto fue de 67,7%, mayor que la cobertura de la Región Metropolitana 52,8% y país de un 56%.

Porcentaje de población en control por hipertensión arterial

Puente Alto

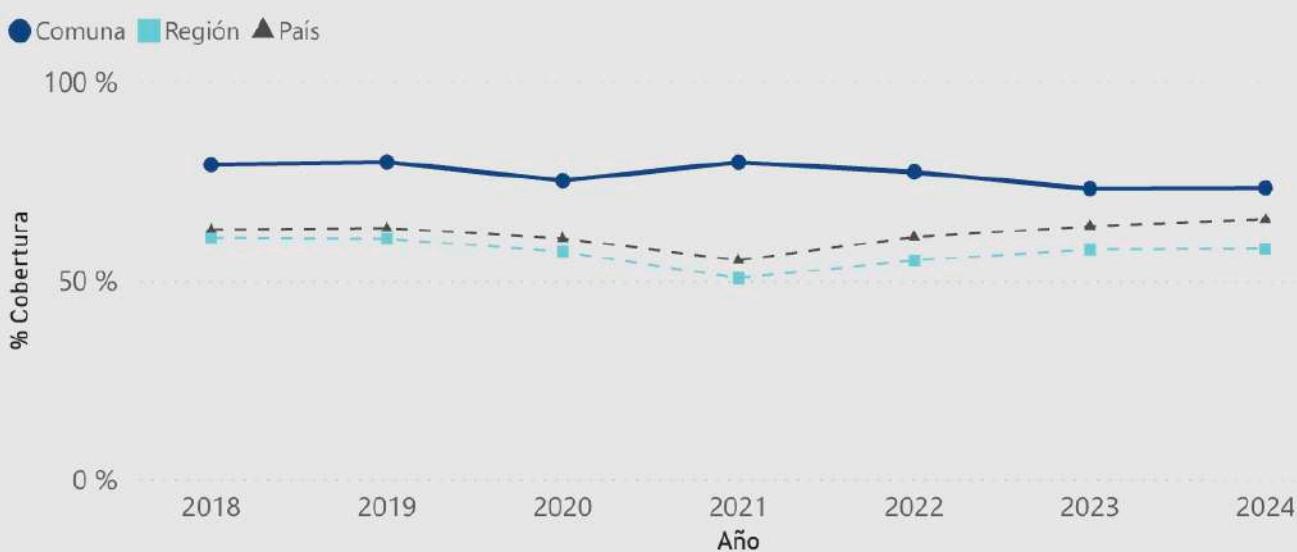


Fuente: REM P04 y Prevalencia ENS (2016-2017) Población Inscrita Fonasa

La cobertura de Diabetes Mellitus tipo 2 de la comuna de Puente Alto según registro del DEIS para el 2024, fue de 73,2%, mientras que para la región metropolitana fue de 57,9% y país de un 65,2%, lo que refleja que fue mayor a nivel regional y nivel país.

Porcentaje de población en control por Diabetes Mellitus 2

Puente Alto



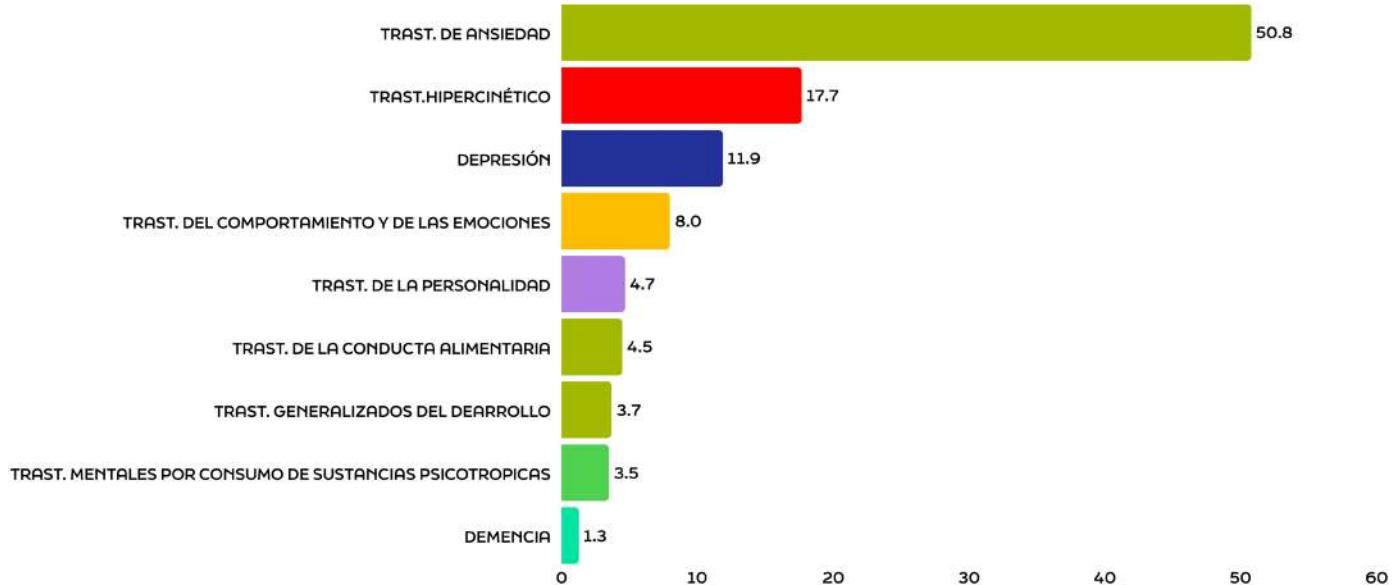
Fuente: REM P04 y Prevalencia ENS (2016-2017) Población Inscrita Fonasa

5.4.6. TRASTORNOS DE SALUD MENTAL

Los trastornos de salud mental predominantes en la población general se asocian principalmente a cuadros ansiosos y depresivos. En menor frecuencia se presentan diagnósticos vinculados a demencias, trastornos por consumo de sustancias, trastornos generalizados del desarrollo y trastornos de la conducta alimentaria. Si bien estos últimos son menos prevalentes, requieren una alta frecuencia de atenciones, así como una coordinación y gestión de red de salud, para promover la continuidad de cuidados, dado que la mayoría de los casos requieren apoyo desde el nivel de especialidad.

En el siguiente cuadro se representa la distribución de los diagnósticos de salud mental presentes en la población bajo control al mes de junio de los centros de salud de la Corporación Municipal de Puente Alto del año 2025.

PORCENTAJE DE DIAGNÓSTICOS DE SALUD MENTAL
DE POBLACIÓN BAJO CONTROL 2025



Fuente: REM P6 junio 2025. Elaboración propia.

Es relevante señalar que en la población infanto adolescente predominan los trastornos hipercinéticos, de la conducta y las emociones, como también los cuadros ansiosos, problemáticas que revisten alta demanda asistencial tanto por parte de los usuarios como sus familias y contexto escolar.

En relación con la población adulta, la predominancia es de trastornos por ansiedad y depresión. Cabe señalar que los trastornos de salud mental asociados al consumo de sustancias psicotrópicas (alcohol y otras drogas) representan un 3,5% de la población y son predominantemente personas adultas.

En el caso de las personas mayores es posible señalar si bien ansiedad y depresión son los cuadros predominantes, la demencia representa un 1,3% de la población general, presentándose más del 80% de las demencias en dicho grupo etario.

5.4.7. CARGA DE ENFERMEDAD

Según los últimos datos publicados por el DEIS al año 2022, la tasa de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) de la comuna de Puente Alto, en comparación a la Región Metropolitana y Chile, es:

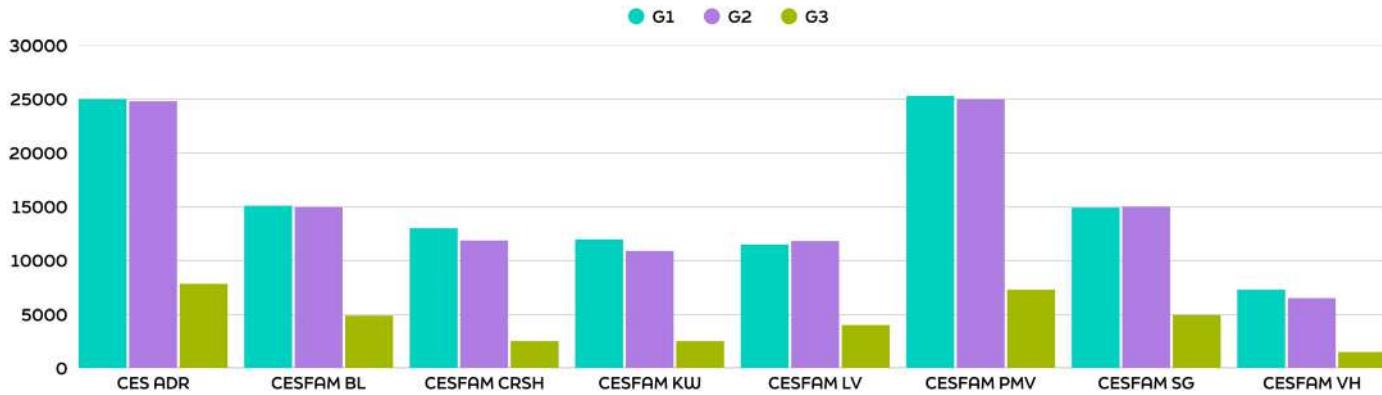
Comparación de Tasa de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) por sexo en Puente Alto, Región Metropolitana y Chile, DEIS, 2022

LUGAR	AMBOS SEXOS	HOMBRE	MUJER
PUENTE ALTO	59,5	74,5	44,9
REGIÓN METROPOLITANA	62,5	79,7	45,4
CHILE	71,1	93,3	51,1

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.

DISTRIBUCIÓN DE ESTATRIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN
CENTROS DE SALUD PUENTE ALTO 2025



Fuente: Datos corporación municipal. Elaboración propia.

Por último, en relación con la estratificación de la población de los Centros de Salud, en su mayoría se encuentran categorizados como G1 y G2. En el gráfico se considera la población estratificada según la Estrategia de Cuidado Integral centrada en la Persona (ECICEP), con o sin ingreso en la estrategia.

COMPARACIÓN INGRESOS ECICEP
2024 - 2025



Fuente: Datos corporación municipal. Elaboración propia.

Se realiza un comparativo entre los ingresos realizados de enero - agosto 2024 vs enero - agosto 2025 y se observa la tendencia a mayor cantidad de ingresos este año a la misma fecha, que refleja la mayor instauración de la estrategia en los centros.

Entre 2023 y agosto 2025, hay 48.121 usuarios ingresados a la estrategia en todos los centros de la comuna, lo cual representa aproximadamente 18% del total.

5.4.8. DISCAPACIDAD

Según datos del PLADEC 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 PLADEC 2023-2028

PERSONAS CON ALGÚN GRADO DE DISCAPACIDAD	AMBOS SEXOS Nº PORCENTAJE	AMBOS SEXOS Nº PORCENTAJE	AMBOS SEXOS 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%

5.4.9. 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.

5.4.10. 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 sur oriente 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.

5.4.11. 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

Fuente: PLADEC 2023 -2028.

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

Fuente: PLADEC 2023 -2028.

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).

5.4.12. 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, pertenecientes a pueblos originarios, equivalente a un 2,25% del total. Desde el 2023 al 2024 han aumentado en 645, 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	N.º 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%

Fuente: PLADECO 2023 -2028.

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).

38%
DEL TOTAL DE INSCRITOS

20%
DEL TOTAL DE INSCRITOS

17%
DEL TOTAL DE INSCRITOS

10%
DEL TOTAL DE INSCRITOS

3.228

1.660

1.449

817

CES.ALEJANDRO
DEL RÍO

CESFAM KAROL
WOJTYLA

CESFAM CARDENAL
RAÚL SILVA
HENRÍQUEZ

CESFAM SAN
GERÓNIMO

5.4.13. POBLACIÓN MIGRANTE

En la distribución de la población migrante por Centro de Salud, predomina la nacionalidad venezolana con un 40,84 % en la mayoría de los establecimientos, con excepción del CESFAM Vista Hermosa, donde la población haitiana es la más representativa con un 38,39 %; equivalente a 1.636 usuarios/as.

A continuación, se presenta una tabla comparativa del porcentaje y número de personas migrantes inscritas en los Centros de Salud de la red corporativa de Puente Alto al año 2024, destacando el CESFAM Vista Hermosa por concentrar un porcentaje significativamente superior, asociado principalmente a la presencia de campamentos en su territorio



Usuarios/as inscritos/as en los Centros de Salud corporativos de Puente Alto que pertenecen a un pueblo originario, 2024

CENTRO DE SALUD	Nº DE 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
TOTAL	25.320	6,72



6. CABILDOS DE SALUD 2025



Participación ciudadana como eje transformador de la nueva gestión en salud

Durante los meses de octubre y noviembre 2025, la Dirección de Salud de Puente Alto llevó adelante **12 Cabildos de Salud** en distintos territorios de la comuna, constituyéndose en uno de los procesos participativos más amplios y significativos de los últimos años. Estos encuentros permitieron **escucharnos directamente con la comunidad**, recoger experiencias, inquietudes, propuestas y aspiraciones respecto al futuro de la salud.

Un proceso abierto, transparente y territorial

Los cabildos se desarrollaron en sedes comunitarias, juntas de vecinos, centros educativos y dispositivos de salud. Cada instancia fue diseñada para ser cercana, inclusiva y respetuosa de la diversidad social, cultural y etaria de Puente Alto.

Estos contaron con la participación de:

- Dirigentes sociales
- Personas Mayores
- Adolescentes
- Cuidadores
- Personas con discapacidad
- Migrantes
- Organizaciones territoriales
- Gremios de salud
- Representantes de CESFAM, SUM, SAR y COSAM.

Vecinos y vecinas interesados en el desarrollo sanitario de sus barrios.

Participación ciudadana: el corazón del proceso

Los cabildos lograron activar la voz de la ciudadanía como protagonista del rumbo sanitario. Más de 1.500 vecinos y vecinas participaron de forma directa, generando un diálogo honesto con los equipos de salud y autoridades. Este proceso permitió:

- Identificar necesidades reales del territorio,
- Visibilizar brechas históricas,
- Reconocer buenas prácticas comunitarias,
- Y co-construir lineamientos para el nuevo Plan Comunal de Salud.



Principales temas abordados

- Acceso oportuno y trato digno.
- Sobre población de los CESFAM y necesidad de dispositivos territoriales.
- Mejora en salud mental comunitaria.
- Promoción de hábitos saludables.
- Prevención en adolescencia.
- Envejecimiento saludable y apoyos para cuidadores.
- Seguridad en los barrios para el desplazamiento hacia centros de salud.
- Integración de la diversidad cultural y migrante.
- Humanización en la atención como pilar fundamental.

Aportes al Plan Comunal de Salud 2026-2028

Los insumos generados en los 12 cabildos fueron sistematizados y se transformaron en orientaciones claves para la nueva planificación en salud, especialmente en:

- Creación de dispositivos de atención territorial
- Fortalecimiento de la participación social
- Humanización del cuidado
- Descentralización de prestaciones
- Equidad territorial
- Priorización de salud mental y prevención comunitaria.

Un proceso que marca un antes y un después.

Los cabildos de salud no solo recogieron opiniones: construyeron confianza entre la comunidad y los equipos de salud, fortalecieron vínculos y permitieron que la planificación sanitaria de Puente Alto tenga finalmente un rostro humano, territorial y participativo.



Diagnóstico actual:

Durante el año 2025, la comuna de Puente Alto ha mantenido un cumplimiento sostenido del 100% en las garantías GES, reflejando una gestión eficiente y una coordinación sólida entre los equipos locales y la red asistencial. Este resultado ha sido posible gracias al trabajo conjunto de los referentes comunales, los equipos de los centros de salud y las unidades clínicas responsables de la atención de las patologías garantizadas.

En términos de cobertura, entre enero y septiembre de 2025 se generaron un total de 38.141 garantías GES, lo que refleja una gestión estable de la demanda y una articulación efectiva con la red asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO).

100% DE CUMPLIMIENTO GES

PUENTE ALTO DE ENERO A SEPTIEMBRE DE 2025

Uno de los principales desafíos definidos para el año 2025 fue la reducción y regularización de la nómina de garantías exceptuadas, que en agosto de 2024 alcanzaba 1.994 casos. Gracias a una estrategia de seguimiento intensivo, revisión de flujos administrativos y fortalecimiento del control interno, se logró una disminución drástica a solo 52 casos por regularizar al corte de octubre de 2025, lo que equivale a una reducción del 97,4% respecto al año anterior. Este logro refleja una mejora sustantiva en la trazabilidad y oportunidad del proceso GES, evidenciando una gestión más proactiva en la detección temprana de riesgos de incumplimiento y una comunicación más fluida entre los equipos administrativos y clínicos.



El objetivo del programa de Referencia y Contrareferencia es garantizar la continuidad y oportunidad de la atención de los usuarios mediante un flujo eficiente de derivaciones desde la Atención Primaria hacia los niveles secundarios y terciarios de la Red Sur Oriente, así como la correcta retroalimentación de los casos. Esta gestión busca asegurar que cada usuario reciba atención oportuna, segura y coordinada, fortaleciendo la colaboración entre equipos clínicos, administrativos y la red asistencial en su conjunto.

Durante el periodo de enero a octubre de 2025, la comuna de Puente Alto, asignada a la derivación hacia los establecimientos de Nivel secundario CRS Hospital Provincia Cordillera y Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, ha mostrado una gestión eficiente en los procesos de derivación y retroalimentación.

En el período analizado se registraron 262.696 consultas médicas y controles, generando 47.002 interconsultas, de las cuales 21.158 fueron derivadas hacia CDT y 25.844 hacia CRS. Asimismo, se recibieron 8.624 contrareferencias hacia los centros de salud corporativos mediante el sistema local de ficha clínica electrónica y el Canal Único de Derivación (CUD), reforzando la trazabilidad de los casos, incluyendo este año las especialidades odontológicas.

Con la actualización de la información, el promedio comunal de pertinencia de derivaciones alcanza un 96,4%, destacando desempeños consistentes en la mayoría de los establecimientos, con cifras que fluctúan entre 95,2% y 98,3%. Este nivel refleja una mejora sostenida en la calidad de las derivaciones y una coordinación más efectiva con la red asistencial, junto con una reducción progresiva de las no pertinencias en los meses más recientes.

8.1. LISTAS DE ESPERA LOCALES

El objetivo estratégico comunal en materia de listas de espera es garantizar la oportunidad, equidad y continuidad en el acceso a la atención de especialidades e imágenes diagnósticas, fortaleciendo la capacidad resolutiva de la Atención Primaria y la gestión eficiente de los recursos comunales. La dirección de salud de Puente Alto, en coordinación con el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO), orienta su labor a disminuir los tiempos de espera, mejorar la trazabilidad de los casos y optimizar la utilización de las prestaciones disponibles en la red, siempre con foco en la satisfacción usuaria y la seguridad clínica.

Durante el año 2025, la comuna ha sostenido un proceso de **gestión activo y coordinado** en la administración de las listas de espera, logrando avances significativos en la depuración, priorización y resolución de casos, especialmente en prestaciones de imágenes diagnósticas y especialidades de alta demanda como oftalmología, otorrinolaringología, cirugía menor y especialidades odontológicas. Los equipos comunales, en conjunto con los referentes técnicos y administrativos de los establecimientos, han fortalecido los mecanismos de seguimiento de casos, el control de registros en SIGTE y la coordinación con los dispositivos resolutivos de la red.

Entre enero y octubre del presente año se han gestionado 31.731 solicitudes de **interconsultas y procedimientos hacia centros transversales comunales**, entre los que destacan el Centro de Imágenes, el Centro de Especialidades San Lázaro, el COSAM-CEIF y las Salas de Rehabilitación Municipal. Esta cifra refleja la alta demanda asistencial y la relevancia de estos dispositivos como soporte resolutivo para la red local. El volumen de derivaciones evidencia tanto el compromiso de los equipos comunales con la resolución oportuna de las necesidades de salud de la población, como la presión asistencial que recae sobre los recursos diagnósticos y de especialidad, destacando la necesidad de mantener una planificación dinámica y eficiente en la gestión de la demanda.

La articulación con programas transversales y la ejecución de estrategias locales de resolutividad han permitido dar respuesta a una proporción creciente de usuarios en tiempos adecuados, contribuyendo a la eficiencia del sistema y al acceso equitativo.

8.2. EGRESOS HOSPITALARIOS

Se avanzó en estrategias de rescates a usuarios policonsultantes en Servicio de Urgencia a través de los reportes mensuales recibidos desde el servicio de salud y plataformas asociadas además del desarrollo de protocolos internos de cada centro desarrollados durante 2024-2025, y rescates a usuarios con egresos hospitalarios por patologías cardiovasculares y respiratorias a través de la

misma metodología, generando informes semestrales de forma local con sus avances, lo que nos ha permitido mejorar el seguimiento y acompañamiento de estos pacientes, disminuir el tiempo de espera en el rescate, además de pesquisar a tiempo posibles descompensaciones y actuar oportunamente en su cuidado.

Número de Egresos Hospitalarios por diagnóstico Primer semestre 2025	
ACV	382
AMPUTACIÓN	52
ASMA	865
DIABETES	159
EPOC	408
ERC	7
ERC - V	79
HTA	44
IAM	251
ICC	256
INTENTO SUICIDIO	27
NEUMONIA	480
ULCERA PIE DIABÉTICO	4
VIOLENCIA	155

Porcentaje de rescate de Egresos Hospitalarios primer semestre 2025

CES. DR. ALEJANDRO DEL RÍO	53%
CESFAM SAN GERÓNIMO	75%
CESFAM VISTA HERMOSA	66%
CESFAM BERNARDO LEIGHTON	32%
CESFAM CARDENAL RAÚL SILVA HENRÍQUEZ	100%
CESFAM KAROL WOJTYLA	56%
CESFAM PADRE MANUEL VILLASECA	42%
CESFAM LAURITA VICUÑA	95%

A modo de ejemplo, existe una diferencia entre los centros, donde algunos alcanzaron al primer semestre un porcentaje del 32% mientras que otros logran el 100%, esto destaca la disparidad a nivel comunal. A su vez, llevar estos reportes permite establecer de forma local las medidas necesarias para aumentar sus prestaciones y avanzar en beneficio de los pacientes. Dentro de lo anterior, destaca mayor cantidad de egresos hospitalarios por Accidente cerebrovascular y causas respiratorias, por lo que, gracias a los reportes mensuales realizados a los centros, se permite un mejor control de los diagnósticos más prevalentes, lo que ayuda a optimizar las estrategias locales según la población y los requerimientos que se presenten.

9. CARTERA DE SERVICIOS APS SEGÚN ETAPAS DEL CICLO VITAL

La cartera de servicios del Plan de Salud Familiar del Decreto N° 21 que determina el aporte estatal a las municipalidades para sus entidades administradoras de salud municipal del año 2025, donde se establecen las prestaciones que entrega la Atención Primaria por ciclo vital, es la siguiente para la comuna de Puente Alto

Los equipos de salud de la comuna asumen la responsabilidad sanitaria de un territorio definido (sectorización), comprometiéndose a brindar una atención integral, continua, accesible, oportuna, segura y humanizada a las personas y sus familias a lo largo de todo el ciclo vital: infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez.

Este enfoque por curso de vida permite:

Anticipar riesgos y promover factores protectores desde edades tempranas.

Asegurar continuidad del cuidado al transitar entre etapas del ciclo vital.

Integrar la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todas las prestaciones.

Articular lo familiar, lo individual y lo comunitario en una misma lógica de intervención.

Para ello, la red de APS de Puente Alto:

Organiza sus sectores de atención considerando límites geográficos, densidad poblacional y características socio territoriales de las unidades vecinales, favoreciendo la cercanía del equipo de salud con la comunidad.

Entrega prestaciones mediante programas que respetan el ciclo vital familiar, como estrategia para asegurar la continuidad de la atención y evitar fragmentación.

Complementa dichas prestaciones con acciones propias del Modelo de Salud Familiar, con garantías explícitas en salud (GES), trabajo comunitario, acciones intersectoriales y oferta de prestaciones complementarias.

Integra de manera explícita la Estrategia de Cuidado Integral de las Personas con Enfermedades Crónicas (ECICEP) para los distintos tramos etarios, reforzando el autocuidado, la educación en salud y el seguimiento oportuno de las personas con ECNT y sus familias.

De este modo, el trabajo por ciclo vital y el trabajo con familias se articulan como dos dimensiones inseparables del Plan de Salud Comunal 2026 - 2028, permitiendo que cada prestación responda no solo a la edad y condición de salud de la persona, sino también a su contexto familiar, social y comunitario.

Análisis de la situación salud según las etapas del ciclo vital con su cartera de prestaciones.

9.1 INFANCIA

Su objetivo es fortalecer la atención integral de niños y niñas de la comuna de Puente Alto, promoviendo su desarrollo biopsicosocial, nutricional y emocional mediante la ejecución de programas comunales y ministeriales, la articulación intersectorial y el cumplimiento de metas sanitarias e IAAPS, con enfoque en equidad, participación territorial y continuidad del cuidado.

Lared comunal de Puente Alto cuenta con ocho CESFAM en los cuales se desarrollan acciones integradas en concordancia con los lineamientos ministeriales y programas de apoyo tales como Chile Crece Contigo (ChCC), Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil (FIADI) y Programa de Atención Integral al Desarrollo Infanto Adolescente (AIDIA) y Ley de Autismo.

A su vez, se fortalecen componentes específicos del ámbito de la infancia, que promueven la integralidad del cuidado a través de los programas de Lactancia Materna, Nutrición Infantil, Salud Respiratoria Infantil (IRA), Salud Bucal y Salud Mental.

Tabla de Población de 0 a 9 años inscrita en los Centros de Salud de la comuna de Puente Alto.

CENTRO DE SALUD	PIV Fonasa	Población Bajo Control	Población Migrante	Población de pueblos Originarios	Población NANEAS	Población con Dependencia Severa
CES ALEJANDRO DEL RÍO	8.154	2.921	105	84	32	1
CESFAM SAN GERÓNIMO	4.883	1.540	53	14	30	2
CESFAM VISTA HERMOSA	3.175	845	85	8	17	4
CESFAM BERNARDO LEIGHTON	4.904	1.507	48	22	20	2
CESFAM CARDENAL RAÚL SILVA HENRÍQUEZ	4.519	1.550	73	82	22	3
CESFAM PADRE MANUEL VILLASECA	7.301	2.003	82	13	31	1
CESFAM KAROL WOJTYLA	4.751	1.583	67	40	14	1
CESFAM LAURITA VICUÑA	3.904	1.467	43	13	21	1

Fuente: REM P6 junio 2025. Elaboración propia.



Cartera de prestaciones - Tabla plan de cuidados de la infancia

61

Financiamiento	Cartera de prestaciones	
PRESTACIONES PERCAPITADAS	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 y consejería de salud mental.
	Vacunación.	Consulta kinésica.
	Programa Nacional de Alimentación Complementaria.	Programa Control con enfoque de riesgo odontológico infantil.
	Consulta de morbilidad odontológica.	Consulta tratamiento odontológico (incluye: obturaciones, detartraje, exodoncias, entre otras).
	Radiografías intraorales odontológicas.	Atención a domicilio.
	Actividades comunitarias en salud mental con profesores de establecimientos educacionales	
PRAPS	Chile Crece Contigo.	
	Sembrando Sonrisas.	
	Programa de Atención Integral al Desarrollo Infanto Adolescente.	
GES	Artritis idiopática juvenil (Derivado desde APS a nivel secundario)	Displasia Luxante de Caderas
	Infección respiratoria aguda (IRA) de manejo ambulatorio en personas menores de 5 años.	Cardiopatías congénitas operables en personas menores de 15 años (Derivado desde APS a nivel secundario)
	Salud oral integral para niños y niñas de 6 años.	Disrafias espinales (Derivado desde APS a nivel secundario)
	Fisura labio palatina (Derivado desde APS a nivel secundario)	Asma bronquial moderada y grave en personas menores de 15 años.
	Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años.	Estrabismo en personas menores de 9 años (Derivado desde APS a nivel secundario)
	Hipoacusia (pérdida auditiva) moderada, severa y profunda en personas menores de 4 años (Derivado desde APS a nivel secundario)	
	Cáncer en personas menores de 15 años (Derivado desde APS a nivel secundario)	
	Hospitalización por depresión grave en menores de 15 años. Fue anunciada en la Cuenta Pública de 2025 como parte de la expansión del GES. (Derivado desde APS a nivel secundario)	

Fuente: OFICIO ORDINARIO N° 8209/2025, Fonasa. Elaboración propia.

9.2 ADOLESCENTES

Su principal objetivo es promover el desarrollo integral y el bienestar biopsicosocial de los y las adolescentes de la comuna de Puente Alto, mediante estrategias de promoción, prevención y atención integral basadas en la Orientación Técnica de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes (MINSAL, 2021). El eje central es el Control Integral del Adolescente (CLAP), que permite abordar de manera integrada las dimensiones física, mental, sexual y social con enfoque de derechos, equidad de género y confidencialidad. Asimismo, se busca fortalecer la participación juvenil, la corresponsabilidad familiar y las redes comunitarias, favoreciendo la autonomía, la adopción de estilos de vida saludables y una transición segura hacia la vida adulta.

La población adolescente de Puente Alto representa un grupo demográfico amplio y diverso, con realidades distintas según el territorio. En los últimos años, se observa una disminución progresiva del grupo etario joven, sin embargo, las necesidades en salud se han complejizado por factores sociales, emocionales y de acceso.

La etapa adolescente (10 a 19 años) es un periodo del curso de vida en que se consolidan la identidad, la autonomía y los proyectos personales, pero también se intensifican conductas de riesgo y vulnerabilidades en salud física, mental y social. En la red de Atención Primaria de Puente Alto, estas necesidades son abordadas sistemáticamente, manteniéndose para el periodo 2026-2028 como prioridad comunal el fortalecimiento de las acciones de promoción y prevención, garantizando una atención oportuna, acogedora, confidencial y no discriminatoria.

Los centros de salud de la comuna aplican de manera regular la ficha CLAP, desarrollando estrategias de pesquisa y derivación desde establecimientos educacionales para adolescentes con sobrepeso, obesidad y factores de riesgo cardiovascular. Este trabajo se refuerza mediante intervenciones educativas y comunitarias que promueven estilos de vida activos, alimentación saludable y autocuidado.

En forma integrada, los equipos comunales abordan la salud mental, la salud sexual y reproductiva, la prevención del consumo de alcohol y drogas, la prevención del suicidio, y la detección oportuna de conductas de riesgo, promoviendo factores protectores como la autoestima, el proyecto de vida, el apoyo familiar y las redes comunitarias.

Este enfoque se complementa con la atención odontológica integral en estudiantes de enseñanza media, la continuidad de controles de salud bucal y educación en higiene oral, y el trabajo coordinado con establecimientos educacionales y organizaciones territoriales. De esta manera, el ciclo adolescente se consolida como un eje prioritario del modelo comunal, articulando programas y acciones desde los CESFAM con un énfasis renovado en promoción y prevención para mejorar la calidad de vida y favorecer una transición saludable hacia la adultez.

La comuna cuenta con una población adolescente inscrita equivalente al 15% del total comunal, lo que refuerza la necesidad de incrementar la cobertura de controles CLAP y de mantener estrategias activas de captación y seguimiento. No obstante, las intervenciones hacia este grupo enfrentan desafíos relacionados con su búsqueda de autonomía, su baja percepción de riesgo, y la escasa identificación con los servicios de salud, muchas veces percibidos como poco cercanos o no amigables. En este contexto, los equipos locales han impulsado estrategias para fortalecer la empatía, acogida y pertinencia cultural de la atención adolescente.

Finalmente, la vacunación escolar constituye una estrategia esencial del Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) para proteger a la población adolescente frente a enfermedades inmunoprevenibles. En la comuna, los establecimientos educacionales son un punto clave para la administración de las vacunas Virus del Papiloma Humano (VPH) y DTPa, orientadas a prevenir el cáncer cervicouterino, patologías asociadas al VPH y reforzar la protección frente a coqueluche. Su éxito depende de una coordinación estrecha entre los CESFAM y las comunidades educativas, con el desafío de alcanzar la meta nacional de cobertura del 90%, garantizando así una protección integral para este grupo etario.

Tabla de Población de 10 a 19 años inscrita en los Centros de Salud de la comuna de Puente Alto.

CENTRO DE SALUD	PIV Fonasa DEINSCRITOS/A Bajo Control	Población Migrante	Población de pueblos Originarios	Población NAMEAS	Población con Dependencia Severa
CES ALEJANDRO DEL RÍO	11.408	867	57	27	36
CESFAM SAN GERÓNIMO	7.025	240	5	9	23
CESFAM VISTA HERMOSA	3.253	165	31	1	23
CESFAM BERNARDO LEIGHTON	6.540	355	28	3	15
CESFAM CARDENAL RAÚL SILVA HENRÍQUEZ	5.580	280	20	8	18
CESFAM PADRE MANUEL VILLASECA	10.278	817	37	7	18
CESFAM KAROL WOJTYLA	5.726	353	33	11	18
CESFAM LAURITA VICUÑA	5.388	268	9	5	14

Fuente: REM P6 junio 2025. Elaboración propia.

La comuna cuenta con 55.198 adolescentes inscritos en Fonasa, con mayor concentración en los CESFAM Alejandro del Río y Padre Manuel Villaseca. Se observa cobertura variable de controles, presencia significativa de población migrante y baja proporción de pueblos originarios, lo que refuerza la necesidad de mantener una oferta integral y pertinente de prestaciones en salud adolescente.

Cartera de prestaciones - Tabla plan de la adolescencia

Financiamiento		Cartera de prestaciones	
PRESTACIONES PERCAPITADAS		Control de salud.	Consulta morbilidad.
		Control crónico.	Control ginecológico preventivo.
		Control de puerperio.	Control prenatal
		Educación grupal.	Consulta morbilidad ginecológica.
		Consulta morbilidad obstétrica.	Intervención Psicosocial.
		Consulta nutricional.	Consulta kinésica.
		Consultas de Morbilidad Odontológica.	Radiografías odontológicas
		Programa con enfoque de riesgo odontológico (CERO)	Control de regulación de fecundidad.
		Consejería en salud sexual y reproductiva.	Consulta y/o consejería en salud mental.
		Consulta tratamiento odontológico (incluye: obturaciones, detartraje, exodoncias, entre otras).	
PRAPS		Actividades comunitarias en salud mental con profesores de establecimientos educacionales.	
		Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial 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: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño, adolescente, adulto y adulto mayor, considerando tratamiento farmacológico.	
		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 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 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 persona mayor.	
GES		Acceso a tratamiento de hipotiroidismo en personas de 15 años y más.	
		Programa de Espacios Amigables Para Adolescentes	
		Atención Odontológica Integral a Estudiantes de Enseñanza Media.	
		Mejoramiento del acceso: endodoncia y periodoncia	
Atención Odontológica Integral a beneficiarios del Programa de Atención en Domicilio a pacientes con dependencia severa			

9.3 SALUD DEL ADULTO/AS Y PERSONAS MAYORES.

El ciclo vital del adulto y personas mayores constituye uno de los pilares centrales en la gestión sanitaria en la comuna de Puente Alto, considerando el gran número de población que abarca dentro de este rango etario, la creciente demanda asociada al envejecimiento poblacional, y el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles y su carga de enfermedad, ya sea en el área cardiovascular, salud mental, enfermedades respiratorias o dependencia funcional. Durante 2025 la comuna se ha caracterizado por promover los estilos de vida saludables, permitiendo y promoviendo un envejecimiento activo, participativo, y con buen trato.

En el marco del modelo de atención integral en salud, donde se propone un enfoque centrado en la familia y la comunidad, se ha logrado avanzar en las estrategias de promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación integral.

Para 2026-2028 se trabajará en la cobertura de diversas brechas y desafíos, en los distintos programas que se relacionan con la salud del adulto, lo cual se desarrollará a continuación.

Cartera de prestaciones - Tabla población bajo control programa de salud

Centro de salud	Programa	PBC 20 - 64 años	PBC 65 años y más
CES ALEJANDRO DEL RÍO	Cardiovascular	8.640	8.030
	Salud Sexual y Reproductiva	8.844	2.533
	Salud Mental	1.142	322
	Salud Respiratoria	1.990	1.178
	Dependencia	50	229
CESFAM SAN GERÓNIMO	Cardiovascular	5.178	4.491
	Salud Sexual y Reproductiva	4.760	1.205
	Salud Mental	617	157
	Salud Respiratoria	1.042	654
	Dependencia	76	214
CESFAM PADRE MANUEL VILLASECA	Cardiovascular	7.544	8.632
	Salud Sexual y Reproductiva	7.059	2.218
	Salud Mental	1.151	246
	Salud Respiratoria	1.489	1.031
	Dependencia	60	234
CESFAM BERNARDO LEIGHTON	Cardiovascular	5.050	4.631
	Salud Sexual y Reproductiva	4.756	1.102
	Salud Mental	1.122	293
	Salud Respiratoria	698	588
	Dependencia	48	140



Centro de salud	Programa	PBC 20 - 64 años	PBC 65 años y más
CESFAM VISTA HERMOSA	Cardiovascular	1.767	1.128
	Salud Sexual y Reproductiva	1759	453
	Salud Mental	178	23
	Salud Respiratoria	239	152
	Dependencia	21	72
CESFAM LAURITA VICUÑA	Cardiovascular	4.604	3.977
	Salud Sexual y Reproductiva	4.393	807
	Salud Mental	754	184
	Salud Respiratoria	728	440
	Dependencia	55	221
CESFAM KAROL WOJTYLA	Cardiovascular	3.264	2.125
	Salud Sexual y Reproductiva	3.264	514
	Salud Mental	689	123
	Salud Respiratoria	569	346
	Dependencia	31	70
CESFAM CARDENAL RAÚL SILVA HENRÍQUEZ	Cardiovascular	5.289	2.769
	Salud Sexual y Reproductiva	4.267	538
	Salud Mental	535	87
	Salud Respiratoria	158	8
	Dependencia	36	229

Carta de prestaciones - Tabla Plan de Cuidados del adulto y persona mayor.

Financiamiento	Carta de prestaciones
PRESTACIONES PERCAPITADAS	Consulta nutricional
	Intervención psicosocial.
	Consulta de morbilidad médica.
	Educación grupal.
	Control de salud
	Atención a domicilio.
	Consulta de salud mental.
	Educación grupal ambiental.
	Vacunación anti-influenza.
	Visita domiciliaria integral.
	Consejería familiar.
	Curación de pie diabético.
	Consulta social.
	Radiografías odontológicas.
	Tratamiento y curaciones.
	Tratamiento y curaciones.
	Intervención familiar psicosocial.
	Extensión horaria.
	Programa de alimentación complementaria del adulto mayor.
	Atención podología a pacientes con diabetes mellitus.
	Visita domiciliaria de seguimiento.
	Consulta kinésica.
	Diagnóstico y control de la tuberculosis.
	Consulta urgencia odontológica (incluye: Exodoncia, endodoncia primera fase)
	Atención Farmacéutica (incluye: revisión de la medicación con y sin entrevista, seguimiento farmacoterapéutico, farmacovigilancia, conciliación farmacéutica).
	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 .

GES	<p>Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial 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.</p> <p>Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño, adolescente, adulto y adulto mayor, considerando tratamiento farmacológico.</p> <p>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</p> <p>Acceso a diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: consultas de morbilidad y controles de crónicos; espirometría, atención kinésica en personas de 40 y más años.</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>Acceso a tratamiento médico en personas de 55 años y más, con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada</p> <p>Acceso a Tratamiento Salud Oral integral de la persona gestante.</p> <p>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.</p> <p>Tratamiento de erradicación de helicobacter pylori.</p> <p>Acceso a diagnóstico y tratamiento de la urgencia odontológica ambulatoria.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Salud oral integral de la persona de 60 años.</p> <p>Acceso a tratamiento de hipotiroidismo en personas de 15 años y más.</p>	
	Programa de Rehabilitación Integral	Programa Elige Vida Sana
	Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)	
	Atención Odontológica Integral o Mujeres y Hombres	
	Mejoramiento al Acceso: consultas de morbilidad en extensión horaria, tratamientos de especialidad: endodoncia, periodoncia y rehabilitación protésica.	
	Atención odontológica integral a mujeres y hombres (incluye tratamiento en base a prótesis removibles)	
	Atención Odontológica Integral a beneficiarios del Programa de Atención en Domicilio a pacientes con dependencia severa.	
	Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes	Atención Odontológica Integral o
	Atención odontológica integral a mujeres y hombres	Mujeres y Hombres
	Mejoramiento al acceso: consultas de morbilidad en extensión horaria, atención en especialidad, endodoncia, periodoncia y rehabilitación protésica.	Mejoramiento al Acceso: consultas de morbilidad en extensión horaria, tratamientos de especialidad: endodoncia, periodoncia y rehabilitación protésica.
PRAPS DEL ADULTO	Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)	Atención Odontológica Integral a beneficiarios del Programa de
	Programa de Rehabilitación Integral.	Atención en Domicilio a pacientes con dependencia severa.
	Atención Odontológica Integral a beneficiarios del Programa de atención en Domicilio a pacientes con dependencia severa.	
PRAPS DEL ADULTO MAYOR		

9.4 SALUD DE LA MUJER

La población femenina representa más del 52% de los habitantes de Puente Alto, y se distribuye de forma heterogénea entre los distintos territorios comunales. Las mujeres se concentran principalmente en sectores urbanos centrales, aunque en los últimos años se observa un crecimiento sostenido en zonas periféricas como Bajos de Mena y Vista Hermosa, producto de la expansión habitacional y la llegada de nuevas familias.

La estructura etaria muestra una proporción importante de mujeres en edad fértil (15-49 años) y un crecimiento acelerado del grupo de mujeres mayores de 60 años, lo que implica desafíos tanto en salud reproductiva como en enfermedades crónicas y cuidados de largo plazo.

En materia de salud sexual y reproductiva en adolescentes, es importante mencionar que continuamos sin tener casos de segundo embarazo adolescente, por quinto año consecutivo.

Respecto a las preferencias de métodos anticonceptivos en los adolescentes, a diferencia de años anteriores, para este 2025 se ha visto similar porcentaje de adolescentes usuarias de implantes anticonceptivos subdérmicos, inyectables mensuales o trimestrales y píldoras anticonceptivas, durante 2025 se ha mantenido la instancia de atención vespertina y días sábados para favorecer el acceso a los y las usuarias trabajadoras o estudiantes y, pese a que la pandemia vino a reestructurar y aplazar algunos tipos de controles de rutina, desde que se decretó el estado de excepción, nunca se ha dejado de otorgar atención en temas de salud sexual y reproductiva especialmente a adolescentes que han requerido inicio, control o cambio de su anticonceptivo, esto como parte del compromiso con la salud pública y la importancia de mantener bajo la tasa nacional el embarazo en menores de 19 años.

Sobre el uso de un método anticonceptivo más preservativo, se observa un aumento muy significativo, ya que se duplicó la cifra de adolescentes utilizando doble método como mecanismo de prevención de ITS y VIH. En relación con prevención de infecciones de transmisión sexual, la toma de test rápido de VIH en los CESFAM, actividades comunitarias y operativos territoriales fueron claves para acercar esta prestación a la población adolescente desde los 14 años.

Tabla de Población de 15 a 19 años inscrita en los Centros de Salud de la comuna de Puente

CENTRO DE SALUD	ADR	SG	VH	BL	CRSH	PMV	KW	LV	TOTAL
TOTAL ADOLESCENTE INSCRITOS 15 A 19 AÑOS	5.611	2.641	1.581	3.340	2.763	5.169	2.824	2.543	26.472
ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS CON USO DE ANTICONCEPTIVOS	1.116	851	303	591	707	728	430	415	5.141
COBERTURA	20%	32%	19%	18%	26%	14%	15%	16%	19%

Fuente: REM P01 a junio 2025

De la tabla anterior se desprende que la estrategia de Espacio Amigable que ha generado un impacto positivo en el acceso y continuidad de los adolescentes en atenciones relacionadas con planificación familiar, ya que se observa que en los CESFAM San Gerónimo y Cardenal Raúl Silva Henríquez tienen una cobertura sobresaliente, incluso muy por sobre la meta 2025 que es de un 21% de cobertura.

Pese a que en los últimos años se ha avanzado hacia mejorar la cobertura de adolescentes con anticonceptivos, también es importante señalar que, durante el año 2025, la comuna tuvo 2 casos de adolescentes menores de 14 años que ingresaron a control prenatal, casos que ameritaron activar Ley IVE para el acompañamiento pertinente y dilucidar que efectivamente no se tratara de casos de abuso.

Respecto a gestantes adolescentes, la comuna presenta variabilidad en relación con sus diferentes CESFAM, como se aprecia en la siguiente tabla.

Tabla Gestantes adolescentes ingresadas a control prenatal Alto.									
CENTRO DE SALUD	ADR	SG	VH	BL	CRSH	PMV	KW	LV	TOTAL
GESTANTES ADOLESCENTES INGRESADAS A CONTROL PRENATAL	13	18	12	21	19	20	23	4	130
TOTAL DE GESTANTES INGRESADAS	435	247	151	263	244	401	236	191	2.168
PORCENTAJE DE EMBARAZO ADOLESCENTE A SEPT. 2025	3%	7%	8%	8%	8%	5%	10%	2%	6%

Fuente: REM A05, Sección A, enero a septiembre 2025.

En la comuna, el 5,99% de las gestantes corresponde a adolescentes, proporción algo mayor que la referencia nacional cercana al 5%, lo que confirma que el embarazo adolescente sigue siendo un problema relevante de salud pública local. Al interior de la comuna se observan diferencias importantes: los CESFAM KW, BL, VH, CRSH y SG presentan las mayores proporciones (entre 7% y casi 10%), por lo que debieran ser territorios prioritarios para reforzar las acciones de prevención y acceso a métodos anticonceptivos.

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

Condiciones sociales y determinantes de salud

Las condiciones socioeconómicas de las mujeres puentealtinas son un factor clave en su salud. Persiste una mayor vulnerabilidad en jefas de hogar, cuidadoras y trabajadoras informales, quienes enfrentan precariedad laboral y dificultades para compatibilizar el trabajo con el cuidado y el autocuidado.

Esto incide directamente en su salud mental, acceso a controles preventivos y adherencia a tratamientos.

Además, la violencia de género, el estrés asociado a la sobrecarga doméstica y la inseguridad en algunos territorios constituyen determinantes sociales relevantes que deben abordarse desde un enfoque intersectorial.

Estado de salud y principales problemáticas

Salud sexual y reproductiva: se mantiene una alta cobertura de controles prenatales y regulación de la fertilidad, aunque se requiere mejorar el acceso equitativo a métodos anticonceptivos y fortalecer la educación sexual integral.

Enfermedades crónicas: las mujeres mayores concentran una proporción significativa de casos de hipertensión, diabetes y artrosis, muchas veces coexistentes, lo que refuerza la necesidad de un abordaje integral y coordinado.

Salud mental: se observa un aumento sostenido de cuadros ansiosos y depresivos, asociados a condiciones de estrés, carga de cuidado y violencia intrafamiliar.

Cáncer prevalentes: el cáncer de mama y de cuello uterino siguen siendo prioridades comunales. Si bien las coberturas de PAP y mamografía han mejorado, se mantienen brechas en seguimiento y detección temprana.



10. RED DE SALUD CORPORATIVA DE PUENTE ALTO

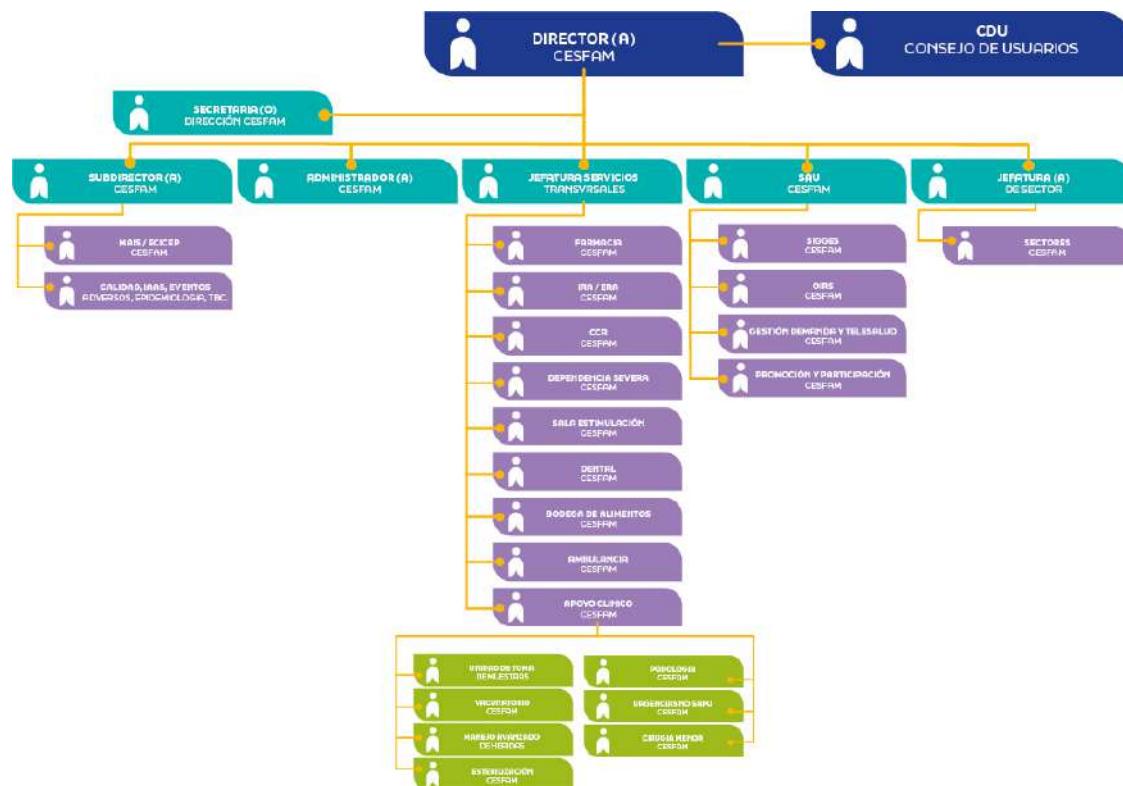


La red asistencial corporativa de Puente Alto se conforma de diferentes dispositivos de salud que se articulan con otros para asegurar la continuidad de la atención del usuario

DIRECCIÓN DE SALUD CORPORACIÓN MUNICIPAL DE PUENTE ALTO		
CENTRO DE SALUD	CENTROS TRANSVERSALES	OTROS DISPOSITIVOS Y APOYO
CES. DR. ALEJANDRO DEL RÍO	CENTRO DE ESPECIALIDADES PRIMARIAS SAN LAZARO (CCR)	SALA NEURO
CESFAM SAN GERÓNIMO	LABORATORIO COMINAL DR. ALEJANDRO DEL RÍO	CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA
CESFAM VISTA HERMOSA	CENTRO DE IMAGENES CDI	DEPARTAMENTO DE NIVEL CENTRAL Y ADMINISTRACIÓN DE SALUD
CESFAM BERNARDO LEIGHTON	CENTRAL DE AMBULANCIA	MUNICIPALIDAD DE PUENTE ALTO (DEP. SOCIALES, CENTROS DE REHABILITACIÓN, EXTENSIÓN, OTROS.)
CESFAM CARDENAL RAÚL SILVA HENRÍQUEZ	COSAM CEIF CENTRO / NORTE	
CESFAM KAROL WOJTYLA	FARMACIA Y BODEGA COMUNAL /FARMACIA SOLIDARIA	
CESFAM PADRE MANUEL VILLASECA	CENTRO DE INTEGRACIÓN MARÍA ISABEL (CIMI)	
CESFAM LAURITA VICUÑA	RED DE SERVICIOS DE URGENCIA SAPU / SAR / SUM	

10.1. CENTROS DE SALUD

10.1.1. Organigrama general centros de salud



10.1.2. CES Alejandro del Río

CES ALEJANDRO DEL RÍO

UBICACIÓN:
GANDARILLAS #105.

TELÉFONO DE:
OIRS 22 485 4128

HORARIO DE ATENCIÓN:
LUNES A JUEVES 08:00 A 17:00 HORAS.
VIERNES 08:00 A 16:00 HORAS.



10.1.2.1. Diagnóstico general del CES Alejandro del Río

El Centro de Salud Alejandro del Río (CES) es uno de los establecimientos más emblemáticos de Puente Alto y posee un rol estratégico en la red asistencial comunal. A diferencia de los CESFAM, opera bajo un modelo mixto:

Entrega atenciones primarias sectorizadas.

Presta servicios transversales para la comuna (como laboratorio comunal)

Es un nodo articulador con la red de urgencia comunal.

El centro atiende a una población diversa, con un porcentaje importante de adultos mayores, trabajadores informales, estudiantes y familias históricas del casco urbano.

Su ubicación céntrica lo convierte en un punto de alta demanda espontánea y de referencia para múltiples dispositivos comunales.

CARACTERÍSTICAS TERRITORIALES:

Ubicación estratégica en el centro urbano de Puente Alto.

Alta afluencia de pacientes de otros sectores por su conectividad.

Mayor demanda de usuarios crónicos y adultos mayores.

Elevado flujo de solicitudes administrativas, incapacidades, derivaciones y seguimiento.

	DESCRIPCIÓN
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	CES ALEJANDRO DEL RÍO
TIPO DE ESTABLECIMIENTO	CENTRO DE SALUD (CES) – CON SAPU (SERVICIO DE URGENCIA 24/7)
UBICACIÓN	SECTOR CENTRO DE PUENTE ALTO, ZONA DE ALTA CONCENTRACIÓN POBLACIONAL.
POBLACIÓN ADSCRITA	LA MÁS ALTA DE LA COMUNA; SUPERÁ LOS 80.000 USUARIOS, LO QUE SOBREPASA EN MÁS DEL DOBLE LA RECOMENDACIÓN MINISTERIAL.
MODELO DE ATENCIÓN	MODELO DE SALUD INTEGRAL CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO (MAIS), CON ÉNFASIS EN HUMANIZACIÓN, TERRITORIALIDAD Y PARTICIPACIÓN.
NIVEL DE COMPLEJIDAD	ALTO, POR FUNCIONAMIENTO CONTINUO 24/7 DEL SAPU Y ALTA DEMANDA DE MORBILIDAD Y URGENCIA.

ACTIVOS COMUNITARIOS CES ALEJANDRO DEL RÍO



BRECHAS IDENTIFICADAS

a) Brechas de infraestructura

Espacios clínicos insuficientes para responder a la alta demanda.

Infraestructura envejecida que requiere reposición. Falta de salas adecuadas para actividades de promoción, talleres y procesos grupales.

Laboratorio comunal saturado por volumen creciente de exámenes.

b) Brechas en recurso humano:

Sobrecarga asistencial en médicos, enfermeras y administrativos.

Falta de profesionales para responder a la demanda de salud mental y crónicos.

Necesidad de fortalecer la coordinación entre unidades transversales (laboratorio, farmacia, CDI).

c) Brechas de oportunidad:

Tiempos de espera extensos en morbilidad, controles crónicos y salud mental.

Alta presión en laboratorio y toma de muestras.

Acceso limitado a actividades de promoción y rehabilitación.

Necesidad de mejorar continuidad en pacientes crónicos.

d) Brechas en atención administrativa:

Procesos lentos en certificaciones, interconsultas y trámites de seguimiento.

Saturación en módulos de atención al público.

Sistemas de registro no completamente integrados.

e) Brechas tecnológicas:

Equipamiento antiguo en algunas unidades.

Insuficiencia en conectividad para flujos de alto volumen.

f) Brechas comunitarias:

Menor participación de organizaciones y ausencia de un proceso comunitario robusto.

Falta de instancias sistemáticas de retroalimentación con usuarios.

Acciones Estratégicas 2026-2028:

a) Modernización del CES:

Mejoras progresivas en infraestructura clínica y administrativa.

Incorporación de nuevos boxes mediante contenedores clínicos si es necesario.

Reorganización interna para aumentar flujo y disminuir tiempos de espera.

b) Desconcentración de demanda:

Derivación programada hacia dispositivos territoriales (cuando estén implementados entre 2026 y 2028).

Atención en terreno a adultos mayores, postrados y pacientes de alta complejidad.

Implementación de teleconsultas para seguimiento crónico.

c) Optimización del laboratorio comunal:

Aumento de capacidad y horarios de toma de muestras.

Integración del laboratorio con sistemas digitales de gestión de resultados.

Priorización de exámenes GES y crónicos.

d) Fortalecimiento del equipo clínico:

Capacitación en enfoque humanizado y trato digno.

Programas internos de bienestar laboral y prevención del desgaste.

e) Mejoras en gestión administrativa:

Implementación de un modelo de atención por ventanillas integradas.

Aceleración de trámites digitales: interconsultas, certificados, derivaciones.

f) Reactivación comunitaria:

Reinstalación de mesas territoriales de salud.

Trabajo colaborativo con organizaciones sociales, juntas de vecinos y adultos mayores.

Talleres de estilos de vida saludables, cuidados de crónicos y salud mental.

g) Atención de crónicos y adultos mayores:

Fortalecer vigilancia cardiovascular, diabetes, HTA y salud renal.

Programas de prevención de fragilidad y caídas.

Incorporación de atención domiciliaria sistemática.

10.1.2.2. Acciones y desafíos estratégicos 2026 - 2028

Modernizar la infraestructura: Avanzar en estrategias que permitan resolver problemas estructurales que limitan actividad clínica y administrativa.

Descomprimir demanda asistencial: A través de módulos territoriales y digitalización de procesos.

Reducir tiempos de espera: En laboratorio, morbilidad, salud mental y controles crónicos.

Fortalecer la continuidad del cuidado: Particularmente en pacientes adultos mayores de alto riesgo.

Optimizar el laboratorio comunal: Asegurar capacidad suficiente para toda la red APS comunal.

Reactivar la participación comunitaria: Para transformar la relación entre el CES y la comunidad.

Humanizar la atención: Aplicar el enfoque comunal de trato digno, empatía y acompañamiento integral.

El período 2026-2028 abre una oportunidad concreta para transformar el CES mediante:

- Modernización estructural,
- Desconcentración territorial,
- Digitalización,
- Fortalecimiento clínico,
- Optimización administrativa,
- Enfoque humanizado del cuidado.

Con estas acciones, el CES podrá mejorar significativamente la oportunidad de atención, continuidad del cuidado, satisfacción usuaria y eficiencia operativa, consolidándose como un nodo estratégico para la salud de Puente Alto.

El CES Alejandro del Río es un pilar fundamental de la red de salud comunal, con un rol clínico y administrativo clave. No obstante, enfrenta desafíos relevantes en infraestructura, tiempos de espera, saturación del laboratorio y necesidad de modernización tecnológica.

10.1.3. CESFAM Padre Manuel Villaseca

CESFAM PADRE MANUEL VILLASECA

UBICACIÓN: AV. LUISA MATTE LARRAÍN #02312.
SECTOR ORIENTE

TELÉFONO DE:
OIRS 22 485 4300
CONSULTAS GENERALES 22 485 4301
SAR 22 485 4336
VACUNATORIO 22 485 4303

HORARIO DE ATENCIÓN:
LUNES A JUEVES 08:00 A 17:00 HORAS.
VIERNES 08:00 A 16:00 HORAS.



10.1.3.1. Diagnóstico general del CESFAM Padre Manuel Villaseca

El **Centro de Salud Familiar Padre Manuel Villaseca** es uno de los establecimientos de mayor complejidad operativa dentro de la red comunal de Puente Alto, debido a su magnitud poblacional, su condición de centro con dispositivo de **Urgencia de Alta Resolutividad (SAR)** y su ubicación estratégica en un sector de alta densidad poblacional.

Su misión es entregar atención integral, continua y centrada en las personas, con enfoque comunitario, pertinencia territorial y alineación con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS).

ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	CESFAM PADRE MANUEL VILLASECA
TIPO DE ESTABLECIMIENTO	CENTRO DE SALUD FAMILIAR (CESFAM) – CON SAR (SERVICIO DE URGENCIA DE ALTA RESOLUTIVIDAD).
UBICACIÓN	SECTOR ORIENTE DE PUENTE ALTO, ZONA DE ALTA CONCENTRACIÓN POBLACIONAL Y CON NECESIDADES SANITARIAS COMPLEJAS.
POBLACIÓN ADSCRITA	ENTRE LAS MÁS ALTAS DE LA COMUNA; BORDEA O SUPERA LOS 30.000 USUARIOS, LO QUE SOBREPASA LA RECOMENDACIÓN MINISTERIAL.
MODELO DE ATENCIÓN	MODELO DE SALUD INTEGRAL CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO (MAIS), CON ÉNFASIS EN HUMANIZACIÓN, TERRITORIALIDAD Y PARTICIPACIÓN.
NIVEL DE COMPLEJIDAD	ALTO, POR FUNCIONAMIENTO CONTINUO 24/7 DEL SAR Y ALTA DEMANDA DE MORBILIDAD Y URGENCIA.

POBLACIÓN Y TERRITORIO

El territorio del CESFAM Manuel Villaseca se caracteriza por:

- Alta densidad habitacional.
- Importante proporción de familias en condición de vulnerabilidad social.
- Alta presencia de personas mayores.
- Sectores con rezagos en infraestructura y accesibilidad.
- Presencia de población migrante creciente.

Los determinantes sociales condicionan una mayor prevalencia de:

- Enfermedades respiratorias.
- Patologías crónicas (HTA, DM2, dislipidemias).
- Problemas de salud mental (ansiedad, depresión, consumo de sustancias).
- Condiciones de riesgo cardiovascular.
- Problemáticas asociadas a violencia intrafamiliar y de género.

ACTIVOS COMUNITARIOS

80 Juntas de Vecinos y Comités de Adelanto, activas en participación, seguridad y promoción social.

26 establecimientos educacionales, desde jardines infantiles hasta educación superior, aliados en promoción de salud escolar.

El territorio del CESFAM Manuel Villaseca se caracteriza por:

- Alta densidad habitacional.
- Importante proporción de familias en condición de vulnerabilidad social.
- 15 instituciones de salud y fundaciones colaboradoras, como Hospital Sótero del Río, Hospital El Peral, CRS Cordillera, Protectora de la Infancia y Fundación Trabajo con Sentido.
- 17 servicios municipales y organizaciones intersectoriales, articuladas en inclusión, discapacidad, salud mental y género (CAF, OPDAM, COSOC SSMSO, Puente Mujer, entre otros).

40 espacios públicos entre parques, plazas y multicanchas, aunque con limitada cobertura de áreas verdes consolidadas.

30 establecimientos comerciales y 10 instituciones religiosas con roles activos en el tejido social.

OFERTAS DE SERVICIOS

a) Atención Primaria General

- Control de salud del niño/a y adolescente.
- Control del adulto y adulto mayor.
- Control de crónicos (HTA, DM2, EPOC, dislipidemias).
- Atención nutricional.
- Kinesiología respiratoria y músculo-esquelética.
- Salud mental: psicología, trabajo social, intervención psicosocial.
- Matronería (obstetricia y ginecología).
- Odontología integral adultos y niños.
- Programa cardiovascular.
- Inmunizaciones.
- Curaciones y procedimientos.
- Visitas domiciliarias integrales.
- Centro Comunitario de Rehabilitación

b) Servicio de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR)

- Funcionamiento 24/7.
- Atención diferenciada por gravedad.
- Toma de exámenes básicos de resolución rápida.
- Atención respiratoria y general.
- Gestión de ambulancias y coordinación con red hospitalaria.

c) Trabajo Comunitario

- Consejo de Desarrollo Local de Salud (CDL).
- Consejos de Usuarios (CDU).
- Actividades territoriales con organizaciones sociales.
- Operativos de salud y prevención.
- Promoción de estilos de vida saludable.

RECURSO HUMANO - DOTACIÓN

El CESFAM cuenta con:

- Médicos generales y EDF.
- Enfermeras.
- Matronas/es.
- Nutricionistas.
- Odontólogos/as y técnicos dentales.
- Psicólogos/as.
- Trabajadores/as sociales.
- Kinesiólogos/as.
- TENS.
- Administrativos/as.
- Personal de apoyo (esterilización, farmacia, registro).

BRECHAS DIAGNÓSTICO

Brechas asistenciales

- Creciente demanda de urgencias respiratorias y generales.
- Demora en accesibilidad a controles crónicos y de salud mental.
- Sobrecarga del equipo en períodos de alta demanda.

Brechas de infraestructura

- Espacios clínicos insuficientes.
- Limitaciones para expansión de programas comunitarios.
- Requerimiento de mejora en salas de espera, box y áreas de apoyo clínico.
- Brechas tecnológicas
- Necesidad de sistemas interoperables.
- Falta de equipamiento para telemedicina.

Brechas de gestión

- Alta demanda administrativa.
- Falta de horas de gestión proporcional a la población (déficit comunal general).

10.1.3.2. Acciones y desafíos estratégicos 2026 - 2028

Fortalecer la atención integral con enfoque comunitario

- Ampliar actividades territoriales y comunitarias.
- Incrementar redes sectoriales con organizaciones sociales.
- Fortalecer la participación del CDL. **Mejorar la oportunidad y calidad de atención**

- Reducir tiempos de espera en controles y morbilidad.
- Optimizar la gestión del SAR y su articulación con la red.

Avanzar hacia un modelo de atención humanizado

- Implementar el Modelo de Humanización: trato digno, empatía, comunicación efectiva.
- Mejorar entornos físicos para experiencia usuaria.

Modernizar infraestructura y digitalización

- Mejorar conectividad interna.
- Implementar telemedicina en áreas crónicas y salud mental.

Reforzar la salud mental comunitaria

- Aumentar cupos y cobertura de intervenciones psicosociales.
- Programas preventivos para adolescentes y familias.

ACCIONES PRIORITARIAS 2026-2028:

Crear o articular dispositivos territoriales complementarios (dispositivos médicos territoriales).

Aumentar cobertura en salud mental y manejo de crisis en el territorio.

Reforzar estrategias de prevención respiratoria.

Trabajar en promoción saludable permanente con colegios y juntas de vecinos.

Desarrollar campañas de educación en autocuidado y riesgo cardiovascular.

Descomprimir el SAR y los flujos de urgencia.

Reducir brechas de infraestructura y hacinamiento clínico.

Lograr sostenibilidad del modelo comunitario con participación real.

Integrar tecnologías digitales a la operación diaria.

Mejorar la satisfacción usuaria y percepción de calidad.

Alcanzar metas sanitarias y GES con población sobrecargada.

El CESFAM Padre Manuel Villaseca es un establecimiento clave para la red comunal, con alta complejidad y demanda sostenida. Su fortalecimiento para el período 2026-2028 es esencial para avanzar hacia un modelo de APS humanizado, eficiente, resolutivo y profundamente territorial, alineado con las orientaciones ministeriales y con la nueva visión comunal de salud.

10.1.4. CESFAM Bernardo Leighton

CESFAM BERNARDO LEIGHTON	
UBICACIÓN:	MIGUEL ÁNGEL #1929, GABRIELA PONENTE.
TELÉFONO DE:	OIRS 22 485 4009 CONSULTAS GENERALES 22 248 4025
CORREOS CONSULTAS GENERALES:	OIRSBBL@CMPUENTEALTO.CL OIRS.BERNARDOLEIGHTON@GMAIL.COM
HORARIO DE ATENCIÓN:	LUNES A JUEVES 08:00 A 17:00 HORAS. VIERNES 08:00 A 16:00 HORAS.



10.1.4.1. Diagnóstico general del CESFAM Bernardo Leighton

El CESFAM Bernardo Leighton es uno de los establecimientos históricos y de alta relevancia dentro de la red comunal de Atención Primaria de Puente Alto. Ubicado en una zona céntrica y de alta movilidad, cumple un rol fundamental en la atención de una población diversa, con necesidades sanitarias vinculadas tanto a enfermedades crónicas como a condiciones sociales emergentes.

Su misión es entregar atención integral, accesible y humanizada a las y los usuarios, promoviendo el bienestar comunitario y fortaleciendo el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) con un enfoque territorial y participativo.

ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	CESFAM BERNARDO LEIGHTON
TIPO DE ESTABLECIMIENTO	CENTRO DE SALUD FAMILIAR (CESFAM). CON SAPU
UBICACIÓN	SECTOR NORTEPONIENTE DE PUENTE ALTO, CERCANO A SERVICIOS MUNICIPALES, COMERCIO Y TRANSPORTE. SANITARIAS COMPLEJAS.
POBLACIÓN ADSCRITA	CERCANA A 30.000 PERSONAS, SIMILAR A LOS CESFAM MÁS GRANDES, SUPERANDO LA RECOMENDACIÓN MINISTERIAL.
MODELO DE ATENCIÓN	MODELO DE SALUD INTEGRAL CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO (MAIS), CON ÉNFASIS EN HUMANIZACIÓN, TERRITORIALIDAD Y PARTICIPACIÓN.
NIVEL DE COMPLEJIDAD	MEDIO-ALTO, CON ALTA DEMANDA DIARIA, GRAN ROTACIÓN DE USUARIOS Y FUERTE COMPONENTE COMUNITARIO.

POBLACIÓN Y TERRITORIO

El territorio asociado al CESFAM Bernardo Leighton se caracteriza por:

- Alta diversidad etaria (numerosa población adulta y adulta mayor).
- Sectores con comercio intenso, servicios y movilidad permanente.
- Mezcla de zonas residenciales tradicionales con áreas de renovación urbana.
- Aumento de población migrante en los últimos años.
- Factores sociales que inciden en la salud, como estrés, hacinamiento y seguridad pública.

Los principales problemas de salud identificados en el territorio incluyen:

- Elevada prevalencia de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, dislipidemias).
- Mayor demanda por salud mental, especialmente ansiedad, depresión y consumo de sustancias.
- Necesidad creciente de atención odontológica.
- Problemas respiratorios en temporada invernal.
- Condiciones asociadas al envejecimiento poblacional.

OFERTA DE SERVICIOS

Atención clínica general

- Control niño sano, adolescente y adulto.
- Controles crónicos (diabetes, hipertensión, EPOC, dislipidemias).
- Atención de morbilidad.
- Atención nutricional.
- Psicología y salud mental comunitaria.
- Trabajo social e intervención psicosocial.
- Matronería (ginecología, obstetricia, regulación de fertilidad).
- Odontología integral.
- Curaciones, procedimientos y laboratorio básico.
- Visitas domiciliarias integrales.

Programas especializados

- Programa cardiovascular.
- Programa respiratorio del adulto.
- Programa de salud mental.
- Programa de Chile Crece Contigo.
- Programa del adulto mayor (PAM).
- PNI – vacunatorio.

Trabajo comunitario

- Consejo de Desarrollo Local (CDL) activo.
- Consejos de Usuarios (CDU).
- Actividades preventivas con colegios, juntas de vecinos y organizaciones funcionales.
- Ferias de salud, operativos y promoción comunitaria.

RECURSO HUMANO - DOTACIÓN

El CESFAM cuenta con un equipo multiprofesional compuesto por:

- Médicos generales y EDF.

Enfermeras/os.
Matronas/es.
Kinesiólogos/as.
Nutricionistas.
Odontólogos/as y técnicos.
Psicólogos/as y trabajadores/as sociales.
Técnicos en enfermería (TENS).
Administrativos/as y personal de registro.
Personal de apoyo clínico.

BRECHAS DIAGNÓSTICAS

Brechas asistenciales:

Sobrepoblación respecto a la capacidad recomendada.
Demoras en agendas de control y morbilidad.
Alta demanda de salud mental (listas de espera internas).
Necesidad de reforzar atención odontológica preventiva.

Brechas de infraestructura:

Espacios clínicos limitados para el volumen de usuarios.
Deficiencias en salas de espera y áreas de circulación.
Necesidad de renovar equipamiento clínico.

Brechas tecnológicas:

Insuficiente capacidad para telemedicina.
Limitaciones en conectividad y sistemas administrativos.

Brechas de gestión:

Sobrecarga administrativa.
Se requiere fortalecer el control de gestión local y la digitalización de procesos.
Mejorar accesibilidad y oportunidad de atención: optimizar agendas, garantizar continuidad del cuidado y reducir tiempos de espera.
Fortalecer la prevención y manejo de crónicos:
Mejorar el control metabólico y cardiovascular.
Reforzar el trabajo educativo con pacientes y familias.

10.1.4.2. Acciones y desafíos estratégicos 2026 - 2028

Impulsar la salud mental comunitaria:

Ampliar cobertura de psicología e intervenciones psicosociales.
Fortalecer acciones preventivas en escuelas y organizaciones territoriales.

Modernizar la infraestructura y la digitalización:

Ampliar box, mejorar equipamiento y avanzar en Ficha Electrónica Comunal.

Impulsar la humanización del trato:

Capacitación continua en habilidades relacionales.
Mejorar la comunicación con usuarios y redes.

Promover la participación social:

- Fortalecer Consejos de Desarrollo Local.
- Consolidar actividades comunitarias en salud.

ACCIONES PRIORITARIAS 2026-2028:

- Descomprimir la demanda mediante dispositivos territoriales y operativos.
- Desarrollar rutas de atención para crónicos complejos.
- Ampliar programas de salud mental, con enfoque comunitario.
- Realizar mejoras de infraestructura progresivas.
- Potenciar programas de autocuidado, actividad física y alimentación saludable. Fortalecer extensión horaria en periodos críticos.
- Contener la alta demanda asistencial con infraestructura limitada.
- Reducir listas de espera internas.
- Abordar los determinantes sociales de la población.
- Sustentar el Modelo Comunitario con participación efectiva.
- Integrar herramientas digitales para mejorar la experiencia usuaria.

El CESFAM Bernardo Leighton es un centro fundamental para la comuna de Puente Alto, que atiende a una población diversa y con múltiples necesidades sanitarias. Su fortalecimiento durante el período 2026-2028 es clave para avanzar hacia una APS más resolutiva, cercana, humanizada y territorial, en línea con la nueva visión comunal y las orientaciones ministeriales.

10.1.5. CESFAM Laurita Vicuña

CESFAM LAURITA VICUÑA

UBICACIÓN:
AV. EJÉRCITO LIBERTADOR #2433, VILLA LA FORESTA

TELÉFONO DE:
SAU CENTRAL 22 485 4610
OIRS 22 485 4608

HORARIO DE ATENCIÓN:
LUNES A JUEVES 08:00 A 17:00 HORAS.
VIERNES 08:00 A 16:00 HORAS.



El **CESFAM Laurita Vicuña** es uno de los centros de salud más recientes dentro de la red de Atención Primaria de Puente Alto y ha tenido un crecimiento acelerado en su población adscrita, especialmente en los últimos años debido a la llegada de nuevas familias, procesos de urbanización y asentamientos en expansión.

Este establecimiento cumple un rol crucial en la provisión de servicios de salud integral desde un enfoque familiar, comunitario y territorial, alineado con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) y con el eje comunal de humanización del cuidado.

10.1.5.1. Diagnóstico general del CESFAM Laurita Vicuña

POBLACIÓN Y TERRITORIO

El territorio del CESFAM Laurita Vicuña presenta características particulares:

Alta presencia de nuevas familias y población joven.

Crecimiento acelerado por nuevos proyectos habitacionales.

Sectores con vulnerabilidad social asociada a movilidad, empleo informal y condiciones ambientales.

Aumento de población migrante.

Mayor número de niños, niñas y adolescentes comparado con otros CESFAM.

Sectores con dificultades de accesibilidad a servicios básicos.

Los principales problemas de salud identificados incluyen:

Aumento de consultas por salud infantil y adolescente.

Incremento de problemas de salud mental, especialmente en mujeres y jóvenes.

Crecimiento de enfermedades crónicas en población adulta.

Mayor demanda odontológica y de matronería.

Problemas respiratorios recurrentes en temporada invernal.

ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	CESFAM LAURITA VICUÑA
TIPO DE ESTABLECIMIENTO	CENTRO DE SALUD FAMILIAR (CESFAM), CON SERVICIO DE URGENCIA MUNICIPAL (SUM)
UBICACIÓN	SECTOR NORPONIENTE EN EXPANSIÓN DENTRO DE PUENTE ALTO, CON DESARROLLO URBANO RECIENTE Y AUMENTO CONSTANTE DE NUEVAS VIVIENDAS.
POBLACIÓN ADSCRITA	EN CRECIMIENTO SOSTENIDO; AUMENTÓ 6,9% EN 2024, SOBRE LAS 30.000 PERSONAS SUPERANDO RECOMENDACIÓN MINISTERIAL.
MODELO DE ATENCIÓN	MODELO DE SALUD INTEGRAL CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO (MAIS), CON ÉNFASIS EN HUMANIZACIÓN, TERRITORIALIDAD Y PARTICIPACIÓN.
NIVEL DE COMPLEJIDAD	MEDIO, CON CREciente DEMANDA ASISTENCIAL Y AMPLIACIÓN DE PROGRAMAS.

OFERTA DE SERVICIOS

Atención clínica general

Control del niño y niña.

Control adolescente.

Atención de adulto y adulto mayor.

Control de crónicos (HTA, DM2, dislipidemias).

Atención de morbilidad.

Salud mental: psicología, trabajo social y enfoque comunitario.

Atención nutricional.

Atención kinésica respiratoria y músculo-esquelética.

Matronería: salud sexual y reproductiva, control prenatal, ginecología.

Odontología integral.

Curaciones y procedimientos.

Visitas domiciliarias integrales.

Programas especializados:

Chile Crece Contigo. Programa cardiovascular.
Programa respiratorio del adulto y adulto mayor.
Programa del adulto mayor (PAM).
Programa de Inmunizaciones.
Programa de salud mental comunitaria.

Trabajo comunitario:

Consejo de Desarrollo Local activo.
Consejos de Usuarios.
Actividades de prevención, promoción y educación sanitaria.
Articulación con establecimientos educacionales y organizaciones territoriales.
Operativos comunitarios de salud.

RECURSO HUMANO - DOTACIÓN

El CESFAM cuenta con un equipo multiprofesional que incluye:

Médicos generales y EDF.
Enfermeras.
Matronas.
Psicólogos/as.
Trabajadores/as sociales.
Nutricionistas.
Odontólogos/as y técnicos dentales.
Kinesiólogos/as.
Técnicos en Enfermería (TENS).
Administrativos/as y personal de apoyo.

BRECHAS DIAGNÓSTICAS**Brechas asistenciales:**

Crecimiento poblacional que supera la capacidad instalada.
Aumento de demanda infantil, adolescente y salud mental.
Listas de espera internas en psicología y odontología.
Sobrecarga de agendas de matronería.

Brechas de infraestructura:

Espacios clínicos insuficientes para la proyección poblacional.
Falta de salas para talleres, actividades comunitarias y promoción.
Necesidad de ampliar box de atención y áreas de espera.

Brechas tecnológicas:

Necesidad de mejorar conectividad y sistemas administrativos.
Débil infraestructura para telemedicina.

Brechas de gestión:

Exigencias administrativas crecientes con poca capacidad de soporte.
Falta de horas de gestión, acorde al déficit comunal global.

10.1.5.2. Acciones y desafíos estratégicos 2026 - 2028

Asegurar accesibilidad y oportunidad de atención: Ampliar agendas, priorizar controles preventivos y reducir tiempos de espera.

Fortalecer los programas de infancia y adolescencia: Refuerzo de evaluaciones de desarrollo psicomotor y abordaje de salud mental juvenil.

Mejorar el manejo de enfermedades crónicas: Incrementar metas de control cardiovascular y metabólico.

Impulsar la salud mental comunitaria: Aumentar cobertura psicosocial con foco territorial.

Modernizar infraestructura y digitalización: Avanzar hacia la Ficha Electrónica Comunal y telemedicina.

Promover el modelo de humanización del trato: Capacitación en habilidades comunicativas y mejora de experiencia usuaria.

Fortalecer la participación social: Consolidar el rol del CDL y fortalecer relaciones con organizaciones locales.

ACCIONES PRIORITARIAS 2026-2028:

Creación de dispositivos médicos territoriales para descomprimir la demanda.

Ampliar programas del niño y adolescente.

Potenciar operativos de promoción y prevención.

El CESFAM Laurita Vicuña representa un centro estratégico para la salud comunal debido al acelerado crecimiento de su población y a la diversidad de necesidades sanitarias del territorio. Para el período 2026-2028, su fortalecimiento constituye una prioridad comunal, orientada a consolidar una Atención Primaria de Salud más resolutiva, humanizada, comunitaria y adaptada al crecimiento territorial, en coherencia con el Plan Comunal de Salud y los lineamientos ministeriales.

10.1.6. CESFAM Karol Wojtyla

CESFAM KAROL WOJTYLA

UBICACIÓN:

CURACO DE VÉLEZ #4110, PEDRO LIRA,
BAJOS DE MENA.

TELÉFONO DE:

OIRS 22 485 4500

HORARIO DE ATENCIÓN:

LUNES A JUEVES 08:00 A 17:00 HORAS.
VIERNES 08:00 A 16:00 HORAS.



10.1.6.1. Diagnóstico general del CESFAM Karol Wojtyla

El CESFAM Karol Wojtyla es uno de los establecimientos de Atención Primaria ubicados en el sector sur de Puente Alto, con una población inscrita caracterizada por altos niveles de vulnerabilidad social, presencia de campamentos, familias numerosas y adultos mayores en crecimiento.

Es un centro con alta demanda asistencial, donde el índice de cronicidad y la carga de salud mental han ido en aumento durante los últimos años.

El CESFAM opera bajo el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), pero enfrenta saturación en su infraestructura y una creciente presión sanitaria debido a factores territoriales y demográficos.

ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	CESFAM KAROL WOJTYLA
TIPO DE ESTABLECIMIENTO	CENTRO DE SALUD FAMILIAR (CESFAM) CON SAPU
UBICACIÓN	SECTOR SURPONENTE, DE ALTA DENSIDAD Y CONDICIONES DE HACINAMIENTO MARCADA.
POBLACIÓN ADSCRITA	SOBRE LAS 30.000 PERSONAS, SIMILAR A LOS CESFAM MÁS GRANDES, SUPERANDO LA RECOMENDACIÓN MINISTERIAL.
MODELO DE ATENCIÓN	MODELO DE SALUD INTEGRAL CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO (MAIS), CON ÉNFASIS EN HUMANIZACIÓN, TERRITORIALIDAD Y PARTICIPACIÓN.
NIVEL DE COMPLEJIDAD	ALTO, CON ALTA DEMANDA ASISTENCIAL.

Características del territorio:

Alta densidad poblacional en sectores periféricos.

Presencia significativa de NNA, mujeres y adultos mayores vulnerables.

Mayor prevalencia de enfermedades crónicas comparado con otros sectores.

Problemas de salud mental asociados a violencia, precariedad económica y hacinamiento.

Brechas Identificadas

Brechas de infraestructura:

Infraestructura insuficiente para la población inscrita.

Espacios reducidos para rondas de especialistas, programas y actividades comunitarias.

Urgencias odontológicas limitadas por disponibilidad física.

Brechas de recurso humano:

Sobrecarga asistencial en médicos, matronas, psicólogos y enfermería.

Características del territorio:

Alta densidad poblacional en sectores periféricos.

Presencia significativa de NNA, mujeres y adultos mayores vulnerables.

Mayor prevalencia de enfermedades crónicas comparado con otros sectores.

Problemas de salud mental asociados a violencia, precariedad económica y hacinamiento.

Altos niveles de ausentismo atribuibles a sobrecarga de trabajo.

Déficit de soporte administrativo y equipo técnico para acompañar los procesos clínicos.

Brechas de acceso y oportunidad:

Dificultades para otorgar cupos de control crónico de manera oportuna.

Tiempos de espera prolongados en morbilidad, salud mental y odontología.



Brechas en la cobertura de PAP, mamografías y salud infantil preventiva.

Brechas comunitarias:

Necesidad de fortalecer la participación del Consejo de Desarrollo Local.

Baja articulación intersectorial para abordar determinantes sociales.

Limitado alcance territorial de atenciones en terreno.

Brechas tecnológicas:

Sistemas de información fragmentados.

Falta de conectividad estable en algunos sectores del centro.

Carga administrativa excesiva para equipos clínicos.

Brechas en la cobertura de PAP, mamografías y salud infantil preventiva.

Brechas comunitarias:

Necesidad de fortalecer la participación del Consejo de Desarrollo Local.

Baja articulación intersectorial para abordar determinantes sociales.

Limitado alcance territorial de atenciones en terreno.

Brechas tecnológicas:

Sistemas de información fragmentados.

Falta de conectividad estable en algunos sectores del centro.

Carga administrativa excesiva para equipos clínicos.

10.1.6.2. Acciones y desafíos estratégicos 2026 - 2028

Ampliación y desconcentración de la atención

Implementar dispositivos médicos territoriales en su área de influencia

Fortalecer la atención domiciliaria y rondas comunitarias.

Redistribuir carga asistencial entre dispositivos y CESFAM.

Fortalecimiento del recurso humano

Apoyo en salud mental con refuerzo de psicología, trabajo social y psiquiatría.

Capacitación en manejo de enfermedades crónicas, enfoque comunitario y humanización.

Equipos de apoyo administrativo para disminuir carga en el personal clínico.

Mejorar la resolutividad clínica

Extender cupos crónicos mediante telemedicina.

Retomar espacios comunitarios para promoción de la salud y actividades grupales.

Intensificar programas de salud cardiovascular y salud mental.

Fortalecimiento del Modelo de Atención Integral (MAIS)

Reforzar enfoque familiar mediante visitas domiciliarias integrales.

Integrar programas de acompañamiento psicosocial en NNA y adolescentes.

Impulsar talleres de parentalidad positiva, control de crecimiento y desarrollo y prevención de VIF.

Modernización y digitalización

Implementar tableros de control para indicadores del centro.

Capacitación al equipo en uso de sistemas y gestión de datos.

Vinculación con el medio

Fortalecer convenios con universidades para prácticas profesionales de medicina, enfermería, nutrición, psicología y kinesiología.

Realizar operativos territoriales masivos en sectores vulnerables.

Desafíos Estratégicos 2026-2028:

Reducir la saturación del CESFAM: A través de dispositivos territoriales, telemedicina y mayores espacios comunitarios.

Aumentar la cobertura preventiva:

Mamografías y PAP.

Control niño sano.

Programas cardiovasculares.

Mejorar la salud mental comunitaria:

Atención oportuna.

Intervención familiar temprana.

Trabajo intersectorial.

Mejorar tiempos de espera:

Especialmente en morbilidad adulta, dentista e interconsultas.

Fortalecer la participación social

Activar el Consejo de Desarrollo Local.

Crear mesas territoriales de salud.

Humanizar el cuidado: Integrando los principios de:

Trato digno

Equidad territorial

Enfoque de derechos

Acompañamiento integral

El CESFAM Karol Wojtyla enfrenta desafíos importantes vinculados a su alta demanda, situación territorial y sobrecarga asistencial. No obstante, mediante la estrategia comunal 2026-2028 —centrada en desconcentración territorial, digitalización, equidad y humanización— se proyecta un fortalecimiento significativo de su capacidad resolutiva y de su rol comunitario.

El establecimiento será clave para implementar los nuevos dispositivos territoriales, fortalecer la promoción de la salud y avanzar hacia un sistema local más cercano, digno y equitativo para todos los vecinos y vecinas.

10.1.7. CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez

CESFAM CARDENAL RAÚL SILVA HENRÍQUEZ

UBICACIÓN:

SAN PEDRO (EX ESTACIÓN CANELO) #3345
SECTOR EL VOLCAN, BAJOS DE MENA.

TELÉFONO DE:

OIRS 22 485 4200
CARDIOVASCULAR 22 485 4230
SECRETARIA DIRECCIÓN 22 485 4201

HORARIO DE ATENCIÓN:

LUNES A JUEVES 08:00 A 17:00 HORAS.
VIERNES 08:00 A 16:00 HORAS.



10.1.7.1. Diagnóstico general del CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez

El CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez, ubicado en un sector de alta densidad poblacional y características socioeconómicas heterogéneas, es uno de los centros con mayor demanda histórica de la red comunal.

Alberga una población numerosa, con presencia significativa de personas mayores, mujeres en edad fértil, familias migrantes, y usuarios con enfermedades crónicas avanzadas.

Es reconocido como un CESFAM de buena resolutividad clínica, especialmente en el ámbito crónico, salud cardiovascular y salud oral, pero enfrenta saturación en infraestructura y carga asistencial elevada, debido a que su población inscrita excede los estándares recomendados por el MINSAL.

ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	CESFAM CARDENAL RAÚL SILVA HENRÍQUEZ
TIPO DE ESTABLECIMIENTO	CENTRO DE SALUD FAMILIAR (CESFAM) CON SAPU.
UBICACIÓN	SECTOR SURPONENTE, ALEJADO DE SERVICIOS MUNICIPALES, COMERCIO Y MUY POCO TRANSPORTE.
POBLACIÓN ADSCRITA	SUPERA LAS 30.000 PERSONAS INSCRITAS, SIMILAR A LOS CESFAM MÁS GRANDES, SUPERANDO LA RECOMENDACIÓN MINISTERIAL.
MODELO DE ATENCIÓN	MODELO DE SALUD INTEGRAL CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO (MAIS), CON ÉNFASIS EN HUMANIZACIÓN, TERRITORIALIDAD Y PARTICIPACIÓN.
NIVEL DE COMPLEJIDAD	ALTO, CON ALTA DEMANDA DIARIA, GRAN ROTACIÓN DE USUARIOS Y FUERTE COMPONENTE COMUNITARIO.

Características del territorio:

Alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

Sector con mixto perfil socioeconómico, pero con bolsillos de vulnerabilidad persistente.

Demanda creciente por atención en salud mental y consultas odontológicas.

Importante población de adultos mayores que requiere seguimiento intensivo.

ACTIVOS COMUNITARIOS
CARDENAL RAÚL
SILVA HENRÍQUEZ



Necesidad de mayor soporte técnico-administrativo para mantener continuidad de registros.

Brechas en acceso y oportunidad:

Aumento de tiempos de espera para morbilidad y control crónico.

Baja adherencia de pacientes con enfermedades cardiovasculares de alto riesgo.

Brechas en prevención y promoción:

Coberturas variables en PAP y mamografía.

Necesidad de fortalecer programas de promoción cardiovascular y estilos de vida saludables.

Limitado alcance de actividades grupales por falta de espacios físicos.

Brechas tecnológicas:

Requerimiento de modernización de sistemas de conectividad.

Débil integración digital entre SAPU y CESFAM.

10.1.7.2. Acciones y desafíos estratégicos 2026 - 2028

Desconcentración y ampliación de capacidad resolutiva:

Implementación de dispositivos médicos territoriales (contenedores comunitarios).

Derivación de morbilidad simple y controles preventivos a rondas comunitarias.

Trabajo en red con dispositivos transversales (CAPS, San Lázaro, CDI).

Fortalecimiento del recurso humano:

Refuerzo en salud mental: psicología, psiquiatría y trabajo social.
 Formación interna en el enfoque de humanización y trabajo territorial.

Mejora de acceso y oportunidad:

Amplificación de teleconsultas en crónicos y salud mental.
 Aumento de cupos de control cardiovascular y diabetes.
 Implementación de campañas territoriales en salud femenina (PAP-mamografía).

Fortalecer el Modelo Integral de Atención (MAIS):

Más visitas domiciliarias integrales para pacientes de alto riesgo.
 Programas de acompañamiento comunitario con voluntariado y universidades.
 Actividades grupales en espacios municipales cercanos al CESFAM.

Modernización tecnológica:

Integración plena a la Ficha Electrónica Comunal.
 Capacitación en gestión digital para equipos clínicos.
 Tableros de monitoreo de indicadores (GES, crónicos, listas de espera).

Equidad territorial y participación comunitaria:

Reforzar el Consejo de Desarrollo Local del CESFAM.
 Mesas territoriales de salud en sectores de mayor riesgo social.
 Operativos con enfoque intercultural para población migrante.

Desafíos Estratégicos 2026-2028

Manejar la alta carga de usuarios crónicos: Incrementar la adherencia y la oportunidad de controles en hipertensión, diabetes y ECV.

Mejorar el acceso oportuno a la morbilidad: Reducir tiempos de espera y cupos rezagados con estrategias mixtas (telemedicina + terreno).

Fortalecer la salud mental comunitaria: Integrar la red COSAM-CESFAM-CAPS y reforzar apoyo psicosocial escolar y familiar.

Ampliar cobertura preventiva en mujeres: Aumentar PAP, mamografías y controles preconcepcionales.

Gestionar integralmente el SAPU asociado.

Reducir la presión estacional con dispositivos territoriales y estrategias de atención comunitaria.

Humanizar la atención y fortalecer el vínculo territorial: Potenciar el acompañamiento, el trato digno y la empatía como elementos centrales del modelo.

Integrar tecnología para gestión eficiente: Lograr interoperabilidad total entre CESFAM, SAPU y red digital comunal.

El CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez es un establecimiento con alta demanda, buena resolutividad clínica y un rol estratégico en la red de Puente Alto.

Sus desafíos principales están relacionados con la saturación estructural, la demanda crónica creciente, la presión de salud mental y las brechas de prevención.

femenina.

El enfoque comunal 2026-2028 —basado en desconcentración territorial, humanización del cuidado, equidad y modernización digital— permitirá fortalecer este CESFAM, mejorar la oportunidad de atención y elevar la calidad de vida de sus usuarios.

10.1.8. CESFAM San Gerónimo

CESFAM SAN GERÓNIMO

- **UBICACIÓN:**
AV. SAN PEDRO #1203, SECTOR SAN GERÓNIMO.
- **TELÉFONO DE:**
OIRS 22 485 5700
- **HORARIO DE ATENCIÓN:**
LUNES A JUEVES 08:00 A 17:00 HORAS.
VIERNES 08:00 A 16:00 HORAS.



10.1.8.1. Diagnóstico general del CESFAM San Gerónimo

El CESFAM San Gerónimo es uno de los centros de salud con mayor antigüedad y trayectoria de la comuna. Atiende a una población diversa, integrada por familias históricas del sector y por aumento de la población adulta mayor lo que han incrementado la demanda asistencial en los últimos años y una carga importante en el programa cardiovascular y salud mental.

El sector de influencia del CESFAM, incluye áreas densamente pobladas con necesidades crecientes en seguridad, salud mental, control de enfermedades crónicas y acceso oportuno a prestaciones preventivas.

ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	CESFAM SAN GERÓNIMO
TIPO DE ESTABLECIMIENTO	CENTRO DE SALUD FAMILIAR (CESFAM) CON SAPU.
UBICACIÓN	SECTOR ANTIGUO RESIDENCIAL DE PUENTE ALTO, ALEJADO DE SERVICIOS MUNICIPALES, POCO COMERCIO Y REGULAR TRANSPORTE.
POBLACIÓN ADSCRITA	SUPERA LAS 30.000 PERSONAS INSCRITAS, SIMILAR A LOS CESFAM MÁS GRANDES, SUPERANDO LA RECOMENDACIÓN MINISTERIAL. POBLACIÓN ENVEJECIDA.
MODELO DE ATENCIÓN	MODELO DE SALUD INTEGRAL CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO (MAIS), CON ÉNFASIS EN HUMANIZACIÓN, TERRITORIALIDAD Y PARTICIPACIÓN.
NIVEL DE COMPLEJIDAD	ALTA, CON ALTA DEMANDA DIARIA, PRESENCIA DE SECTORES CON VULNERABILIDAD ESTRUCTURAL QUE REQUIEREN TRABAJO INTERSECTORIAL PERMANENTE.

Características territoriales:

Sector con alta movilidad laboral y social.

Incremento de enfermedades crónicas en adultos jóvenes.

Alta demanda en salud mental por situaciones de estrés, violencia y precariedad social. El CESFAM San Gerónimo es uno de los centros de salud con mayor antigüedad y trayectoria de la comuna. Atiende a una población diversa, integrada por familias históricas del sector y por aumento de la población adulta mayor lo que han incrementado la demanda asistencial en los últimos años y una carga importante en el programa cardiovascular y salud mental.

El sector de influencia del CESFAM, incluye áreas densamente pobladas con necesidades crecientes en seguridad, salud mental, control de enfermedades crónicas y acceso oportuno a prestaciones preventivas.

Características territoriales:

Sector con alta movilidad laboral y social.

Incremento de enfermedades crónicas en adultos jóvenes.

Alta demanda en salud mental por situaciones de estrés, violencia y precariedad social.

Brechas Identificadas

Brechas de infraestructura

Infraestructura que ya no responde adecuadamente al volumen actual de usuarios.

Espacios limitados para actividades grupales y programas comunitarios.

Déficit de boxes para morbilidad adulta y salud mental.

Brechas en recurso humano:

Sobrecarga de profesionales en medicina, enfermería

Dificultad para cumplir metas de oportunidad y continuidad por falta de cupos clínicos.

Necesidad de fortalecer equipos de acompañamiento psicosocial.

Brechas en oportunidad de atención:

Tiempos de espera prolongados en morbilidad general, controles crónicos y salud mental.

Coberturas preventivas bajo lo esperado en PAP, mamografías y control infantil.

Interconsultas generadas con demora en seguimiento y retroalimentación.

Brechas comunitarias:

Participación comunitaria disminuida tras la pandemia.

Necesidad de revitalizar el Consejo de Desarrollo Local (CDL).

Bajo alcance de intervenciones territoriales en sectores vulnerables.

Brechas en salud mental:

Alta demanda en adolescentes, mujeres y personas mayores.

Insuficiencia de cupos y profesionales para dar respuesta oportuna.

Necesidad de fortalecer programas de prevención de violencia intrafamiliar y consumo problemático de drogas y alcohol.

Brechas tecnológicas:

Registros fragmentados que dificultan seguimiento de metas.

Conectividad insuficiente en ciertas zonas del establecimiento.

Falta de integración con plataformas comunales avanzadas de gestión de información.

10.1.8.2. Acciones y desafíos estratégicos 2026 - 2028

Acciones Estratégicas 2026-2028:

Desconcentración territorial

Instalación progresiva de dispositivos médicos territoriales en áreas de mayor demanda.

Rondas móviles para controles crónicos, odontología preventiva y salud mental.

Atención domiciliaria reforzada para personas dependientes o con movilidad reducida.

Fortalecimiento del equipo clínico y psicosocial:

Refuerzo en psicología, trabajo social y enfermería.

Capacitación en enfoque humanizado, territorial y salud mental comunitaria.

Implementación de programas de apoyo emocional a funcionarios. Mejorar la resolutividad del CESFAM:

Mejorar la resolutividad del CESFAM:

Aumentar cupos para pacientes crónicos mediante telesalud.

Reforzar el programa cardiovascular y el seguimiento de pacientes con multimorbilidad.

Activar nuevas estrategias de pesquisa precoz en talleres, operativos y controles integrales.

Reactivación comunitaria:

Reimpulso del Consejo de Desarrollo Local (CDL).

Ferias de salud territorial con énfasis en estilos de vida saludables.

Jornadas de prevención comunitaria en coordinación con colegios, juntas de vecinos y organizaciones territoriales.

Digitalización y gestión moderna:

Completa implementación de la Ficha Electrónica Comunal Integrada.

Uso de tableros de gestión para monitorear metas del CESFAM en tiempo real.

Capacitación a directivos y equipos en análisis de datos e indicadores REM.

Salud mental prioritaria:

Ampliación de horas de atención psicológica y de intervención familiar.

Talleres de contención emocional comunitaria.

Coordinación con COSAM para fortalecer rutas de derivación y continuidad del cuidado.

Desafíos Estratégicos 2026-2028:

Mejor distribución de la demanda a través de módulos territoriales y telemedicina.

Aumentar coberturas preventivas en:

- PAP
- Mamografías
- Control niño sano
- Control cardiovascular

Mejorar acceso a salud mental: Con enfoque comunitario, oportuno y territorialmente equitativo.

Reforzar la habilitación comunitaria postpandemia: Volver a instalar el CESFAM como un actor articulador del tejido comunitario.

Mejorar tiempos de espera: A través de optimización de agenda y programación:

Implementar sistemas de cita previa electrónica o telefónica para organizar mejor la demanda.

Utilizar sistemas de priorización (triage) para atender primero a los casos más urgentes.

Programar bloques específicos para diferentes tipos de atención.

Incrementar recursos para gestión del personal:

Evaluar la gestión del personal y realizar redistribución de tareas en función de la demanda.

Capacitar al personal en gestión del tiempo y atención eficiente.

Uso de tecnologías:

Implementar sistemas electrónicos para la gestión de pacientes y control de agendas.

Utilizar recordatorios automáticos para reducir ausencias o cancelaciones de citas.

Mejorar los procesos internos:

Analizar y rediseñar los flujos de atención para eliminar cuellos de botella.

Establecer protocolos claros para la atención de diferentes patologías, lo que agiliza los procesos.

Capacitación y sensibilización del personal:

Promover una cultura de atención centrada en el usuario, con énfasis en la rapidez y calidad.

Incentivar la eficiencia sin comprometer la calidad del cuidado.

Comunicación efectiva con los usuarios:

Informar claramente sobre los tiempos de espera y condiciones para la atención.

Monitoreo y evaluación continua:

Registrar y analizar regularmente los tiempos de espera para identificar áreas de mejora.

Implementar indicadores de gestión y hacer seguimiento a las acciones correctivas.

Aumentar la participación social efectiva: Favorecer la participación vinculante en planificación local de la salud.

Incorporar enfoque de humanización: Garantizar trato digno, respetuoso y empático en todas las atenciones.

El CESFAM San Gerónimo enfrenta desafíos complejos derivados de la alta demanda, brechas en determinantes sociales del territorio y necesidad de modernización tecnológica.

Con el cumplimiento de los desafíos 2026-2028, el CESFAM podrá mejorar acceso, oportunidad, calidad de atención y satisfacción usuaria, aportando a una red de APS más equitativa y resolutiva para Puente Alto.

10.1.9. CESFAM Vista Hermosa

CESFAM VISTA HERMOSA

UBICACIÓN:
CALLE EL VOLCÁN #04549, SECTOR CASAS VIEJAS.

TELÉFONO DE:
SAU CENTRAL 22 485 5650
22 485 5651

HORARIO DE ATENCIÓN:
LUNES A JUEVES 08:00 A 17:00 HORAS.
VIERNES 08:00 A 16:00 HORAS.



10.1.9.1. Diagnóstico general del CESFAM Vista Hermosa

El CESFAM Vista Hermosa se ubica en uno de los sectores con mayor crecimiento poblacional de Puente Alto, especialmente en los últimos 5 años. Entre 2023-2025, incrementó significativamente su población inscrita, teniendo uno de los porcentajes más altos de la comuna, superior al 16% anual en algunos períodos, impulsado por:

- Nuevos asentamientos habitacionales.
- Alta densidad de familias jóvenes.
- Migración interna hacia el sector.
- Condiciones territoriales de vulnerabilidad que requieren asistencia sanitaria constante.

ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	CESFAM VISTA HERMOSA
TIPO DE ESTABLECIMIENTO	CENTRO DE SALUD FAMILIAR (CESFAM) CON SERVICIO DE URGENCIA MUNICIPAL (SUM).
UBICACIÓN	SECTOR SURORIENTE, ALEJADO DEL CENTRO DE PUENTE ALTO, CON AUMENTO DE ASENTAMIENTOS SANITARIOS COMPLEJOS.
POBLACIÓN ADSCRITA	CERCANA A 30.000 PERSONAS INSCRITAS.
MODELO DE ATENCIÓN	MODELO DE SALUD INTEGRAL CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO (MAIS), CON ÉNFASIS EN HUMANIZACIÓN, TERRITORIALIDAD Y PARTICIPACIÓN.
NIVEL DE COMPLEJIDAD	ALTA, CON ALTA DEMANDA DIARIA, PRESENCIA ASENTAMIENTOS QUE COMPLEJIZAN LA ATENCIÓN AUMENTAN SIGNIFICATIVAMENTE LA DEMANDA.

El CESFAM, que incluye un Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR) y un Servicio de Urgencia Municipal (SUM), atiende una población diversa y compleja, con altos índices de enfermedades respiratorias, crónicas, necesidades de rehabilitación, salud mental y un número creciente de niños, niñas y adolescentes.

Características territoriales

Territorio en expansión rápida.

Alta presencia de NNA y adolescentes.

Creciente número de personas con discapacidad y dependencia moderada.

Alta vulnerabilidad socioeconómica.

Brechas Identificadas

Brechas de infraestructura

Infraestructura insuficiente para el crecimiento acelerado de la población.

Falta de boxes clínicos y espacios para programas de alto volumen (CV, nutrición, salud mental).

Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR) con alta demanda y lista de espera creciente.

Servicio de Urgencia Municipal (SUM) con alta demanda por patologías respiratorias.

Brechas en recurso humano:

Sobrecarga asistencial sostenida en médicos, kinesiólogos, psicólogos, TENS y terapeutas ocupacionales.

Déficit de profesionales para responder al crecimiento poblacional.

Necesidad de reforzar equipos de rehabilitación y salud mental.

Brechas de oportunidad:

Tiempos de espera prolongados para morbilidad adulta e infantil.

Dificultades para dar continuidad al seguimiento de crónicos.

Saturación en prestaciones de rehabilitación.

Baja disponibilidad de cupos para controles preventivos (EMP, mujer, adulto mayor).

Brechas tecnológicas:

Sistemas fragmentados que dificultan continuidad del cuidado.

Limitada integración con Servicio de Urgencia Municipal y dispositivos externos.

Equipos informáticos insuficientes para la carga laboral.

Brechas comunitarias:

Consejos de Usuarios con baja participación.

Dificultad para realizar actividades comunitarias por falta de espacios adecuados.

Territorio con múltiples necesidades sociales no resueltas.

10.1.9.2. Acciones y desafíos estratégicos 2026 - 2028

Acciones Estratégicas 2026-2028**Desconcentración de la demanda:**

Instalación de dispositivos médicos territoriales en zonas críticas del sector.

Rondas de control crónico, rehabilitación básica y salud mental.

Atención domiciliaria para personas postradas, con dependencia y dificultades de movilidad.

Fortalecimiento del Centro Comunitario de Rehabilitación:

Aumento de horas de kinesiología, fonoaudiología y terapia ocupacional.

Programas comunitarios de prevención de discapacidad.

Refuerzo del SUM:

Mejor coordinación con central de ambulancias.

Implementación de protocolos de atención respiratoria con enfoque preventivo.

Mejoramiento de equipamiento para atención de alta demanda.

Aumento de accesibilidad preventiva:

Operativos territoriales permanentes: PAP, EMPA, EMPAM, salud oral, pesquisa de crónicos.

Campañas comunitarias de vacunación y salud respiratoria.

Integración con colegios para control de crecimiento y desarrollo.

Aumento de accesibilidad preventiva:

Operativos territoriales permanentes: PAP, EMPA, EMPAM, salud oral, pesquisa de crónicos.

Campañas comunitarias de vacunación y salud respiratoria.

Integración con colegios para control de crecimiento y desarrollo.

Salud mental comunitaria:

Refuerzo de psicólogos y trabajadores sociales.

Talleres grupales de bienestar emocional, parentalidad y prevención de violencia.

Programas de apoyo emocional para adolescentes.

Modernización tecnológica:

Tableros digitales para seguimiento de metas e indicadores.

Capacitación clínica en uso de sistemas.

Vinculación intersectorial:

Alianzas con oficinas municipales (OPD, Seguridad, Deporte, Educación).

Coordinación con fundaciones y universidades para prácticas profesionales.

Desafíos Estratégicos 2026-2028

Descomprimir la demanda asistencial: A través de dispositivos territoriales, atención en terreno y telemedicina.

Aumentar la resolutividad del CESFAM: Particularmente en crónicos, salud respiratoria y salud mental.

Reducir listas de espera del CCR: Mejorar continuidad de rehabilitación y acceso temprano.

Incrementar coberturas preventivas:

PAP

Mamografías

EMPA / EMPAM

Control niño sano

Salud oral preventiva

Reforzar la participación comunitaria:

Renovar y activar el Consejo de Desarrollo Local y organizaciones vecinales.

Integrar el enfoque de humanización:

Asegurar un trato digno, empatía y acompañamiento como norma institucional.

El CESFAM Vista Hermosa enfrenta desafíos considerables derivados del explosivo crecimiento poblacional y la alta demanda asistencial de su territorio. Sin embargo, con la estrategia comunal 2026-2028 basada en descentralización, gestión territorial, fortalecimiento clínico, modernización digital y humanización, se proyecta una mejora significativa en:

Acceso, oportunidad, resolutividad, participación comunitaria, satisfacción usuaria y continuidad del cuidado.

El CESFAM se posiciona como un pilar clave para la expansión territorial de la salud comunal y para la implementación de los nuevos dispositivos médicos descentralizados.

TABLA GENERAL COMPARATIVA

Centro de salud	Diagnóstico General	Brechas Principales	Acciones Estratégicas 2026-2028	Desafíos Prioritarios
CESFAM San Gerónimo	Territorio urbano consolidado, alta demanda en morbilidad y crónicos; población infantil y adulta mayor en crecimiento; trayectoria comunitaria interrumpida por sobrecarga.	Infraestructura insuficiente, largos tiempos de espera, escasa presencia territorial, recursos humanos tensionados.	Implementar dispositivos territoriales; fortalecer salud mental; reactivar participación comunitaria; mejorar uso de información mediante Ficha Electrónica Comunal.	Reducir tiempos de espera; recuperar sello comunitario; apoyar bienestar del equipo; usar datos para decisiones locales.
CESFAM Laurita Vicuña	Territorio en expansión con rápido aumento de familias y NNA; alta demanda de controles infantiles, embarazo, salud mental y vacunación.	Infraestructura insuficiente; alta demanda infantil; brechas en salud mental; dificultad para acceso territorial.	Priorizar este centro para primeros dispositivos territoriales; reforzar programas infantiles; fortalecer salud de la mujer; vinculación con universidades y fundaciones; tablero de indicadores por ciclo vital.	Acompañar crecimiento poblacional; contener brechas infantiles; mantener presencia territorial sostenida.
CESFAM Vista Hermosa	Territorio altamente vulnerable (Bajos de Mena), aumento significativo de NNA, fuerte carga de crónicos y salud mental; población con determinantes sociales adversos.	Sobrecarga extrema, infraestructura insuficiente, estrés del equipo, accesibilidad limitada en sectores periféricos.	Priorizar Vista Hermosa como territorio crítico para dispositivos territoriales; fortalecer salud mental familiar y escolar; apoyo comunitario intensivo; operativo territorial permanente.	Sostener equipos en contexto crítico; reducir inequidades; responder integralmente a sectores más vulnerables.
CES Alejandro del Río (CES + SAPU)	Centro estratégico comunal que integra APS, SAPU, laboratorio y apoyo a la red; alta demanda espontánea y uso elevado del SAPU.	SAPU sobrecargado; brechas de espacio físico; alta morbilidad que podría resolverse en APS; coordinación prehospitalaria perfectible. SAR saturado; riesgo de que urgencia opague APS; brechas de seguimiento post urgencia; demanda psicosocial elevada.	Integrar SAPU-CES-dispositivos territoriales; mejorar coordinación con ambulancias; fortalecer laboratorio y CDI; modernizar sistemas de registro de urgencia.	Disminuir uso inapropiado del SAPU; asegurar continuidad de cuidados; equilibrar urgencia y APS.

Centro de salud	Diagnóstico General	Brechas Principales	Acciones Estratégicas 2026-2028	Desafíos Prioritarios
CESFAM Padre Manuel Villaseca (SAR)	CES con SAR 24/7, alta relevancia en urgencias comunales; población trabajadora con carga de crónicos, salud mental y eventos traumáticos.	1. Asistenciales: Sobre población, demoras en atenciones, alta demanda de salud mental. 2. Infraestructura: Espacios clínicos limitados. 3. Tecnológicas: Lim. en telemedicina. 4. Gestión: Sobrecarga administrativa.	Mejorar integración SAR-APS; instalar dispositivos territoriales; reforzar salud mental; coordinación estrecha con ambulancias y otros dispositivos.	Mantener continuidad de cuidado; equilibrar urgencia y APS; cuidar bienestar del equipo del SAR.
CESFAM Bernardo Leighton.	Centro de Salud Familiar en Puente Alto, atiende a una población diversa (~30,000 personas). Ofrece atención integral con enfoque comunitario y enfrenta alta demanda de salud.	1. Asistenciales: Sobre población, demoras en atenciones, alta demanda de salud mental. 2. Infraestructura: Espacios clínicos limitados. 3. Tecnológicas: Lim. en telemedicina. 4. Gestión: Sobrecarga administrativa.	1. Optimizar agendas y mejorar continuidad de cuidado. 2. Reforzar manejo de crónicos y educación a pacientes. 3. Ampliar cobertura de salud mental. 4. Modernizar infraestructura y digitalización. 5. Capacitación en habilidades relacionales. 6. Fortalecer participación social y comunitaria.	1. Contener alta demanda con infraestructura limitada. 2. Reducir listas de espera. 3. Abordar determinantes sociales. 4. Sustentar modelo comunitario con participación. 5. Integrar herramientas digitales.
CESFAM Cardenal Raúl Silva Henríquez.	CESFAM en sector de alta densidad poblacional, con población diversa que incluye personas mayores y familias migrantes. Buen desempeño en atención clínica, pero enfrenta saturación y alta demanda.	1. Infraestructura: Espacios clínicos insuficientes, falta de áreas para actividades comunitarias. 2. Recursos Humanos: Sobrecarga en equipos médicos y falta de apoyo en salud mental. 3. Acceso: Aumento de tiempos de espera, baja adherencia en controles. 4. Prevención: Coberturas variables en PAP y mamografía. 5. Tecnológicas: Requerimientos de modernización y débil integración digital.	1. Desconcentración con dispositivos médicos territoriales y rondas comunitarias. 2. Refuerzo en salud mental y formación en humanización. 3. Amplificación de teleconsultas y control cardiovascular. 4. Visitas domiciliarias y programas comunitarios. 5. Integración a la Ficha Electrónica Comunal y capacitación digital. 6. Reforzar participación comunitaria y mesas de salud.	1. Manejar alta carga de usuarios crónicos y mejorar adherencia. 2. Reducir tiempos de espera y mejorar acceso a morbilidad. 3. Fortalecer salud mental comunitaria y apoyo psicosocial. 4. Ampliar cobertura preventiva en mujeres. 5. Gestionar el SAPU asociado. 6. Humanizar atención y mejorar vínculo territorial. 7. Integrar tecnología para gestión eficiente.

Centro de salud	Diagnóstico General	Brechas Principales	Acciones Estratégicas 2026-2028	Desafíos Prioritarios
CESFAM Karol Wojtyla	Territorio mixto con alta densidad y sectores vulnerables; demanda creciente en crónicos, salud mental y salud de la mujer; fuerte presión de morbilidad.	Infraestructura insuficiente; brechas de acceso; tiempos de espera altos; necesidad de reforzar programas preventivos; saturación en salud mental.	Desconcentración territorial; fortalecer salud mental; ampliar promoción y prevención; digitalizar procesos; vinculación con universidades.	Manejar crónicos; reducir tiempos de espera; sostener clima laboral; implementar humanización y enfoque territorial.

RESUMEN COMPARATIVO POR EJE ESTRÁTÉGICO

Eje	Centro más críticos	Necesidades comunes
Infraestructura y demanda asistencial	Todos los centros	Espacios insuficientes, sobrecarga, población sobre los 30 mil inscritos por CESFAM.
Salud Mental	Vista Hermosa, San Gerónimo, Karol Wojtyla, Villaseca	Demandas altas, falta de profesionales, crisis familiares y escolares.
Urgencia y respuesta 24/7	Villaseca (SAR), Alejandro del Río (SAPU)	Saturación, urgencias que no corresponden, falta de coordinación con ambulancias.
Infancia y adolescencia	Vista Hermosa, Laurita Vicuña	Mayor crecimiento de NNA, brechas en desarrollo psicomotor, nutrición y salud mental.
Trabajo territorial y comunitario	San Gerónimo, Vista Hermosa	Necesidad de fortalecer participación social y actividades preventivas.
Humanización y trato digno	Todos los centros	Altos niveles de estrés laboral, necesidad de fortalecer acompañamiento y contención.

CONCLUSIÓN GLOBAL DE LOS CUADROS COMPARATIVOS

La red de salud comunal de Puente Alto comparte múltiples desafíos dentro de ellos, el más significativo es estructural, lo que genera: sobrecarga asistencial, brechas en salud mental, mayor presencia territorial necesaria, demanda creciente en crónicos e infancia, urgencias que saturan la Red de APS, necesidad de fortalecer la humanización hacia usuarios y trabajadores.

La estrategia comunal 2026-2028, con 18 dispositivos médicos territoriales, aborda directamente las principales brechas detectadas: digitalización, enfoque comunitario, equidad territorial y humanización.

10.2. SERVICIOS TRANSVERSALES

La red de salud comunal de Puente Alto cuenta con un conjunto de servicios transversales que permiten fortalecer la continuidad del cuidado, mejorar la resolutividad y garantizar un acceso equitativo a prestaciones diagnósticas, terapéuticas y comunitarias para toda la población. Estos dispositivos cumplen un rol estratégico dentro de la Atención Primaria, ya que complementan el trabajo de los CESFAM y Centros de Salud, evitando la duplicación de funciones, optimizando recursos y asegurando estándares de calidad en áreas críticas como laboratorio, imágenes, rehabilitación, salud mental, farmacia y apoyo logístico.

Los servicios transversales facilitan la articulación interna de la red, fortalecen la coordinación con niveles secundarios y terciarios, y permiten responder de manera más eficiente a las necesidades sanitarias de una comuna altamente demandante como Puente Alto. Así, se constituyen como pilares fundamentales para avanzar hacia un modelo de atención integral, humanizado, resolutivo y territorial, alineado con los desafíos del período 2026-2028.

10.2.1. Centro de especialidades de atención primaria San Lazaro

Ubicación: Sargento Menadier 1092

Teléfonos de consultas:

22 485 44 00 – 22 485 44 53 – 22 485 44 73
22 485 44 54 – 22 485 44 52 – 22 485 44 70

Atención de 08:00 a 17:00 horas.



El Centro de Especialidades Primarias (CEP) San Lázaro tiene como propósito apoyar la resolución de problemas de salud de menor complejidad en la red de APS que requieren atención por parte de especialistas.

Su labor se orienta a entregar servicios diagnósticos y terapéuticos a las personas inscritas en los Centros de Salud de la Corporación, brindando una atención cercana y de calidad.

Gracias a su funcionamiento, el CEP ha contribuido a reducir las derivaciones hacia hospitales y otros niveles de atención, mejorando la pertinencia de las interconsultas y disminuyendo las listas de espera en distintas especialidades médicas.

Entre las unidades y programas que ofrece, se destacan los 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)
- Teledermatología – Consulta telemática con dermatología

Flujo de atención:

El acceso a la atención en el Centro de Especialidades Primarias (CEP) San Lázaro se realiza a través de los Centros de Salud de Atención Primaria de la comuna.

Esto significa que las y los usuarios no deben acudir directamente al CEP, sino que son derivados a través de interconsultas por su equipo de salud, cuando este determina que se requiere una atención especializada.

Además, el centro también recibe derivaciones desde las listas de espera del Servicio de Salud, en aquellos casos en que las prestaciones solicitadas correspondan a especialidades que se atienden en este establecimiento a usuarios de nuestra red.

De esta forma, el CEP San Lázaro contribuye a ordenar y hacer más eficiente el acceso a la atención especializada, asegurando que cada persona reciba la atención que necesita en el momento adecuado.

CARTERA DE PRESTACIONES

Unidad	Prestaciones
Unidad de atención primaria oftalmológica (UAPO)	Vicio Refracción: Personas de 6 a 64 años con test de Snellen alterado Fondo de ojos: Diabéticos de toda edad, con o sin HB1AC al día. Glaucoma: Usuarios con diagnóstico extrasistema sin control, antecedentes familiares de glaucoma positivos. FAVOR No enviar sospechas de glaucoma agudo, eso corresponde a poli de choque (urgencia) de CDT. Conjuntivitis o inflamaciones oculares que no cedan a tratamiento otorgado en APS. Estrabismos mayores 9 años. Síndromes de ojo seco sintomáticos que no cedan a tratamiento de APS.
Unidad de atención dental	Prestaciones desde los 18 años: Salud Oral GES 60 años Programa Más sonrisas para Chile Resolución Prótesis Resolución Endodoncia Programa Hombres de Escasos Recursos Disfunciones temporomandibulares Resolución Periodoncia Radiografía dental

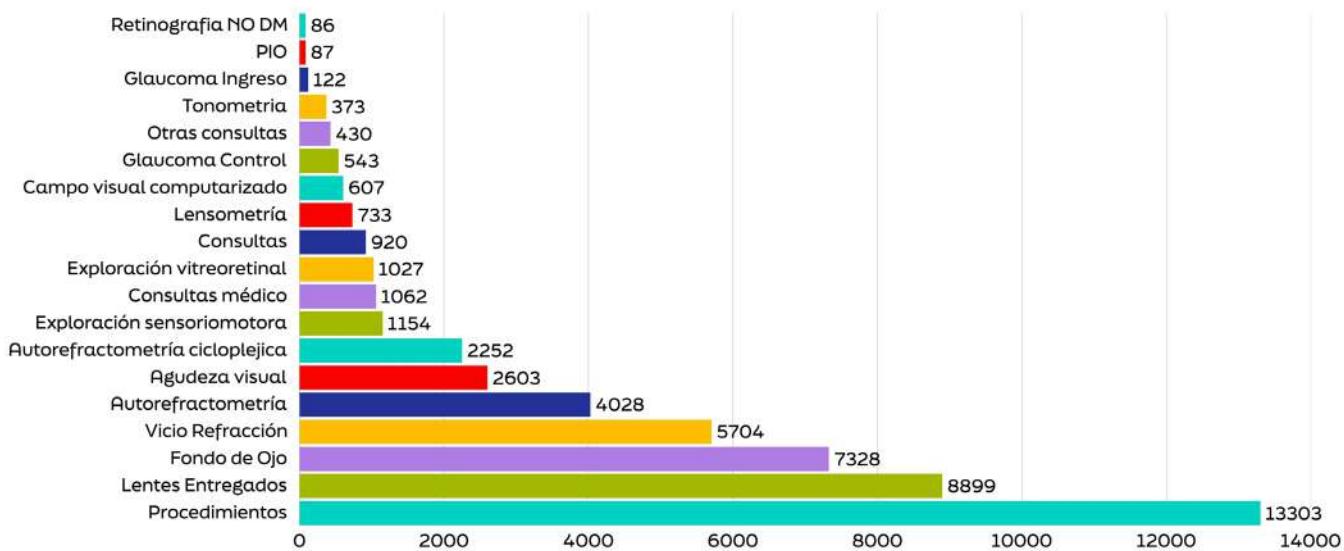
Unidad	Prestaciones
Unidad de ginecología	<p>Prestaciones desde los 18 años</p> <p>Evaluación ginecológica por control DIU, control tumores anexiales, hemorragias endometriales, dismenorreas, amenorrea, algias pélvicas, pólipos endocervicales.</p> <p>Eco Ginecológica</p> <p>Biopsia de Endometrio</p> <p>Polipectomía</p> <p>Hidrosonografía</p> <p>Extracción dispositivo intrauterino</p> <p>Patología Mamaria</p> <p>Métodos Naturales</p> <p>Uroginecología</p> <p>PAP</p> <p>UNACESS</p> <p>Climaterio</p> <p>También se reciben pacientes desde la unidad UNACESS del CDT que requieran tratamiento para condilomatosis.</p>
Centro comunitario de rehabilitación (CCR)	<p>Prestaciones desde los 20 años</p> <p>Rehabilitación osteomuscular</p> <p>Dolor lumbar o lumbago de origen no traumático</p> <p>Degeneración discal lumbar, prolapsos disco lumbar, hernia núcleo pulposo artrosis de columna, espondilo artrosis, espondilólisis, espondilolistesis (no de resolución quirúrgica), artrosis/artritis degenerativa de columna</p> <p>Artrosis de cadera</p> <p>Artrosis de rodilla</p> <p>Gonalgías dolor rodilla musculo esquelético, esguince de rodilla, lesión de menisco, rodilla inestable</p> <p>Hombro doloroso luxación de hombro bursitis, sinovitis, tendinitis de hombro, Hombro congelado, síndrome hombro</p> <p>Rehabilitación neurológica: accidente vascular.</p> <p>Cerebrovascular enfermedad</p> <p>Síndrome Guillain Barré</p> <p>Parkinson</p> <p>Secuela traumatismo</p> <p>Hemiparesia</p> <p>Espinal, lesión medula (traumática)</p> <p>Parálisis facial, parálisis de Bell</p> <p>Neuropatía periférica</p> <p>Espondiloartrosis</p>
Unidad de atención primaria de otorrinolaringología (UAPORRINO)	<p>Prestaciones desde los 14 años en adelante, para hipoacusia hasta los 64 años y 11 meses</p> <p>Audiometría</p> <p>Impedanciometría</p> <p>Octavo par</p> <p>Maniobras de reposición de otolitos</p> <p>Toma muestra moldes para confección de audífonos</p> <p>Entrega y calibración de audífonos</p>



Unidad	Prestaciones
Unidad de atención primaria de otorrinolaringología (UAPORRINO)	Otoscopía simple y con microscopio Tapón de cerumen, limpieza de oídos Extracción de cuerpo extraño nasal/ótico Consulta médica de especialista otorrino para patologías ORL: Rinitis, otitis crónicas, hipoacusia, vértigo. Terapia auditiva Evaluación fonoaudiológica: problemas de deglución Además, se reciben pacientes desde CRS por hipoacusia no GES y para realización de octavo par.
Teledermatología - Consulta telemática con dermatología	Prestaciones a cualquier edad niños y adultos Consulta de morbilidad dermatológica: Tiñas, dermatitis o xerosis que no responden a tratamiento. Acné leve que no responde a tratamiento Acné moderado Manchas cafés con leche más de 6 lesiones Verrugas o moluscos Lesiones de piel que generan dudas diagnósticas (Si impresiona maligna derivar directo a nivel secundario, si es benigna y hay que extirpar derivar directo a cirugía menor) Rosácea que no responde a tratamiento Psoriasis que no responde a tratamiento (cuadros severos derivar directo a nivel secundario) Nevus que presenten cambios

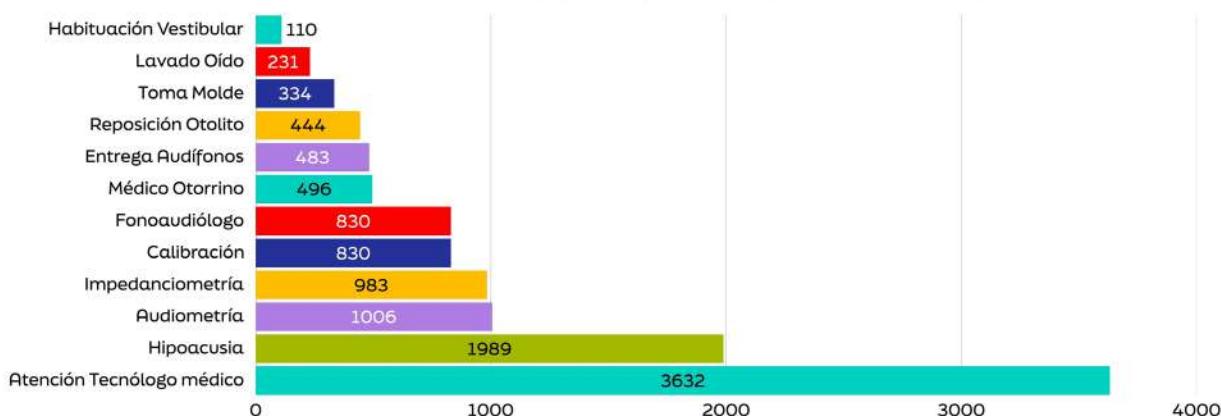
ATENCIONES DURANTE EL 2025

PRESTACIONES UAPO A OCTUBRE 2025



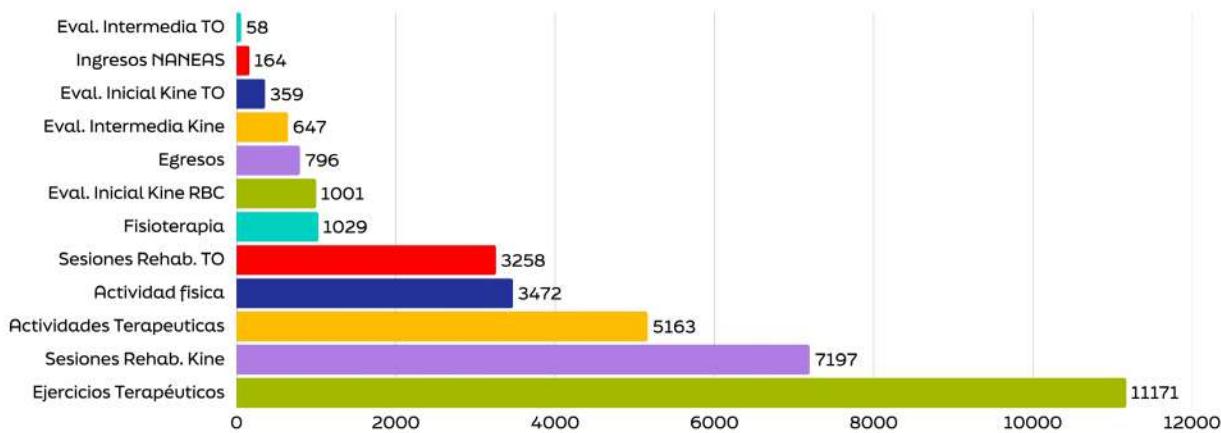
Fuente: Elaboración propia.

PRESTACIONES UAPORRINO A OCTUBRE 2025



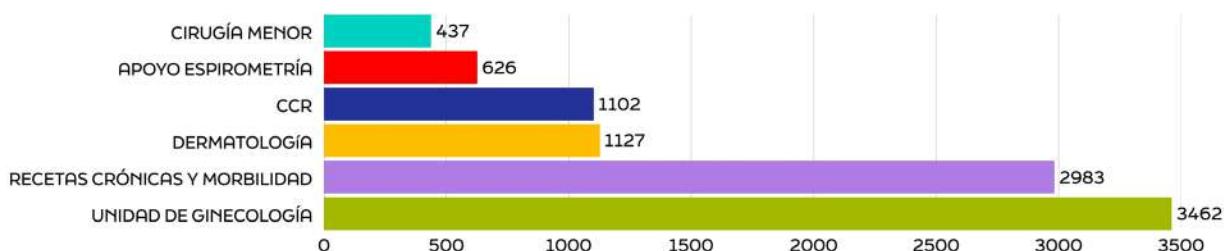
Fuente: Elaboración propia.

PRESTACIONES CCR- NANEAS A OCTUBRE 2025

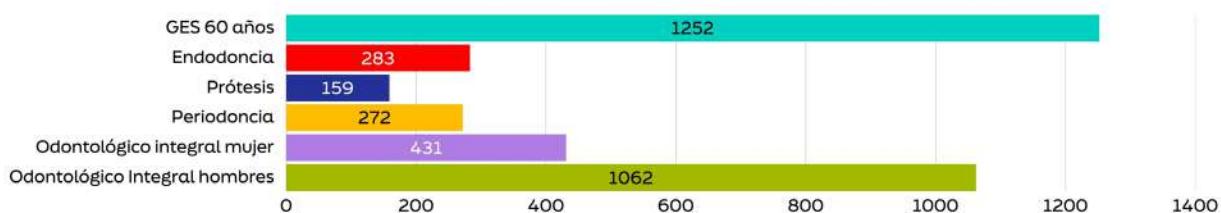


Fuente: Elaboración propia.

PRESTACIONES OTRAS ESPECIALIDADES A OCTUBRE 2025



Fuente: Elaboración propia.

ALTAS ODONTOLÓGICAS CENTRO DE ESPECIALIDADES SAN LÁZARO
POR PROGRAMA CORTE A OCTUBRE 2025

Fuente: Elaboración propia.

Desafíos 2026 al 2028:

Implementación del Programa de Rehabilitación Pulmonar: Iniciativa orientada a fortalecer la atención integral de personas con enfermedades respiratorias crónicas, mediante intervenciones kinesiológicas, educativas y de autocuidado. Este programa busca mejorar la capacidad funcional, la calidad de vida y la adherencia al tratamiento, contribuyendo además a reducir las descompensaciones y hospitalizaciones evitables.

Incorporación de médico ginecólogo a la unidad de Ginecología: Ampliación de la oferta de especialidades del Centro de Especialidades Primarias, destinada a brindar atención oportuna, resolutiva y de calidad a mujeres derivadas desde los Centros de Salud de la red comunal. Esta incorporación permite fortalecer la salud sexual y reproductiva, se proyecta además incorporar de manera permanente la prestación de climaterio, y ver la posibilidad de incorporar un kinesiólogo al equipo para la prestación de piso pélvico, optimizando así la resolución local de las interconsultas y disminuyendo los tiempos de espera en el nivel secundario.

Consolidar el Centro San Lázaro como nodo especializado de la red, incorporando nuevas especialidades según criterios epidemiológicos de nuestra población y la actualización de equipamiento crítico de UAPO, UAPORRINO y Unidad de ginecología

Acercar prestaciones de especialidades al territorio mediante dispositivos móviles y estrategias comunitarias que fortalezcan la equidad y resolutividad de la red local de salud.

10.2.2. Laboratorio comunal Dr. Alejandro del Río

**Ubicación: Avda. Sargento Menadier #1092.
Dentro del centro de especialidades San Lázaro.**

Teléfono: 22 485 44 36 – 22 485 44 30

El Laboratorio Clínico Comunal es una unidad de apoyo diagnóstico que brinda servicios a toda la red de Atención Primaria de Salud de la comuna. Durante el año 2025, alcanzó un importante hito al obtener la Acreditación otorgada por la Superintendencia de Salud por un período de tres años, con un 100% de cumplimiento en las características obligatorias y un 70% en las características totales.

Este logro posiciona al laboratorio como el primer servicio clínico transversal acreditado a nivel comunal, validando su compromiso con la calidad, la seguridad y la mejora continua de las prestaciones entregadas a la comunidad.

El equipo del laboratorio está conformado por 11 Tecnólogos Médicos, 1 Enfermero Universitario, 13 Técnicos en Enfermería de Nivel Superior (TENS), 5 administrativos y 3 estafetas, quienes en conjunto aseguran el correcto transporte,



procesamiento, análisis y entrega de resultados de las muestras provenientes de los distintos centros de salud comunales.

Flujo de derivación:

El Laboratorio Comunal brinda apoyo diagnóstico a toda la red de Atención Primaria de Salud, a través de la realización de exámenes clínicos que contribuyen al proceso de atención y seguimiento de los usuarios. Cada establecimiento de la red cuenta con una unidad de toma de muestras, desde donde se derivan los análisis al laboratorio para su procesamiento y validación.

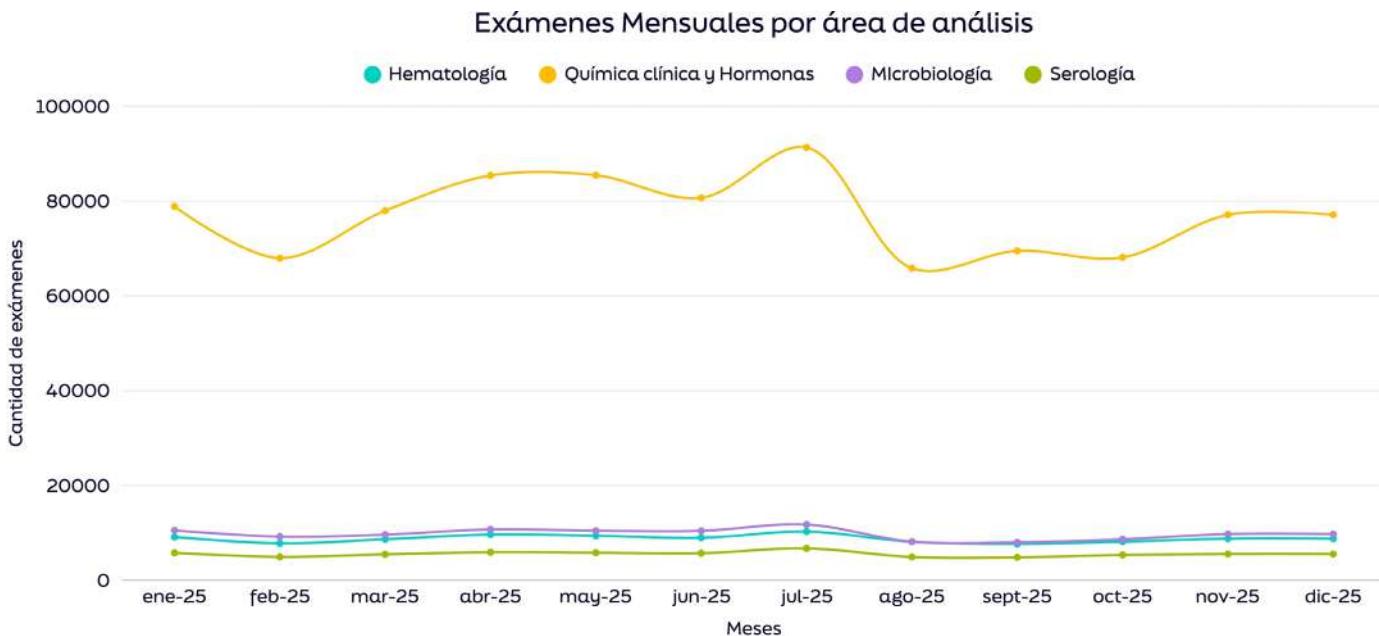
Cartera de prestaciones:

Se cuenta con 43 tipos diferentes de exámenes pertenecientes a la canasta básica de APS, distribuidos en las diferentes áreas de análisis: Hematología y Coagulación, Microbiología, Tisiología, Serología y Química clínica

Área	Exámenes según áreas de análisis	
Hematología y Coagulación	Perfil hematológico Hemograma + 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	Baciloscopias	
Química clínica	Albumina 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 Glicada Antígeno Prostático Específico (PSA) Vitamina B12 Tiroxina Libre (T4L) Hormona Tiroestimulante (TSH) Hormona Folículo Estimulante (FSH) Hormona Lúteo Estimulante (LH) Estradiol (E2)

Prestaciones ejecutadas durante el 2025:

El promedio de exámenes mensuales realizados este último año es de: 100.000 con un aumento de 1.3% en comparación al año 2024. La adquisición de nuevas tecnologías y técnicas diagnósticas aumentaron la cantidad de test / hora por equipamiento incorporado, lo cual nos permite un crecimiento de 22% para los periodos 2026-2028.



Fuente: Elaboración propia.

Desafíos 2026-2028:

Como laboratorio estamos enfocados en realizar nuestro aporte a la salud de nuestra población, enfocándonos en una planificación que permita prevenir enfermedades e incorporar mejoras en nuestros procesos, por ende, nos hemos propuesto:

Realizar evaluaciones de solicitudes de exámenes en función de la Pertinencia.

Incluir en nuestra canasta prestaciones exámenes preventivos como: Insulina (HOMA), Screening de Helicobacter Pylori.

Incluir en nuestra canasta de prestaciones la evaluación de Virus Respiratorios estacionales, apoyando al nivel secundario a descongestionar sus servicios de urgencia.

Modificar el algoritmo diagnóstico de Treponema Pallidum actualizándolo e incorporando técnicas Treponémicas automatizados, permitiendo mejorar la sensibilidad y especificidad de las técnicas.

Mejorar la sensibilidad diagnóstica de Mycobacterium Tuberculosis a través de técnicas de Biología molecular, adhiriéndonos a los algoritmos PROCET pertenecientes a MINSAL y evaluando las resistencias a los fármacos más utilizados en el tratamiento de la infección.



10.2.3 CENTRO DE IMÁGENES (CDI)

Dirección: Manuel Rodríguez #144

Fono Contacto:

227975485 - 227975486

El Centro de Diagnóstico por Imágenes (CDI) de la Corporación Municipal de Puente Alto es un espacio especializado en salud que ofrece diversos exámenes diagnósticos a las personas derivadas desde los Centros de Atención Primaria de la comuna.



En este centro trabaja un equipo multidisciplinario comprometido con entregar una atención segura, oportuna y de calidad.

El CDI cuenta además con equipamiento tecnológico de alto nivel, que incluye mamógrafos, ecógrafos, equipos de rayos X y salas especialmente acondicionadas para la emisión de informes e interpretación de resultados, lo que permite brindar un servicio eficiente y de confianza a toda la comunidad.

Flujo de atención:

El flujo de atención en el Centro de Diagnóstico por Imágenes (CDI) comienza en los Centros de Atención Primaria de la comuna, donde los equipos de salud realizan la solicitud del procedimiento o examen según la necesidad clínica de cada usuario o usuaria. A partir de esta información, el CDI asume la responsabilidad de organizar y gestionar las listas de espera, priorizando los casos según criterios clínicos y disponibilidad de recursos.

Cartera de prestaciones CDI

Área	Exámenes según áreas de análisis
ESTUDIOS RADIOLÓGICOS SIMPLES	Radiografía de Tórax Radiografía de Pelvis Pediátrica Radiografía de Cavum Rinofaríngeo Radiografía de Cavidades Paranasales Radiografías de columna (Cervical – Dorsal - Lumbar). Columna total Radiografías Óseas
ESTUDIOS ECOGRÁFICOS ADULTOS	Abdominales Obstétricos Musculo esqueléticas
ESTUDIOS MAMOGRAFICOS	Mamografías Bilaterales Mamografías Unilaterales Complementos (Magnificación y Compresión)

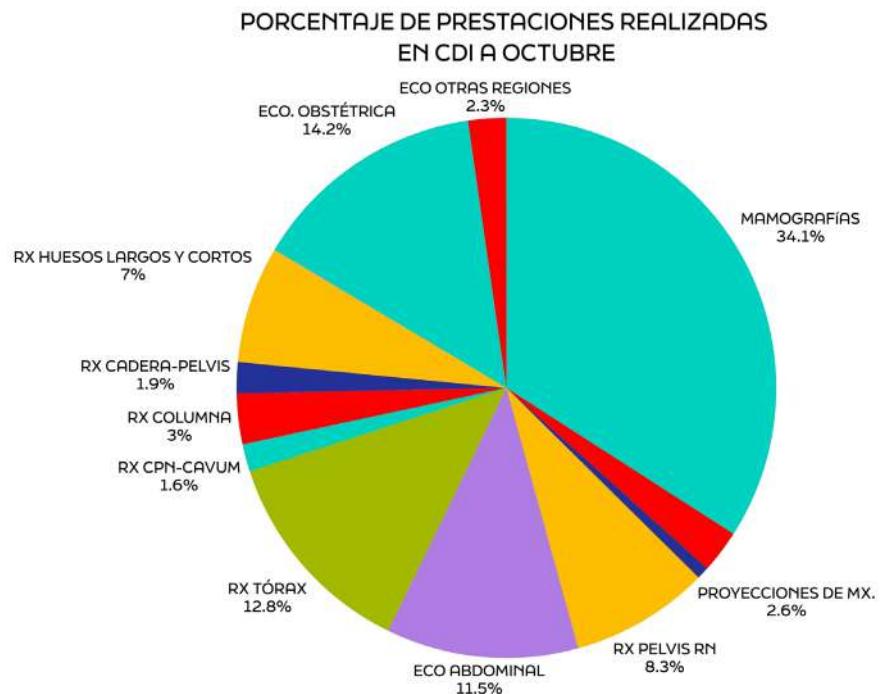
Atenciones durante el 2025:

Durante los meses de enero a octubre, en Centro de Imágenes se realizaron un total de 23259 prestaciones a los usuarios de la comuna, la cual se puede ver reflejada en el siguiente gráfico.

Desafíos 2026 a 2028:

Mejorar la organización y funcionamiento del Centro de Imágenes, estableciendo de manera clara los roles y responsabilidades del equipo directivo — tanto técnico como administrativo—, con el propósito de fortalecer la gestión, el orden y la coordinación del servicio.

Implementar el uso de la ficha clínica electrónica en el Centro de Imágenes, como herramienta que permite



Fuente: Elaboración propia.

verificar y respaldar las acciones clínicas realizadas, asegurando así una atención más segura, trazable y de mayor calidad para los usuarios y usuarias, generando la integración entre sistemas disponibles (Ficha clínica y RIS-PAC).

- Optimizar la cartera de prestaciones, mejorando los procesos administrativos y los tiempos de elaboración de informes, con el fin de entregar resultados más rápidos y eficientes a la comunidad.
- Potenciar el trabajo territorial en mamografías, solucionando las dificultades del mamógrafo móvil adquirido en 2023 para ponerlo en funcionamiento y ampliar su uso, acercando este examen preventivo a más mujeres en la comuna.
- Mejorar el sistema de derivación de solicitudes de exámenes de imagenología, facilitando la comunicación entre los Centros de Salud y el Centro de Imágenes, para asegurar una atención más ágil y coordinada.
- Evaluar la ampliación de la oferta de prestaciones, considerando la realidad epidemiológica y las necesidades actuales del territorio, lo que podría permitir retomar el proyecto de reposición del Centro de Diagnóstico por Imágenes e incorporar nuevas tecnologías, como la Tomografía Computarizada (TC) y la Resonancia Magnética, para ofrecer un servicio cada vez más completo y resolutivo.

10.2.4 Servicios de urgencias

Red de Urgencia de Atención Primaria de Salud

La nueva Dirección de Urgencias de la Atención Primaria en Salud, dependiente de la Corporación Municipal de Puente Alto, coordina y supervisa la red de dispositivos de urgencia del nivel primario.

Su objetivo principal es entregar atención oportuna, eficaz y resolutiva ante situaciones críticas, emergencias u otras patologías que requieran valoración y manejo inmediato, fortaleciendo la capacidad de respuesta sanitaria local de la Comuna.

Composición de la Red de Urgencia

La red corporativa se encuentra integrada por los siguientes dispositivos:
Cinco (5) Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)

LA RED CORPORATIVA SE ENCUENTRA INTEGRADA POR LOS SIGUIENTES DISPOSITIVOS:

Cinco (5) Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)

SAPU Alejandro del Río (ADR)

SAPU Bernardo Leighton (BL)

SAPU San Gerónimo (SG)

SAPU Cardenal Raúl Silva Henríquez (CRSH)

SAPU Karol Wojtyla (KW)

Un (1) Servicio de Alta Resolutividad (SAR)

SAR Padre Manuel Villaseca (PMV)

Dos (2) Servicio de Urgencia Municipal (SUM)

SAR Padre Manuel Villaseca (PMV)

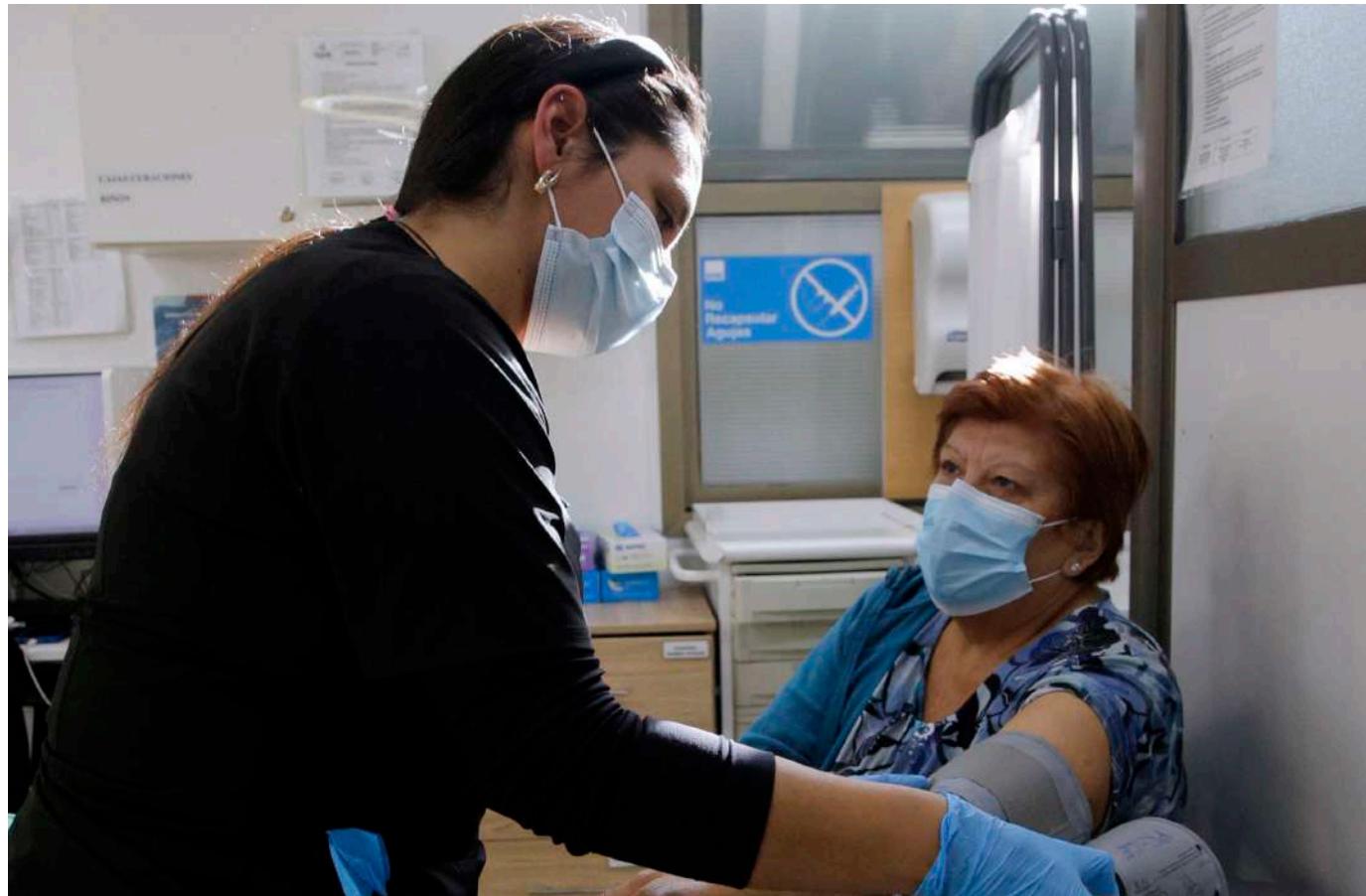
SUM Laurita Vicuña (LV)



Cartera de prestaciones Servicio de alta resolución

Profesional	Cartera de prestaciones SAR
Médico/a	<p>Consulta médica de urgencia</p> <p>Consulta médica de urgencia + sutura simple (piel hasta 10 cm)</p> <p>Consulta médica de urgencia + sutura compleja (piel hasta 5 cm) en zonas especiales (cabeza y cuello)</p> <p>Consulta médica de urgencia + drenaje de absceso</p> <p>Consulta médica de urgencia + onicectomía traumática</p> <p>Consulta médica de urgencia + estabilización de luxación mayor (columna, caderas y pelvis)</p> <p>Consulta médica de urgencia + estabilización de luxación mediana (hombro, codo, rodilla, tobillo, muñeca, acromioclavicular)</p> <p>Consulta médica de urgencia + estabilización de luxación menor (todo el resto)</p> <p>Consulta médica de urgencia + estabilización de fracturas mayores (columna, pelvis, supracondílea, codo y epífisis femoral)</p> <p>Consulta médica de urgencia + estabilización de fracturas medianas (diáfisis humeral, radial, cubital, femoral, tibial, fibular, clavicular y platillos tibiales)</p> <p>Consulta médica de urgencia + estabilización de fracturas menores (todo el resto)</p> <p>Consulta médica de urgencia por constatación de lesiones</p> <p>Consulta médica de urgencia + anticoncepción de emergencia</p> <p>Consulta médica de urgencia + alcoholemia</p> <p>Consulta médica de urgencia + uso de sala de reanimación</p>
Enfermera/o	<p>Atención de enfermería de urgencia</p> <p>Atención de enfermería + categorización</p> <p>Atención de enfermería de urgencia + sonda vesical</p> <p>Atención de enfermería de urgencia + sondeo intermitente</p> <p>Atención de enfermería de urgencia + sonda nasogástrica</p> <p>Atención de enfermería de urgencia + sonda nasogástrica + lavado gástrico</p> <p>Atención de enfermería de urgencia + electrocardiograma con o sin telemedicina</p> <p>Atención de enfermería de urgencia + curación avanzada 1^a evaluación</p> <p>Atención de enfermería de urgencia + fleboclisis</p> <p>Atención de enfermería de urgencia + POCT (prueba de laboratorio en lugar de asistencia) muestra orina</p> <p>Atención de enfermería de urgencia + POCT muestra sangre</p> <p>Atención de enfermería de urgencia + administración de vacunas de urgencia</p> <p>Atención de enfermería de urgencia + uso de sala de reanimación</p>
TENS	<p>Atención de TENS de urgencia + tratamiento oral</p> <p>Atención de TENS de urgencia + terapia inhalatoria</p> <p>Atención de TENS de urgencia + intramuscular</p> <p>Atención de TENS de urgencia + recontrol de signos vitales</p> <p>Atención de TENS de urgencia + aseo ocular</p> <p>Atención de TENS de urgencia + electrocardiograma</p> <p>Atención de TENS de urgencia + curación simple</p> <p>Atención de TENS de urgencia + toma de baciloscopía</p> <p>Atención de TENS de urgencia + nebulización</p> <p>Atención de TENS de urgencia + oxigenoterapia</p> <p>Atención de TENS de urgencia + uso de sala de reanimación</p>

Profesional	Cartera de prestaciones SAR
Kinesiólogo/a	<p>Atención kinésica de urgencia + categorización</p> <p>Atención kinésica de urgencia + recontrol de signos vitales</p> <p>Atención kinésica de urgencia + hospitalización abreviada</p> <p>Atención kinésica de urgencia + kinesioterapia respiratoria</p> <p>Atención kinésica de urgencia + toma de antígeno</p> <p>Atención kinésica de urgencia + procesamiento sala analítica antígeno</p> <p>Atención kinésica de urgencia + toma de baciloscopía</p> <p>Atención kinésica de urgencia + oxigenoterapia</p> <p>Atención kinésica de urgencia + prestaciones GES</p> <p>Atención kinésica de urgencia + uso de sala de reanimación</p>
Tecnólogo/a médico/a	<p>Radiografía de tórax simple (frontal y lateral)</p> <p>Radiografía de cavidades perinasales, órbita, articulaciones témporomandibulares, huesos propios de la nariz, malar, maxilar arco-cigomático, cara.</p> <p>Radiografía de pelvis, cadera o coxfemoral, proyecciones e especiales (rotación interna, abducción, lateral, Lowenstein)</p> <p>Radiografía de columna cervical o atlas-axis (frontal y lateral)</p> <p>Radiografía de columna lumbar o lumbosacra (ambas incluye 5° espacio)</p> <p>Radiografía de pelvis, cadera o coxfemoral</p> <p>Radiografía de brazo, antebrazo, codo, muñeca, mano, dedos, pie o similar (frontal y lateral)</p> <p>Radiografía de hombro, fémur, rodilla, pierna, costilla o esternón (frontal y lateral)</p> <p>Ecografía (solo en el caso que establecimiento habilite ecografía preexistente, en espacio SAR)</p>



Profesional

Cartera de prestaciones SAPU / SUM

Médico/a	Consulta médica de urgencia
	Consulta médica de urgencia + sutura simple (piel hasta 10 cm)
	Consulta médica de urgencia + sutura compleja (Piel hasta 5 cm) en zonas especiales (cabeza)
	Consulta médica de urgencia + drenaje de absceso
	Consulta médica de urgencia + onicectomía traumática
	Consulta médica de urgencia + estabilización de luxación mayor (columna, caderas y pelvis)
	Consulta médica de urgencia + estabilización de luxación mediana (Hombro, codo, rodilla, tobillo, muñeca, acromioclavicular)
	Consulta médica de urgencia + estabilización de luxación menor (todo el resto)
	Consulta médica de urgencia + estabilización de fracturas mayores (columna, pelvis, supracondílea, codo y epífisis femoral)
	Consulta médica de urgencia + estabilización de fracturas medianas (diáfisis humeral, radial, cubital, femoral, tibial, fibular, clavicular y platillos tibiales)
	Consulta médica de urgencia + estabilización de fracturas menores (todo el resto)
	Consulta médica de urgencia por constatación de lesiones
	Consulta médica de urgencia + anticoncepción de emergencia
	Consulta médica de urgencia + alcoholemia
	Consulta médica de urgencia + uso de sala de reanimación
Enfermera/o	Atención de enfermería de urgencia
	Atención de enfermería de urgencia + categorización
	Atención de enfermería de urgencia + sonda vesical
	Atención de enfermería de urgencia + sondeo intermitente
	Atención de enfermería de urgencia + sonda nasogástrica
	Atención de enfermería de urgencia + sonda nasogástrica + lavado gástrico
	Atención de enfermería de urgencia + electrocardiograma con o sin telemedicina (en el caso de SUM sólo electrocardiograma sin telemedicina)
	Atención de enfermería de urgencia + curación avanzada 1 ^a evaluación
	Atención de enfermería de urgencia + vía subcutánea
	Atención de enfermería de urgencia + fleboclisis
	Atención de enfermería de urgencia + administración de vacunas de urgencia
	Atención de enfermería de urgencia + uso de sala de reanimación
TENS	Atención de TENS de urgencia + tratamiento oral
	Atención de TENS de urgencia + categorización
	Atención de TENS de urgencia + terapia inhalatoria
	Atención de TENS de urgencia + intramuscular
	Atención de TENS de urgencia + recontrol de signos vitales
	Atención de TENS de urgencia + aseo ocular
	Atención de TENS de urgencia + electrocardiograma (en el caso de SUM sólo electrocardiograma sin telemedicina)
	Atención de TENS de urgencia + curación simple
	Atención de TENS de urgencia + toma de baciloscopía
	Atención de TENS de urgencia + nebulización
	Atención de TENS de urgencia + oxigenoterapia
	Atención de TENS de urgencia + uso de sala de reanimación

Funciones y Objetivos de la Red

Propósito general:

Los dispositivos SAPU, SAR y SUM conforman un sistema orientado a:

Mejorar el acceso, la oportunidad y la continuidad de la atención sanitaria.

Proporcionar atención rápida y resolutiva frente a urgencias y emergencias de baja a moderada y alta complejidad.

Favorecer el proceso de derivación y contrarreferencia hacia establecimientos hospitalarios de mayor resolución y cuando la condición del paciente lo amerite.

Alcance:

La red de urgencia se encuentra orientada a cubrir las necesidades inmediatas de la población, actuando como primer punto de contacto ante emergencias médicas fuera del horario habitual de atención de los centros de salud familiar (CESFAM).

Horarios de Atención:

Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) SG, BL CRSH y KW:

Lunes-jueves: desde las 17:00 hasta las 08:00 horas.

Viernes: desde las 16:00 hasta las 08:00 horas.

Fines de semana y feriados: atención continua de las 24 horas.

A excepción de SAPU Alejandro del Río que funciona 24/7 de acuerdo con lo descrito anteriormente en el documento comunal.

Servicio de Alta Resolutividad (SAR PMV):

Atención continua: 24 horas, los 7 días de la semana (24/7).

Es el único centro de mayor resolutividad y de derivación local de urgencia, ofreciendo apoyo diagnóstico mediante servicios de rayos X y exámenes de laboratorio, además de la incorporación y dotación completa de Tecnólogos Médicos (TM) los cuales se presentan en 4to turno rotativo, dando así cumplimiento a la realización de Radiografías en cualquier horario y frente a la necesidad de confirmar ciertas patologías.

Servicio de Urgencia Municipal (SUM VH):

Días hábiles:

Lunes-jueves: desde las 17:00 hasta las 00:00 horas.

Viernes: desde las 16:00 hasta las 00:00 horas.

Fines de semana y feriados: desde las 08:00 hasta las 00:00 horas.

Servicio de Urgencia Municipal (SUM LV)

Días hábiles:

Lunes-jueves: desde las 17:00 hasta las 00:00 horas.

Viernes: desde las 16:00 hasta las 00:00 horas.

Fines de semana y feriados: desde las 14:00 hasta las 22:00 horas.

Coordinación Interinstitucional:

Vinculación con la Central de Ambulancias: La red de urgencia mantiene una coordinación permanente con la Central de Ambulancias, en ámbitos como:

Recepción y priorización de solicitudes de traslado: La Central de Ambulancias recibe las solicitudes desde los SAPU/SAR/SUM y evalúa la prioridad

del caso según criterios clínicos (emergencia vital, urgencia médica, traslado programado, en conjunto con los médicos tratantes en turno).

Asignación de recursos móviles: Coordina la disponibilidad y despacho de ambulancias más cercanas o adecuadas al tipo de paciente.

Comunicación en tiempo real: Mantiene contacto directo con el equipo clínico de SAPU para informar tiempos estimados de llegada y condiciones del traslado.

Clasificación y categorización de pacientes para el traslado de urgencia.

Notificación y seguimiento de eventos adversos.

Acompañamiento y apoyo al personal de los dispositivos de urgencia.

En resumen:

La Central de Ambulancias y las unidades de urgencias de la atención primaria trabajan de manera colaborativa en:

Gestión de traslados y derivaciones.

Clasificación y priorización de pacientes.

Comunicación operativa constante.

Seguridad y continuidad asistencial durante el traslado.

Planificación y respuesta ante emergencias comunales o sanitarias.

Coordinación con establecimientos hospitalarios: Los dispositivos de urgencia mantienen canales de referencia y contrarreferencia con hospitales de distinta complejidad:

Alta complejidad: Hospital Sótero del Río.

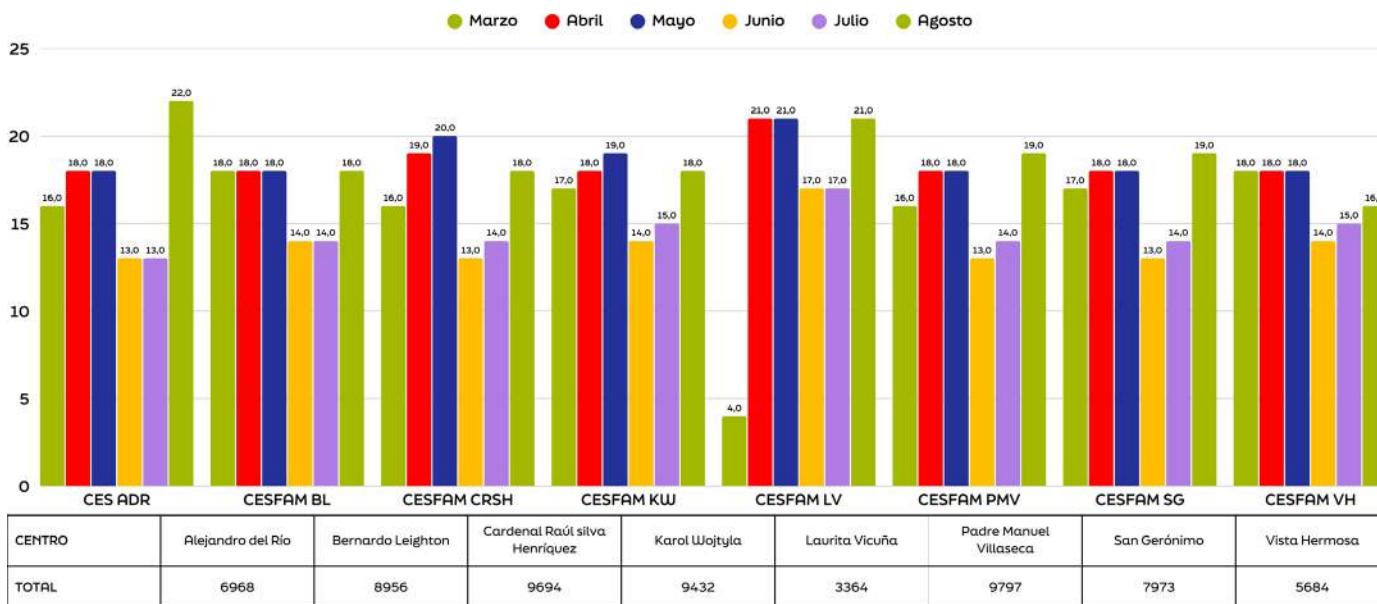
Baja complejidad: Hospital San José de Maipo.

Refuerzo durante campaña de invierno: Durante el período de campaña de invierno, la red recibe recursos adicionales gestionados a través del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO), mediante convenios y contratos de servicios externos, con el fin de fortalecer la respuesta asistencial ante el aumento de la demanda. Durante el año 2025 el requerimiento principal como dotación fue profesionales kinesiólogos los cuales fueron un punto importante y clave frente a todas las patologías respiratorias que en gran demanda se evidenciaron en toda la población puentealtina, específicamente en menores de edad y adultos mayores.

En Octubre de 2023 se inaugura El Servicio de Urgencia Municipal Vista Hermosa (SUM VH), el cual actualmente es financiado con fondos municipales de la comuna de Puente Alto.

Su implementación ha permitido fortalecer la red local de urgencia centrada geográficamente en Casas Viejas, otorgando atención en casos de urgencias vitales, emergencias u otras patologías que requieran intervención inmediata y eficiente.

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ATENDIDAS COMUNALMENTE EN POBLACIÓN INFANTIL DESDE RECIÉN NACIDOS A 18 AÑOS



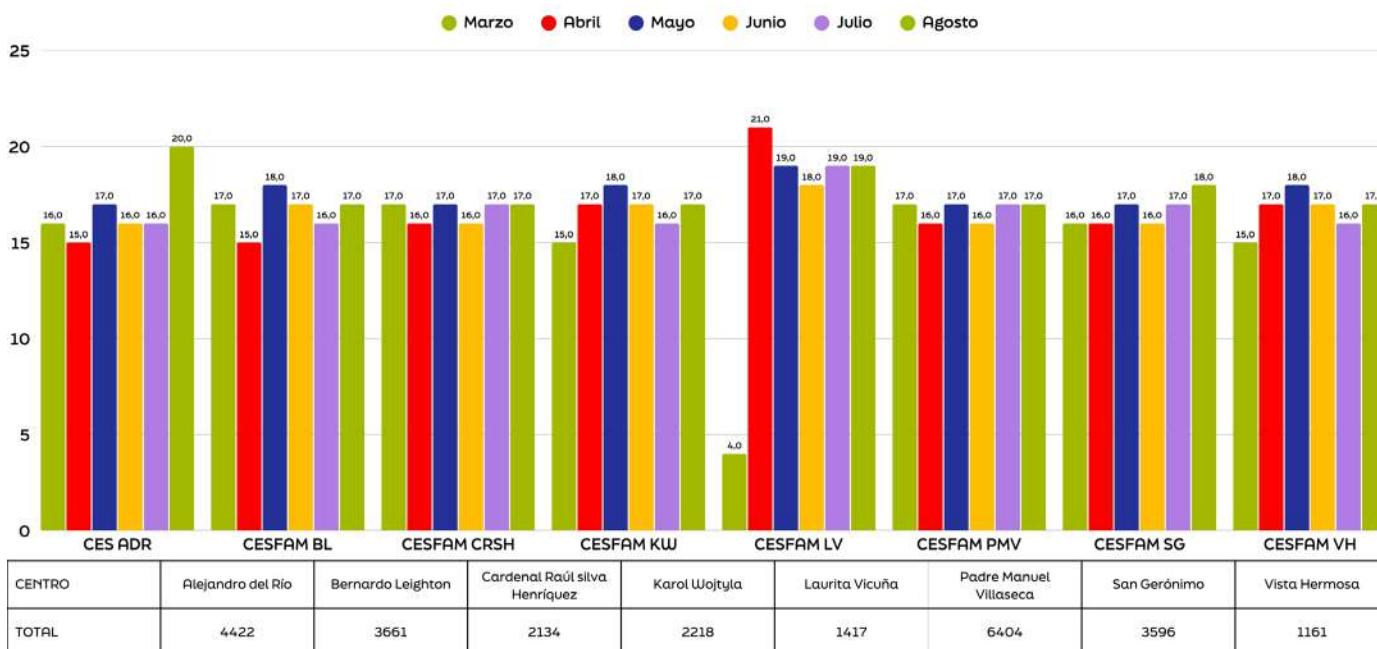
Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de Campaña de Invierno Puente Alto 2025.

Avances 2025:

Inauguración de Servicio de Urgencia Municipal Laurita Vicuña:

En el inicio del año 2025 aproximadamente en el mes de Marzo se definió en conjunto con la Dirección de Salud la implementación y creación de un segundo Servicio de Urgencia Municipal ubicado en el CESFAM Laurita Vicuña permitiendo así que el SAPU Bernardo Leighton disminuyera de manera paulatina la demanda asistencial que abarcaba gran parte de la zona poniente de Puente Alto la cual limita con la Comuna de La Pintana, esto permitió nivelar y descongestionar una urgencia que recurrentemente se evidenciaba con un alto número de atenciones mensuales.

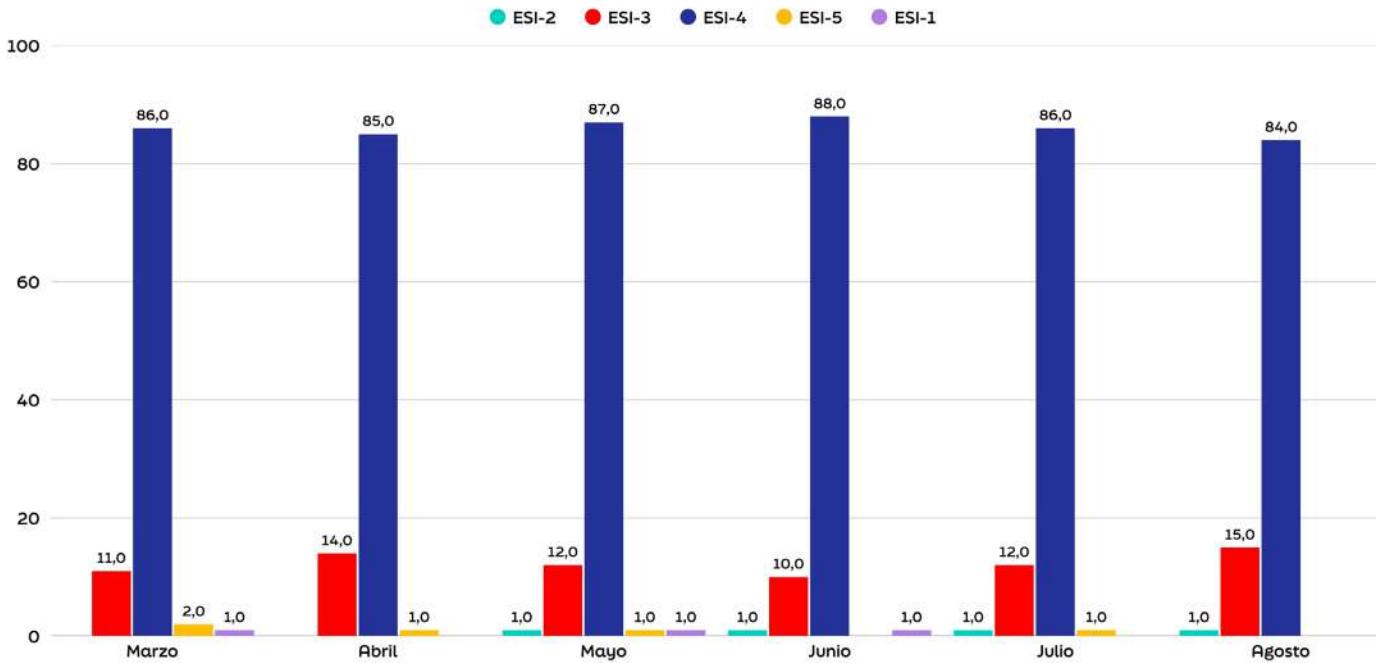
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ATENDIDAS COMUNALMENTE EN POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE 60 AÑOS



Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de Campaña de Invierno Puente Alto 2025.

Número de atenciones de usuarios desde el mes de Marzo - Agosto 2025:

CATEGORIZACIONES SUM LAURITA VICUÑA
MARZO-AGOSTO 2025



Fuente: Elaboración propia.

Inauguración SAPU Alejandro del Río 24/7:

El día 1 de agosto del presente año la red de Urgencia en conjunto con la Dirección Salud decide abordar y constituir un servicio de urgencias 24/7 el cual aporta a la comunidad una atención continua frente a cualquier situación o consulta frente a una patología que requiera atención, tratamiento, manejo y/o derivación a Centros Hospitalarios de mayor resolución, a la fecha desde su inauguración la población atendida se evidencia en el siguiente recuadro:

Número de atenciones de usuarios desde el mes de Agosto - Septiembre 2025:

CATEGORIZACIONES SAPU ALEJANDRO DEL RIO
AGOSTO- SEPTIEMBRE 2025



MES	AGOSTO	SEPTIEMBRE
TOTAL	4969	4581

Fuente: Elaboración propia.

Nuevos Desafíos 2026 al 2028

Con el fin de continuar fortaleciendo la gestión, calidad y articulación de la red de urgencia de la Atención Primaria de Salud (APS), se plantean los siguientes desafíos estratégicos complementarios para el próximo año:

Implementación de un sistema digital de registro asistencia a turnos: Modernizar los procesos de registro y asistencia a turnos en las unidades de urgencias en los cuales se incorporan los funcionarios y prestadores de servicios apoyados mediante herramientas digitales y sistemas de información integrados:

Incorporar un sistema electrónico moderno que permita y de factibilidad a funcionarios poder registrar su asistencia a la jornada respectiva, cambio de turnos, vacaciones u otras necesidades que requiera la Dirección de Red de Urgencias.

Facilitar la conexión y transparentar la rotativa horaria de turno en toda la comuna.

Que se cumpla a nivel de unidades de Urgencias el 100% del reporte comunal.

Optimizar el uso y priorización de la red de urgencias: Fortalecer la coordinación técnica y operativa entre SAPU, SAR y SUM:

Educar a la población y al personal para que el primer nivel (APS) sea correctamente utilizado, y fortalecer la categorización (triage) para priorizar según gravedad, esto a través de video informativo, afiches en zonas de admisión y página corporativa.

Educar a la comunidad y al personal de salud sobre el correcto uso de los dispositivos de urgencia del primer nivel (SAPU, SAR, SUM), reforzando la importancia del triage y la priorización según gravedad, a través de acciones comunicacionales y educativas y seguimiento de protocolos Corporativos.

Participación activa de Coordinadores SAPU/SAR/SUM en simulacros y emergencias masivas en las Unidades de Urgencias APS:

Potenciar la capacidad de respuesta ante emergencias colectivas o desastres naturales.

Colaborar y participar en simulacros con organismos comunales y de emergencia.

Incorporar protocolos de triaje masivo y coordinación interinstitucional.

Evaluar resultados y oportunidades de mejora tras cada simulacro.

Fortalecer la integración de la red: derivación, coordinación y continuidad del cuidado.

El dispositivo APS de urgencia debe estar integrando correctamente con el resto de la red tanto a nivel de equipos de CESFAM como con otras áreas de importancia frente al flujo de atención con usuarios.

Mejorar y actualizar protocolos de derivación, canales de comunicación entre SAPU/SAR/SUM, Central de Ambulancias y Urgencia asociada a Hospital Referencial (HSR).

Estrategia de mejora continua en la experiencia del usuario/a:

Responde, trabajar y Evaluar sistemáticamente la satisfacción y percepción de los/as usuarios/as que acuden a la red de urgencia.

Aplicar encuestas semestrales de satisfacción usuaria.

Implementar planes de mejora en atención humanizada.

Difundir buenas prácticas y reconocer a equipos destacados que realicen jornadas en unidades de urgencias.

Promoción, participación y acceso a capacitación del personal de urgencias:

Actualizar conocimientos en manejo inicial de urgencias vitales y patologías prevalentes en APS, garantizando una atención segura y oportuna en el primer nivel de respuesta.

Desarrollar competencias en atención integral centrada en el paciente, con énfasis en comunicación efectiva, contención emocional y trato humanizado en situaciones de crisis.

Reforzar conocimientos en gestión del riesgo, calidad y seguridad del paciente, incluyendo registro clínico adecuado y manejo de eventos adversos.

Promover la formación continua del equipo multidisciplinario, fortaleciendo el trabajo colaborativo y la coordinación entre profesionales (médicos, enfermería, técnicos, administrativos).

Colaborar e Incorporar herramientas de telemedicina y nuevas tecnologías en la atención de urgencias, para mejorar la coordinación y el acceso a segundas opiniones en tiempo real, específicamente apoyados por el SSMSO y considerando que el 100% de Centros de Salud posean el acceso.

Incorporar y trabajar colaborativamente frente a capacitaciones por planes de mejora frente a eventos adversos que incluyan favorecer el aprendizaje en técnicas, procesos y atención usuaria.

Fortalecimiento de la gestión basada en datos e indicadores de desempeño:

Consolidar una cultura de evaluación y mejora continua mediante el uso de indicadores de gestión clínica y operativa.

Definir indicadores clave de desempeño (tiempos de espera, derivaciones, satisfacción usuaria, eventos adversos, etc.).

Elaborar informes trimestrales de resultados.

Fomentar la transparencia y retroalimentación en los equipos.

Vinculación comunitaria y educación en salud en urgencias:

Promover el autocuidado y uso adecuado de los servicios de urgencia APS, fortaleciendo la relación con la comunidad.

Realizar campañas educativas sobre el uso responsable de los servicios de urgencia.

Coordinar actividades con CESFAM, escuelas y organizaciones sociales.

Difundir información sobre prevención de accidentes y primeros auxilios.

La red de urgencia de la Atención Primaria de Puente Alto ha evolucionado hacia un modelo integral de respuesta en salud, sustentado en la articulación efectiva entre sus distintos dispositivos y niveles de atención. La coordinación permanente entre los servicios de urgencia comunales, la Central de Ambulancias y los hospitales de referencia ha permitido ofrecer a la comunidad una atención más oportuna, resolutiva y con altos estándares de seguridad y calidad.

El compromiso de los equipos de salud ha sido determinante para este avance. A través de la actualización constante de protocolos, el fortalecimiento de las

competencias del personal y la mejora continua de los procesos de gestión, la red ha logrado consolidarse como un sistema dinámico, flexible y preparado para enfrentar los desafíos sanitarios y sociales del territorio. Este esfuerzo colectivo refleja una cultura organizacional orientada al aprendizaje y a la excelencia en el servicio público.

Hacia el 2026, el desafío será seguir profundizando en la innovación, la humanización del cuidado y la sostenibilidad del sistema. La incorporación de nuevas tecnologías, la formación continua de los equipos y la colaboración intersectorial serán elementos clave para mantener una atención primaria de urgencia cada vez más cercana, eficiente y centrada en las necesidades reales de las personas y familias de Puente Alto.

10.2.5 Central de Ambulancias

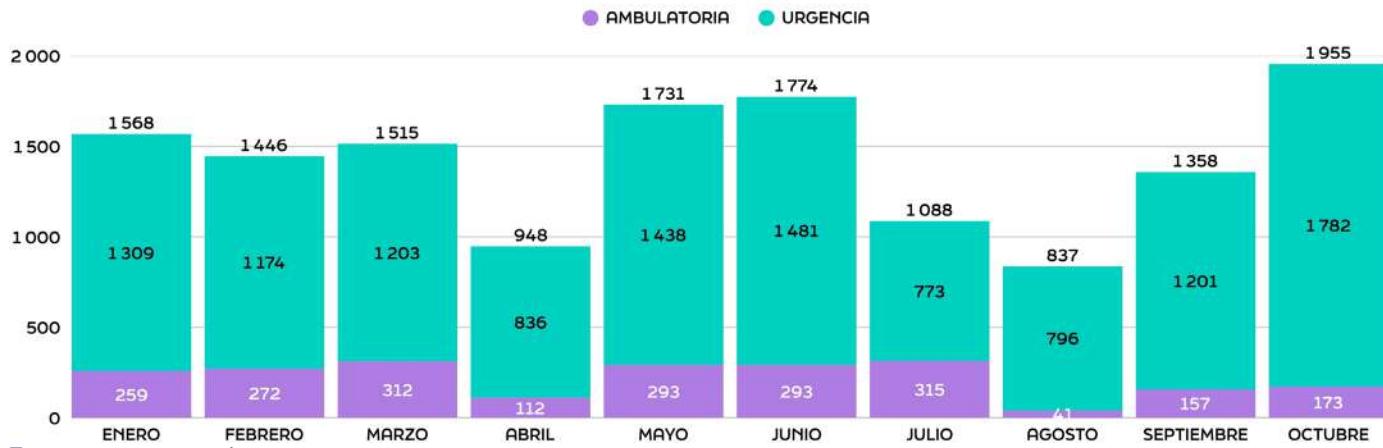
Ubicación: Ernesto Alvear #170, Puente Alto

Teléfono: *4600

La Central de Ambulancias de Puente Alto, constituye la unidad responsable de la gestión integral de las solicitudes de asistencia en salud, emergencias, urgencias y traslados provenientes de los dispositivos corporativos de atención primaria CESFAM, SAPU, SUM, SAR, dispositivos transversales, así como de la red asistencial pública y de requerimientos efectuados por la comunidad. Asimismo, articula solicitudes derivadas de Carabineros, Bomberos y otras instituciones presentes en la comuna que apoyan la protección y socorro de nuestros vecinos. Su funcionamiento se sustenta en un sistema de gestión telefónica operativo las 24 horas del día, los 7 días de la semana, asegurando continuidad, oportunidad y seguridad en la respuesta para una población estimada superior a 600 mil habitantes. Este modelo de operación permite coordinar en tiempo real una flota diversa de vehículos asistenciales, optimizando la cobertura territorial y el soporte clínico en el ámbito prehospitalario.



SOLICITUDES INGRESADAS CENTRAL DE AMBULANCIAS
SOLICITUDES AMBULATORIAS Y DE URGENCIAS



Fuente: Elaboración propia.

Durante el año 2025, la Central consolidó su posición como una unidad estratégica dentro del sistema municipal de salud, fortaleciendo su estructura sanitaria, operativa y tecnológica. Entre los principales avances destaca la obtención de la autorización sanitaria, hito que certifica el cumplimiento de estándares normativos y reafirma el compromiso institucional con la calidad, la atención segura y el resguardo de la comunidad en situaciones críticas.

Dotación y capacidad operativa:

Central Ambulancias mantiene una flota de 14 ambulancias, cada ambulancia cuenta con un técnico en enfermería nivel superior (TENS) y un conductor, y en las unidades avanzadas con un profesional y/o médico, con 110 funcionarios como dotación fija, contribuyendo así a una atención rápida y eficiente:

08 ambulancias de emergencia básica (AEB) las que se distribuyen territorialmente en los centros de salud y base central.

04 ambulancias para traslados ambulatorios programados en horario diurno en días hábiles

02 ambulancias con profesionales de salud para atención

Ambulancia	Base
M01	ALEJANDRO DEL RIO
M02	VISTA HERMOSA
M03	CARDENAL RAÚL SILVA HENRIQUEZ
M04	BERNARDO LEIGHTON
M05	ALEJANDRO DEL RIO
M06	KAROL WOJTYLA
M07	SAN GERONIMO
M08	SAN GERONIMO
M09	PADRE MANUEL VILLASECA
M10	LAURITA VICUÑA
M11	CENTRAL AMBULANCIAS
M12	CENTRAL AMBULANCIAS
M13	CENTRAL AMBULANCIAS
M14	CENTRAL AMBULANCIAS

Durante 2025, se mantuvo el aumento de dotación de profesionales en enfermería, permitiendo que el servicio profesionalizado 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 profesionalizada; Las AEA cuentan con equipamiento para prestar soporte vital cardiovascular avanzado a los pacientes consolidando a la Central como una unidad de atención Pre-Hospitalaria.

Se implementó durante el 2025 la Respuesta Primaria Ambulatoria (RPA), móvil medicalizado que da atención en domicilio con médico, TENS y conductor, aumentando las prestaciones de la unidad y dando primera atención a usuarios con limitación de la movilidad a los que se les dificulta acudir al servicio de urgencias, respuesta a atenciones a pacientes de salud mental que requieran contención y cuenta con equipamiento para prestar soporte vital avanzado en caso de que se requiera.

La Central de ambulancias además administra 6 clínicas móviles:

05 clínicas ginecológicas y un camión mamográfico: Destinados acercar la salud al territorio, con operativos programados a través de Equipos de Salud pertenecientes a estrategias territoriales, operativos corporativos, municipales y atenciones nocturnas.

Clinica móvil	Base
CLÍNICA 01	KAROL WOJTYLA
CLÍNICA 02	PADRE MANUEL VILLASECA
CLÍNICA 03	EXTENSION DON RAMON
CLÍNICA 04	EXTENSION BAJOS DE MENA
CLÍNICA 05 MAMÓGRAFO	EXTENSION LAURITA VICUÑA
CLÍNICA 06 GINECOLÓGICA	CENTRAL AMBULANCIAS

Móviles	Base
TRASLADO 56	CIMI
TRASLADO 83	SAN LAZARO
TRASLADO 84	CENTRAL AMBULANCIAS
TRASLADO 85	CENTRAL AMBULANCIAS

Adicionalmente, la unidad cuenta con:
 04 móviles de traslado de pacientes: Los cuales ponen a disposición de los equipos que realizan operativos en terreno y centros que requieren de traslado de usuarios con necesidades especiales. Actualmente se encuentra 1 en el Centro de Integración María Isabel, 1 en el Centro San Lázaro y 2 en el equipo de Paliativos no oncológicos.

10.2.6 Centro de intervención familiar(COSAM CEIF)

COSAM-CEIF NORTE:

Ubicación: Luis Valdés 2594

Teléfono: 2 2797 5493.

COSAM-CEIF CENTRO:

Ubicación: Tocornal #70, Puente Alto

Teléfonos: 22 797 54 90

COSAM CEIF es un centro de atención especializada en salud mental. Su propósito es brindar evaluación, tratamiento y acompañamiento a personas que requieren apoyo en esta área, fortaleciendo su bienestar y calidad de vida.

Actualmente, COSAM CEIF funciona a través de dos centros, cada uno enfocado en distintos tipos de atención y servicios, según el siguiente detalle:

COSAM-CEIF CENTRO	COSAM-CEIF NORTE
Convenio PPI Ges (Fonasa-Minsal)	Convenio PPI Ges y No Ges (Fonasa-Minsal)
Convenio PPI No Ges (Fonasa-Minsal)	Convenio SENDA-Minsal
Convenio PAASAM (MIDESO-SSMSO)	

Flujo de atención:

Con el propósito de optimizar los recursos disponibles y garantizar una atención oportuna, se solicita que, antes de ingresar al COSAM, las personas sean evaluadas por un médico en su

Centro de Salud Familiar (CESFAM).

En el caso del COSAM-CEIF Centro, que recibe derivaciones desde 3 centros de la red esta evaluación permitirá determinar si corresponde una derivación al COSAM o si el tratamiento puede iniciarse directamente en el CESFAM.

Por su parte, en el COSAM-CEIF Norte, las derivaciones se realizan posterior a la evaluación efectuada en cualquiera de los centros de salud de la red comunal, de acuerdo con la cartera de prestaciones específica de este centro.

Centro	Cartera de prestaciones
COSAM-CEIF CENTRO	Consulta de psiquiatría Consulta de salud mental: por psicólogo, Terapia ocupacional y trabajador social Psicoterapia individual Psicoterapia grupal: Psicólogo + otro profesional Intervención psicosocial grupal: por psicólogo, Terapia ocupacional y trabajador social. Consultoría de Salud mental en APS Seguimiento farmacoterapéutico, educación farmacéutica y farmacovigilancia
COSAM-CEIF NORTE	Consulta médica de salud mental Consulta de salud mental: por psicólogo, Terapia ocupacional y trabajador social Psicoterapia individual Visita domiciliaria Seguimiento farmacoterapéutico, educación farmacéutica y farmacovigilancia

TOTAL PRESTACIONES OTORGADAS ENERO A OCTUBRE COSAM CEIF CENTRO Y NORTE



Fuente: Elaboración propia.

El gráfico presenta el total de prestaciones GES y no GES otorgadas a octubre de 2025 por los centros COSAM CEIF de la comuna. El COSAM CEIF Centro registra 12.852 prestaciones, mientras que el COSAM CEIF Norte alcanza 15.385, reflejando una mayor carga asistencial en el dispositivo Norte. Ambos centros desarrollan un volumen significativo de atenciones en salud mental, que incluyen tanto prestaciones garantizadas como prestaciones no GES, de carácter ambulatorio y especializado.

Dentro de estas prestaciones se encuentran, a modo de ejemplo, patologías GES como depresión unipolar y distimia en menores de 15 años, trastornos de ansiedad, trastornos del comportamiento y emocionales de la infancia y adolescencia, trastornos hiperkinéticos, trastorno bipolar y esquizofrenia, entre otras. En el ámbito no GES, se incluyen atenciones del plan ambulatorio básico e intensivo por consumo de alcohol y drogas, tratamiento inicial y de refuerzo, planes de seguimiento, además de intervenciones para trastornos asociados al consumo en población general y patologías de alta complejidad como Alzheimer y otras demencias.

Desafíos 2026 a 2028:

Impulsar el proyecto de reposición del COSAM-CEIF Centro: cuyo objetivo es fortalecer la capacidad resolutiva de la red de salud mental, ampliando y modernizando la infraestructura para asegurar espacios adecuados, seguros y funcionales para la atención de usuarios y equipos profesionales.

Este desafío representa una oportunidad estratégica para avanzar en la consolidación del modelo de atención en salud mental, ofreciendo diversas ventajas:

Ventajas del proyecto:

Mejora de la calidad de la atención, al contar con espacios clínicos más adecuados y con mejores condiciones técnicas.

Aumento de la capacidad operativa, permitiendo atender a un mayor número de usuarios y diversificar las prestaciones disponibles.

Optimización del flujo de trabajo, gracias a una infraestructura diseñada para favorecer el trabajo interdisciplinario y la continuidad de cuidados.

Fortalecimiento del bienestar del equipo, al disponer de áreas de trabajo más seguras, cómodas y acordes a las necesidades del servicio.

Mayor vinculación con la comunidad, mediante espacios habilitados para actividades grupales, intervenciones comunitarias y trabajo intersectorial.

Avanzar hacia la constitución de una dotación estable de profesionales y equipos de salud mental, que no dependa exclusivamente de los recursos provenientes de convenios o financiamientos externos. Este desafío busca asegurar la continuidad, estabilidad y oportunidad de las atenciones, reduciendo la vulnerabilidad operativa asociada a variaciones presupuestarias anuales.

Contar con una dotación basal financiada desde recursos permanentes permitiría:

Garantizar la disponibilidad continua de prestaciones en salud mental, independiente de los ciclos administrativos de los convenios.

Fortalecer la planificación de largo plazo, evitando la rotación frecuente de equipos y mejorando la calidad de los procesos terapéuticos.

Asegurar mayor estabilidad para los usuarios, manteniendo referentes profesionales y evitando interrupciones en los tratamientos.

Consolidar equipos interdisciplinarios sólidos, capaces de responder de manera oportuna y coordinada a las demandas del territorio.

Reducir la dependencia de financiamientos externos, reforzando la sostenibilidad del servicio desde el presupuesto institucional.

Estos desafíos se constituyen en ejes estratégicos para garantizar un servicio de salud mental robusto, sostenible y centrado en la continuidad de los cuidados. En conjunto, permiten avanzar hacia una red más sólida, con equipos estables, infraestructura adecuada y condiciones que favorecen la calidad y oportunidad de las atenciones.

10.2.7. Unidad de apoyo al tratamiento

Objetivo de la Unidad:

La Unidad de Apoyo al Tratamiento garantiza que los usuarios/as reciban de forma oportuna y conforme a la normativa sus medicamentos e insumos clínicos, ya sea en farmacias y botiquines de los centros de salud o en el domicilio, con un enfoque en la calidad de los procesos. A su vez, contribuye al uso seguro y racional de los tratamientos y promueve el acceso a atención farmacéutica profesional y humanizada en todas las etapas del ciclo vital.

Además, entrega apoyo técnico a la Farmacia Solidaria con el fin de que los usuarios/as puedan para acceder a medicamentos con un costo más accesible para complementar su tratamiento y así cuidar la salud y bienestar de la comunidad.

Acciones de la Unidad:

La Unidad de Apoyo al Tratamiento coordina y fortalece la gestión farmacéutica comunal para asegurar el acceso seguro, oportuno y de calidad a medicamentos e insumos clínicos en la red de atención primaria. Sus funciones integran:

La gestión de farmacias y botiquines, asegurando cumplimiento normativo, eficiencia operativa y enfoque comunitario.

La gestión logística de bodegas comunales, garantizando abastecimiento seguro y oportuno para todos los establecimientos.

La coordinación de servicios profesionales farmacéuticos, incluyendo educación, seguimiento y uso seguro de medicamentos, junto al desarrollo del Programa de Optimización de Antimicrobianos (PROA).

La vigilancia y auditoría de procesos, fortaleciendo la calidad y seguridad en el uso de medicamentos, en farmacias, botiquines y atenciones domiciliarias.

Diagnóstico actual 2025:

Durante este año, el equipo de la Unidad de Apoyo al Tratamiento tuvo un rol central en el proceso de cambio de ficha clínica, brindando acompañamiento permanente a los equipos locales, especialmente a las farmacias de los CESFAM, asegurando continuidad operativa, adaptación a los nuevos flujos y fortalecimiento de las capacidades digitales de los funcionarios.

En paralelo, la Unidad contribuyó a la entrega de más de 600.000 recetas durante el primer semestre, proyectando 1.200.000 para diciembre. El 84% corresponde a personas con enfermedades crónicas, principalmente diabetes, hipertensión y dislipidemia, garantizando la continuidad del tratamiento. Además, más de 31.000 recetas fueron entregadas mediante la estrategia Farmacia a Domicilio, mejorando el acceso de usuarios con mayores necesidades de cuidado.

La Bodega de Salud, con una capacidad utilizada cercana a 150 m², almacena 610 ítems, incluidos 188 medicamentos que suman más de 22 millones de dosis. La sala de reenvasado procesó 3,8 millones de comprimidos, optimizando los tiempos de trabajo en farmacias. La bodega secundaria de Farmacia Solidaria mantiene 340 productos, asegurando reposición y continuidad operativa.

Las atenciones farmacéuticas aumentaron de 160 en 2021 a más de 4.900 en 2025, reforzando educación, seguimiento terapéutico y presencia territorial. En el primer semestre se notificaron más de 350 reacciones adversas, un 16% más que el período anterior.

A través del PROA, se fortaleció el uso racional de antimicrobianos mediante capacitaciones, estandarización clínica y acciones comunitarias, reduciendo el gasto desde \$161 millones a \$125 millones, lo que representa un ahorro de \$36 millones. Asimismo, se identificaron más de 20 insumos clínicos con fallas de calidad, fortaleciendo la tecnovigilancia en la red.

Brechas actuales:

Las principales dificultades de la gestión logística comunal se concentran en la insuficiencia y falta de regularización de los espacios físicos de la Bodega de Salud y la Bodega Secundaria de Farmacia Solidaria, situación que limita el almacenamiento seguro y el cumplimiento normativo, incluyendo el riesgo de sanciones y de que los productos sean considerados no válidos. El crecimiento del reenvasado exige mayor infraestructura, una segunda máquina y más personal capacitado para sostener la demanda con estándares de calidad.

A esto se suma un software logístico insuficiente, que afecta la trazabilidad y la planificación, y la ausencia de un móvil climatizado, necesario para transportar medicamentos termolábiles de forma segura.

En el ámbito asistencial, la carga administrativa, la falta de espacios clínicos y el número limitado de farmacéuticos reducen la cobertura de atención farmacéutica. La alta rotación y la falta de horas dificultan la implementación del PROA, afectando el control de infecciones y la prevención de resistencia antimicrobiana. Además, la participación limitada en farmacovigilancia y tecnovigilancia impide una detección oportuna de riesgos.

Desafíos 2026 al 2028:

Para fortalecer la gestión logística y avanzar hacia mayores estándares de seguridad y eficiencia, se han identificado los siguientes desafíos prioritarios:

Fortalecimiento regulatorio y estandarización de la gestión farmacéutica: avanzar en la regularización sanitaria de botiquines y farmacias, mantener un monitoreo continuo de brechas, actualizar y homologar la documentación técnica, y asegurar una articulación fluida con el SSMSO para responder oportunamente a requerimientos, consolidar información y difundir lineamientos en toda la red comunal.

Optimización de programas y toma de decisiones estratégicas: mejorar la planificación, ejecución y rendición del programa FOFAR y de los programas ministeriales, garantizando el uso eficiente de recursos y el cumplimiento de plazos; y fortalecer su rol en el Comité Fármaco-Terapéutico Comunal para aportar evidencia técnica que mejore las decisiones clínicas, logísticas y de seguridad en el uso de medicamentos en la red de salud

Regularización como Drogería: Obtener la habilitación formal es clave para cumplir la normativa vigente y asegurar procesos adecuados de almacenamiento, conservación y distribución, alineados con las exigencias de la autoridad sanitaria.

Fortalecimiento de Recursos Humanos: Se requiere ampliar y especializar el equipo para cubrir de manera óptima las funciones de recepción, almacenamiento, distribución y fraccionamiento, garantizando continuidad operativa y capacidad de respuesta.

Ampliación de la Sala de Fraccionamiento: El aumento del reenvasado exige fortalecer la infraestructura, mejorar las condiciones de trabajo y adquirir una segunda máquina reenvasadora, optimizando tiempos y calidad en los procesos.

Adquisición de un Móvil Climatizado: Contar con un vehículo que cumpla la normativa vigente permitirá garantizar un transporte seguro, mantener la cadena de frío y proteger la integridad de los productos termolábiles.

Aumento de la cobertura de “Farmacia a Domicilio”: Se proyecta crear un botiquín centralizado que optimice tiempos de traslado y permita llegar oportunamente a más usuarios/as con necesidad de atención preferente.

Consolidación de la Atención Farmacéutica: Se busca reforzar su rol en el Modelo de Salud Familiar mediante más atenciones clínicas, boxes farmacéuticos, aumento de químicos farmacéuticos y mayor educación comunitaria, promoviendo una atención humana, cercana y segura.

Fortalecimiento del PROA: Se impulsará la participación multidisciplinaria para promover el uso consciente de antimicrobianos, liderado por la Unidad.

Mejorar Farmacovigilancia y Tecnovigilancia: Se potenciará la integración del equipo para la detección temprana de riesgos, medidas preventivas y fortalecimiento de la cultura de seguridad.

Asegurar la trazabilidad de medicamentos e insumos: Se avanzará hacia un seguimiento completo hasta el uso en el usuario/a, conforme a la normativa vigente.

Definir perfiles de cargo: Se estandarizarán funciones y horas asignadas de los encargados de farmacovigilancia y tecnovigilancia, fortaleciendo la gestión y la seguridad en la atención.

10.2.8 Centro de Atención Psicológica (CAPS)

Ubicación: Avenida Concha y Toro 3214 8150378 Puente Alto

El Centro de Atención Psicológica (CAPS) de Puente Alto, se constituye como un espacio comunitario orientado a brindar intervenciones psicoterapéuticas breves, humanizadas y de calidad a personas con problemáticas de salud mental de baja y mediana complejidad. Paralelamente, integra la formación práctica y supervisada de estudiantes de psicología, fortaleciendo la vinculación con el territorio, el enfoque comunitario y el respeto por los derechos humanos.

Pertenece a la red de salud pública comunal y es impulsado por la nueva administración en el marco del vínculo asistencial-docente, posicionándose como una estrategia innovadora, accesible y coherente con las necesidades actuales del territorio.



El centro surge como respuesta a la alta demanda y a la creciente complejidad de los casos atendidos en los dispositivos de atención primaria, los cuales han tenido que focalizarse en usuarios con mayor severidad clínica. En este contexto, el CAPS amplía la oferta para aquellas personas con necesidades de salud mental menos complejas, facilitando un acceso oportuno y adecuado. Para garantizar una atención pertinente, se realiza un tamizaje inicial de salud mental, que permite evaluar el grado de severidad y determinar la pertinencia del ingreso al dispositivo.

Flujo de derivación: Para acceder a atenciones en CAPS los usuarios deben contar con tamizaje de salud mental con categorización de N1 o N2 desde los centros de salud. En el periodo de marcha blanca la recepción es de usuarios derivados del CESFAM Padre Manuel Villaseca.

Atenciones durante el 2025:

El equipo de tutores y trabajador social realizó 899 atenciones desde el 1 de septiembre hasta la fecha actual, demostrando un trabajo sostenido y eficiente en la cobertura y seguimiento de los casos asignados.

Desafíos 2026-2028

Consolidar un modelo de funcionamiento robusto y sostenible, capaz de generar un impacto positivo tanto en los usuarios — mediante intervenciones oportunas, humanizadas y de calidad— como en los estudiantes en práctica,

fortaleciendo su proceso formativo a través de experiencias supervisadas, pertinentes al territorio e integradas al modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria.

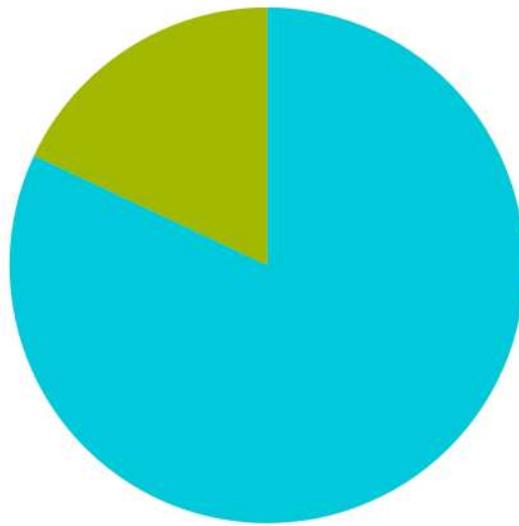
Evaluar la incorporación de un profesional médico orientado a realizar evaluación diferencial, diagnósticos clínicos oportunos y fortalecer la continuidad del cuidado. Su participación permitiría resolver casos con mayor precisión clínica, orientar decisiones terapéuticas y mejorar la articulación con la red de salud, contribuyendo a una atención más integral y segura para los usuarios. Considerando la triada médico, trabajador social y psicólogo sugerida por las orientaciones técnicas de salud mental en APS.

Integrarse plenamente al modelo de Atención Primaria de Salud (APS), incorporando actividades y prestaciones basadas en las orientaciones técnicas de salud mental, adaptadas a las necesidades y particularidades de la comuna de Puente Alto.

PORCENTAJE ATENCIONES CAPS POR PROFESIONAL

TRABAJADOR SOCIAL

18%



PSICÓLOGOS
82%

Fuente: Elaboración propia.



formativo a través de experiencias supervisadas, pertinentes al territorio e integradas al modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria.

Crear espacios técnicos formativos permanentes para estudiantes, que fortalezcan sus competencias clínicas y comunitarias, y promuevan una práctica profesional alineada con los principios de la salud pública y la APS.

Posicionar al CAPS como un centro de referencia y modelo comunal, sustentado en un rediseño de la atención en salud mental enfocado en la calidad, la calidez, la pertinencia territorial y la continuidad del cuidado.

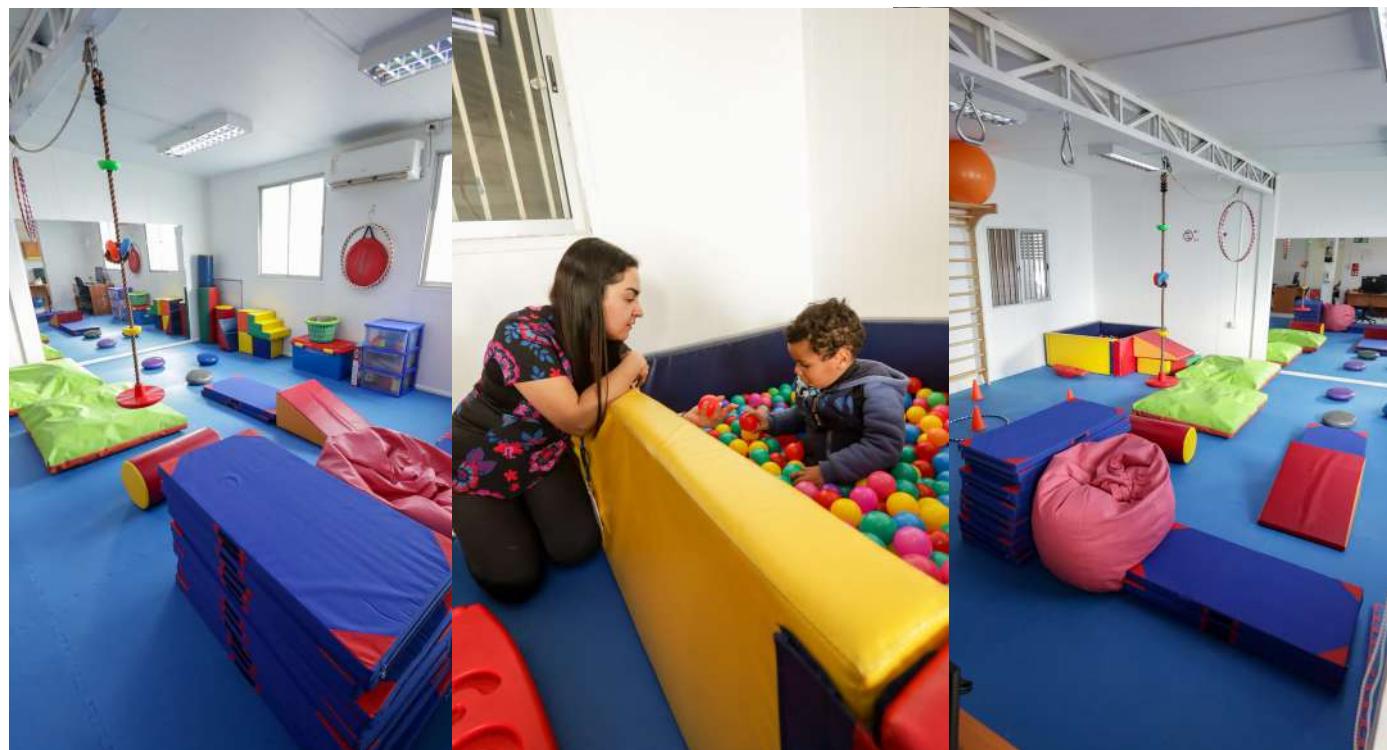
Favorecer la inserción de los estudiantes en equipos multidisciplinarios reales, promoviendo una experiencia formativa integral que refleje el trabajo colaborativo propio de la APS.

Desarrollar nuevos espacios y puntos de atención que acerquen las prestaciones de salud mental a distintos sectores del territorio comunal, promoviendo mayor accesibilidad, equidad y presencia activa del servicio en los barrios de Puente Alto.

10.2.9 Sala Neuro Puente

Ubicación: Manuel Rodríguez 04808, Casas Viejas

El Centro de Apoyo y Habilitación Infanto-Adolescente Neuro Puente Alto, dependiente de la Administración de Salud de la Corporación Municipal de Puente Alto, fue creado en el marco de la implementación de la Ley N.º 21.545, conocida como Ley de Autismo. Su funcionamiento se desarrolla bajo el Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS), específicamente a través del Programa de Atención Integral al Desarrollo Infanto-Adolescente. Este centro constituye un dispositivo especializado en el abordaje integral de niños, niñas y adolescentes, sus familias y su entorno, con un enfoque de derechos y sustentado en los principios de detección oportuna, respeto a la neurodiversidad e inclusión comunitaria.



Cartera de prestaciones:

El equipo multidisciplinario del centro está conformado por:

- 88 horas de Fonoaudiología
- 88 horas de Terapia Ocupacional
- 88 horas de Psicología
- 44 horas de Kinesiología
- 44 horas de Medicina
- 44 horas de Trabajo Social

Estos profesionales desarrollan intervenciones individuales y familiares orientadas al fortalecimiento de la comunicación, la autorregulación sensorial, el desarrollo funcional y el acompañamiento psicoeducativo.

Prestación	Profesionales ejecutores
Evaluación de Ingreso	Médico, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Kinesiología, Psicología
Sesión de Rehabilitación	Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Kinesiología, Psicología
Control Médico	Médico
Consulta Social	Trabajador social
Consejerías Individuales	Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Kinesiología, Psicología
Conserjerías Familiares	Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Kinesiología, Psicología
Talleres Grupales	Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Kinesiología, Psicología y Trabajadora Social

Atenciones durante el 2025:

Las atenciones comenzaron el 18 de agosto de 2025. Desde esa fecha, el dispositivo ha recibido 153 interconsultas derivadas desde los ocho CESFAM de la red comunal. De ellas, 77 casos (50,3%) fueron ingresados formalmente a centro.

Entre los casos admitidos, 33 correspondieron a derivaciones para confirmación diagnóstica, obteniéndose 32 diagnósticos confirmados y 1 descartado. Los 44 casos restantes ya contaban con diagnóstico previo y fueron incorporados directamente a tratamiento y acompañamiento familiar.

Desafíos 2026 al 2028:

Gestionar la alta demanda, abordando las listas de espera mediante estrategias que aumenten la capacidad operativa y mejoren la eficiencia en la atención.

Ampliar y optimizar la disponibilidad de horas profesionales, asegurando una dotación suficiente para responder al volumen creciente de derivaciones.

Fortalecer la pesquisa temprana y la capacitación continua de los equipos de Atención Primaria de Salud (APS), promoviendo diagnósticos oportunos y un

un manejo inicial adecuado.

Profundizar la articulación con establecimientos educacionales, jardines infantiles y organizaciones comunitarias, a fin de reducir barreras de acceso, mejorar la detección temprana y favorecer intervenciones coordinadas en el territorio.

Impulsar la creación de nuevas salas especializadas con prestaciones neuropsicológicas, permitiendo ampliar la cobertura territorial, descongestionar la demanda actual y acercar estos servicios a más familias de la comuna.

10.3 ESTRATEGIAS MUNICIPALES

10.3.1 Farmacia Solidaria

Ubicación:

Balmaceda #265, Puente Alto

Call Center 600 006 0123

Horario de Atención:

Lunes a Jueves:

08:30 a 14:00hrs y de 15:00 a 17:30 hrs.

Viernes:

08:30 a 14:00hrs y de 15:00 a 16:30 hrs.

La Farmacia Solidaria de Puente Alto, creada en 2016, tiene como propósito garantizar el acceso a medicamentos a los vecinos y vecinas con enfermedades crónicas, contribuyendo a mejorar su calidad de vida y asegurar su derecho a la salud, mediante la reducción en los costos de los tratamientos.

Flujo de acceso:

Para acceder al beneficio de la Farmacia Solidaria, los vecinos de Puente Alto, deberán pasar por un proceso previo de inscripción que los habilite para adquirir sus productos. Este proceso será ejecutado por los Digitadores de la Farmacia Solidaria, directamente en las dependencias de Balmaceda #265 o bien por medio electrónico enviando documentación al correo farmaciasolidaria@cmpuentealto.cl.

Requisitos de inscripción:

Cédula de identidad vigente

En el caso que inscriba un tercero, presentar copia de cédula del usuario

Menor de edad sin cédula, presentar certificado de nacimiento

Comprobante de domicilio que acredita residencia o permanencia en la comuna

Certificado de residencia

Registro social de hogares

Cuenta de servicio básico a nombre del usuario (luz o agua)

En casos de menores de edad, presentar documentación de los padres o tutor

Certificado laboral para usuarios que trabajen en la comuna

Certificado de alumno regular para usuarios que estudien en la comuna

Requisitos de compra:

Inscripción o actualizar receta médica previa a la compra, si corresponde:

Receta con tratamiento mínimo de 30 días

Con 6 meses de antigüedad máxima desde la fecha de emisión

Receta médica permanente deberá ser actualizada cada 12 meses

Prestación	Descripción
Atención Presencial	La Farmacia Solidaria atiende de forma presencial de lunes a viernes de 09:00 a 14:00 hora y de 15:00 a 16:30 hora, sábados de 09:00 a 13:00 hora.
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 horas.
Servicio de Call Center y Despacho a Domicilio	Cuenta con un servicio de call center destinado a la atención de los usuarios y usuarias de la comuna de Puente Alto, cuyo objetivo es entregar información oportuna sobre la disponibilidad de stock, valores de medicamentos y agendamiento de horas de atención preferencial. Asimismo, el servicio permite la venta en línea con despacho a domicilio para personas mayores de 65 años, usuarios con movilidad reducida o dificultades para desplazarse, y sus cuidadores, facilitando el acceso a los tratamientos y promoviendo una atención más cercana e inclusiva.

Desafíos 2026 a 2028:

Apoyar desde una mirada técnica la optimización el modelo de gestión de la Farmacia Solidaria, fortaleciendo la eficiencia operativa y la calidad de la atención entregada a los usuarios y usuarias de la comuna de Puente Alto.

Revisar y actualizar el arsenal farmacéutico disponible, asegurando su continuidad, pertinencia y sostenibilidad en el tiempo, conforme a las necesidades de la población y la normativa vigente.

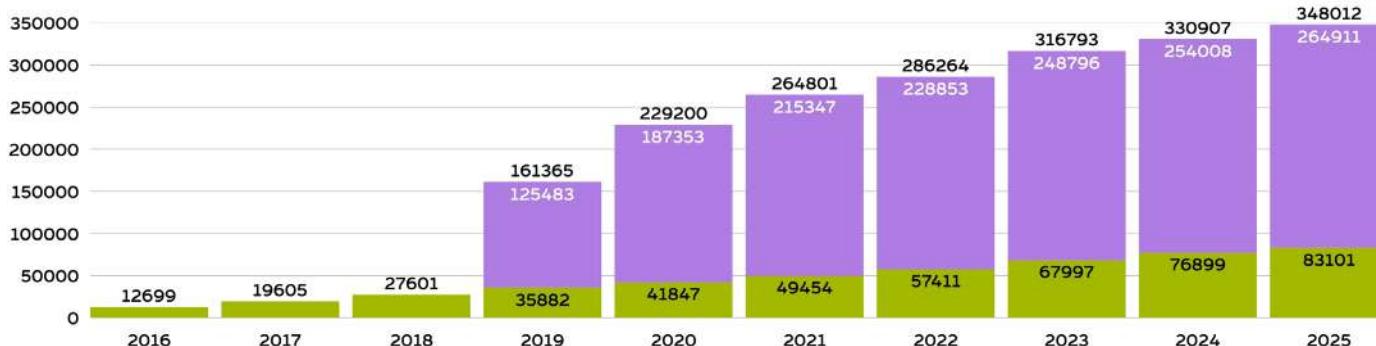
Apoyar en el fortalecimiento del desarrollo técnico de profesionales y técnicos del equipo de la Farmacia Solidaria, promoviendo la capacitación continua y la excelencia en la atención farmacéutica, con foco en el acompañamiento y orientación a los usuarios.

Orientar desde la visión técnica las mejoras de la infraestructura de la Farmacia Solidaria, incorporando ajustes que favorezcan la seguridad, accesibilidad y confort de los usuarios internos y externos, y que garanticen el cumplimiento de los estándares normativos y de calidad sanitaria.

Apoyar desde la visión técnica los proyectos de nuevas sucursales de la Farmacia Solidaria, con el propósito de acercar el servicio a los distintos territorios de la comuna y facilitar un acceso equitativo y oportuno a los medicamentos para toda la población.

EVOLUCIÓN DE LA INSCRIPCIÓN Y VENTA EN FARMACIA SOLIDARIA

● INSCRIPCIÓN ● VENTAS



Fuente: Elaboración propia.

10.3.2. Centro de integración María Isabel (CIMI)

Ubicación:

Luis Frez Magallanes #3554,
Gabriela Poniente, Puente Alto.

Fono Dirección:

+56984247408

Fono Subdirección:

22-4955514

Fono Secretaría:

22-4955515 / puentealtocimi@gmail.com

Instagram: @cimi_cmpuentealto_oficial



El Centro de Integración María Isabel (CIMI) es un dispositivo de salud tipo centro de día, creado en agosto de 2016 para responder a las necesidades de personas adultas (26 a 59 años) con discapacidad permanente de origen intelectual, físico o neurológico —de grado moderado a severo— que requieren apoyo y supervisión constante.

El CIMI acoge a usuarios que quedan fuera de la cobertura de otros establecimientos públicos o privados debido a su edad, ofreciendo además un espacio de respiro para sus familias y cuidadores, siendo una estrategia con financiamiento directamente del municipio y corporación.

Finalmente, las familias y cuidadores organizados en la agrupación AGRUPACIMI colaboran activamente con el centro y entre ellos, fortaleciendo el trabajo conjunto y el sentido de comunidad.

Flujo de ingreso:

- Los ingresos se realizan por solicitud directa o derivación desde dispositivos de salud, otras áreas de la Corporación Municipal de Puente Alto o el Departamento de Discapacidad.

Cartera de Prestaciones:

- El funcionamiento del centro se basa en talleres grupales multidisciplinarios, realizados dos veces por semana y dirigidos por profesionales del área (kinesiología, terapia ocupacional y fonoaudiología).

Estas actividades promueven funcionalidad, la autonomía personal y la inclusión social, a la vez que alivian la sobrecarga de los cuidadores.

- Además, contempla la realización de actividades comunitarias y recreativas fuera del centro, orientadas a favorecer la inclusión social, la participación activa y el vínculo con el entorno. Estas instancias permiten que los usuarios fortalezcan sus habilidades sociales y de autonomía en contextos reales, promoviendo la integración con la comunidad, la disminución del aislamiento y el reconocimiento de sus derechos como sujetos activos dentro de la sociedad.

El gráfico a continuación muestra la distribución de los 82 usuarios con prestaciones vigentes en el Centro de Integración María Isabel (CIMI) según su grupo etario. Se observa que la mayoría de los participantes (60%) tiene entre 31 y 40 años, lo que representa el rango predominante dentro del programa.

En segundo lugar, los grupos de 25 a 30 años y 41 a 50 años presentan una participación similar, cada uno con un 17% del total. Finalmente, el grupo de 50 años y más corresponde a un 6%, evidenciando una menor representación en el dispositivo.

Esta distribución sugiere que el CIMI atiende principalmente a adultos jóvenes y de mediana edad, grupo que requiere mantener su funcionalidad y estabilidad física, cognitiva y emocional, promoviendo la autonomía y participación social dentro de sus posibilidades, más que procesos de rehabilitación activa.

Los principales diagnósticos incluyen

Trastornos del desarrollo intelectual

- Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos
- Síndromes genéticos y cromosómicos
- Trastornos convulsivos y neurológicos
- Trastornos del espectro autista y del comportamiento
- Trastornos sensoriales
- Trastornos mentales secundarios y demencia

De las 29 actividades programadas entre abril y diciembre de 2025, un 48% ha sido ejecutado gracias a las gestiones realizadas por el equipo. Además, dos actividades se encuentran en proceso de coordinación para su ejecución antes del cierre del año: visita a la Playa Inclusiva y Fiesta Navideña / Víspera de Año Nuevo.

Desafíos 2026 a 2028:

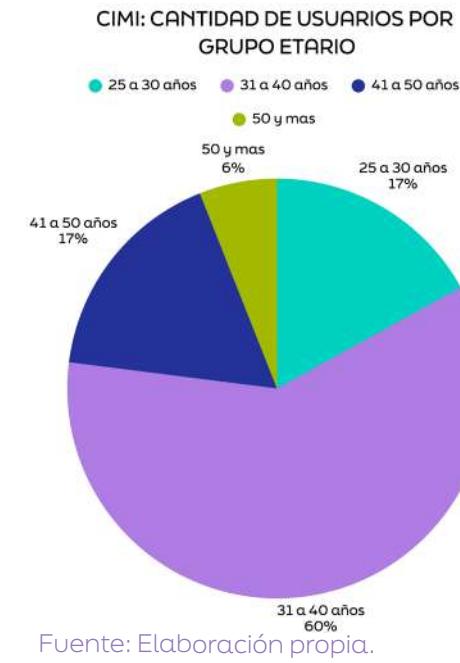
Desde el área de salud, se ha brindado acompañamiento técnico para orientar el desarrollo del centro; sin embargo, la ejecución de las siguientes líneas de trabajo depende de las decisiones y disponibilidad presupuestaria de la administración central, al tratarse de una estrategia financiada con recursos municipales:

Concretar la planificación estratégica del centro, orientando sus líneas de acción al fortalecimiento integral de los usuarios y sus cuidadores, con énfasis en la calidad, la continuidad y la humanización del acompañamiento.

Impulsar estrategias innovadoras que fortalezcan el trabajo colaborativo con cuidadores, incorporen tecnologías de apoyo, promuevan la mejora continua de los procesos y generen alianzas con instituciones externas que amplíen las oportunidades de inclusión y desarrollo.

Adquirir vehículos adaptados para ampliar la cobertura y mejorar las condiciones de traslado de los usuarios, garantizando accesibilidad, seguridad y continuidad en la atención.

Consolidar el trabajo intersectorial, promoviendo la articulación con redes comunitarias y servicios públicos con el fin de fortalecer los vínculos sociales y apoyar el proceso de integración de los usuarios en su entorno.



Fuente: Elaboración propia.



11.1 SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL MODELO APS

Líder de la gestión técnica y clínica del modelo de los programas y apoyo al tratamiento de atención primaria de salud de la comuna y asegurar la calidad, coherencia y cumplimiento técnico-normativo de las atenciones otorgadas en los centros de salud de Atención Primaria de Salud (APS) y de la red asistencial local.

Funciones principales:

Líder y supervisor de la implementación técnica de programas APS y del modelo de atención.

Evaluación técnica del desempeño de programas y estrategias, generando informes para revisión por directora de salud para la toma de decisiones.

Coordinar la red APS corporativa con la red asistencial y actores externos.

Velar por el cumplimiento de normativas, orientaciones técnicas, metas e indicadores sanitarios.

Gestionar recursos públicos mediante convenios con el servicio de salud y otras entidades.

Garantizar la trazabilidad, mantenimiento y abastecimiento de insumos y equipos críticos.

Supervisar la gestión farmacéutica y la seguridad tecnológica (tecnovigilancia).

Promover mejoras basadas en evidencia y monitoreo continuo de resultados.

Objetivos:

Asegurar una implementación coherente y de calidad del modelo de los programas de atención primaria (APS) en la comuna.

Fortalecer la continuidad asistencial mediante la articulación de redes y coordinar recursos técnicos y logísticos.

Monitorear y analizar el cumplimiento de metas sanitarias e indicadores establecidos en la red.

Optimizar la gestión de insumos, equipamiento y medicamentos para garantizar disponibilidad y seguridad.

Mejora continua del modelo mediante evaluación, capacitación y gestión basada en datos.

Garantizar la implementación eficaz y técnicamente adecuada de los programas de salud comunales.

Promover la coordinación intersectorial y de la red para una atención continua e integral de los programas de salud.

Optimizar el uso de recursos públicos y la gestión de convenios para fortalecer la oferta de servicios.

Mejorar resultados de salud poblacional mediante evaluación, supervisión y apoyo técnico a los equipos de las diferentes estrategias y dispositivos de salud de la red.



Capacidad de Planificar: por medio de la definición y monitoreo de indicadores, metas, recursos y pasos a seguir. Pilares Estratégicos de la Subdirección de Gestión del Modelo de APS

Pilar de Atención en el Ciclo Vital	Pilar de Redes Asistenciales	Pilar de Apoyo al Tratamiento
área involucrada	área Involucrada	área involucrada
Coordinación Infanto Juvenil. Coordinación del Adulto y Personas Mayores. Coordinación de Salud Sexual y Reproductiva. Coordinación de Rehabilitación, Vida Sana y PAMA.	Coordinación de Salud Oral y Junaeb. Coordinación de GES y Redes Asistenciales. Coordinación de Promoción y Participación.	Coordinación Bodega Central. Coordinación vigilancia y Auditoría de procesos Coordinación Gestión de asuntos de Farmacia Coordinación de Servicios Farmacéuticos.
Gestor Pilar de Atención en el Ciclo Vital.	Gestor Pilar de Redes Asistenciales. PROPSITO	Gestor Pilar de Apoyo al Tratamiento
Asegurar la provisión integral, continua, de alta calidad y de acceso equitativo a la atención de salud dentro del ciclo vital de los usuarios en toda la comuna de Puente Alto, dirigiendo equipos y recursos para lograr resultados de impacto positivo en la calidad de vida de los usuarios.	Asegurar la provisión integral y continuidad del cuidado de las atenciones de especialidad, referencia y contra referencia para la comuna de Puente Alto. Dirigiendo equipos, recursos, gestión y articulación de las redes internas y externas para lograr resultados de impacto positivo en la calidad de vida de los usuarios.	Garantizar la provisión integral, oportuna y de alta calidad a través de los servicios de apoyo al tratamiento a programas de salud de APS, maximizando el uso, abastecimiento y distribución de los recursos con impacto positivo en la salud integral de la población de Puente Alto.
OBJETIVO		
Líderar la Calidad y Evaluación de Impacto: Garantizar el cumplimiento de los indicadores de gestión y resultados (KPIs), asegurando la excelencia y la mejora continua en la atención Integral dentro del ciclo vital a la comunidad. Garantizar la Pertinencia Estratégica: Planificar y alinear los programas y servicios correspondientes a la atención integral en el ciclo vital de los usuarios, acorde a las necesidades epidemiológicas y sociales específicas de Puente Alto, asegurando una cobertura y acceso efectivo a la población objetivo. Optimizar la Eficiencia y los Recursos: Diseñar, estandarizar y optimizar los procesos operativos y clínicos para reducir cuellos de botella y maximizar la eficiencia en la entrega de la atención, garantizando el uso costo-efectivo de los recursos.	Líderar la Calidad y Evaluación de Impacto: Garantizar el cumplimiento de los indicadores de gestión y resultados (KPIs), asegurando la continuidad de la atención, gestión de redes, referencia y contrareferencia y la mejora continua en la provisión de servicios de especialidades y apoyo diagnóstico Integral a la comunidad. Garantizar la Pertinencia Estratégica: Planificar y alinear las gestiones correspondientes a la articulación de la red interna y externa, los servicios de especialidad y apoyo diagnóstico con las necesidades epidemiológicas y sociales específicas de Puente Alto, asegurando la continuidad del cuidado en APS, cobertura y acceso efectivo a la población objetivo. Optimizar la Eficiencia y los Recursos: Diseñar, estandarizar y optimizar los procesos operativos y clínicos para reducir cuellos de botella y maximizar la eficiencia en la entrega de la atención y continuidad del cuidado, garantizando el uso costo-efectivo de los recursos.	Líderar la Calidad y Evaluación de Impacto: Garantizar el cumplimiento de los indicadores de gestión y resultados (KPIs), asegurando la continuidad del cuidado y tratamiento a través de la provisión, gestión y optimización de los recursos a los dispositivos de salud de la red a la comunidad. Garantizar la Pertinencia Estratégica: Planificar y alinear los servicios de apoyo al tratamiento de acuerdo con las necesidades específicas de cada dispositivo de salud de Puente Alto, asegurando una cobertura y acceso efectivo a los insumos y medicamentos para la población objetivo. Optimizar la Eficiencia y los Recursos: Diseñar, estandarizar y optimizar los procesos operativos y clínicos para reducir cuellos de botella y maximizar la eficiencia en la entrega de la atención, garantizando el uso costo-efectivo de los recursos.
HABILIDADES BLANDAS/INTERPERSONALES		
Capacidad de liderar equipos. Capacidad de desarrollar talento de los equipos a cargo. Comunicación efectiva, clara y orientada al objetivo. Orientación a la satisfacción del usuario/a interno y externo.		
HABILIDADES ANALÍTICAS Y ESTRATÉGICAS		
Capacidad de tomar decisiones en base a datos Habilidad de diagnóstico y pensamiento crítico. Capacidad analítica, búsqueda de patrones, oportunidades de mejora, tanto para las prestaciones de los programas como para la gestión de oferta y demanda asistencial.		
HABILIDADES DURAS / TÉCNICAS		

Gestor Pilar de Atención en el Ciclo Vital.	Gestor Pilar de Redes Asistenciales.	Gestor Pilar de Apoyo al Tratamiento
Desafíos estratégicos 2026-2028		
<p>Homogeneizar la implementación de MAIS/ECICEP y fortalecer el modelo en todos los dispositivos de la red, con estandarización de procesos a nivel local, fortaleciendo la atención integral y mejora continua.</p> <p>Fortalecer la cobertura en prestaciones de programas de APS, aumentando el acceso y oportunidad de atención en la población objetivo a través de estrategias clave como la optimización de la gestión de la demanda, búsqueda activa y rescate, gestión y articulación con el intersector, optimización de agendas y sistemas de información.</p> <p>Potenciar la resolutividad de los diferentes programas de APS en cada ciclo vital del usuario, mediante formación, supervisión clínica y herramientas estandarizadas.</p> <p>Optimizar estrategias de intervención en grupos objetivos con baja cobertura y adherencia en prestaciones de carácter preventivo y de promoción. Reducir brechas de acceso y tiempos de espera mediante optimización de agenda, intervenciones breves e incorporación de la teleasistencia.</p> <p>Estandarizar y potenciar sistemas de información y trazabilidad (RCE Rayen) a través de la implementación de manuales comunales de registro/derivación, calidad de los datos y seguimiento oportuno para monitoreo y toma de decisiones.</p> <p>Optimizar recursos en materias de infraestructura ante las brechas de espacio físico, a través de estrategias de rediseño de plantas, distribución de horarios, salas multipropósito, tele atención, gestión de flujos, entre otras.</p> <p>Gestión eficiente del RRHH, para optimizar el trabajo clínico asistencial y de gestión, priorizando y focalizando los recursos, con integración y sinergia Inter programática, maximización de la productividad clínica y ajuste y redistribución de dotación según demanda asistencial.</p> <p>Fortalecer competencias técnicas y de gestión a los equipos de coordinación comunal y de los dispositivos de la red, para potenciar sus competencias y trabajo en red.</p> <p>Integrar estrategias con el Inter sector y trabajo con el territorio para despliegue de prestaciones en cada territorio, estableciendo flujos caros con respuesta oportuna.</p>	<p>Optimizar y fortalecer procesos de referencia y contrarreferencia entre APS y los dispositivos especializados, consolidando el CUD con capacitación continua, indicadores de oportunidad/pertinencia y retroalimentación sistemática entre la red APS-secundario, garantizando la continuidad en la atención.</p> <p>Mantener y fortalecer la gestión de Garantías Explicitas en Salud en un 100%, cerrando la brecha de las exceptuadas, garantizando la continuidad en la atención.</p> <p>Fortalecimiento resolutivo local y articulación con la red a través de estrategias de resolución en oftalmología, otorrino, cirugía menor e imágenes; ampliando convenios público privados vigentes para mejorar la oferta, reduciendo las LE.</p> <p>Gestión de listas de espera a través de monitoreo permanente, optimización del registro/seguimiento, refuerzo y optimización del RRHH clínico-administrativo y continuidad operativa de diagnóstico.</p> <p>Acercar prestaciones diagnósticas y de especialidades al territorio mediante dispositivos móviles y estrategias comunitarias que fortalezcan la oportunidad, equidad y resolutividad de la red local de salud.</p> <p>Implementar un sistema integrado de registro, seguimiento y monitoreo para toma de decisiones basadas en evidencia.</p> <p>Desarrollo de capacidades y cultura de datos, a través de la capacitación en gestión de procesos a equipos coordinadores comunitales y de los dispositivos de la red local, para análisis de información y uso de sistemas (SIGGES, CUD, HD)</p>	<p>Fortalecer y estandarizar el sistema de logística de abastecimiento, almacenamiento y distribución (FEFO, cadena de frío), implementando sistemas de inventario integrados con Rayen, que permitan monitoreo de stock crítico para asegurar la continuidad operativa.</p> <p>Potenciar auditorías y análisis oportunos para retroalimentación e implementación de planes de mejora que sean evaluables en un periodo determinado.</p> <p>Avanzar en estrategias que permitan la implementación y desarrollo de la Droguería comunal.</p> <p>Regularización de botiquines / farmacias, homologando documentación técnica, monitoreo y articulación con el SSMSO.</p> <p>Mejorar infraestructura y equipamiento crítico para asegurar continuidad operativa y condiciones seguras de atención.</p> <p>Implementar un sistema integrado de registro, seguimiento y monitoreo para toma de decisiones basadas en evidencia.</p> <p>Avanzar en el desarrollo de estrategias que permitan obtener financiamiento para equipamiento e infraestructura.</p>

11.1.1. Coordinaciones comunales subdirección gestión del modelo

COORDINACIÓN DE SALUD INFANTOJUVENIL

El objetivo principal es gestionar integralmente el Programa Infanto-Adolescente a nivel comunal, coordinando acciones y asegurando atención de calidad para niños y jóvenes. En los últimos años, la comuna ha avanzado en controles de salud, promoción de la lactancia, evaluación del desarrollo y atención del autismo, consolidando salas de psicomotricidad y creando un centro especializado en neurodesarrollo. Sin embargo, la demanda en salud mental y por atención en TEA ha superado la capacidad, por lo que es necesario ampliar recursos y fortalecer la coordinación con otros sectores. Además, la transición a RAYEN revela la importancia de estandarizar registros, capacitar a los equipos y asegurar el cumplimiento de metas sanitarias.

Programas de Salud Oral Infantil: La salud bucal infantil es prioritaria por su impacto en el desarrollo y bienestar de los niños. La prevalencia de caries aumenta desde los 2 hasta los 6 años, afectando la masticación, el sueño, el rendimiento escolar y la salud emocional, además de prever problemas futuros en dientes permanentes. El programa se enfoca en mantener la salud bucal mediante prevención, controles y educación, empoderando a niños y familias para fomentar hábitos saludables desde temprano. El objetivo es garantizar el acceso a controles odontológicos, detectar y tratar patologías tempranamente, y promover hábitos que aseguren una buena salud bucal durante toda la infancia.

Programa preventivo	Programa rehabilitador
Sembrando Sonrisas.	GES Salud Oral de niños y niñas de 6 años y urgencias odontológicas.
Programa CERO.	Programa Salud Oral JUNAEB.
Programa Salud Oral JUNAEB.	Morbilidad odontológica.
	Atención Odontológica Integral a beneficiarios del Programa de atención en Domicilio a pacientes con dependencia severa.

El programa Sembrando Sonrisas lleva a cabo actividades de promoción, prevención y diagnóstico de salud bucal en 221 establecimientos parvularios, beneficiando a más de 13,500 niños de 2 a 5 años mediante aplicación de flúor y entrega de kits dentales.

El GES Salud Oral asegura el acceso y la calidad del tratamiento odontológico integral para niños de 6 años y urgencias odontológicas.

El Programa CERO opera desde los 6 meses, controlando el riesgo de caries en más de 5,300 niños de 0 a 9 años, de los cuales más de 3,100 están libres de caries.

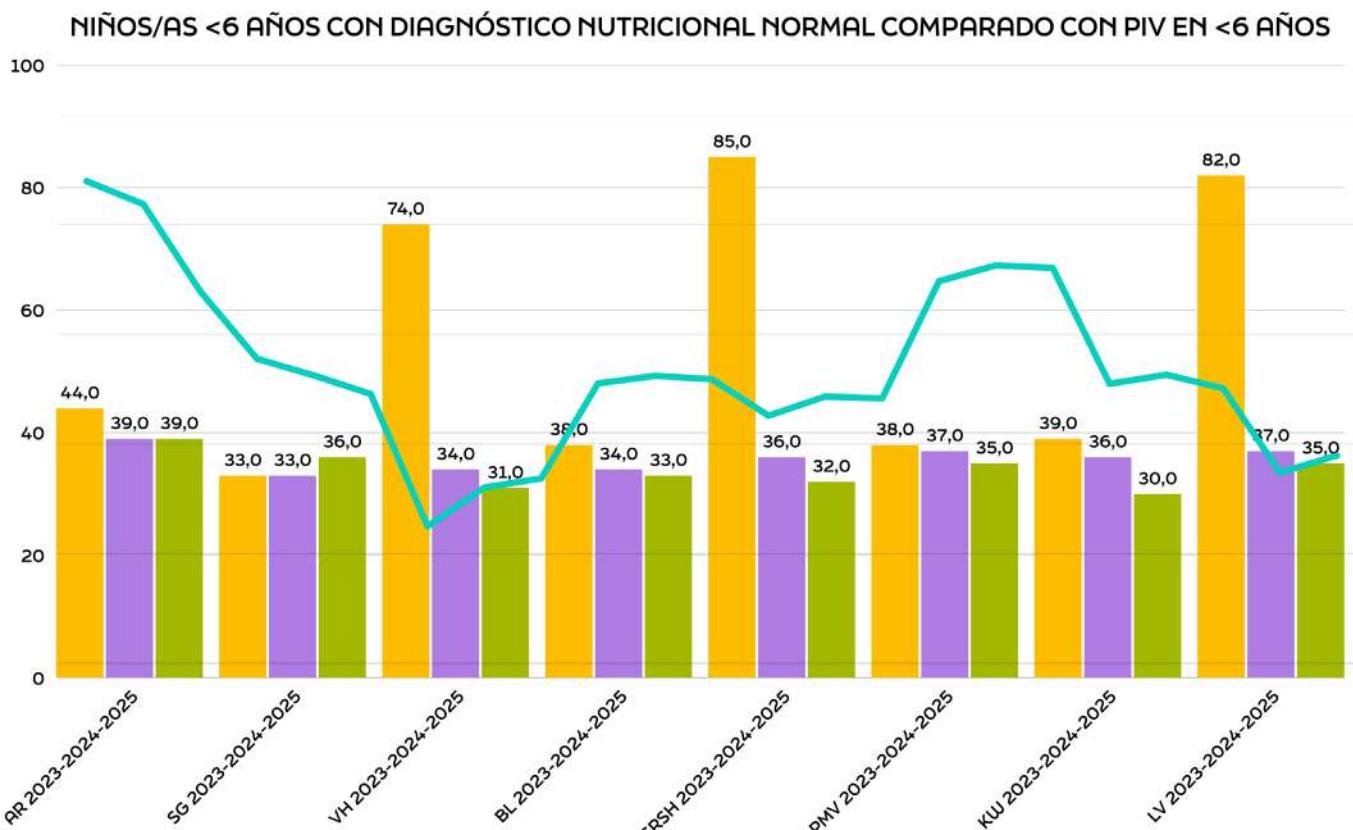
El programa Sembrando Sonrisas lleva a cabo actividades de promoción, prevención y diagnóstico de salud bucal en 221 establecimientos parvularios, beneficiando a más de 13,500 niños de 2 a 5 años mediante aplicación de flúor y entrega de kits dentales.

El GES Salud Oral asegura el acceso y la calidad del tratamiento odontológico integral para niños de 6 años y urgencias odontológicas.

El Programa CERO opera desde los 6 meses, controlando el riesgo de caries en más de 5,300 niños de 0 a 9 años, de los cuales más de 3,100 están libres de caries.

El Programa Salud Oral JUNAEB, dirigido a estudiantes desde Pre-Kínder hasta 8º básico en 35 establecimientos, promueve la prevención y recuperación de la salud bucal, con énfasis en educación y hábitos de higiene, aumentando en 2025 el número de beneficiarios a 4,428 niños y adolescentes.

Nutrición Infantil: El objetivo es promover un estado nutricional saludable en niños menores de 6 años en Puente Alto, mediante acciones de promoción, prevención y tratamiento de la malnutrición por exceso, fortaleciendo la educación alimentaria familiar y la colaboración con programas y redes educativas. Sin embargo, entre 2022 y 2025, la comuna muestra una tendencia creciente en sobrepeso y obesidad en esta población, evidenciando un aumento en la malnutrición por exceso en todos los CESFAM, aunque con variaciones en la magnitud y ritmo del cambio.



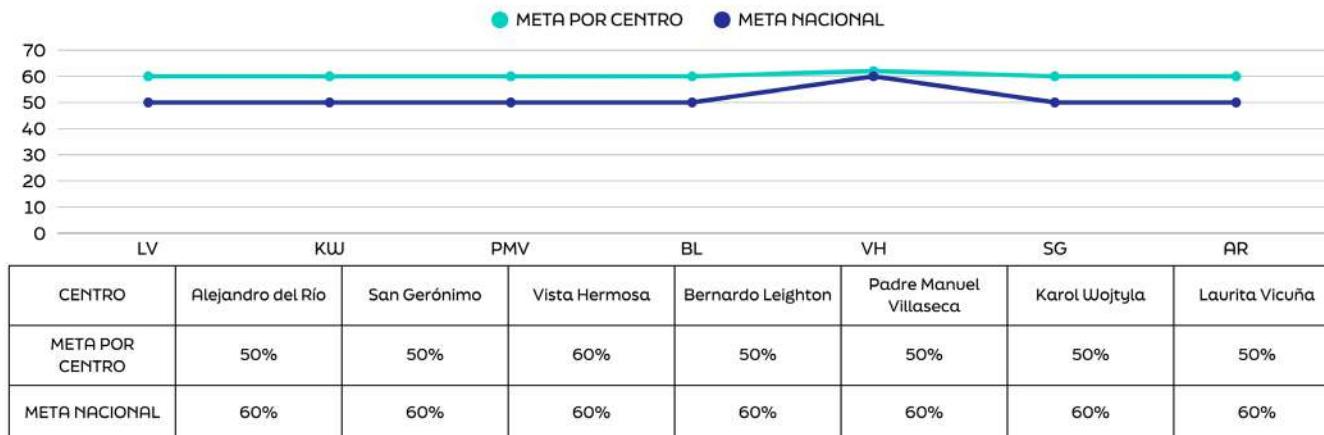
Fuente: REM SP Años 2023, 2024 y 2025 Puente Alto Elaboración propia.

A septiembre de 2025, solo el 34% de los niños menores de 6 años en la comuna presenta un diagnóstico nutricional normal, disminuyendo respecto a 2023 y 2024. Los centros con mayores porcentajes de normalidad son Alejandro del Río y San Gerónimo, mientras que Vista Hermosa y Karol Wojtyla tienen los resultados más bajos, evidenciando una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil. Las causas principales son hábitos alimentarios familiares inadecuados, poca adherencia a controles y escasa actividad física, especialmente en contextos vulnerables. Los equipos locales enfrentan sobrecarga, limitaciones en la educación alimentaria y poca articulación con programas de salud y jardines infantiles.

LOS DESAFÍOS INCLUYEN	
Potenciar la promoción en colegios, mejorar registros en RAYEN y REM.	Mejorar la cobertura de diagnósticos normales en menores de 2 años.
Crear comités de lactancia.	Reducir la malnutrición por exceso en menores de 6.
Capacitar a los profesionales en temas como la alimentación en niños con autismo.	Fortalecer estrategias educativas y de acompañamiento familiar.

Lactancia Materna: Puente Alto ha avanzado en salas de lactancia y consejerías, pero aún no alcanza la meta de promoción de la lactancia exclusiva hasta los 6 meses. Las principales barreras son culturales, laborales y de registros deficientes.

COBERTURA DE LACTANCIA MATERNA AL 6° MES



Aunque los equipos comunales muestran compromiso con la lactancia, las cifras no alcanzan la meta por barreras culturales, laborales y de registros. Se han avanzado con clínicas, talleres y consejerías, pero la falta de salas acreditadas y adecuadas limita el impacto.

LOS DESAFÍOS INCLUYEN	
Aumentar la cobertura de lactancia exclusiva.	Promover la corresponsabilidad familiar y laboral.
Fortalecer y acreditar salas.	Capacitar al personal.
Promover el derecho a lactar sin discriminación.	Fortalecer los comités de lactancia para mejorar la promoción en toda la comunidad.

Programa Infecciones Respiratorias Agudas (IRA): Las Salas IRA en la comuna mantienen una cobertura estable y personal capacitado, siendo clave en la atención de menores de 5 años en invierno, aunque la alta demanda estacional aún sobrepasa su capacidad. Se han implementado monitoreos y controles más cercanos, pero es necesario reforzar la educación a cuidadores, mejorar la detección temprana de casos graves, asegurar el equipamiento y ampliar la capacidad resolutiva.

LOS DESAFÍOS INCLUYEN

Mantener coberturas durante picos de demanda.	Ampliar recursos.
Fortalecer la educación familiar.	Implementar protocolos de seguimiento.
Mejorar la preparación para campañas de invierno	

Programa Nacional de inmunizaciones: El Programa Nacional de Inmunizaciones busca garantizar coberturas de vacunación en todos los grupos de edad para prevenir enfermedades inmunoprevenibles en Puente Alto. La incorporación de la vacuna contra el VRS ha sido un avance clave, reduciendo significativamente hospitalizaciones y mortalidad infantil, especialmente en lactantes menores, consolidándose como una de las intervenciones más impactantes en salud pública en los últimos años.

LOS DESAFÍOS INCLUYEN

Alcanzar la meta de vacunación anti influenza al 85% en el grupo objetivo de 6 meses a quinto básico.	Fortalecer la educación comunitaria frente a la desinformación sobre vacunas.
Alcanzar la vacunación escolar al 90% de cobertura.	Optimizar los procesos de registro y monitoreo de coberturas en RNI.
Realizar rescates efectivos de población con esquemas incompletos.	Consolidar equipos comunales de vacunación con capacitación continua y apoyo operativo.

Programas de Refuerzo en Infancia: Programa Chile Crece Contigo (ChCC): Puente Alto ha avanzado en controles de salud y evaluación del desarrollo infantil, con un cumplimiento del 55,8% en el programa Chile Crece Contigo en 2025. Destacan el control de recién nacidos dentro de los 10 días (67%) y la atención a niños en situación de vulnerabilidad (90%). Sin embargo, hay baja participación paterna (7,6%) y escasa ejecución en talleres de apoyo familiar. El programa requiere fortalecer el acompañamiento familiar, mejorar los registros en RAYEN, ampliar la integración con otros sectores y ampliar las actividades de estimulación y educación parental, especialmente con un enfoque intercultural y de diversidad.

LOS DESAFÍOS INCLUYEN

Alcanzar una cobertura superior al 90% en todos los indicadores del programa.	Aumentar los tiempos dedicados a actividades de estimulación y seguimiento, acreditando las salas de estimulación a nivel intermedio.
Mejorar los registros en RAYEN y SDRM.	
Fortalecer la colaboración intersectorial con educación y redes sociales.	Desarrollar nuevas estrategias de acompañamiento familiar y educación parental, con un enfoque intercultural y de diversidad.

Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC / PACAM): El PNAC y su extensión para adultos mayores (PACAM) mantienen una cobertura estable en la entrega de productos, pero enfrentan desafíos en la adherencia del grupo de gestantes, seguimiento de personas mayores dependientes y en la gestión de registros y almacenamiento. Para mejorar, se propone alcanzar una cobertura del 70% en ambos programas, fortalecer la coordinación entre equipos, implementar protocolos de gestión en bodegas, mejorar infraestructura y equipamiento, promover la educación alimentaria y establecer sistemas de supervisión y auditoría para garantizar la calidad y seguridad de la entrega.

Programa Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil (FIADI):

El Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC/PACAM) garantiza el acceso a alimentos fortificados para niños, gestantes, nodrizas y personas mayores. En 2025, mantiene coberturas estables, pero enfrenta desafíos en la adherencia de gestantes y en la identificación de personas mayores dependientes. Además, existen dificultades en la trazabilidad, infraestructura y articulación con otros servicios.

LOS DESAFÍOS INCLUYEN

Aumentar coberturas.	Fortalecer la infraestructura.
Mejorar la coordinación.	Promover la educación alimentaria y la supervisión del programa.

Programa de Atención Integral al Desarrollo Infanto Adolescente (ADIA):

El Programa ADIA busca promover la inclusión social, educativa y sanitaria de niños y adolescentes con autismo mediante atención multidisciplinaria y acompañamiento familiar. En Puente Alto, se ha implementado salas de psicomotricidad y el Centro Neuro Puente, abierto en agosto de 2025, que ha atendido a 153 casos, confirmando la alta demanda y la necesidad de fortalecer recursos y coordinación intersectorial.

LOS DESAFÍOS INCLUYEN

Ampliar la dotación de profesionales.	Fortalecer la detección y derivación temprana.
Mejorar infraestructura en CESFAM.	Capacitar a equipos en neurodiversidad.
Fortalecer la detección y derivación temprana.	Promover la sensibilización comunitaria y participación familiar.

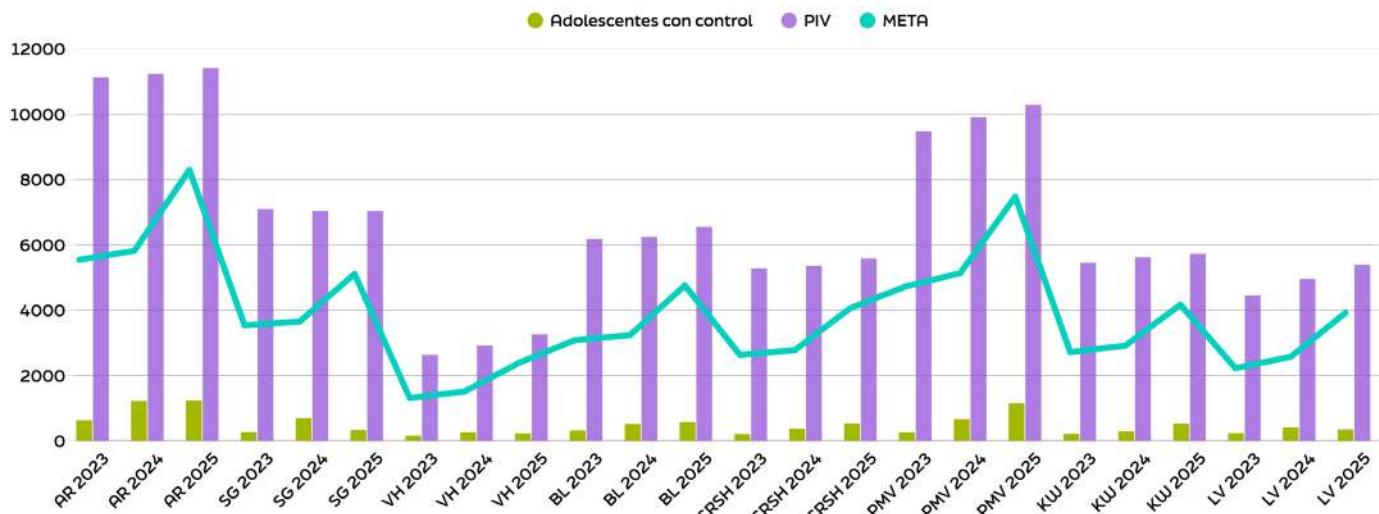
Brechas detectadas en el ciclo vital infantil durante 2025: Existen desigualdades territoriales en infraestructura y cobertura de servicios, con falta de espacios adecuados y recursos humanos especializados, generando listas de espera y dificultando el seguimiento. Los registros clínicos son incompletos y no estandarizados, limitando la trazabilidad y evaluación. La cobertura en controles tempranos, talleres y lactancia es insuficiente, y hay un aumento en malnutrición por exceso y baja adherencia a orientaciones nutricionales. La atención en salud mental, trastornos del desarrollo y autismo tiene capacidad limitada y brechas en formación. Además, hay poca participación familiar en decisiones, falta de protocolos actualizados y espacios adecuados, y escasez de capacitación continua en áreas claves. La respuesta a patologías respiratorias y odontológicas también presenta deficiencias, con altas tasas de inasistencia y

poca oferta de atención en horarios extendidos.

Desafíos 2026 en el eje de infancia: Se busca avanzar hacia un modelo integral y territorial de salud infanto-juvenil con continuidad del cuidado y cuidado equitativo en todos los centros. Es fundamental estandarizar los registros clínicos, mejorar coberturas en controles y programas de primera infancia, reducir la malnutrición por exceso, potenciar la lactancia materna y fortalecer las salas de estimulación, neurodesarrollo y salud mental, promoviendo la detección precoz, intervención y sensibilización comunitaria. Además, se prioriza la coordinación intersectorial, la participación activa de niños y familias, y la mejora continua mediante capacitación basada en evidencia, incluyendo también la atención odontológica especializada para usuarios con necesidades particulares.

Adolescencia: En 2023-2025, existe una brecha constante entre adolescentes inscritos y los que participan en controles en los CESFAM de Puente Alto. Los centros Padre Manuel Villaseca y Alejandro del Río tienen las mayores coberturas, mientras que Vista Hermosa y San Gerónimo muestran las cifras más bajas. Aunque hubo un pequeño aumento en controles en 2025, se requiere fortalecer la captación activa, la coordinación con espacios amigables y promover controles en colegios.

ADOLCESCENTES CON CONTROL DE SALUD



Fuente: Datos corporación municipal. Elaboración propia.

Programas de Refuerzo de Adolescencia: Espacios Amigables para Adolescentes: En Puente Alto, hay tres Espacios Amigables en CESFAM que han fortalecido la promoción de la salud integral adolescente, con avances en talleres, consejerías y actividades comunitarias en 2025, demostrando alto compromiso de los equipos. Sin embargo, estas acciones no han aumentado proporcionalmente los controles clínicos, señalando la necesidad de mejorar la coordinación entre promoción, consejería y atención clínica. Además, persisten brechas como baja participación de adolescentes varones, limitaciones en infraestructura y recursos, rotación de profesionales y falta de integración con salud mental y colegios para un abordaje más integral y sostenido.

Programa Nacional de inmunizaciones: El Programa Nacional de Inmunizaciones en Chile destaca la importancia de vacunar a los adolescentes contra el VPH y la DTPa para prevenir enfermedades de alto impacto. Los objetivos son alcanzar coberturas del 90%, promover la continuidad del esquema de vacuna y fortalecer la coordinación entre salud y educación. Los desafíos incluyen reducir la resistencia y desinformación, asegurar el acceso en los centros educativos, recuperar esquemas atrasados tras la pandemia, mejorar los registros y sensibilizar a las familias sobre la importancia de la vacunación para prevenir el cáncer cervicouterino y otras enfermedades.

Programa Salud Mental Adolescente: El programa de salud mental adolescente busca potenciar factores protectores, promover la prevención y brindar atención integral a los jóvenes, fortaleciendo actividades en establecimientos educativos y en coordinación con redes intersectoriales y comunitarias. En Puente Alto, se trabaja en la gestión de casos de situaciones críticas, como intentos de suicidio, con 190 notificaciones en 2023, priorizando la atención en los centros de salud y coordinando con la red. Además, se fomenta la continuidad del cuidado mediante consultas con psiquiatras y espacios de aprendizaje para los equipos de salud. La meta es atender al 18% de los adolescentes con problemas de salud mental, y hasta septiembre, se ha alcanzado una cobertura del 144%, brindando atención a más de 3,100 jóvenes, demostrando una gestión activa y oportuna en la comuna.

COBERTURA DE ATENCIÓN POR SALUD MENTAL									
Población Bajo Control SM	AR 734	SG 332	VH 222	BL 463	CRSH 293	PMV 454	KW 344	LV 305	Total 3147
Cumplimiento de la cobertura esperada a junio 2025	162%	119%	172%	179%	133%	112%	152%	143%	144%

Fuente: REM P06 junio 2025. Elaboración propia.

Respecto a las principales consultas de los adolescentes son por Trastorno por Déficit de la Atención con o sin Hiperactividad y por cuadros Ansiosos.

PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE SALUD MENTAL EN ATENCIÓNES DE SALUD MENTAL ADOLESCENTE									
	AR 37%	SG 44%	VH 54%	BL 43%	CRSH 52%	PMV 42%	KW 37%	LV 45%	Total 43%
Trastorno por Déficit Atencional	40%	41%	29%	21%	32%	34%	36%	36%	34%
Trastornos por Ansiedad	25%	17%	18%	21%	10%	22%	16%	20%	20%
Trastorno del Comportamiento y las Emociones	2%	4%	1%	26%	2%	0%	5%	5%	6%
Depresión	2%	2%	1%	4%	5%	5%	6%	4%	3%

Fuente: REM P6 junio 2025 y REM 13 junio. Elaboración propia.

Salud Sexual y reproductiva en adolescentes: Durante 2025 no se reportan casos de segundo embarazo adolescente por quinto año consecutivo. Las preferencias anticonceptivas se mantienen distribuidas entre implantes, inyectables y píldoras. Se ha habilitado atención vespertina y en sábados para

facilitar el acceso, y, pese a la pandemia, se ha garantizado la continuidad en temas de salud sexual y reproductiva para adolescentes, apoyando la tasa de embarazo infantil en menores de 19 años. Además, ha aumentado notablemente el uso de doble método anticonceptivo (como preservativo junto con otro método) para prevenir ITS y VIH, con campañas de testeo rápido en CESFAM y acciones comunitarias dirigidas desde los 14 años

COBERTURA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN POBLACIÓN ADOLESCENTE DE 15 A 19 AÑOS.									
	AR	SG	VH	BL	CRSH	PMV	KW	LV	Total
Total Adolescentes inscritos 15 a 19 años.	5611	2641	1581	3340	2763	5169	2824	2543	26472
Adolescentes de 15 a 19 años con uso de anticonceptivos.	1116	851	303	591	707	728	430	415	5141
Cobertura.	20%	32%	19%	18%	26%	14%	15%	16%	19%

Fuente: REM P01 Sección A, junio 2025. Elaboración propia.

La estrategia de Espacio Amigable ha tenido un impacto positivo en el acceso y continuidad de atención en planificación familiar, destacándose en los CESFAM San Gerónimo y Cardenal Raúl Silva Henríquez, que superan ampliamente la meta del 21% para 2025. Sin embargo, en 2025, se registraron 2 casos de adolescentes menores de 14 años en control prenatal, lo que activó la Ley IVE para su acompañamiento y protección contra posibles abusos. Además, la situación de gestantes adolescentes en la comuna varía entre los diferentes CESFAM, como se aprecia en la siguiente tabla:

GESTANTES ADOLESCENTES INGRESADAS A CONTROL PRENATAL									
	AR	SG	VH	BL	CRSH	PMV	KW	LV	Total
Gestantes adolescentes ingresadas a control prenatal.	13	18	12	21	19	20	23	4	130
Total de gestantes ingresadas.	435	247	151	263	244	401	236	191	2168
Porcentaje de embarazo adolescente a Sept 2025	3%	7%	8%	8%	8%	5%	10%	2%	6%

Fuente: REM A05, sección A, enero a septiembre 2025. Elaboración propia.

El 5,99% de las gestantes son adolescentes, ligeramente por encima del promedio nacional del 5%, indicando que el embarazo adolescente sigue siendo un problema relevante en la comuna. Las mayores proporciones (entre 7% y 10%) se concentran en los CESFAM KW, BL, VH, CRSH y SG, los cuales deben ser priorizados para fortalecer acciones de prevención y acceso a anticonceptivos.

En 2025, las brechas en la atención adolescente en Puente Alto incluyen registros incompletos, baja participación en controles y vacunación, dificultades de acceso y poca articulación con establecimientos educativos y programas comunitarios. También hay déficits en recursos humanos, infraestructura y capacitación en temáticas de salud mental y sexualidad, además de participación juvenil limitada en decisiones comunales.

Los desafíos para 2026 - 2028 son aumentar la cobertura de controles en al menos un 80%, estandarizar registros, promover la prevención en salud mental, fortalecer la coordinación intersectorial y ampliar espacios físicos y actividades participativas. Además, se busca fortalecer competencias técnicas, promover la participación activa de adolescentes, mejorar la educación sexual y garantizar un acceso efectivo y diferenciado para adolescentes hombres y mujeres, articulando mejor los ámbitos de salud, educación y comunidad.

Coordinación comunal de Adulto y Personas Mayores

La presente coordinación busca garantizar una gestión eficiente y coordinada de los programas de salud para adultos y personas mayores en los 8 CESFAM de la comuna, alineados con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS). Esto incluye implementar y supervisar estrategias como ECICEP, MAIS, PSCV y ERA, fortaleciendo los cuidados centrados en las personas, la prevención y la continuidad de atención.

Programas de salud del adulto y persona mayor

Programa de Salud Cardiovascular: El programa busca detectar, prevenir y controlar factores de riesgo cardiovascular, promoviendo estilos de vida saludables y garantizando atención continua y de calidad para quienes tienen o no patologías como hipertensión, diabetes o dislipidemia, con el fin de reducir la morbilidad y mortalidad. En 2025, se avanzó en el control de estas patologías mediante la estrategia ECICEP, promoviendo una atención más humanizada y multidisciplinaria, con un total de 6,455 controles cardiovaseulares en ese período. Actualmente, el 28.7% de los pacientes con diabetes y el 36.83% de los hipertensos están compensados. Además, se aumentó la cobertura de exámenes preventivos en actividades comunitarias, aunque aún hay margen para ampliar estos servicios en el futuro cercano.

Programas de Salud Bucal: La atención odontológica en adultos y adultos mayores se centra en la recuperación de daños bucodentales existentes, debido a una alta carga de enfermedades como caries y periodontitis, que requieren tratamientos avanzados, especialmente en personas con patologías crónicas no resueltas. La mayoría de las personas mayores de 65 años tienen pocas piezas dentales y utilizan prótesis, afectando funciones esenciales como alimentación y comunicación. Los centros de salud ofrecen atención integral garantizada por el sistema GES, incluyendo prótesis en algunos casos. Los objetivos son mejorar la salud bucal a través de tratamientos y ampliar el acceso, priorizando la calidad, seguridad y atención centrada en la persona, en línea con el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria.

PROGRAMAS REHABILITADORES:

GES Salud Oral: persona gestante, persona de 60 años, urgencias odontológicas.

Atención Odontológica Integral o Mujeres y Hombres.

Mejoramiento al Acceso: consultas de morbilidad en extensión horaria, tratamientos de especialidad: endodoncia, periodoncia y rehabilitación protésica.

Atención Odontológica Integral a beneficiarios del Programa de Atención en Domicilio a pacientes con dependencia severa.

Los programas de salud oral en Puente Alto incluyen el GES Salud Oral, que garantiza acceso y calidad en tratamientos odontológicos para personas de 60 años y más, así como urgencias. Además, se realiza atención integral con prótesis removibles para usuarios mayores de 20 años, con más de 1,300 altas hasta ahora. También se atienden beneficiarios del programa domiciliario con dependencia severa y sus cuidadores, con más de 720 altas odontológicas. Para mejorar el acceso, se ofrecen actividades en horarios extendidos y atención en especialidades como endodoncia, periodoncia y rehabilitación protésica, priorizando la continuidad y la inclusión laboral.

Salud mental del adulto y personas mayores: El programa de salud mental busca promover espacios que fortalezcan la salud mental positiva, la comunidad y las redes de apoyo para facilitar consultas oportunas. A septiembre de 2025, 7,593 adultos y mayores están en control, con aproximadamente 39,000 atenciones realizadas, alcanzando el 66,5% de la cobertura esperada.

COBERTURA DE ATENCIÓN POR SALUD MENTAL ADULTOS Y PERSONAS MAYORES										
Factor	Grupo Etario	AR	SG	VH	BL	CRSH	PMV	KW	LV	Total
Población Bajo Control SM	Adultos.	1142	617	178	1122	535	1151	659	754	6158
	Personas Mayores.	322	157	23	293	87	246	123	184	1435
Cumplimiento de la cobertura esperada a junio	Adultos.	53%	52%	36%	96%	59%	60%	82%	90%	65%
	Personas Mayores.	58%	56%	30%	116%	69%	49%	109%	91%	68%

Fuente: REM P6 junio 2025. Elaboración propia.

Dentro de las principales problemáticas de salud mental en la población adulta y mayor, son los trastornos ansiosos, seguidos de cuadros depresivos. A junio 2025, el 9,5 de las personas mayores que consultó a salud mental presentaba algún cuadro de demencia.

COBERTURA DE ATENCIÓN POR SALUD MENTAL ADULTOS Y PERSONAS MAYORES										
Factor	Grupo Etario	AR	SG	VH	BL	CRSH	PMV	KW	LV	Total
Trastornos de Ansiedad.	Adultos.	73%	65%	80%	68%	57%	64%	66%	66%	67%
	Personas Mayores.	73,0%	45,9%	82,6%	62,8%	44,8%	63,8%	56,1%	70,7%	63,1%
Depresión.	Adultos.	13%	10%	4%	14%	31%	23%	22%	21%	18%
	Personas Mayores.	13,7%	6,4%	0,0%	18,4%	28,7%	17,9%	14,6%	15,8%	15,6%
Trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo sustancias psicotrópicas.	Adultos.	7%	15%	1%	4%	7%	7%	8%	3%	7%
	Personas Mayores.	1,6%	4,5%	0,0%	0,0%	3,4%	1,2%	0,8%	1,1%	1,5%
Demencias.	Adultos.	0,5%	0,2%	0,0%	0,3%	0,6%	0,7%	0,3%	0,0%	0,4%
	Personas Mayores.	6,2%	27,4%	17,4%	3,1%	13,8%	9,3%	13,0%	5,4%	9,5%

Fuente: REM P6 junio 2025. Elaboración propia.

A septiembre de 2025, se realizaron 129 notificaciones de usuarios y usuarias de este grupo etario con intento de suicidio desde el Hospital Sotero del Río, y se recibieron 131 notificaciones por ideación suicida de personas que se contactaron solicitando apoyo a las plataformas telefónicas del ministerio de salud. Todas estas notificaciones fueron gestionadas por los equipos de salud de forma prioritaria, ofreciendo atención y coordinaciones oportunas con la red.

PRAPS SENDA APS: Planes de Tratamiento y Rehabilitación de personas con problemas derivados del consumo de drogas y alcohol en población adulta. Atención Primaria de Salud. 2025: El programa PRAPS SENDA APS, resultado de un convenio entre SSMSO, SENDA y la Corporación Municipal de Puente Alto, brinda atención en cuatro centros de salud a 52 personas mensuales con consumo problemático o dependencia de alcohol y otras drogas. Ofrece atención continua en horario extendido, con coordinaciones con la red de salud. Hasta septiembre de 2025, el programa se ha desarrollado de manera óptima en la comuna, cumpliendo completamente sus prestaciones.

Programa Detección, intervención y referencia asistida de alcohol, tabaco y otras drogas (DIR): El programa busca mejorar la salud de las personas mediante la reducción del consumo de alcohol, tabaco y drogas y realizando intervenciones preventivas desde los 10 años. Se realiza tamizaje en todos los centros de salud para detectar precozmente el consumo en riesgo y, en casos de consumo perjudicial o dependencia, se derivan a equipos especializados. Hasta septiembre de 2025, se han tamizado 27,575 personas, con solo el 2% en riesgo y menos del 1% con consumo perjudicial, logrando un cumplimiento del 94% de la meta anual, y se espera superarla en diciembre.

Programa nacional de Inmunizaciones del adulto y adulto mayor: El Programa Nacional de Inmunizaciones en Puente Alto busca garantizar altas coberturas vacunales para prevenir enfermedades, con especial atención a la vacunación de adultos mayores con la vacuna neumocócica 23 valente, y a las embarazadas con la vacuna DTPa para proteger a los recién nacidos. Los desafíos incluyen mejorar la captación y seguimiento en controles de salud, fortalecer la educación sobre la importancia de las vacunas y realizar búsquedas activas para reducir brechas y aumentar la cobertura en estos grupos vulnerables.

Programa Más Adultos Mayores Autovalentes (MAS AMA): El programa MAS AMA busca promover un envejecimiento activo, saludable y participativo en Puente Alto, fortaleciendo la autovalencia física, cognitiva y emocional de las personas mayores a través de talleres, acciones comunitarias y el geroactivismo, convirtiendo a las personas mayores en agentes de cambio. Actualmente, alcanza cerca de 4,000 mayores al año en actividades que promueven autonomía y bienestar, con impacto en la calidad de vida de más de 2,800 personas. Los desafíos incluyen ampliar la cobertura, mejorar la accesibilidad de espacios, actualizar programas preventivos (EMPAM y EMPA), fortalecer redes de geroactivistas y promover la inclusión intergeneracional, consolidando un trabajo intersectorial para un envejecimiento activo y comunitario.

Salud Respiratoria del Adulto (Sala ERA): Las Salas ERA en Puente Alto ofrecen atención para prevenir y tratar enfermedades respiratorias en adultos mayores de 20 años, concentrándose en la vigilancia precoz y la reducción de complicaciones y hospitalizaciones, especialmente en la campaña de invierno. En 2025, se reforzaron las estrategias de monitoreo y seguimiento de casos recurrentes y pacientes egresados, mejorando la derivación a atención primaria. Sin embargo, la alta demanda estacional sigue superando la capacidad instalada, y se requiere fortalecer la educación sobre signos de alarma, renovar equipamiento y garantizar el mantenimiento de insumos para los próximos años.

Coordinación de salud sexual y reproductiva

Su objetivo es garantizar la correcta implementación, supervisión y evaluación de los convenios y programas de salud sexual y reproductiva en la Atención Primaria de Salud (APS) de la comuna de Puente Alto, asegurando la calidad y cobertura de las prestaciones para la población beneficiaria, en conformidad con las normativas del Ministerio de Salud.

Los programas de salud sexual y reproductiva buscan ofrecer atención integral, oportuna y coordinada, los cuales se mencionan y detallan dentro del ciclo vital del adolescente, adulto y adulto mayor, tales como: Chile Crece Contigo, Prevención del Cáncer Cervicouterino, Prevención del Cáncer de Mamas, Programa VIH/Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y estrategia de Ginecología local. Se han mejorado las coberturas en vacunación, controles prenatales, detección de cáncer, y atención ginecológica, incluyendo la ampliación de horarios y actividades comunitarias. Sin embargo, persisten brechas como baja participación en algunas poblaciones, insuficiente infraestructura y recursos, y retrasos en procedimientos de alta complejidad. Los desafíos futuros incluyen fortalecer la coordinación territorial, ampliar las capacidades de atención, retomar procedimientos especializados y aumentar la oferta de servicios especializados en todos los centros, con el objetivo de mejorar el acceso y la calidad en estas áreas.

Programa de salud sexual y reproductiva: El Programa de Salud Sexual y Reproductiva en Puente Alto garantiza acceso integral y de calidad a prestaciones que promueven derechos sexuales y reproductivos a lo largo de toda la vida, enfocándose en poblaciones prioritarias como adolescentes, gestantes y diversidades sexuales. En 2025, se fortalecieron los controles prenatales y las ecografías, ampliaron horarios y atención los sábados para facilitar el acceso, y aumentó la atención a hombres en temas de anticoncepción, VIH y ITS. También se consolidó la atención del climaterio en todos los CESFAM, con protocolos actualizados y acceso a terapia hormonal. Además, se llevaron a cabo campañas masivas, ferias y operativos territoriales para promover la prevención, detección temprana y autocuidado, disminuyendo brechas de acceso y mejorando la salud y bienestar de las personas.

Chile Crece Contigo (ChCC): El programa Chile Crece Contigo en Puente Alto busca asegurar un acompañamiento integral a gestantes y recién nacidos, con controles prenatales oportunos, detección de riesgos y promoción de la lactancia. Actualmente, todos los centros de salud cuentan con cupos protegidos y realizan

evaluaciones psicosociales y visitas domiciliarias a aproximadamente el 37% de las gestantes, con una alta cobertura en ecografías de control, más del 95% realizándolas en el centro comunal. Los desafíos incluyen alcanzar una cobertura del 90% en controles prenatales antes de las 14 semanas, estandarizar registros, fortalecer la participación en talleres, coordinar con otras instituciones y mejorar el seguimiento y derivación a nivel de especialidad.

Programa Cáncer de Mamas: El programa de Cáncer de Mama busca garantizar la detección temprana mediante mamografías en mujeres de 50 a 69 años y en grupos de riesgo, asegurando resultados rápidos y coordinados. En 2025, se logró mejorar la cobertura con la reparación de un nuevo equipo mamográfico, aumentando las usuarias atendidas. Los desafíos incluyen ampliar la cobertura, mantener y fortalecer la oferta de horarios, mejorar la gestión de citas, garantizar el registro y seguimiento de exámenes, y continuar con campañas de sensibilización para prevenir y detectar oportunamente el cáncer de mama.

Programa Prevención del Cáncer Cervicouterino: El programa de Prevención del Cáncer Cervicouterino en Puente Alto busca realizar tamizajes oportunos con Papanicolau en mujeres de 25 a 64 años, garantizando calidad en las muestras, resultados rápidos, derivaciones y contrarreferencias. En 2025, la cobertura sigue siendo un desafío debido a barreras culturales, laborales y falta de información. La meta comunal era que más de 65,000 mujeres tuviesen PAP vigente y se realizaran más de 20,000 exámenes, esfuerzo respaldado por estrategias como extensión horaria y campañas de sensibilización, aunque no se logró completamente debido a la alta demanda y otros obstáculos

COBERTURA DE MUJERES DE 25 A 64 AÑOS CON EXAMEN DE PAP VIGENTE Y META ESPERADA 2026						
CENTRO	META 2025	META LOGRADA 2025 (REM P JUNIO)	BRECHA PARA LOGRAR META 2025	PIV DE 25 A 64 AÑO 2026 (PROYECTADO)	META 2026 (30% DE LA BRECHA)	COBERTURA ESPERADA 2026
Alejandro del Río	15.886	12.679	3.207	27.247	15.886	57%
San Gerónimo	8.452	7.199	1.253	14..427	8.502	59%
Vista Hermosa	3.689	3.500	189	6.486	4.007	62%
Bernardo Leighton	7.671	6.282	1.389	14.178	7.800	55%
Cardenal Raúl S. H	5..838	4.691	1.147	11.031	5.931	54%
Padre Manuel V	12.711	10.259	2.452	25.304	13.254	52%
Karol Wojtyla	5.322	4.572	750	9.781	5.548	57%
Laurita Vicuña	6.168	5.052	1.116	11.684	6.341	54%
Total	65.737	54.234	11.503	76.302	67.269	56.2%

Fuente: Registro local, Citoweb y Rem P12 a junio 2025. Elaboración propia.

Para el año 2026, se espera que 67.269 usuarias entre 25 y 64 años cuenten con su PAP vigente, lo cual significa una cobertura promedio de 56.2%, consensuada con el Servicio de Salud, que se traduce en realizar la toma de 2.409 exámenes mensuales durante el año, con las dificultades que aquello significa.

Desafíos: Mantener la extensión horaria vespertina y los operativos en sábado, con agendas gestionadas semanalmente. Promover la captación activa en salas de espera y zonas de baja cobertura, además de campañas en redes sociales y con organizaciones comunitarias, incluyendo vínculos con el municipio y empresas. Coordinar con equipos territoriales para incrementar la toma en terreno. Desde 2026, implementar test de VPH para mejorar la detección precoz, aunque esto reduciría las citologías anuales tras resultados negativos. También se requiere capacitar a matronas/mes para la toma y gestión de autónoma de VPH, ajustando procesos operativos y logísticos.

Programa VIH/Infecciones de Transmisión Sexual (ITS): El programa VIH/ITS en Puente Alto busca ofrecer atención accesible, sin estigma y en igualdad, garantizando testeo, diagnóstico temprano, vinculación a tratamiento y seguimiento en red. En 2025, se realizaron 2.505 test rápidos de VIH, con énfasis en aumentar la detección en hombres. Los desafíos incluyen potenciar el trabajo con el equipo territorial para ampliar la cobertura, consolidar el reporte de casos, promover el uso del preservativo en toda la comunidad, asegurar exámenes inmediatos en gestantes en alto riesgo y ampliar el tamizaje de Chagas en mujeres en edad fértil. Además, se busca desarrollar protocolos locales para casos de sífilis en usuarios donantes residentes en la comuna.

Programa de Ginecología: El programa de Ginecología en Puente Alto busca ofrecer atención integral y oportuna en la red comunal, con énfasis en la pesquisa, manejo de patologías, planificación familiar y control del climaterio. En 2025, se aumentó la cobertura en adolescentes y mujeres, mejorando el acceso a anticonceptivos y medicamentos hormonales, además de optimizar los recursos del CEP San Lázaro para patologías recurrentes y patologías mamarias, reduciendo derivaciones hospitalarias. Los desafíos incluyen fortalecer el trabajo territorial, ampliar los cupos de atención en los CESFAM, potenciar prestaciones de piso pélvico, recuperar procedimientos específicos en el CEP, y contar con más médicos especialistas en los centros, para mejorar el acceso a atención de calidad en toda la comunidad.

Las brechas en la atención integral de mujeres mayores y gestantes incluyen baja cobertura y adherencia a tratamientos de patologías crónicas, recursos humanos insuficientes y rotativos, y dificultades en coordinación y seguimiento. También hay baja participación en programas preventivos, inseguridad en la toma de controles prenatales, y resistencias culturales a la vacunación. La limitada infraestructura, vehículos y recursos para visitas domiciliarias afectan la cobertura y eficiencia del sistema. Además, existen deficiencias en los registros electrónicos, equipo de mamografías, ecografías mamarias, y recursos para procedimientos quirúrgicos y piso pélvico. La detección y confirmación del VIH enfrentan obstáculos como la falta de material educativo actualizado, falta de capacitación, y limitaciones administrativas y logísticas que dificultan el seguimiento oportuno y la oferta de pruebas en operativos territoriales.

Dentro de los desafíos, se busca fortalecer la atención integral en salud del ciclo vital adulto, incluyendo la consolidación del modelo MAIS y ECICEP, promoviendo trabajo comunitario, coordinación intersectorial y evaluación continua. Se prioriza

la mejora en la atención de patologías crónicas, salud mental, respiratoria y ginecológica, con énfasis en aumentar la participación y la calidad del cuidado.

Además, se propone reforzar la gestión clínica, la infraestructura, la capacitación continua de los equipos, y ampliar la cobertura de exámenes preventivos y procedimientos especializados. También se destaca la necesidad de mejorar la atención en salud mental mediante intervenciones grupales, capacitaciones y la reparación del camión mamográfico para acercar los servicios a la comunidad, frente a dificultades administrativas y de coordinación en los procesos de diagnóstico y derivación.

Coordinación de Rehabilitación Integral, Más Adultos Mayores Autovalentes y Elige Vida Sana

Garantizar la correcta implementación, supervisión y evaluación de los convenios y programas de Rehabilitación Integral, Más Adultos Mayores Autovalentes y Elige Vida Sana en la Atención Primaria de Salud (APS) de la comuna de Puente Alto, asegurando la calidad y cobertura de las prestaciones para la población beneficiaria, en conformidad con las normativas del Ministerio de Salud.

Más Adultos Mayores Autovalentes (MAS AMA): Promueve el envejecimiento activo y saludable, fortaleciendo la autovalencia física, cognitiva y emocional mediante talleres, acciones comunitarias y geroactivismo. En 2024-2025, ha alcanzado cerca de 4,000 participantes y fortalecido la colaboración intersectorial, logrando que más de 2,800 personas mejoren su calidad de vida en áreas clave. Sin embargo, enfrenta brechas como insuficiencia de espacios adecuados, transporte limitado, registros desactualizados, listas de espera y desigualdad en participación masculina y digital. Los desafíos para 2026-2028 incluyen ampliar la cobertura, habilitar espacios accesibles, actualizar los programas EMPAM y EMPA, fortalecer redes de geroactivistas y mejorar la coordinación interprogramática, para avanzar hacia una comunidad más activa, inclusiva y saludable.

Programa Elige Vida Sana (EVS): Busca prevenir y reducir los factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles mediante acciones educativas, actividad física, consejerías nutricionales y acompañamiento conductual, con un enfoque familiar, comunitario e intersectorial. Está dirigido a beneficiarios de FONASA de 6 meses a 64 años con factores de riesgo como sobrepeso, alteraciones cardiometabólicas o en embarazo y postparto. Cuenta con 1,000 cupos anuales en los ocho CESFAM, priorizando la equidad y accesibilidad. En la práctica, el programa integra equipos multidisciplinarios que realizan intervenciones individuales y grupales, y ha fortalecido su presencia territorial con ferias, talleres y actividades conjuntas con otros programas en los últimos años.

Programa de Rehabilitación Integral: Busca ofrecer atención inclusiva y centrada en la persona, promoviendo autonomía y participación social en personas mayores de 18 años con discapacidad, a través de una red comunal coordinada. La red incluye tres centros especializados y cinco salas en CESFAM

que atienden patologías neurológicas, musculoesqueléticas y facilitando actividades comunitarias, para garantizar acceso oportuno y equitativo. En 2025, la red ha atendido a más de 4.100 personas y realizado 1.352 sesiones grupales, con una alta participación comunitaria en talleres que abordan temas como dolor, artrosis y Parkinson, promoviendo bienestar emocional, social y recuperación funcional.

Coordinación de Salud oral y JUNAEB

La coordinación de Salud Oral y JUNAEB apoya la gestión clínica y administrativa de las unidades dentales en los centros de salud, asegurando la calidad en prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades bucales. Realiza gestiones para mantener el equipamiento, insumos y comunicación efectiva con la red de salud, siguiendo los lineamientos del MINSAL y fortaleciendo la coordinación intersectorial, con el objetivo de cumplir las metas sanitarias del territorio.

El programa de Salud Oral en Puente Alto ha logrado mejorar cobertura, tecnología y gestión en atención preventiva y rehabilitadora, beneficiando a niños, adolescentes, adultos y personas mayores, los cuales se mencionan y desglosan en las distintas etapas del ciclo vital de las coordinaciones infantojuvenil y del adulto y personas mayores. Destacan programas como Sembrando Sonrisas, JUNAEB, y atención en domicilio, que favorecen hábitos saludables, recuperación y acceso en horarios extendidos y en especialidades. A pesar de estos avances, persisten desafíos en educación en salud bucal, adherencia a controles y ampliación de la oferta horaria. Se proyecta fortalecer la capacitación del personal, mejorar la interoperabilidad de sistemas y vincular la atención odontológica con otros programas de salud, buscando consolidar un modelo equitativo y centrado en la persona.

Coordinación GES y de Redes Asistenciales

El objetivo es garantizar una gestión eficiente y coordinada en las referencias y contrarreferencias entre la Atención Primaria y los niveles secundario y terciario de la Red Sur Oriente, así como administrar las listas de espera GES y No GES. Esto busca asegurar la continuidad del cuidado, la satisfacción de los usuarios y la optimización de los flujos internos, apoyando también el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud y los acuerdos establecidos con el SSMSO, incluyendo el seguimiento del PRAPS Resolutividad y el Convenio de Imágenes Diagnósticas.

Garantías Explícitas en Salud (GES): Se ha logrado mantener un cumplimiento del 100% en las Garantías Explícitas en Salud (GES) durante 2025, gracias a una gestión eficiente y colaboración entre los equipos locales y la red asistencial. Se lograron reducir significativamente las garantías exceptuadas, pasando de casi 2,000 casos en 2024 a solo 52 en octubre de 2025, mejorando la trazabilidad y oportunidad de atención. No obstante, persisten brechas en la gestión administrativa y clínica, y se identifican desafíos futuros que incluyen mantener el cumplimiento total, eliminar las garantías pendientes, fortalecer la gestión de procesos y la coordinación con la red, y mejorar la calidad y percepción de la atención de los usuarios.

Referencia y Contrarreferencia: Durante el 2025, se ha logrado una alta pertinencia (96,4%) gracias al fortalecimiento del rol de los profesionales y la integración de centros especializados. Se incrementaron significativamente las derivaciones vía Hospital Digital, especialmente en Dermatología, facilitando diagnósticos y tratamientos sin necesidad de derivación presencial. Sin embargo, persisten brechas como la variabilidad en protocolos, comunicación insuficiente entre niveles y seguimiento inadecuado de casos pendientes. Los desafíos para 2026-2028 incluyen consolidar una gestión integral, optimizar sistemas, ampliar el uso de Hospital Digital y CUD, realizar auditorías periódicas, reducir tiempos de respuesta y fortalecer la comunicación bidireccional, asegurando una atención más eficiente, segura y centrada en el usuario.

Gestión de Listas de Espera Locales: Se ha avanzado en la gestión de listas de espera durante el 2025, logrando depurar casos, priorizar y resolver solicitudes en especialidades y diagnósticos de alta demanda, mediante una coordinación efectiva y seguimiento en los sistemas informáticos. Sin embargo, persisten brechas como la alta demanda frente a recursos limitados, fallas en equipos diagnósticos y diferentes criterios de priorización entre establecimientos. Para 2026-2028, la gestión se orienta a fortalecer la capacidad resolutiva, ampliar convenios con prestadores, optimizar los sistemas de seguimiento, mejorar infraestructura y equipamiento, fortalecer recursos humanos y establecer monitoreos continuos de tiempos de espera, trazabilidad y satisfacción para asegurar un proceso más eficiente, equitativo y centrado en la persona.

Coordinación de PNI, PROCET y epidemiología

Garantizar la correcta implementación del programa Nacional de Inmunizaciones, liderar y gestionar las actividades relacionadas con la prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, y finalmente dirigir y coordinar las acciones de vigilancia epidemiológica y prevención de enfermedades en el ámbito de la atención primaria de salud en la comuna de puente alto, en conformidad con las normativas del Ministerio de Salud.

Epidemiología: Busca fortalecer la vigilancia epidemiológica mediante registro oportuno, investigación, coordinación intersectorial y respuesta eficaz ante emergencias y brotes. En 2025, se lograron avances como la creación de un instructivo para notificación, la realización de la Primera Jornada Comunal de Epidemiología y la vinculación con el Hospital Sótero del Río, mejorando la coordinación y visibilidad. Sin embargo, persisten brechas en la gestión. Las principales patologías monitoreadas son meningitis, coqueluche y sarampión, con baja incidencia nacional pero alto riesgo. Los desafíos para 2026-2028 incluyen establecer respuestas rápidas, mejorar el ingreso de casos en EPIVIGILA, fortalecer equipos en terreno, difundir alertas, estandarizar protocolos y capacitar periódicamente a los responsables de epidemiología en todos los centros.

Programa de Tuberculosis (PROCET): En 2025 logró importantes avances, como la capacitación del equipo, la coordinación con el programa Ruta Calle, y la asignación de horas específicas para gestión y atención clínica, mejorando la cobertura y respuesta frente a la tuberculosis. Los desafíos para 2026-2028 incluyen realizar estudios completos de contactos, fortalecer el almacenamiento y transporte de muestras, estandarizar protocolos, capacitar continuamente al personal y reforzar la vigilancia epidemiológica, el tratamiento y la pesquisa activa en grupos de riesgo.

Programa Nacional de Inmunizaciones: Busca alcanzar coberturas óptimas en todos los grupos de edad para prevenir enfermedades immunoprevenibles. En 2025, se lograron avances significativos en campañas de vacunación, incluyendo puntos en terreno, ferias educativas y en estaciones de metro, con buenas coberturas en algunos grupos, aunque todavía faltan para cumplir metas. Los principales avances incluyen una mejor coordinación intersectorial y mayor presencia en la comunidad. Sin embargo, persisten brechas como la limitada promoción, horarios de atención restringidos, falta de móviles de vacunación y un inicio tardío en las acciones territoriales. Los desafíos para 2026 incluyen alcanzar coberturas del 85% para influenza y del 90% en vacunación escolar, mejorar las estrategias de rescate y comunicación, y fortalecer los procesos de registro y capacitación del personal de vacunación.

Coordinación técnica Apoyo Clínico

El objetivo es garantizar una atención de calidad, segura y oportuna mediante la coordinación y supervisión de las subunidades de apoyo clínico, gestionando recursos y asegurando el cumplimiento de estándares en áreas como toma de muestras, cirugía menor, curaciones, manejo de heridas, podología, esterilización y prestaciones externalizadas. Su misión es mantener un funcionamiento eficiente y resolutivo que fortalezca la red de atención primaria y beneficie a los pacientes.

Unidad de Apoyo Clínico y PADDS: Fortalece la gestión y resolución en los centros de salud, promoviendo la capacitación, la estandarización y la coordinación para mejorar la continuidad y calidad del cuidado.

Unidad de Procedimientos, MAH y Curación de Pie Diabético: Realiza procedimientos y manejo avanzado de heridas, pero requiere mayor integración, capacitación, infraestructura y recursos para fortalecer la atención y reducir

complicaciones.

Unidad de Podología: Atiende a una población con alta demanda, especialmente en patologías crónicas como diabetes, pero necesita ampliar cobertura, mejorar procesos y reducir tiempos de espera mediante capacitación y mayor organización.

Unidad de Esterilización: Asegura la calidad en la desinfección de material clínico, aunque enfrenta fallas en autoclaves y falta de estandarización. Se propone mejorar procesos, infraestructura y capacitación para garantizar la seguridad.

Unidad de Cirugía Menor: Incrementa procedimientos ambulatorios de baja complejidad, pero requiere mejorar infraestructura, recursos y capacitación para ampliar cobertura, estandarizar procesos y reducir complicaciones.

Unidad de Urgencia Día No SAPU: Ofrece atención de urgencia diurna en CESFAM que no cuentan con un servicio de urgencia APS (SAPU/SAR) 24/7, pero necesita fortalecer recursos humanos, infraestructura y protocolos para ofrecer atención segura y efectiva.

Coordinación promoción salud - participación social

Su objetivo es contribuir desde lo técnico, comunitario e intersectorial al desarrollo de estrategias de participación social, promoción de salud en el ámbito local desde cada centro de salud, comunal en territorios adscritos, teniendo presente las normativas vigentes, lineamientos ministeriales y comunales.

Promoción de Salud: El programa de Promoción de la Salud en Puente Alto busca crear entornos saludables y promover estilos de vida activos y sostenibles mediante acciones en espacios públicos, regulación comunitaria, participación social y educación. En 2025, se implementaron estrategias como regular y promover regulaciones participativas, ampliar espacios públicos para actividad física, instalar en espacios públicos puntos de hidratación, huertos comunitarios, y fortalecer la participación comunitaria mediante capacitación y trabajo intersectorial en salud, educación y comunidad. Sin embargo, persisten desafíos como gestionar políticas comunales que favorezcan entornos saludables y potenciar el enfoque municipal en salud y comunidades activas, inclusivas y saludables.

Participación Social: La red comunitaria de Puente Alto está formada por diversas organizaciones sociales, como juntas de vecinos, clubes de adultos mayores, consejos de usuarios, organizaciones de pueblos originarios y establecimientos educativos, que colaboran en acciones conjuntas para fortalecer el desarrollo comunitario y la participación ciudadana en salud. Actualmente, todos los centros de salud tienen su Plan de Participación 2025, destacando los Cabildos comunales, que permiten dialogar y mejorar la salud en el territorio. Los desafíos incluyen ampliar horas de participación, fortalecer la comunicación, difundir resultados y propuestas, capacitar monitores de salud mental, potenciar los consejos de usuarios, mantener los planes de participación, establecer alianzas con instituciones educativas, apoyar proyectos comunitarios

y realizar nuevos cabildos en 2026 y 2027. También es clave gestionar recursos con autoridades locales para fortalecer la participación en salud primaria.

Salud intercultural con enfoque indígena: El programa de Salud Intercultural con Enfoque Indígena en Puente Alto trabaja desde 2012 en incorporar la cultura y necesidades de los pueblos originarios, principalmente Mapuche, en los servicios de salud. Se han implementado actividades como protocolos de atención cultural, huertos interculturales, talleres con referentes indígenas y capacitación del personal en pertinencia cultural. Además, se ha fortalecido el registro y visibilidad de usuarios con pertenencia indígena y la participación en la Mesa de Salud Intercultural. Los desafíos para 2026 - 2028 incluyen potenciar la planificación intercultural en cada centro, proteger horas específicas para referentes interculturales, aumentar la cobertura de la medicina indígena, seguir promoviendo la pertinencia cultural en prestaciones y mejorar la gestión de recursos y financiamiento para sostener y ampliar estas acciones.

Personas Migrantes: Busca fortalecer la incorporación de la población migrante en la atención primaria, promoviendo acciones educativas, operativos de salud y la formalización de una mesa intersectorial. Se ha avanzado en coordinación con instituciones y en sensibilización de funcionarios, así como en la incorporación de duplas socio-sanitarias y facilitadores migrantes en los centros de salud. Los desafíos para 2026 incluyen reducir las brechas idiomáticas y culturales, incrementar la participación de facilitadores migrantes, ampliar recursos y fortalecer la colaboración intersectorial, con el objetivo de mejorar el acceso, la comprensión cultural y la satisfacción de los usuarios migrantes en el sistema de salud.

Coordinación de Salud mental: Asesorar a los equipos de atención primaria de la Corporación Municipal de Puente Alto, en temáticas de salud mental, entregando lineamientos técnicos emanados desde Minsal, SSMSO, Área de Salud, fortaleciendo la gestión, planificación y ejecución de estrategias orientadas a la prevención, promoción e intervención en salud mental, en beneficio de la atención de calidad de usuarios/as y comunidad, en el contexto del Modelo de salud familiar.

La comuna de Puente Alto trabaja en promover la salud mental a través de acciones comunitarias, prevención, detección temprana, atención centrada en la persona y coordinación intersectorial para mejorar la calidad y continuidad del cuidado. En 2025, se atendieron más de 14,200 personas y se realizaron más de 71,700 atenciones, alcanzando una cobertura del 92% sobre la meta.

Las principales brechas y desafíos incluyen la falta de espacios físicos adecuados, recursos para intervenciones grupales y transporte, necesidad de mejorar la calidad y la gestión de recursos, potenciar la participación comunitaria y la capacitación continua del personal, reducir las inasistencias y promover el autocuidado de los equipos de salud mental.

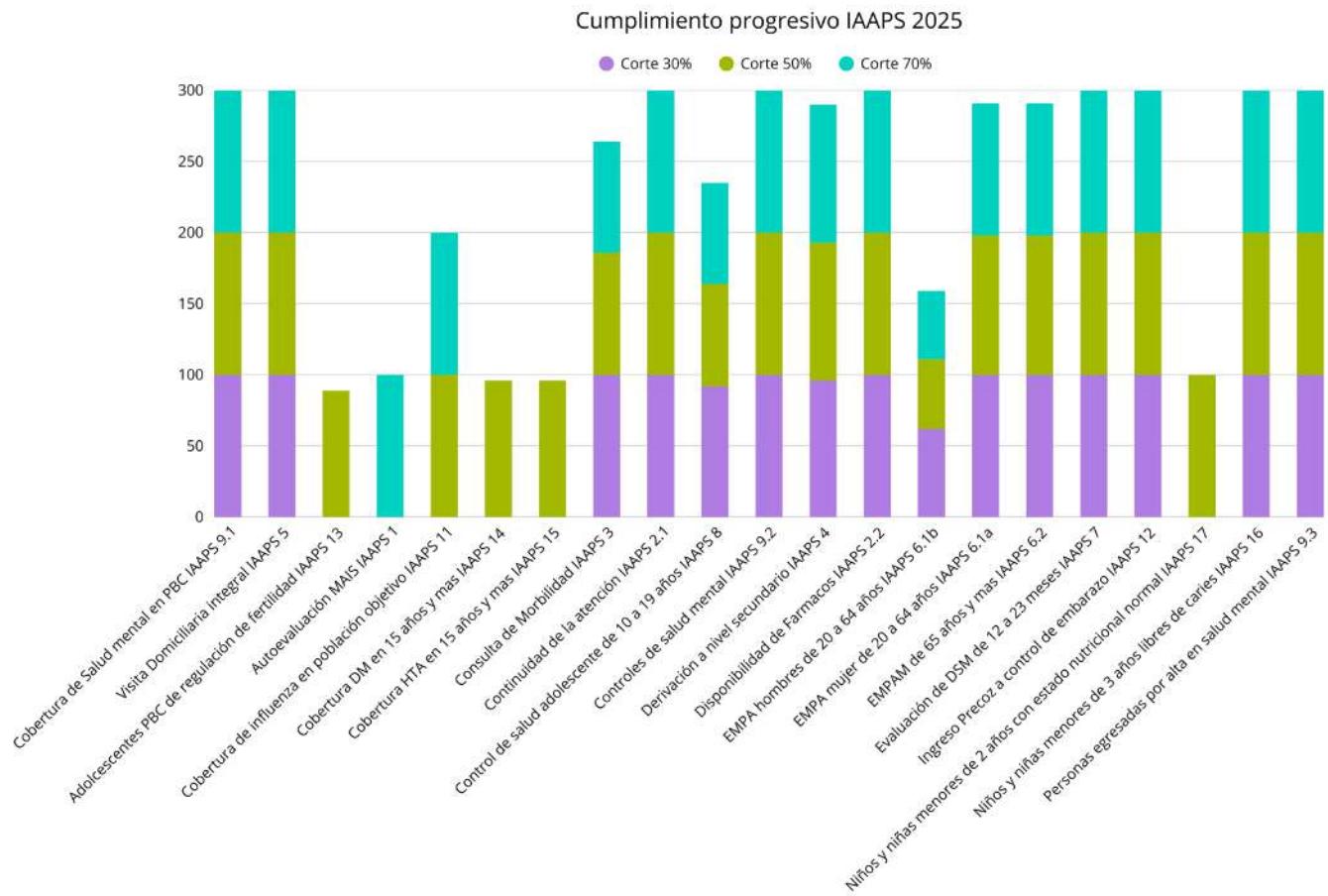
Los programas y estrategias correspondientes al programa se encuentran desglosados y contenidos en cada etapa del ciclo vital de las coordinaciones de

infantojuvenil y adulto y personas mayores, en donde se destaca su principal rol en cada ciclo.



11.1.2 Monitoreo y evaluación de indicadores y metas

Evaluación IAAPS: El Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud (IAAPS), su finalidad principal es garantizar la calidad y el funcionamiento integral de la Atención Primaria de Salud (APS), asegurando que los servicios se entreguen a la población bajo el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) y en el marco de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).



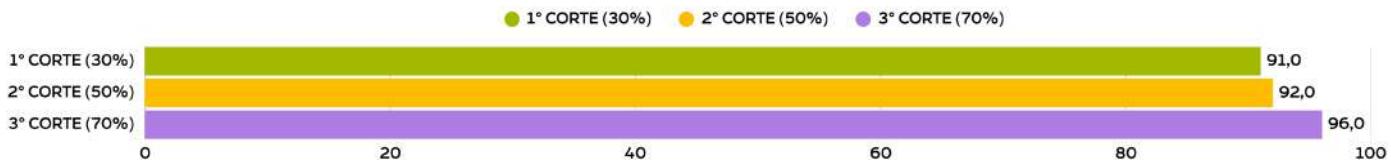
Fuente: Elaboración Propia a partir de Monitoreo IAAPS Puente Alto.

Importante destacar que las barras que se encuentran en 0% corresponden a las metas que no se evalúan en esos cortes.

Se puede observar que a medida que el porcentaje de cumplimiento aumenta en cada corte el cumplimiento de los IAAPS 3, 6.1^a, 6.1b, 6.2 y 8 van en descenso, por ende, es muy importante trabajar en estrategias de mayor abordaje de estas prestaciones. De carácter preventivo y de promoción.

El siguiente gráfico, demuestra el cumplimiento ponderado total en cada corte considerando la reponderación de los pesos relativos.

CUMPLIMIENTO IAAPS PONDERADO TOTAL POR CORTE



Fuente: Elaboración Propia a partir de Monitoreo IAAPS Puente Alto.

Se puede observar que, en cada corte, disminuye el cumplimiento alcanzado, consideramos que la causa de este resultado puede ser el resultado de diferentes factores, que se revisarán al final de este apartado posterior al análisis de metas sanitarias.

En conclusión, se debe seguir trabajando en las brechas que existen que dificultan el cumplimiento de indicadores correspondientes a prestaciones preventivas y de promoción, nuestro compromiso es mejorar y subsanar las brechas detectadas y seguir mejorando las gestiones, es importante destacar que se deben abordar las siguientes estrategias:

Monitoreo y reportería mensual a equipos.

Difusión y trabajo constante en la elaboración de estrategias de mayor cobertura.

Aprovechar las oportunidades de atención, para la aplicación de instrumentos, educación y entrega de prestaciones.

Mejorar la articulación entre los programas, equipos y estrategias reforzando la atención integral y la oportunidad de la atención.

Fomentar el empoderamiento de los equipos gestores de los centros de salud en cuanto a realizar sus propios monitoreos, a través de la capacitación y articulación con coordinaciones comunales, concretando estrategias las cuales sean evaluadas y generen impacto en la gestión.

Evaluación Metas Sanitarias 2025

Las Metas Sanitarias son un instrumento clave de la política de salud pública en Chile, establecidas bajo la Ley 19.813, su propósito fundamental se puede desglosar en:

Mejorar la Salud de la Población: Asegurar que los servicios de salud pública se enfoquen en la protección y mejora de la salud de las personas, alineándose con la Estrategia Nacional de Salud (ENS) 2021-2030 y sus objetivos sanitarios. **Incentivar el Desempeño del Personal de APS:** Funcionan como un mecanismo de estímulo. El cumplimiento de estas metas permite a los equipos de Atención Primaria acceder a un bono por desempeño colectivo, reconociendo y premiando su esfuerzo y efectividad en la gestión de la salud de la comunidad.

A continuación, se detallan las ocho metas sanitarias de 2025:

Meta I: Recuperación del Desarrollo Psicomotor

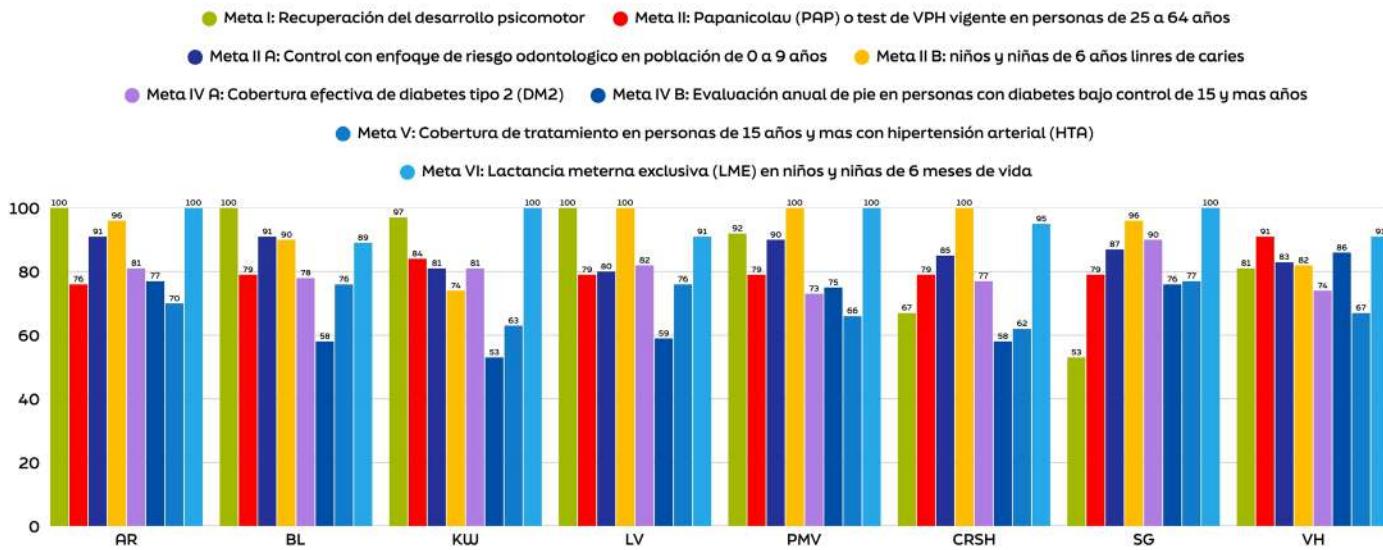
Meta II: Detección Precoz del Cáncer de Cuello Uterino

Meta III.A: Protección de la Salud Bucal en Población Infantil

- Meta III.B: Niños y Niñas de 6 Años Libres de Caries
 Meta IV.A: Cobertura de Tratamiento y Evaluación en Personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2)
 Meta IV.B: Evaluación Anual de los Pies en Personas con Diabetes Bajo Control de 15 Años y Más
 Meta V: Cobertura de Tratamiento en Personas de 15 Años y Más con Hipertensión Arterial (HTA)
 Meta VI: Lactancia Materna Exclusiva (LME) en Niños y Niñas al Sexto Mes de Vida
 Meta VII: Cobertura de Tratamiento en Personas con Asma y EPOC
 Meta VIII: Plan de Trabajo en Salud Comunitaria

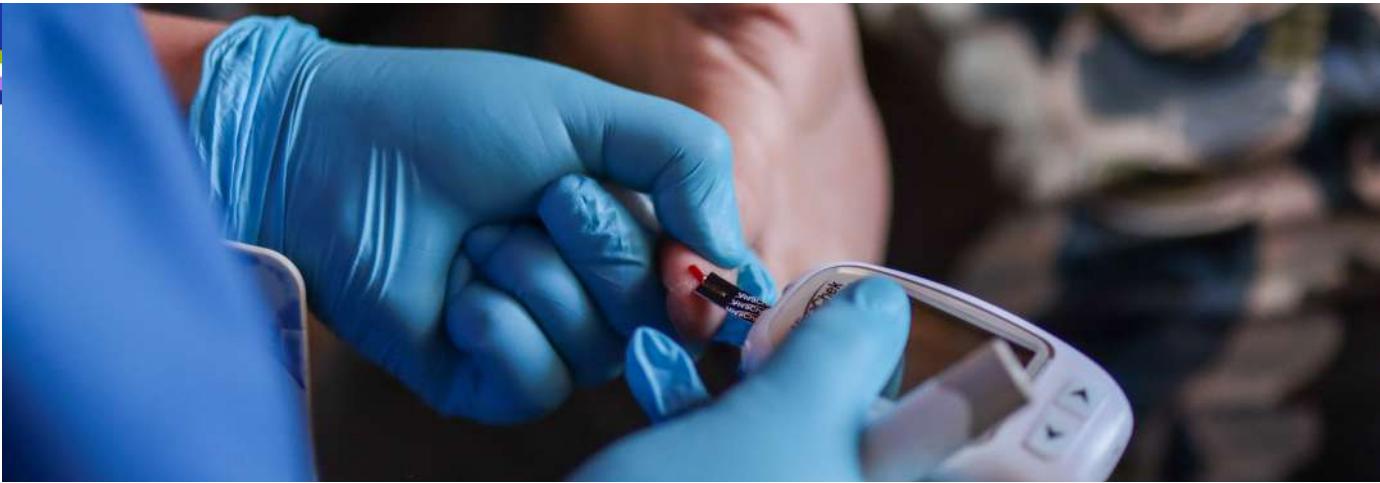
Cumplimiento Metas Sanitarias del 2025: La evaluación del cumplimiento de las metas sanitarias se realiza por centro de salud.

CUMPLIMIENTO METAS SANITARIAS POR CENTROS DE SALUD DATOS SEPTIEMBRE 2025



META SANITARIA	AR	BL	KW	LV	PMV	CRSH	SG	VH
Meta I: Recuperación del desarrollo psicomotor	100%	100%	97%	100%	92%	67%	53%	81%
Meta II: Papanicolaou (PAP) o test de VPH vigente en personas de 25 a 64 años	76%	79%	84%	79%	79%	79%	79%	91%
Meta II A: Control con enfoque de riesgo odontológico en población de 0 a 9 años	91%	91%	81%	80%	90%	85%	87%	83\$
Meta II B: niños y niñas de 6 años libres de caries	96%	90%	74%	100%	100%	100%	96%	82\$
Meta IV A: Cobertura efectiva de diabetes tipo 2 (DM2)	81%	78%	81%	82%	73%	77%	90%	74\$
Meta IV B: Evaluación anual de pie en personas con diabetes bajo control de 15 y mas años	77%	58%	53%	59%	75%	58%	76%	86%
Meta V: Cobertura de tratamiento en personas de 15 años y mas con hipertensión arterial (HTA)	70%	76%	63%	76%	66%	62%	77%	67%
Meta VI: Lactancia materna exclusiva (LME) en niños y niñas de 6 meses de vida	100%	89%	100%	91%	100%	95%	100%	91%
Meta VII: Cobertura de tratamiento en personas con asma y EPOC	94%	80%	65%	97%	88%	92%	89%	78%

Fuente: Elaboración Propia a partir de meta sanitaria Puente Alto.



Se puede observar en el presente gráfico que:

Meta I: Se observa que los centros con mayor brecha de cumplimiento corresponden a SG y CRSH.

Meta II: Gran parte de los centros de salud presenten un cumplimiento menor al 80% y solo VH supera el 90%.

Meta III.A: Todos los centros de salud alcanzan el 80%, pero solo AR, PMV y BL sobre el 90%.

Meta III.B: Solo KW alcanza una meta sobre el 70%, y el resto sobre el 80% y 90%.

Meta IV.A: Solo SG alcanza un 90% de cumplimiento, lo que refleja la baja cobertura en el resto de los centros de salud, manteniéndose entre el 70% y 80%.

Meta IV.B: Esta meta es preocupante, por la baja cobertura en gran parte de los centros de salud, con cumplimientos por debajo del 60% (BL, KW, LV y CRSH), la evaluación de pie diabético es un gran desafío que debemos reforzar y potenciar.

Meta V: La cobertura de HTA a nivel comunal es muy baja, lo que es preocupante considerando que una de las principales causas de muerte es por enfermedades del sistema circulatorio, por lo cual, los esfuerzos se deben enfocar en mejorar cobertura, adherencia e implementar estrategias que permitan llegar a la población.

Meta VI: Mas del 90% de los centros de salud cumplen sobre el 90% de cobertura, lo cual refleja un buen porcentaje de cumplimiento.

Meta VII: KW es el centro que presenta menor porcentaje de cobertura, a diferencia del resto de los centros de salud que se encuentran por sobre el 80%, por ende, es importante revisar las causas y factores que conllevan este resultado.

El análisis de la Meta VIII, no se puede representar ya que es una meta de carácter dicotómico, el cual el resultado se puede medir solo en diciembre de cada año, pero dentro de los avances se proyecta que si será cumplida en el 100% de los establecimientos de la comuna.

Análisis de factores: Se ha realizado un levantamiento general de los factores que influyen en la baja cobertura y cumplimiento de los indicadores y metas, concluyendo los siguientes:

FACTOR		DESCRIPCIÓN
INTERNO	Implementación del Registro Clínico Electrónico (RCE) RAYEN	<p>La transición hacia RAYEN, si bien es positiva a largo plazo, implica un proceso de adaptación y curva de aprendizaje que puede afectar la producción y el registro adecuado de prestaciones. Algunas dificultades típicas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> Migración incompleta o tardía de información, afectando continuidad del cuidado y metas de seguimiento. Resistencia al cambio o disparidad en el nivel de competencias digitales entre funcionarios. Reducción temporal de la productividad debido al tiempo requerido para registrar correctamente. Errores en la parametrización o configuración inicial, lo que puede generar campos incompletos, duplicidades y subregistro. Esto impacta directamente en la tributación de los REM como: cobertura de preventivos, control cardiovascular, pesquisa de salud mental y metas de gestión interna asociadas a oportunidad. <p>Incluso cuando el sistema ya está implementado, surgen problemas operativos que se acumulan:</p> <ul style="list-style-type: none"> Registros tardíos (no en tiempo real), generando desfase entre la atención real y lo producido. Fichas clínicas abiertas de atenciones ya ejecutadas Campos obligatorios insuficientemente completados, generando pérdida de producción válida. Dificultad para registrar actividades en terreno Inconsistencias entre programas causando que parte de la actividad no se refleje en indicadores oficiales. Reiteradas caídas del RCE (conectividad local y fallas del proveedor) Esto genera subregistro crónico y caída artificial del cumplimiento.
INTERNO	Falta de alertas oportunas para la toma de decisiones basada en datos.	<p>La ausencia de sistemas de alerta temprana afecta la gestión estratégica, ya que los equipos detectan las caídas cuando ya es tarde para recuperar las metas mensuales o trimestrales. Problemas concretos:</p> <ul style="list-style-type: none"> No existen tableros de control en tiempo real. Las alertas de brechas (no controlados, atrasos, oportunidad) son manuales o inexistentes. El acceso a datos depende de analistas sobrecargados, sin autonomía en los equipos locales. Revisión tardía de la información (1 a 2 meses de desfase), sin posibilidad de intervención correctiva.



FACTOR		DESCRIPCIÓN
EXTERNO	Baja adherencia de los usuarios a prestaciones preventivas y de seguimiento.	<p>Factores sociales y organizacionales contribuyen a que los usuarios no acudan a controles programados:</p> <ul style="list-style-type: none"> Horarios laborales poco compatibles con APS. Dificultades de movilidad dentro de la comuna (especialmente territorios altos). Nivel de confianza variable en el sistema de salud. Baja comprensión del valor de los controles preventivos, especialmente entre población joven y adulta laboral. Recordatorios insuficientes o tardíos (falta de llamados, SMS, WhatsApp).
INTERNO	Limitación de infraestructura para aumento de oferta.	<p>Puente Alto enfrenta una presión estructural por alta demanda. Algunas limitaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Escasez de box clínicos, lo que impide aumentar horas de atención por profesional. Consultorios con saturación de espacios comunes, limitando actividades grupales. Falta de salas para programas como dental, matronería o salud mental. Infraestructura antigua que no permite ampliaciones rápidas.
EXTERNO	Programación de actividades deficiente.	<p>La planificación operativa puede verse afectada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> Agendas diseñadas sin análisis de brechas reales. Exceso de cupos para morbilidad y escaso espacio para preventivos. Falta de equilibrio entre agenda programada y espontánea. Ausencia de estándares mínimos de productividad por programa. Planificaciones anuales no ajustadas a los cambios territoriales.
INTERNO	Factores estacionales.	<p>El invierno produce una alteración importante del funcionamiento normal de la APS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Conversión de agendas para aumentar morbilidad respiratoria. Suspensión o reducción de actividades preventivas. Doble carga para equipos ERA y urgencias respiratorias. Derivaciones aumentan por saturación de centros. Prioridad operacional se desplaza desde control crónico atención aguda.

11.1.3 Matriz de cuidados de salud a lo largo del curso de vida con actividades priorizadas para el año 2026

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 2026 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 2026, las que se presenta a continuación en el siguiente QR.



11.2 SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CUIDADO

La Subdirección de Gestión del cuidado es una nueva estructura organizacional creada en el contexto del proceso de transformación de la Dirección de Salud impulsado por la actual administración comunal.

Su propósito es fortalecer el modelo de atención integral con un enfoque humanizado, comunitario y territorial, incrementando la capacidad resolutiva del sistema local. Asimismo, busca aportar activamente a la red de salud comunal mediante el fortalecimiento del apoyo diagnóstico, la mejora de la resolutividad clínica y el desarrollo de servicios de apoyo que permitan una atención más oportuna, coordinada y de calidad para la comunidad.

Funciones Principales:

1. Fortalecer el modelo de atención integral promoviendo la continuidad del cuidado a lo largo de los distintos puntos de la red comunal de salud.
2. Coordinar y gestionar los servicios diagnósticos y de apoyo clínico comunal asegurando calidad y eficiencia en las prestaciones de apoyo diagnóstico.
3. Impulsar la resolutividad clínica en la atención primaria gestionando convenios y equipos clínicos especializados que fortalezcan la atención dentro del territorio.
4. Articular procesos clínicos con la red de salud comunal y el Servicio de Salud alineando protocolos y circuitos clínicos para asegurar un flujo eficiente de los usuarios.
5. Desarrollar y actualizar protocolos, guías y estándares clínicos de todos los servicios asociados a la subdirección velando por la calidad y seguridad en la atención clínica.
6. Monitorear indicadores clínicos y de gestión asistencial, por medio de seguimiento del desempeño de servicios clínicos y diagnósticos e implementar acciones de mejora continua basadas en evidencia y datos cuando sea atingente.

7.Gestionar la coordinación de servicios de apoyo que abordan temáticas de salud pública como: Programa nacional de inmunización, Vigilancia epidemiológica y Programa de tuberculosis.

8.Gestionar la coordinación de servicios de apoyo transversal en los centros de salud que abordan temáticas como: Unidades de toma de muestra, Manejo Avanzado de Heridas, Unidad de procedimientos clínicos, Esterilización, entre otras.

9.Promover la innovación y modernización de procesos clínicos impulsando iniciativas de digitalización, integración de sistemas e implementación de tecnologías que apoyen la gestión clínica y diagnóstica.

10.Asegurar la formación y desarrollo de equipos clínicos y técnicos coordinando planes de capacitación, actualización y fortalecimiento de competencias para equipos de diagnóstico, apoyo clínico y atención directa.

Objetivos de la Subdirección:

1.Adecuar la oferta diagnóstica y los servicios de apoyo clínico según las realidades y necesidades específicas de los distintos territorios.

2.Desarrollar acciones de educación comunitaria en aspectos clínicos y diagnósticos, promoviendo la corresponsabilidad y el autocuidado en la población.

3.Participar activamente en mesas de cogestión territorial para coordinar acciones, optimizar circuitos clínicos y priorizar los servicios diagnósticos y asistenciales de la subdirección.

4.Fomentar prácticas colaborativas entre equipos clínicos, comunitarios y dispositivos de apoyo de la red asistencial local.

5.Desarrollar y coordinar dispositivos clínicos y diagnósticos móviles que acerquen prestaciones a barrios y sectores de difícil acceso.

6.Fortalecer la resolutividad de la red mediante capacitación continua, fortalecimiento del apoyo diagnóstico, renovación de equipamiento clínico y mejora de procesos.

7.Instalar una gestión clínica basada en evidencia, respaldada por indicadores que permitan evaluar impacto, oportunidad y calidad de la atención.

8.Incorporar canales digitales de comunicación con la comunidad para informar sobre servicios, campañas diagnósticas y disponibilidad de prestaciones de manera oportuna y accesible.




Pilares Estratégicos de la Subdirección de Gestión del Cuidado

Pilar de Atención Integral en Salud Mental	Pilar de Atención Especializada y Apoyo Diagnóstico	Pilar de Atención Integral en Salud Pública y apoyo clínico
área involucrada	área Involucrada	área involucrada
COSAM-CEIF CAPS Coordinación Salud Mental Sala Neuro Puente alto	Centro de imágenes Laboratorio Comunal Centro de especialidades San Lázaro	Coordinación de Programa Nacional de Inmunización, epidemiología y TBC Coordinación de Apoyo Clínico
Gestor Pilar de Atención Integral en Salud Mental	Gestor Pilar de Atención Especializada y Apoyo Diagnóstico	Gestor Pilar de Atención Integral en Salud Pública y apoyo clínico
<p>PROPSÓTICO</p> <p>Asegurar la provisión integral y el acceso equitativo a servicios de salud mental de alta calidad en toda la comuna de Puente Alto, dirigiendo equipos y recursos para lograr resultados de impacto positivo en la calidad de vida de los usuarios.</p>	<p>Asegurar la provisión integral de las atenciones de especialidad y los servicios de apoyo diagnóstico (laboratorio e imagenología) para la comuna de Puente Alto. Dirigiendo equipos y recursos para lograr resultados de impacto positivo en la calidad de vida de los usuarios.</p>	<p>Garantizar la provisión integral, oportuna y de alta calidad de prestaciones asociadas a programas de salud pública y unidades de apoyo clínico, maximizando la protección colectiva y el impacto positivo en la salud integral de la población de Puente Alto.</p>
<p>OBJETIVO DEL ROL</p> <p>Líderar la Calidad y Evaluación de Impacto: Garantizar el cumplimiento de los indicadores de gestión y resultados (KPIs), asegurando la excelencia y la mejora continua en la provisión de servicios de Salud Mental Integral a la comunidad.</p> <p>Garantizar la Pertinencia Estratégica: Planificar y alinear los programas y servicios de salud mental con las necesidades epidemiológicas y sociales específicas de Puente Alto, asegurando una cobertura y acceso efectivo a la población objetivo.</p> <p>Optimizar la Eficiencia y los Recursos: Diseñar, estandarizar y optimizar los procesos operativos y clínicos para reducir cuellos de botella y maximizar la eficiencia en la entrega de la atención, garantizando el uso costo-efectivo de los recursos.</p>	<p>Líderar la Calidad y Evaluación de Impacto: Garantizar el cumplimiento de los indicadores de gestión y resultados (KPIs), asegurando la excelencia y la mejora continua en la provisión de servicios de especialidades y apoyo diagnóstico Integral a la comunidad.</p> <p>Garantizar la Pertinencia Estratégica: Planificar y alinear los servicios de especialidad y apoyo diagnóstico con las necesidades epidemiológicas y sociales específicas de Puente Alto, asegurando una cobertura y acceso efectivo a la población objetivo</p> <p>Optimizar la Eficiencia y los Recursos: Diseñar, estandarizar y optimizar los procesos operativos y clínicos para reducir cuellos de botella y maximizar la eficiencia en la entrega de la atención, garantizando el uso costo-efectivo de los recursos.</p>	<p>Líderar la Calidad y Evaluación de Impacto: Garantizar el cumplimiento de los indicadores de gestión y resultados (KPIs), asegurando la excelencia y la mejora continua en la provisión de servicios de especialidades y apoyo diagnóstico Integral a la comunidad.</p> <p>Garantizar la Pertinencia Estratégica: Planificar y alinear los servicios de especialidad y apoyo diagnóstico con las necesidades epidemiológicas y sociales específicas de Puente Alto, asegurando una cobertura y acceso efectivo a la población objetivo</p> <p>Optimizar la Eficiencia y los Recursos: Diseñar, estandarizar y optimizar los procesos operativos y clínicos para reducir cuellos de botella y maximizar la eficiencia en la entrega de la atención, garantizando el uso costo-efectivo de los recursos.</p>
<p>HABILIDADES BLANDAS</p> <p>Capacidad de liderar equipos.</p> <p>Capacidad de desarrollar talento de los equipos a cargo.</p> <p>Comunicación efectiva, clara y orientada al objetivo.</p> <p>Orientación a la satisfacción del usuario/a interno y externo.</p>		
<p>HABILIDADES ANALÍTICAS Y ESTRATÉGICAS</p> <p>Capacidad de Planificar: por medio de la definición de metas, recursos y pasos a seguir.</p> <p>Capacidad de tomar decisiones en base a datos</p> <p>Habilidad de diagnóstico y pensamiento crítico.</p> <p>Capacidad analítica, búsqueda de patrones, oportunidades de mejora.</p>		
<p>HABILIDAD TÉCNICA</p> <p>Capacidad analítica, búsqueda de patrones, oportunidades de mejora.</p> <p>Capacidad de gestionar y delegar.</p> <p>Capacidad de gestión de proyectos para la innovación en las áreas a su cargo.</p> <p>Conocimiento técnico de diseño organizacional e ingeniería de procesos en su ámbito de acción.</p>		

Gestor Pilar de Atención Integral en Salud Mental	Gestor Pilar de Atención Especializada y Apoyo Diagnóstico	Gestor Pilar de Atención Integral en Salud Pública y apoyo clínico
<p>PROPSITO</p> <p>Fortalecer la continuidad del cuidado entre APS, CAPS y COSAM-CEIF mediante circuitos claros y retroalimentación permanente.</p> <p>Aumentar la resolutividad en salud mental comunitaria en APS mediante formación, supervisión clínica y herramientas estandarizadas.</p> <p>Desarrollar estrategias de intervención comunitaria prioritarias para adolescentes, mujeres, personas mayores y población en situación de vulnerabilidad.</p> <p>Reducir brechas de acceso y tiempos de espera mediante optimización de agenda, intervenciones breves e incorporación de la teleasistencia.</p> <p>Fortalecer el modelo de atención para neurodiversidad, potenciando la Sala Neuro Puente con abordaje integral e intersectorial.</p> <p>Implementar un sistema integrado de registro, seguimiento y monitoreo para toma de decisiones basadas en evidencia.</p>	<p>Optimizar procesos de referencia y contrarreferencia entre APS y los dispositivos especializados.</p> <p>Aumentar la oferta diagnóstica según carga de demanda comunal, priorizando exámenes críticos y de alta necesidad.</p> <p>Consolidar el Centro San Lázaro como nodo especializado de la red, incorporando nuevas especialidades según criterios epidemiológicos.</p> <p>Acercar prestaciones diagnósticas y de especialidades al territorio mediante dispositivos móviles y estrategias comunitarias que fortalezcan la oportunidad, equidad y resolutividad de la red local de salud.</p> <p>Implementar un sistema integrado de registro, seguimiento y monitoreo para toma de decisiones basadas en evidencia.</p>	<p>Reforzar coberturas de vacunación y seguimiento de población rezagada mediante estrategias territoriales y comunitarias.</p> <p>Modernizar sistemas de vigilancia epidemiológica con análisis oportuno, alertas tempranas y articulación efectiva con SEREMI y red hospitalaria.</p> <p>Potenciar el Programa de Tuberculosis con pesquisa activa, adherencia terapéutica y seguimiento domiciliario.</p> <p>Estandarizar y fortalecer los servicios de apoyo clínico para garantizar calidad, bioseguridad y eficiencia operativa.</p> <p>Integrar acciones preventivas y de promoción con enfoque territorial, articuladas con equipos comunitarios y sociales.</p> <p>Mejorar infraestructura y equipamiento crítico para asegurar continuidad operativa y condiciones seguras de atención.</p> <p>Implementar un sistema integrado de registro, seguimiento y monitoreo para toma de decisiones basadas en evidencia.</p>

11.3 SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD

La Subdirección de Gestión de Información en Salud se consolida como una instancia estratégica transversal dentro del modelo comunal de Atención Primaria de Salud (APS) de Puente Alto. Su propósito es fortalecer la toma de decisiones clínicas, administrativas, comunicacionales y comunitarias mediante el uso ético, seguro y eficiente de la información. Integra tres pilares esenciales: los datos como base de evidencia, la tecnología como habilitadora de procesos, y la comunicación pública como vínculo de confianza entre institución y comunidad. De esta forma, promueve una salud digital más humana, transparente y participativa, donde la información se transforma en conocimiento, el conocimiento en decisiones, y las decisiones en bienestar para las personas y sus territorios.

PROPSITO GENERAL

Transformar los datos en conocimiento útil, el conocimiento en decisiones, y las decisiones en mensajes y acciones que mejoren la salud y la calidad de vida de las personas y comunidades de Puente Alto. La Subdirección de Gestión de Información articula datos, tecnología y comunicación pública como herramientas complementarias para fortalecer la confianza, la participación ciudadana y la transparencia institucional, contribuyendo a una APS más eficiente, equitativa y cercana.

PROYECTOS IMPLEMENTADOS 2025

Proyecto cambio registro clínico electrónico: Este 2025, en conjunto con el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO), en su rol de articulador de la red, se logró avanzar de manera integral, en la implementación de un servicio informático de Registro Clínico Electrónico, que permita disponer de un único servicio para todos los establecimientos de atención primaria (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.

Este proceso se implementó durante el segundo semestre del 2025 con una implementación en paralelo en todos los Centros de Salud de la comuna. Este proceso implicó un arduo trabajo desde la “planificación” hasta la “puesta en explotación” que debe continuar en busca de la consolidación de la herramienta.

Proyecto cambio proveedor servicio imágenes comunal (RIS - PACS):

Actualmente se encuentra integrado el proveedor de imágenes del SSMSO donde se pueden visualizar los exámenes realizados en los distintos dispositivos de la RED, sin necesidad que los pacientes deban repetir estos exámenes, salvo indicación profesional.

Proyecto de telesalud en la red de centros de salud corporativos:

La Telesalud, como estrategia, ha sido incluida en los lineamientos de la OMS, en su 58^a 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.

Para este 2025 se espera incorporar los restantes Centros de Salud para que, en la medida que la estrategia se implementa, 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 renovación parque de computadores: Para las nuevas implementaciones tecnológicas como RCE, Imágenes y adquisiciones de nueva infraestructura como telefonía IP, entre otras, se incluyó un Proyecto para la adquisición de 400 computadores, más un aporte del SSMSO que permitió actualizar gran parte del parque de equipos de los Centros de Salud y Centros Transversales de la Corporación.

Proyecto asignación de horas: El proyecto de asignación de horas telefónicas por HORA FÁCIL ha sido un enorme avance en la entrega de las horas, entregando un canal más de forma virtual para brindar al acceso a las personas que por diversos motivos no pueden acceder como por ejemplo adultos que trabajan, adultos mayores, pacientes preferentes y sus cuidadores. Este sistema no viene a ampliar la oferta, pero permite que puedan acceder personas en horarios que antes habría sido imposible.

Diariamente se reciben en promedio 55 mil llamadas para una oferta en promedio de 900 horas, cuestión que hace imposible que todas las personas que llaman puedan acceder a una hora.

Nuevas estructuras para afrontar este 2026: Durante los últimos años se ha desarrollado una capacidad sólida en gestión de información, calidad del dato, analítica avanzada y transformación digital. Esta base técnica nos permite dar un paso evolutivo: instalar una Subdirección de Control de Gestión capaz de transformar los datos en decisiones, los indicadores en acción y los resultados en mejoras concretas para la población. La estructura, los equipos y los procesos desarrollados nos posicionan para liderar un modelo moderno de control estratégico, basado en evidencia, trazabilidad y enfoque territorial.



Pilares Estratégicos Subdirección de Control de Gestión		
Pilar de Información, Análisis y Seguimiento	Pilar de Coordinación y Acompañamiento Técnico	Pilar de Planificación Estratégica y Evaluación
Gestor Pilar de Información, Análisis y Seguimiento	Gestor de Coordinación y Acompañamiento Técnico	Gestor Pilar de Planificación Estratégica y Evaluación
PROPSITO		
Encargado de recopilar, analizar y transformar datos en información útil para la gestión.	Su rol es articular y acompañar el funcionamiento de la red APS para mejorar procesos internos.	Responsable de proyectar, evaluar y orientar el rumbo estratégico de la Dirección de Salud.
OBJETIVO DEL ROL		
<p>Monitoreo de indicadores comunales y ministeriales (GES, MAIS, ECICEP, lista de espera, dotación, productividad).</p> <p>Evaluación del cumplimiento de metas en todos los CESFAM y dispositivos.</p> <p>Análisis territorial y comparación entre centros.</p> <p>Informes periódicos para directivos y tomadores de decisiones.</p> <p>Alertas tempranas frente a brechas críticas o retrocesos.</p> <p>Es el pilar que permite ver la realidad, medir avances y anticiparse a problemas.</p>	<p>Apoyo técnico a directores, coordinadores y equipos de CESFAM. Coordinación de programas ministeriales con enfoque comunal.</p> <p>Estandarización de procedimientos, protocolos y reportes.</p> <p>Acompañamiento en mejoramiento continuo y calidad.</p> <p>Desarrollo de capacidades en gestión dentro de los equipos locales.</p> <p>Este pilar asegura orden, coherencia y apoyo directo a la operación de la red.</p>	<p>Alineación de la red con el Plan de Salud 2026-2028.</p> <p>Seguimiento del Cuadro de Mando Integral comunal.</p> <p>Evaluación anual de resultados y elaboración de informes comunales.</p> <p>Diseño de planes de mejora y apoyo en la formulación presupuestaria.</p> <p>Integración de la participación comunitaria en la gestión.</p> <p>Este pilar permite planear a largo plazo, evaluar y asegurar la coherencia del modelo comunal.</p>
DESAFIOS UNIDAD DE CONTROL DE GESTIÓN		
<p>La Unidad de Control de Gestión funciona como un engranaje clave que une análisis, coordinación y planificación, garantizando una red APS ordenada, eficiente, coherente con sus objetivos, orientada a la mejora continua y alineada con el eje central de humanización con enfoque territorial.</p> <p>Su misión será asegurar que las decisiones se basen en evidencia, que los procesos funcionen correctamente y que la estrategia comunal avance de forma sostenida hacia mejores resultados sanitarios y mayor bienestar para los equipos y la comunidad.</p> <p>Este resumen presenta una hoja de ruta clara y estratégica para transformar la Subdirección en un pilar decisivo del desempeño comunal. El período 2026-2028 permitirá pasar desde la instalación de bases y estándares hacia un modelo avanzado de analítica, equidad territorial y gestión inteligente, posicionando a Puente Alto como referente en control de gestión para la salud pública.</p>		

11.4 SUBDIRECCIÓN CALIDAD Y HUMANIZACIÓN

La presente propuesta tiene como propósito fortalecer a la Subdirección de Calidad y Humanización de la Dirección de Salud de Puente Alto, consolidándola como un eje estratégico dentro de la gestión institucional. Su labor busca fortalecer un modelo de gestión cuyo centro es la “Atención de salud humanizada y centrada en la persona”, a través de tres pilares fundamentales: Humanización, calidad y seguridad y participación de la comunidad.

La subdirección de Gestión Estratégica de la Dirección de Salud de la Corporación Municipal de Puente Alto cuenta con un modelo de gestión basado en tres pilares fundamentales, los cuales se basan en los principios del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) para lograr una Atención de Salud Humanizada y Centrada en la Persona.



Estos pilares se articulan y coordinan para desarrollar acciones y estrategias que permitan avanzar hacia lograr una atención de salud personalizada, coordinada y con participación activa de las personas, haciendo que cada experiencia sea una oportunidad de cuidado y acompañamiento humano, asegurando que las personas y sus familias reciban una atención segura, oportuna y de calidad, con un trato digno, empático, compasivo y respetuoso a lo largo de todo su curso de vida.

Este modelo incorpora tres cimientos que son relevantes para lograr el objetivo principal, los cuales considera el cuidado y bienestar del equipo de salud, el liderazgo y organización humanizada y la infraestructura, entornos y espacios saludables.

Los pilares de este modelo de gestión, que establece además los objetivos de la subdirección, son:

Humanización de la Salud: es un modelo que busca brindar cuidados centrados en la persona, reconociendo sus valores, emociones, cultura y contexto social. Promueve una atención cercana, empática y respetuosa, donde el vínculo entre el equipo de salud y la comunidad se fortalece a través del diálogo, la participación activa y la corresponsabilidad en el cuidado de la salud.

Calidad y Seguridad: es un modelo que busca brindar procesos clínicos eficaces, oportunos y libres de riesgos evitables. Promueve la participación activa del paciente, la mejora continua de los procesos y la creación de entornos saludables que favorezcan el bienestar integral de las personas y comunidades.

Participación Comunitaria: es un modelo que promueve una atención centrada en las personas, basada en el respeto, la empatía y la dignidad, donde la comunidad participa activamente en la identificación de sus necesidades, la toma de decisiones y la construcción de soluciones para mejorar su bienestar físico, emocional y social.

AVANCES SUBDIRECCIÓN AÑO 2025	
COORDINACIÓN	AVANCES
Coordinación Humanización y Seguridad del paciente.	<p>1.- Elaboración y difusión del Plan de Humanización y Excelencia para el año 2025 en la red de salud corporativa, enviado al SSMSO, siendo Puente Alto la comuna pionera en el inicio del desarrollo de este trabajo colaborativo con el Servicio de Salud.</p> <p>2.- Inicio del trabajo en humanización y excelencia en los centros de salud de la red corporativa, con la conformación de los comités de humanización y excelencia locales.</p> <p>3.- Convocatoria de buenas prácticas en humanización y excelencia a toda la red de salud corporativa para el reconocimiento del trabajo bien hecho.</p> <p>4.- Jornada de Análisis de Situación de la Subdirección de Calidad y Humanización para la visualización del entorno interno y externo en que nos encontramos para seguir avanzando en humanización de la salud y seguridad del paciente.</p> <p>5.- Diagnóstico de situación del cumplimiento actual a nivel comunal de lo establecido en el Plan de Acción Mundial para la Seguridad del paciente 2021 - 2030, para el cual cumplimos con el 43% de las actividades planteadas en sus 07 objetivos estratégicos.</p> <p>6.- Creación de un Modelo de Gestión basado en la Atención de Salud Humanizada y Centrada en la Persona.</p>
Coordinación Acreditación y Regulatoria.	<p>1. Asesoría y acompañamiento al CESFAM San Gerónimo en su proceso de reacreditación de Prestadores de la SIS.</p> <p>2. Asesoría y acompañamiento al CESFAM Vista Hermosa en su proceso de reacreditación de Prestadores de la SIS.</p> <p>3. Asesoría y acompañamiento al CESFAM Padre Manuel Villaseca en su proceso de acreditación de Prestadores de la SIS.</p> <p>4. Presentación del Programa de Auditoría al equipo de coordinadores de la Subdirección Técnica del Área de Salud para el inicio del trabajo en este ámbito.</p> <p>5. Aplicación junto a la coordinación de humanización de la auditoría de Ley 24.584 de deberes y derechos de los pacientes</p> <p>6. Apoyo en la gestión, tramitación y obtención de la autorización sanitaria de Sala de rayos X dental en CESFAM Laurita Vicuña.</p>

	<p>7. Apoyo en la gestión, tramitación y obtención de la autorización sanitaria del equipo radiológico osteopulmionario del Centro de Imágenes comunal.</p> <p>8. Apoyo en la concreción de la acreditación del Laboratorio comunal.</p> <p>9. Apoyo en la concreción de la acreditación del Centro de imágenes comunal.</p> <p>10. Apoyo en la concreción de la acreditación del CESFAM Bernardo Leighthon.</p> <p>11. Elaboración de informes de estado del arte de "Autorizaciones sanitarias", "Botiquines" y "Acreditación"</p>
Coordinación Gestión del riesgo	<p>1.- Elaborar y difundir informe de gestión de eventos adversos anual junto a la presentación de resultados a directores, encargados de calidad y eventos adversos.</p> <p>2.- Supervisión de gestión de eventos adversos a través del indicador mensual, Junto a la evaluación de la continuidad de seguimiento del indicador a nivel comunal. Esto evaluado junto a encargados de calidad de los distintos centros de salud de la CMPA.</p> <p>3.- Elaboración de documento relacionada a la identificación de usuarios en el ámbito de ley de deberes y derechos del paciente. Documento elaborado por la unidad de calidad.</p> <p>4.- Gestión documental, se realiza, revisión de documentos con la finalidad de cumplan lo normativo, actualización de listado maestro, respaldo de documentos en plataforma corporativa y gestión de firma de documentos comunales y unidades transversales.</p> <p>5.- Asesoría y acompañamiento a los encargados locales de eventos adversos y centinelas de los distintos centros de la CMPA respecto a la recopilación de información, análisis y ejecución de plan de mejoras.</p> <p>6.- Trabajo junto a central de ambulancia respecto a la gestión de eventos adversos y valores críticos fuera de horario hábil, con la finalidad de unificar criterio y elaborar trabajo coordinado con los distintos centros de salud. En donde el producto de esto será la actualización del protocolo de gestión de eventos adversos (incluyendo los cambios asociados a registro de nueva ficha clínica).</p>
Coordinación Humanización.	<p>1.-Firma de nuevo convenio con INTA en materia de colaboración de investigación.</p> <p>2.-Postulación FONIS en conjunto con UDD "Promoción de una Paternidad Activa a través de una intervención digital".</p> <p>3.-Elaboración de protocolo de investigación local enviado a CEC "Evaluación del entrenamiento interválico de miembros inferiores en pacientes con diagnóstico de EPOC como parte de un protocolo de rehabilitación respiratoria"</p> <p>4.-Elaboración de protocolo de investigación local enviado a CEC "Estrategias de apoyo a embarazadas adolescentes en situación de vulnerabilidad. Un análisis desde sus historias de vida"</p> <p>5.-Elaboración de protocolo de investigación local enviado a CEC "Evaluación de la Nueva Interpretación de la Espirometría".</p> <p>6.-Elaboración de protocolo de investigación local enviado a CEC "Perfil Clínico de los pacientes con EPOC controlados en consultorios de atención primaria"</p> <p>7.-Alianza público privada CMPA y UDD en curso en CESFAM Laurita Vicuña para trabajo de acompañamiento en parentalidad en sala de espera.</p>

	<p>8.-Asesoría a equipo de promoción en nuevo enfoque territorial.</p> <p>9.-Instalación de trabajo colaborativo de INTA CIAPEC con Área de Educación en temas de ambiente alimentario.</p> <p>10.-Obtención de catastro de funcionarios de salud interesados en participar en proyectos de Investigación.</p> <p>11.-Desarrollo de Diagnóstico de situación de salud comuna de Puente Alto.</p> <p>12.-Compleitud de repositorio de documentación histórica de dirección de salud.</p> <p>13.-Gestión de proyectos de investigación centros de salud provenientes de diversas fuentes.</p> <p>14.-Evaluación de Estrategia de ECICEP en los CESFAM de la CMPA.</p> <p>15.-Desarrollo de Proyecto de evaluación de la percepción usuaria.</p> <p>16.-Evaluación de Prefactibilidad proyecto "Tamizaje Poblacional de Glaucoma en personas mayores de 40 años".</p> <p>17.-Evaluación de Prefactibilidad de colaboración de 2 estudios clínicos controlados fase II y III de anticuerpos monoclonales.</p>
Coordinación Cuidado de las personas	<p>1. Planificación Estratégica 2025 Durante el año 2025, se elaboró y se encuentra en ejecución la Planificación Comunal de Salud Mental Funcionaria (SMF) y Ambientes Laborales Saludables (ALS), anteriormente conocida como "Saludablemente".</p> <p>2. Coordinación Territorial: La coordinación se realiza de manera territorial a través de la Mesa Comunal de Referentes de SMF y ALS, la cual funciona de forma activa y permanente, con reuniones presenciales bimestrales. En esta instancia también participan socios estratégicos de la organización, con competencias en las temáticas de salud mental y bienestar laboral.</p> <p>3. Participación Interinstitucional: Se mantiene una participación activa en la Mesa de Salud Mental Funcionaria y Ambientes Laborales Saludables de APS, dependiente de la Coordinación de la Unidad de Clima y Cultura del Departamento de Desarrollo de las Personas, Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Coordinación de Cuidado de las Personas Cuidemos a quienes nos Cuidan.</p> <p>4. Capacitaciones Coordinadas: En coordinación con la Unidad de Clima y Cultura del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, se han gestionado las siguientes capacitaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gestión del Cuidado para Equipos de Salud (30 horas): dictada cuatro veces al año, con 9 cupos comunales por edición. Desarrollo de Habilidades para el Liderazgo (24 horas): dictada cuatro veces al año, con 9 cupos comunales por edición. Técnicas de Manejo Grupal (30 horas): dirigida a referentes previamente capacitados en Gestión del Cuidado. Programada para noviembre de 2025. Programa de Formación para Formadores SSMSO: Certificación en Docencia (30 horas). Certificación como Formador en SMF (45 horas). Este programa permite replicar e implementar las capacitaciones a nivel comunal. En 2025, participa la Dra. Artzy Larissa Arenas Figueroa, pionera en la implementación de esta estrategia en Puente Alto desde 2021. <p>5. Implementación de Instructivos Estratégicos: En abril de 2025, se implementó formalmente el Instructivo para el Acceso a Salud Mental Remota (Memo N°186), tras coordinaciones con MINSAL y el encargado de SMF del Hospital Digital. Esta estrategia busca garantizar un acceso claro, eficiente, confidencial y gratuito a la atención remota en salud mental para funcionarias y funcionarios del Área de Salud.</p>

En el mismo mes, se implementó el Instructivo de Acceso al Programa de Apoyo a Víctimas de Delitos Violentos (Memo N°203), en el marco del convenio firmado en 2022 entre la Subsecretaría de Prevención del Delito y el Ministerio de Salud. Este programa brinda atención especializada a funcionarios de salud pública afectados por hechos delictivos violentos en el ejercicio de sus funciones. Coordinación de Cuidado de las Personas, Cuidemos a quienes nos Cuidan.

6. Acompañamiento Técnico: Se han realizado acompañamientos a los equipos referentes para apoyar la implementación de intervenciones en SMF y ALS, fortaleciendo las capacidades locales y promoviendo el bienestar de los equipos de salud.

7. Participación en Mesas y Comités Participación activa en la Mesa de Prevención de Agresiones a Funcionarios. Integración en el Comité Comunal de Aplicación de CEALSM SUSESO, que respalda parte de las planificaciones en SMF y ALS.

8. Coordinación de Convenios de Apoyo a la Gestión Local (AGL) SSMSO y Puente Alto Actualmente se encuentra en curso el Acuerdo de Gestión Local (AGL) 2025 en Salud Mental Funcionaria (SMF) y Promoción de Ambientes Laborales Saludables (ALS), el cual establece lineamientos, metas y acciones concretas para fortalecer el bienestar psicosocial de las y los funcionarios del Área de Salud de la CMPA.

Coordinación Infecciones asociadas a la atención en salud.

1. Confección de Programa IAAS de año 2025, revisado en conjunto con encargadas locales de IAAS y enviado a SSMSO.

2. Reuniones mensuales de coordinación y gestión IAAS con encargadas locales/ Integración de unidades transversales (dependencia severa, central de ambulancia, estrategias territoriales).

3. Trabajo colaborativo y técnico con encargados de Actividades transversales de Operaciones en los temas de IAAS, REAS, empresa de aseo, otros.

4. Confección informes Eventos adversos, año 2024, y envío a centros de salud.

5. Reuniones con encargados de empresas de aseo, para entrega de normativa corporativa IAAS vigente.

6. Reuniones con Empresas de aseo, personal de éstas y encargadas IAAS de los centros de salud, para capacitar a personal y equipo clínico.

7. Participación de Coordinación IAAS en Licitación de empresa de aseo. (2)

8. Visita a todos los centros de salud, para realizar diagnóstico de situación unidades de aseo y de personal de tales unidades: Confección de informes y envío a directores, Operaciones y subdirección.

9. Confección de Memorias Unidades REAS (Residuos asociados atención en salud), por parte de Encargadas locales de IAAS/REAS, y consolidación e informe final, por parte de coordinación IAAS, lo cual será entregado a Operaciones, para Proyectos de mejora o reposición.

10. Actualización de protocolos IAAS /REAS y gestión clínica según nueva Orientación Técnica prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud en atención primaria de salud 2025/Programa Nacional de Prevención y Control de IAAS / Ministerio de Salud.

11. Participación en evaluaciones de Acreditación centros de salud: CESFAM Vista Hermosa, San Gerónimo, Padre Manuel Villaseca (IAAS _ gestión clínica).

12. Apoyo en tema de auditoría a Coordinación Salud Sexual y Reproductiva.

Líneas Estratégicas Integradas para la Planificación de la Subdirección de Gestión Estratégica 2026 - 2028

En junio de 2025, la subdirección realizó una jornada de análisis de situación, en la cual se realizó una revisión de la información disponible para poder analizar el entorno externo, tanto las personas que se atienden, como de los equipos que lideran y trabajan en los distintos centros de salud de la red corporativa. De esta jornada se obtuvo un análisis de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que existen en la organización.

En octubre de 2025, se realiza la cuarta Jornada de Calidad y Seguridad Comunal, donde los distintos dispositivos de salud de la Red Comunal de Puente Alto compartieron sus logros, brechas, desafíos y compromisos en torno a la gestión de calidad, seguridad del paciente y humanización de la atención.

Del análisis de la información de ambas jornadas, se desprendieron seis grandes líneas estratégicas, que surgieron como grandes ejes de acción que orientan los esfuerzos que debemos hacer como organización para alcanzar una Atención de Salud Humanizada, Centrada en la Persona, Segura y de Calidad.

Estas Líneas Estratégicas Integradas, serán la base para la Planificación de los próximos tres años, a partir de las cuales debemos realizar un plan de acción, con la formulación de los objetivos y estrategias, con definición de responsables y plazos, y el establecimiento de un sistema de evaluación y control para medir el progreso.

Este marco estratégico busca fortalecer el trabajo colaborativo entre los equipos locales y las subdirecciones, promoviendo la mejora continua, el liderazgo técnico, el bienestar del equipo de salud y la innovación en los procesos.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO	ESTRATEGIA	RESPONSABLE
1. Cultura Organizacional basada en la Calidad, Seguridad y Humanización	Consolidar una cultura organizacional que promueva la mejora continua, el buen trato y la seguridad asistencial.	<p>Realizar jornadas comunales de reflexión y talleres participativos de sensibilización para fortalecer una cultura organizacional basada en la calidad, la humanización y el trabajo en equipo. Partiendo con jornadas con equipos directivos (directores, subdirectores, jefes de sector) y continuando con el resto del equipo de los dispositivos de la red comunal.</p> <p>Elaborar y aplicar un sistema de evaluación de la cultura de calidad comunal.</p> <p>Seguimiento de los compromisos establecidos en la jornada de calidad por parte de los directivos de los dispositivos de la red comunal los cuales se sumarán al plan de calidad local anual.</p> <p>Preparar y acompañar el Proceso de Acreditación y reacreditación de los CESFAM y Dispositivos de salud de la comuna según corresponda.</p>	Equipos de calidad locales, Subdirección de Calidad y Humanización (U. Calidad, cuidado de las personas).

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO	ESTRATEGIA	RESPONSABLE
2. Gestión del Riesgo y Seguridad del Paciente e IAAS	Fortalecer la gestión proactiva de riesgos clínicos y operacionales.	<p>Revisión y supervisión del sistema de gestión de riesgos que incluya capacitaciones periódicas, análisis de eventos adversos y seguimiento de planes de mejora en cada centro.</p> <p>Difusión y aplicación de documentos IAAS actualizados en los dispositivos de salud de la comuna.</p> <p>Elaborar un plan de supervisión de IAAS a nivel comunal con incremento progresivo anual</p> <p>Elaborar y ejecutar sistemas proactivos de auditorías de los procesos clínicos críticos y relevantes</p> <p>Instalar un sistema de análisis activo de priorización de riesgo</p> <p>Optimizar la detección y manejo de oportunidades de mejora en los procesos de los dispositivos de salud de Puente Alto</p>	Coordinadores de eventos adversos, coordinación IAAS, encargadas de IAAS locales, encargadas EA local, Dirección de Urgencia, Subdirección Técnica.
3. Humanización de la Atención Centrada en la Persona a lo largo de todo el curso de vida	Garantizar una atención centrada en la persona, respetuosa, coordinada y con activación de la comunidad.	Desarrollar e implementar el plan comunal 2026 - 2028 de humanización y excelencia, que contemple acciones para mejorar la experiencia usuaria.	Comités Operativos de Humanización y Excelencia, Equipos de Salud, Subdirección de Humanización (U. Calidad, Coord. Humanización)
4. Cuidado y Bienestar del Equipo de Salud	Promover ambientes laborales saludables y el cuidado emocional de los funcionarios.	<p>Elaborar colaborativamente el Plan de Salud Mental Funcionaria y Ambientes Laborales Saludables.</p> <p>Organizar y ejecutar actividades de bienestar laboral, pausas activas y espacios de reconocimiento para promover el autocuidado y la salud mental del equipo de salud.</p>	Coordinación Cuidado de las personas. Dirección de Personas. Mesa Comunal de Salud Mental Funcionaria.
5. Gestión Documental, Normativa y Acreditación	Asegurar el cumplimiento normativo y trazabilidad de procesos.	<p>Mantener actualizados y estandarizados los documentos normativos y protocolos comunales, asegurando su difusión.</p> <p>Gestionar proceso de Autorización Sanitaria de los Dispositivos de salud de la comuna.</p>	Unidad de calidad comunal. Coordinación de humanización. Coordinación Técnica.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO	ESTRATEGIA	RESPONSABLE
6. Infraestructura y Soporte Organizacional	Realizar levantamiento de las necesidades de acuerdo con el marco normativo, procesos de atención e IAAS para brindar una atención humanizada, segura y de calidad.	Entregar a los departamentos involucrados (Operaciones, UGI, etc.) el levantamiento realizado Acompañar a los departamentos involucrados en el cumplimiento de la implementación de los requerimientos solicitados.	Direcciones de centros, U. Calidad comunal. Departamento de operaciones, Unidad de Gestión de la Información.
7. Innovación, Investigación y Desarrollo	Integrar la investigación aplicada como motor de mejora en salud.	Fomentar la participación en proyectos de investigación aplicada e innovación en salud, en coordinación con universidades y otras instituciones del territorio.	Subdirección de Calidad y Humanización (U. Investigación), Encargado de Capacitación y docencia, equipos locales.
8. Comunicación efectiva en calidad, seguridad y humanización	Instalar una estrategia comunicacional efectiva a nivel institucional que colabore con la difusión de la gestión de calidad, seguridad y humanización en la Red de Salud Corporativa	Desarrollar instancias comunitarias para abordar temáticas de calidad, seguridad y humanización en conjunto con los centros de salud comunales.	Subdirección de Calidad y Humanización, encargados locales calidad, humanización y participación.





Pilares Estratégicos de la Subdirección de Gestión Estratégica	
Pilar calidad y seguridad	Pilar humanización y participación comunitaria
área involucrada	área involucrada
Calidad y Acreditación Auditoría Clínica Infecciones asociadas a la atención en salud Gestión del riesgo clínico	CIMI Unidad de género, DDHH, comunidad sorda y otros. Humanización en el cuidado de las personas Investigación y políticas locales en salud
Gestor Pilar de calidad y seguridad	Gestor Pilar de Humanización y participación comunitaria
PROPOSITO	
Planificación estratégica, priorización de actividades y gestión de recursos para el cumplimiento y óptimo desarrollo del equipo de calidad y subunidades.	Planificar, organizar y gestionar con un alto estándar de calidad las diversas estrategias locales en salud que posee Puente Alto.
OBJETIVO DEL ROL	
Coordinar acciones que vayan focalizadas en el fortalecimiento de la gestión de calidad y seguridad en la Red de Salud Corporativa, incorporando la mejora continua de la calidad y seguridad de los procesos asistenciales según estándares, protocolos y normativas vigentes con miras a la Acreditación de Salud.	Coordinar acciones y estrategias conjuntas para la óptima ejecución de estrategias locales, en relación con DDHH y salud, comunidad sorda, trastorno por acumulación, entre otras iniciativas locales que requiere de la acción por parte de la Dirección de salud.
Coordinar acciones que vayan focalizadas en la instalación del programa de auditoría interna como herramienta de gestión en el mejoramiento continuo de los procesos, comparando la calidad observada con la calidad deseada, detectando las desviaciones que se presentan en esta comparación para elaborar, implementar y hacer seguimiento a los planes y actuar en el cumplimiento de los estándares, para alcanzar niveles de calidad que lleven a mejorar la salud de los usuarios al menor costo posible (costo-beneficio).	Coordinar acciones orientadas a promover la atención centrada en la persona para mejorar la experiencia del usuario a través de garantizar la seguridad de la atención, como un aspecto fundamental de la humanización en salud, considerando sus necesidades emocionales, sociales y culturales, tanto de los usuarios internos como externos.
Coordinar acciones que vayan focalizadas en organizar, dirigir, programar y evaluar las acciones destinadas a prevenir y controlar las infecciones asociadas a la atención en salud, que permita establecer un sistema de vigilancia activa y focalizada, con la finalidad de contribuir a la entrega de atenciones seguras y de calidad para los usuarios internos y externos de la red, según diagnósticos epidemiológicos locales, comunales y nacionales existentes.	Coordinar acciones centradas en utilizar la evidencia científica para mejorar las políticas de salud y la calidad de la atención, logrando fortalecer la Atención Primaria a través de la investigación, la formulación de políticas basadas en la evidencia y la participación ciudadana para lograr una mejor distribución de la salud.
HABILIDADES BLANDAS	
Capacidad de liderar equipos. Capacidad de desarrollar talento de los equipos a cargo. Comunicación efectiva, clara y orientada al objetivo Orientación a la satisfacción del usuario/a.	
HABILIDADES ANALÍTICAS Y ESTRATÉGICAS	
Capacidad de Planificar: por medio de la definición de metas, recursos y pasos a seguir. Capacidad de tomar decisiones en base a datos. Habilidad de diagnóstico y pensamiento crítico. Capacidad analítica, búsqueda de patrones, oportunidades de mejora.	
HABILIDADES DURAS / TÉCNICAS	
Capacidad de gestionar y delegar. Capacidad de gestión de proyectos para la innovación en las áreas a su cargo. Conocimiento técnico de diseño organizacional e ingeniería de procesos en su ámbito de acción.	

Pilar calidad y seguridad	Pilar humanización y participación comunitaria
Desafíos estratégicos 2026-2028	
Acreditación y autorización sanitaria de 2 dispositivos de salud por año para el período.	Planificar escuelas comunitarias en los 18 territorios de la comuna junto con la Subdirección de Gestión Territorial.
Sensibilización y concientización a usuarios internos y externos en relación con calidad, infecciones asociadas a la atención en salud, humanización y buen trato, entre otras temáticas estratégicas de la subdirección.	Fortalecer líneas de trabajo en contexto de humanización: DDHH y salud, comunidad sorda, personas con trastorno de acumulación, entre otras estrategias locales que surjan en trabajo con municipio y comunidad.
Realizar jornadas comunales de reflexión y talleres participativos de sensibilización para fortalecer una cultura organizacional basada en la calidad, la humanización y el trabajo en equipo. Partiendo con jornadas con equipos directivos (directores, subdirectores, jefes de sector) y continuando con el resto del equipo de los dispositivos de la red comunal.	Iniciar trabajo de municipio saludable en concordancia con directrices de la OMS y en conjunto con Subdirección de Gestión Territorial, municipio y comunidad.
Seguimiento de los compromisos establecidos en la jornada de calidad por parte de los directivos de los dispositivos de la red comunal los cuales se sumarán al plan de calidad local anual.	Conformar núcleos de investigación por temáticas, de acuerdo con priorización comunal, para la formulación de políticas sanitarias locales.
Desarrollar instancias comunitarias para abordar temáticas de calidad, seguridad y humanización en conjunto con los centros de salud comunales.	Desarrollar e implementar el plan comunal 2026 - 2028 de humanización y excelencia, que contemple acciones para mejorar la experiencia usuaria.
	Fomentar la participación en proyectos de investigación aplicada e innovación en salud, en coordinación con universidades y otras instituciones del territorio.

11.4.1 Plan de Capacitación 2026

La capacitación constituye un proceso educativo de carácter estratégico, planificado y sistemático, mediante el cual las y los funcionarios del Área de Salud adquieren y actualizan conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para el desempeño de sus puestos de trabajo.

El Plan Anual de Capacitación 2026 del Área de Salud de la comuna se organiza a partir de los lineamientos del Ministerio de Salud y del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO), así como de las necesidades detectadas en los distintos centros de salud. Su propósito es responder a brechas de competencias clínicas, comunitarias y de gestión, de modo que los equipos puedan otorgar una atención segura, oportuna, humanizada y centrada en las personas, sus familias y comunidades.

Para el año 2026 se priorizan actividades formativas orientadas a fortalecer la respuesta frente a enfermedades transmisibles y no transmisibles, el abordaje de lesiones y violencia, la promoción de estilos de vida saludables, el enfoque de curso de vida, la equidad, el cuidado del medio ambiente, la modernización del sistema de salud y la mejora continua de la calidad de la atención.

El plan se estructura en nueve Objetivos Estratégicos (OE 1-9) que agrupan las distintas actividades de capacitación, garantizando cobertura a todas las categorías funcionarias (A, B, C, D, E y F) y asegurando la participación de equipos multiprofesionales, técnicos, administrativos y auxiliares.

Implementación del Plan de Capacitación 2026 del Área de Salud

Las acciones de capacitación se dirigen a todos los estamentos del Área de Salud, promoviendo la participación equitativa de funcionarias y funcionarios

independientemente de su condición contractual.

Las actividades se desarrollarán a lo largo del año, con énfasis en el período marzo-diciembre 2026, combinando modalidades presenciales, b-learning y e-learning asincrónico en la plataforma institucional del Servicio de Salud. Se consideran instancias focalizadas por programa (por ejemplo, Programa Cardiovascular, Programa de Salud de la Persona Mayor, Programa de Inmunizaciones, Salud Mental, ECICEP, TEA, entre otros) y actividades transversales en temáticas como buen trato, gestión de riesgos, IAAS, equidad de género, interculturalidad y derechos laborales.

Cada actividad contará con un/a coordinador(a) responsable (referente de programa, coordinación de capacitación, asociación de funcionarios, CAD, ACHS u otros), encargado de la convocatoria, seguimiento de asistencia, evaluación del aprendizaje y registro en los sistemas de información.

Evaluación y seguimiento del plan:

El Plan de Capacitación 2026 será evaluado desde dos perspectivas complementarias:

Evaluación de resultados de aprendizaje, a través de instrumentos acordes con la modalidad utilizada (pruebas en línea, listas de cotejo, rúbricas de desempeño, evaluaciones prácticas, etc.), que permitan verificar la adquisición de conocimientos y habilidades por parte de las y los participantes.

Evaluación de impacto en el desempeño, mediante la incorporación de indicadores asociados a los programas y ejes estratégicos (por ejemplo, mejoras en registros EMP/EMPAM, adecuación de fichas de farmacovigilancia, aumento de notificación de eventos adversos en SINEAV, mejor uso de indicadores y datos para la gestión, disminución de brechas en IAAS, etc.), así como retroalimentación cualitativa de jefaturas y equipos.

El seguimiento del plan estará a cargo de la Coordinación de Capacitación y Relación Asistencial Docente, que consolidará los avances trimestrales e informará a la Dirección de Salud y a los equipos directivos de los CESFAM sobre el cumplimiento de metas de participación y ejecución presupuestaria, proponiendo ajustes cuando sea necesario.

Modalidades de gestión formativa previstas

La implementación de las actividades formativas del PAC 2026 se enmarca en cuatro modalidades de gestión, coherentes con el lineamiento institucional y con el documento de Plan de Capacitación del SSMSO:

Programas de formación gestionados a través de OTEC con utilización de franquicia SENCE. Considera cursos como Resolución de conflictos y mediación para líderes de equipos de salud, Autocuidado y manejo del estrés laboral en equipos APS, Lengua de señas y accesibilidad comunicacional en APS, Estadística aplicada y análisis de datos en salud con Excel, Mantenimiento básico de instalaciones y prevención de riesgos, Habilidades y gestión directiva para CESFAM, entre otros. Estas actividades son licitadas o contratadas a través de OTEC acreditadas, aprovechando la franquicia SENCE y otros mecanismos de

cofinanciamiento.

Programas de formación gestionados internamente. Incluye actividades organizadas desde las coordinaciones técnicas y programas del Área de Salud, financiadas con el Presupuesto de Capacitación del Área de Salud. En este grupo se encuentran, por ejemplo, Promoción y prevención de la salud en la comunidad, Infecciones respiratorias en APS, Actualización en Programa Cardiovascular, Jornada de farmacovigilancia y tecnovigilancia en APS, IA y herramientas digitales para la gestión sanitaria, Gestión de eventos adversos e IAAS, entre muchas otras.

Programas de formación gestionados a través de convenios asistenciales-docentes y otros convenios. Corresponde a actividades desarrolladas en el marco de convenios con instituciones como CAD, ACHS u otras entidades colaboradoras, que aportan cupos, relatores o infraestructura. En esta modalidad se incluyen, por ejemplo, Apoyo Vital Avanzado Pediátrico (PALS), Soporte Vital de Trauma Prehospitalario (PHTLS), Curso para operadores de calderas y autoclaves, Formación de Tutores Clínicos en APS, entre otros.

Programas de formación gestionados directamente desde el SSMSO. Comprende cursos e-learning y b-learning que el Servicio de Salud ofrece sin costo directo para la comuna (financiamiento SSMSO), tales como Precauciones Estándares, Actualización en TBC, ECICEP, Abordaje integral de personas con TEA, Salud mental en APS: abordaje integral y riesgo suicida, Género y diversidad sexual, Climaterio y sus implicancias, Humanización de la atención en salud, Trabajo en equipo para la calidad, entre otros. Estos programas permiten ampliar significativamente la cobertura formativa usando la plataforma online del Servicio.

Financiamiento:

El presupuesto estimado para la ejecución del PAC 2026 asciende a: \$36.000.000 (treinta y seis millones de pesos).

Este monto considera:

Recursos del Presupuesto de Capacitación del Área de Salud, destinados a financiar principalmente cursos presenciales y b-learning contratados (honorarios de relatores, arriendo de salas, materiales, etc.).

Actividades financiadas mediante franquicia tributaria SENCE (por ejemplo, cursos de manejo del estrés, liderazgo, estadística, lengua de señas, mantenimiento e IA, entre otros).

Programas sin costo directo para la comuna, financiados por el SSMSO, CAD, ACHS y Asociación de funcionarios, valorizados en el plan como aportes externos en especie (relatores, cupos o programas completos).

La suma de estos componentes permite cubrir un total de 3.301 horas pedagógicas distribuidas en los distintos objetivos estratégicos y categorías funcionarias, optimizando el uso de recursos municipales y externos.

Propuesta de malla de capacitación 2026:

La malla de capacitación 2026 se organiza en torno a los siguientes Objetivos Estratégicos, que se articulan con los ejes del Programa de Formación de Recursos Humanos del MINSAL:

OE 1. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

- a. Promoción y prevención de la salud en la comunidad
- b. Infecciones respiratorias en APS
- c. Uso racional de antimicrobianos y prevención de resistencia
- d. Actualización en Programa de Control y Eliminación de la TBC
- e. Precauciones Estándares para Profesionales de la Salud
- f. Consejería en VIH
- g. Actualización en vacunación y Programa Nacional de Inmunizaciones
- h. Actualización en vacunación y Programa Nacional de Inmunizaciones

OE 2. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

- a. Actualización en Programa Cardiovascular para APS
- b. Atención odontológica integral y manejo de patologías bucales frecuentes
- c. Salud respiratoria crónica del adulto en APS
- d. Apoyo Vital Avanzado Cardiovascular adulto y pediátrico (ACLS)
- e. Categorización en servicio de urgencia de atención primaria (SAPU/SAR/SUM)
- f. Ortodoncia en APS
- g. Radiografía odontológica para técnicos en odontología
- h. Estrategia ECICEP: cuidado integral de personas con multimorbilidad

OE 3. LESIONES Y VIOLENCIA

- a. Manejo de usuarios conflictivos y prevención de violencia laboral en APS
- b. Maltrato infantil y violencia intrafamiliar
- c. Prevención de violencia, acoso y discriminación con enfoque de género y derechos humanos
- d. Resolución de conflictos y mediación para líderes de equipos de salud
- e. Reanimación Cardiopulmonar básica y uso de DEA

OE 5. CURSO DE VIDA

- a. Abordaje integral de personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA)
- b. Envejecimiento saludable y abordaje integral de la persona mayor en APS
- c. Apoyo Vital Avanzado Pediátrico (PALS)
- d. Climaterio y sus implicancias

OE 6. EQUIDAD

- a. Género y diversidad sexual en la atención y en los equipos de APS
- b. Lengua de señas y accesibilidad comunicacional en APS
- c. Salud de población migrante y pertinencia cultural en APS
- d. Inclusión laboral de personas con discapacidad
- e. Salud Intercultural y Derechos de la Población Indígena en APS

OE 7. MEDIO AMBIENTE

- a. Manejo de residuos en establecimientos de atención en salud (REAS)
- b. Emergencias y desastres en APS: triage básico
- c. Soporte Vital de Trauma Prehospitalario (PHTLS)

OE 8. SISTEMA DE SALUD

- a. Inteligencia Artificial y herramientas digitales para la gestión sanitaria en APS
- b. Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario
- c. Estadística aplicada y análisis de datos en salud con Excel
- d. Gestión de indicadores y análisis de información en salud
- e. Mantenimiento básico de instalaciones y prevención de riesgos
- f. Derechos laborales, previsionales y carrera funcional en APS
- g. Marco jurídico y gestión institucional en salud municipal y APS
- h. Habilidades y gestión directiva para CESFAM
- i. Curso para operadores de calderas y autoclaves
- j. Formación de Tutores Clínicos en APS

OE 4. ESTILOS DE VIDA Y FACTORES DE RIESGO

- a. Salud mental en APS: abordaje integral y riesgo suicida
- b. Autocuidado y manejo del estrés laboral en equipos APS
- c. Actualización en Programas Preventivos EMP y EMPAM
- d. Alimentación saludable a lo largo del curso de vida

OE 9. CALIDAD DE LA ATENCIÓN

- a. Calidad y acreditación en APS
- b. Trabajo en equipo para la calidad de la atención en salud
- c. Gestión de eventos adversos y notificación en plataforma SINEAV
- d. Jornada de farmacovigilancia y tecnovigilancia en APS
- e. Prevención y vigilancia de IAAS en APS
- f. Humanización de la atención en salud y trato centrado en la persona

11.5 SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN TERRITORIAL

La Unidad de Gestión Territorial tiene como propósito acercar las acciones de salud a la comunidad, favoreciendo el acceso equitativo a prestaciones y actividades de promoción, prevención y apoyo en salud. Para ello, coordina y ejecuta operativos territoriales con equipos multidisciplinarios y el despliegue de clínicas móviles, utilizando espacios comunitarios y de encuentro ciudadanos tales como plazas, ferias libres y sedes sociales.

De manera complementaria, la unidad impulsa procesos de participación y vinculación comunitaria que contribuyan al fortalecimiento de condiciones salutogénicas durante el curso de vida. Esto se realiza mediante la generación de relaciones colaborativas y vinculantes entre los equipos de salud y las organizaciones sociales, promoviendo la identificación, priorización y gestión de necesidades y cuidados de salud colectivos con pertinencia territorial, enfoque comunitario y sentido social.

Nuestro objetivo es democratizar la salud mediante la identificación y abordaje conjunto de los determinantes sociales presentes en los distintos espacios comunitarios de la comuna, promoviendo un enfoque inclusivo, participativo y protagónico. La Unidad de Gestión Territorial trabaja de manera articulada con las comunidades y actores intersectoriales, con el propósito de empoderar a la población en el cuidado de su salud, garantizar el derecho a la salud y contribuir al mejoramiento sostenido de la calidad de vida en los territorios.

Nuestra Visión es contribuir a la consolidación de territorios saludables, entendidos como entornos físicos y sociales que facilitan y promueven estilos de vida saludables. Aspiramos a fortalecer el protagonismo comunitario, empoderando a las organizaciones y habitantes para gestionar y defender su salud; así como promover un sistema de salud responsable, descentralizado, flexible y pertinente a la realidad local. La unidad busca establecer modelos de gestión y capacidades territoriales sostenibles en el tiempo, que fortalezcan la autonomía y continuidad de las acciones comunitarias.

Identidad y lineamientos:

La Unidad de Gestión Territorial se adhiere plenamente a los lineamientos institucionales definidos por el gobierno local de la Municipalidad de Puente Alto, así como a las directrices de la Dirección de Salud y al Plan Comunal de Salud, en

concordancia con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Asimismo, la Unidad orienta su accionar a fortalecer la articulación con la comunidad, promoviendo la participación activa de los distintos actores sociales y territoriales, y asegurando la presencia visible y efectiva del sistema de salud municipal en el entorno local.

De esta manera, la identidad territorial de la Unidad se construye sobre los principios de intersectorialidad, participación social, enfoque comunitario, equidad en salud y desarrollo humano, los cuales guían cada una de sus estrategias y acciones en terreno.

Valor estratégico:

La gestión territorial constituye un eje estratégico para la democratización y el acceso equitativo a la salud, al acercar las prestaciones y acciones preventivas a los espacios de vida cotidiana de la comunidad. Su valor radica en la capacidad de reconocer y responder a las realidades locales, promoviendo la participación activa de la ciudadanía y el trabajo colaborativo entre equipos de salud, organizaciones sociales e instituciones intersectoriales.

El enfoque territorial permite fortalecer la vinculación entre el sistema de salud y la comunidad, favoreciendo la construcción de confianza, pertinencia cultural y soluciones contextualizadas, orientadas a la mejora de la calidad de vida, la reducción de brechas sanitarias y la prevención de enfermedades. De este modo, la salud deja de ser un servicio solo disponible en establecimientos formales, para convertirse en un proceso compartido, comunitario y cercano a las personas.

Objetivos 2025-2026:

Disminuir las brechas de inequidad en salud en los territorios durante el período 2025-2026, mediante la implementación de estrategias territoriales participativas e intersectoriales que favorezcan el acceso oportuno y la calidad de la atención.

Fortalecer la capacidad resolutiva de los equipos de salud del primer nivel de atención en territorios priorizados, aumentando la cobertura efectiva de prestaciones preventivas y apoyo comunitario.

Implementar Mesas Intersectoriales de Salud Territorial para abordar problemáticas prioritarias tales como malnutrición y salud mental, promoviendo soluciones coordinadas y sostenibles.

Gestor Comunal Territorio y Participación: Enfocado en el territorio, la comunidad y la articulación social

Propósito:

Asegurar que cada territorio reciba intervenciones pertinentes, participativas y coherentes con su realidad social, sanitaria y comunitaria.

Coordinaciones bajo este gestor:

1. Coordinación de Diagnóstico y Análisis Territorial

Encargada de levantar información de los 18 territorios: brechas, determinantes

sociales, riesgos, accesibilidad, grupos prioritarios.

Funciones:

- Mapeo territorial permanente.
- Levantamiento de brechas y necesidades sanitarias.
- Actualización del diagnóstico local anual.
- Priorización de zonas críticas.

2. Coordinación de Participación Social y Vinculación Comunitaria

Responsable del trabajo con Consejos de Desarrollo Local, organizaciones sociales, comunidades educativas y redes comunitarias.

Funciones:

- Fortalecimiento de los CDU.
- Mesas territoriales por sector.
- Acciones de participación y educación comunitaria.
- Articulación con juntas de vecinos, municipios, seguridad y fundaciones.

3. Coordinación de Atención en Terreno y Dispositivos Territoriales

Se encarga de implementar, supervisar y mejorar las distintas estrategias en territorio

Funciones:

- Gestión de los DMT (dispositivos médicos territoriales)
- Programación de equipos móviles.
- Atención domiciliaria y operativos masivos.
- Control del impacto territorial (reducción de sobrecarga en CESFAM).

Gestor Comunal de Calidad, Humanización y Control de Gestión

Enfocado en información, procesos, resultados y bienestar del usuario y funcionario

Propósito:

Garantizar que la estrategia funcione con calidad, continuidad, humanización y gestión basada en evidencia.

Coordinaciones bajo este gestor:

4. Coordinación de Humanización del Cuidado y Experiencia de Usuario

Responsable del eje central del plan: trato digno, empatía, enfoque territorial y bienestar del funcionario y del usuario.

Funciones:

- Protocolos de acogida humanizada en todos los centros.
- Formación en habilidades relacionales.
- Encuestas de satisfacción y retroalimentación.
- Acciones de bienestar y salud mental para funcionarios.

5. Coordinación de Información, Indicadores y Evaluación Territorial

Coordina la recolección, monitoreo y análisis de datos de toda la red para orientar decisiones.

Funciones:

- Tableros de indicadores por territorio y CESFAM.
- Seguimiento a metas y GES.
- Informes comunales trimestrales.
- Evaluación del impacto de la estrategia territorial.

6. Coordinación de Innovación, Buenas Prácticas y Mejora Continua

coordinación orientada a fortalecer la creatividad y capacidad de innovación de los equipos en terreno.

Funciones:

- Concurso anual de Buenas Prácticas en terreno.
- Sistematización de experiencias exitosas.
- Proyectos con universidades y centros formativos.
- Desarrollo de modelos territoriales replicables.

Pilares Estratégicos de la Subdirección de Gestión Territorial		
Pilar de Gestión Operativa Territorial	Pilar de Gestión con el intersector	Pilar de Participación y promoción en salud
Organiza, coordina y ejecuta acciones de salud en los territorios, asegurando presencia efectiva en la comunidad, atención oportuna y articulación con los equipos locales. Su enfoque se orienta a la planificación, supervisión y evaluación de operativos y dispositivos de salud en terreno.	Promueve y facilita la articulación entre redes comunitarias e instituciones públicas y privadas (educación, vivienda, seguridad, desarrollo social, justicia, municipalidades, entre otras), con el propósito de contribuir al bienestar integral de la población y abordar los determinantes sociales de la salud desde una perspectiva colaborativa.	Contribuir desde lo técnico, comunitario e intersectorial al desarrollo de estrategias de participación social, promoción de salud en el ámbito local desde cada centro de salud, comunal en territorios adscritos, teniendo presente las normativas vigentes, lineamientos ministeriales y comunales. Asegurar y resguardar el carácter participativo protagónico y resolutivo de las comunidades en lo que ha salud refiere.
Coordinador Gestión Operativa Territorial	Coordinador de Gestión con el intersector	Coordinador de Participación y promoción en salud
Fortalecer el trabajo colaborativo entre las coordinaciones territoriales de salud, organizaciones sociales y comunidades locales de Puente Alto. Articular y promover vínculos y procesos participativos que favorezcan acciones de salud con pertinencia territorial, enfoque comunitario y desarrollo local.	Articular la vinculación entre equipos de salud, instituciones públicas/privadas y organizaciones sociales.	Diseñar y ejecutar estrategias de participación social y promoción de la salud en territorio.
Garantizar la operatividad de un espacio de coordinación y diálogo continuo entre las coordinaciones territoriales de salud y las organizaciones sociales, formalizando mecanismos de trabajo colaborativo para la identificación y abordaje conjunto de desafíos de salud.	Promover y concretar alianzas y acciones colaborativas con socios estratégicos (instituciones públicas/privadas, organizaciones sociales) orientadas a generar bienestar y desarrollo social en los territorios de Puente Alto.	Garantizar la articulación operativa entre los centros de salud y las comunidades locales, asegurando que todas las acciones de vinculación se realicen en estricto cumplimiento de la normativa ministerial y municipal vigente.
Diseñar e implementar procesos participativos que permitan a la comunidad local definir las prioridades y el diseño de las acciones de salud, asegurando que toda intervención tenga pertinencia territorial, enfoque comunitario y contribuya al desarrollo local.	Diseñar e implementar una estructura de diálogo y trabajo intersectorial que facilite la coordinación efectiva y la respuesta integrada a desafíos, de acuerdo con los lineamientos institucionales y la normativa vigente	Implementar estrategias de acompañamiento que permitan el fortalecimiento de los liderazgos y las organizaciones sociales locales, empoderando a la comunidad para participar activamente en sus propios procesos de salud comunitaria.
Evaluar la calidad y la efectividad de los vínculos generados, implementando estrategias de fortalecimiento que doten a las organizaciones y líderes locales de las capacidades necesarias para sostener las acciones de salud e impulsar el desarrollo comunitario a largo plazo.	Liderar el proceso de identificación y análisis sistemático de necesidades, brechas y oportunidades en la red territorial, para formular e implementar estrategias que fortalezcan su capacidad de respuesta y el acceso de los usuarios.	Diseñar, coordinar e impulsar un programa continuo de actividades educativas y preventivas en los territorios, con el fin de contribuir directamente a la mejora de la salud y calidad de vida de la población de Puente Alto



<p>HABILIDADES BLANDAS/INTERPERSONALES</p> <p>Capacidad de liderar equipos. Capacidad de desarrollar talento de los equipos a cargo. Comunicación efectiva, clara y orientada al objetivo.</p>		
<p>HABILIDADES ANALÍTICAS Y ESTRATÉGICAS</p> <p>Capacidad de Planificar: por medio de la definición de metas, recursos y pasos a seguir. Capacidad de tomar decisiones en base a datos. Habilidad de diagnóstico y pensamiento crítico. Capacidad analítica, búsqueda de patrones, oportunidades de mejora.</p>		
<p>HABILIDADES DURAS / TÉCNICAS</p> <p>Capacidad de gestionar y delegar. Capacidad de gestión de proyectos para la innovación en las áreas a su cargo. Conocimiento técnico de diseño organizacional e ingeniería de procesos en su ámbito de acción.</p>		
Coordinador Gestión Operativa Territorial	Coordinador de Gestión con el Intersector	Coordinador de Participación y promoción en salud
<p>Desafíos estratégicos 2026–2028</p> <p>Cobertura y Acceso Territorial: Ampliar presencia regular en los territorios para asegurar acceso oportuno y equitativo a prestaciones y actividades comunitarias.</p> <p>Coordinación Operativa: Optimizar planificación, logística y despliegue de equipos multidisciplinarios y clínicas móviles en espacios comunitarios.</p> <p>Participación y Vinculación Comunitaria: Fortalecer relaciones colaborativas entre equipos de salud y organizaciones sociales para una participación más vinculante y sostenida.</p> <p>Identificación de Necesidades Territoriales: Mejorar el levantamiento, priorización y gestión de necesidades colectivas con pertinencia territorial.</p> <p>Enfoque Comunitario y Pertinencia Cultural: Asegurar que las estrategias y acciones respondan al contexto sociocultural de cada territorio.</p> <p>Promoción de Condiciones Salutogénicas: Desarrollar acciones sostenidas que contribuyan a entornos saludables durante el curso de vida.</p> <p>Articulación Intersectorial: Consolidar alianzas con actores comunitarios y municipales para abordar determinantes sociales de manera integral.</p>		

11.6 SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN SERVICIOS CRÍTICOS Y OPERATIVOS

La Subdirección de Servicios Críticos y Operativos es la unidad responsable de coordinar, supervisar y fortalecer la gestión estratégica, técnica y operativa de las áreas que sostienen la continuidad operativa del sistema de salud municipal. Su labor integra los ámbitos de emergencia, movilización sanitaria, gestión del riesgo de desastres y catástrofes, prevención de riesgos, salud ocupacional, control sanitario especializado, infraestructura, equipamiento crítico, procesos y calidad.

Desde una perspectiva estratégica, la Subdirección de Servicios Críticos y Operativos impulsa la modernización del sistema comunal de salud, fortaleciendo la respuesta Pre-Hospitalaria, consolidando la cultura preventiva y asegurando condiciones seguras tanto para los equipos como para la comunidad ante las inminentes adversidades, permitiendo anticipar riesgos, mejorar la coordinación territorial y sostener la continuidad operativa frente a emergencias o contingencias que afecten la red. Gestionando la capacidad resolutiva y de respuesta del sistema de salud comunal, con visión territorial y énfasis en la protección de la comunidad y los funcionarios.

Esta subdirección se posiciona como una unidad clave para la resiliencia institucional, el fortalecimiento operativo y la consolidación de un sistema de salud comunal preparado, ordenado y capaz de responder con eficiencia y humanidad a las necesidades de Puente Alto.

CENTRAL DE AMBULANCIAS:

La Central de Ambulancias se ha consolidado como una unidad estratégica y resolutiva robusta dentro de la red de salud comunal, posicionándose como un componente clave del sistema prehospitalario local. Los avances alcanzados durante 2025 evidencian un salto cualitativo y cuantitativo en materia clínica, operativa, tecnológica y de gestión, fortaleciendo su capacidad para responder de manera oportuna y segura a las necesidades de la población. Este progreso ha permitido optimizar la coordinación territorial, ampliar la cobertura efectiva y estandarizar procesos críticos, sentando bases sólidas para la modernización del servicio.

De esta manera, la proyección para 2026 apunta a consolidar una Central de Ambulancias más moderna, autónoma y resiliente, con mayores capacidades de resolución en terreno, una infraestructura regulatoria fortalecida y un modelo de operación preparado para enfrentar de manera eficiente las demandas crecientes del territorio y los nuevos desafíos sanitarios y comunitarios.

Prestaciones:

Central Ambulancias Puente Alto mantiene una flota funcional de 23 dispositivos, con 110 funcionarios como dotación fija, contribuyendo así a una atención integral, distribuida en:

- 08 ambulancias de emergencia básica
- 04 ambulancias para traslados ambulatorios
- 02 ambulancias de Emergencia con profesionales de salud
- 05 clínicas ginecológicas y un camión mamográfico
- 04 móviles de traslado de pacientes

CENTRAL AMBULANCIAS PUENTE ALTO

Rescates, atención prehospitalaria y traslados primarios a centros de salud, primarios, secundario y/terciarios.

Traslados desde los dispositivos de salud comunal al servicio de urgencia hospitalario

Traslados ambulatorios programados (diálisis, curaciones, tratamientos, controles médicos), para pacientes postrados.

Constatación defunciones por médico regulador y emisión de certificado pertinentes.

Traslados Desde los servicios SAPUs o SUM al SAR para toma de exámenes o continuidad de cuidados.

Traslados de usuarios en situación de calle hacia albergues seguros.

Operativos territoriales y comunitarios.

Cobertura de eventos deportivos o culturales.

Avances 2025:

Durante el año 2025, la Central de Ambulancias de Puente Alto experimentó un proceso de fortalecimiento institucional sin precedentes, consolidándose como una unidad estratégica dentro de la red de atención prehospitalaria comunal. Este período estuvo marcado por avances significativos en materia sanitaria, operativa, tecnológica y de gestión, los cuales permitieron elevar el estándar del servicio y responder de manera más eficiente, segura y oportuna a las necesidades de la población.

Los hitos logrados durante el año no solo estructuraron la unidad desde una perspectiva normativa y técnica, sino que también ampliaron su capacidad resolutiva, mejoraron la experiencia de atención de usuarios y reforzaron la articulación con la red asistencial y organismos de emergencia. De esta manera, 2025 se posiciona como un año clave que sienta las bases para los desafíos proyectados para el 2026 y los años siguientes, avanzando hacia una Central de Ambulancias moderna, autónoma y alineada con las exigencias del sistema de salud.

AVANCES 2025

Autorización Sanitaria de la Central	Obtención de la Autorización Sanitaria según Resolución N°2513144801 del 23 de mayo 2025, lo que permitió formalizar el funcionamiento y asegurar estándares normativos superiores.
Fortalecimiento de la capacidad clínica	<p>Incorporación sostenida de profesionales de enfermería, consolidando la operación de la ambulancia profesional durante las 24 horas del día, permitiendo cobertura continua.</p> <p>Implementación de Ambulancia de Respuesta Ambulatoria (RPA, dispositivo medicalizado compuesto por Médico, TENS y Conductor profesional, aumentando la capacidad resolutiva en domicilios y territorios.</p> <p>Incorporación de un auxiliar de servicio especializado, profesionalizando: Gestión de carga de oxígeno, orden, carga y descarga de bodega, manejo de insumos y equipamiento clínico.</p>
Modernización tecnológica y operativa	<p>Adquisición de Desfibriladores Externos Automáticos (DEA) para todas las ambulancias de emergencia.</p> <p>Instalación de un sistema de radiocomunicaciones VHF con autonomía, compuesto por frecuencias radiales en SUBTEL, y equipos digitales permitiendo las operaciones continuas en emergencias, desastres y/o catástrofes.</p> <p>Implementación de mejoras con un sistema de despacho virtual asistido, aumentando precisión, trazabilidad y continuidad del servicio.</p> <p>Creación del Centro Regulador operativo para una gestión y salsa de crisis expedita y eficiente de las solicitudes.</p>
Fortalecimiento de la gestión reguladora y de calidad	<p>Consolidación del equipo regulador 24/7 compuesto por:</p> <ul style="list-style-type: none"> Médico regulador. TENS de urgencia con experiencia en teleasistencia clínica. Enfermera de calidad y gestión clínica. Técnico mecánico para operatividad de flota. Personal administrativo para gestión financiera y operativa.
Acompañamiento territorial y trabajo intersectorial	Mayor presencia en eventos deportivos, culturales y comunitarios, en coordinación con Deporte, Municipalidad y organismos externos. Coordinación permanente con Carabineros, Bomberos, SAMU y oficinas municipales, fortaleciendo la red de respuesta territorial.

Desafíos 2026:

Con base en los avances de 2025 y los objetivos institucionales, la Central de Ambulancias proyecta para 2026 un enfoque centrado en consolidación normativa, fortalecimiento operativo y transformación tecnológica, destacando los siguientes ejes:

DESAFIOS 2026	
Profesionalización y estándar de la gestión	Finalizar la implementación de perfiles de cargo y funciones para todo el personal. Crear un manual de funcionamiento integral, que normalice procedimientos, responsabilidades y estándares operativos.
Protocolización de procesos clínicos y operativos	Consolidar protocolos para ambulancias, clínicas móviles y móviles de traslado. Implementar auditoría interna de cumplimiento normativo y sanitario.
Fortalecimiento de la gestión de calidad	Potenciar el rol del profesional de salud como líder de calidad y seguridad del paciente. Implementar instrumentos de evaluación continua de desempeño clínico y técnico.
Ampliación de campos de Autorización Sanitaria	Extender la autorización sanitaria para Ambulancias de Emergencia Avanzada (AEA) y Clínicas móviles. Levantamiento de brechas y plan de mejoras en infraestructura y equipamiento.
Modernización tecnológica	Implementación del sistema de videograbación en móviles con acceso remoto. Fortalecimiento del sistema de despacho, registro y análisis de datos. Digitalización de fichas de atención prehospitalaria.
Recursos humanos y capacidad de respuesta	Incorporación teleoperador 44hrs para Centro Regulador Extensión 24/7 estrategia Ambulancia Respuesta Ambulatoria Incorporación dotación RPA completa Revisión y actualización del sistema de asignación de cupos para traslados ambulatorios. Implementación de un plan de reposición de equipamiento clínico para toda la flota.
Independencia operativa y de gestión	Habilitación de bodega con autorización sanitaria para insumos y fármacos, permitiendo autonomía de abastecimiento. Habilitación de bodega REAS autorizada como proceso final.
Promoción del bienestar laboral	Desarrollo de iniciativas de salud mental para equipos móviles, en coordinación con: Comité Paritario (CPHyS) - Salud Mental APS Bienestar corporativo.

PREVENCIÓN Y GESTIÓN DEL RIESGO DE EMERGENCIAS Y DESASTRES.

Durante el año 2025, la Dirección de Salud de la Corporación Municipal de Puente Alto ha fortalecido de manera significativa su modelo de gestión preventiva integral, avanzando hacia un sistema estructurado, transversal y alineado con los estándares nacionales en seguridad y salud en el trabajo, así como con las exigencias del proceso de acreditación sanitaria de atención abierta.

Este fortalecimiento ha posibilitado establecer un trabajo más específico, sostenible y planificado en torno a los pilares estratégicos de acción preventiva, que estructuran el funcionamiento integral del área.

Prevención de Riesgos

Durante el período, la gestión en prevención de riesgos ha evolucionado desde una función técnica-operativa hacia un modelo de acompañamiento y asesoramiento directivo, enfocado en la toma de decisiones informadas y la articulación entre los centros de salud, mutualidad y la Dirección de Salud. Se consolidó una coordinación directa y permanente que aborda tanto aspectos clínicos como administrativos relacionados con la prevención de accidentes, la gestión de siniestros y la implementación de medidas correctivas.

Paralelamente, se impulsaron estrategias específicas para la prevención de agresiones al personal de salud, integrando una mirada interinstitucional basada en la gestión técnica, la formación y el acompañamiento psicosocial.

AVANCES 2025

Conformación de la Mesa Operativa de Prevención de Agresiones (MOPA):

Instancia técnica y de acompañamiento directivo conformada por directores, subdirectores, gremios y la coordinación de prevención de riesgos, que articula acciones con otras unidades corporativas y organismos externos para implementar estrategias de prevención y promoción del buen trato en la red APS.

Asesoramiento técnico continuo a equipos directivos y Comités Paritarios, fortaleciendo la gestión preventiva integrada y la mejora continua.

Acompañamiento en la elección y funcionamiento de Comités Paritarios y delegados/as de seguridad y salud en el trabajo, reforzando el liderazgo local en seguridad y salud ocupacional.

Orientación técnica a directores/as en la resolución de casos, revisión de protocolos y aplicación de medidas preventivas frente a contingencias.

Trabajo colaborativo con mutualidad, enfocado en reducción de accidentabilidad, desarrollo de campañas preventivas y control de riesgos operacionales.

Participación en el Comité de Bienestar, integrando la perspectiva preventiva en la gestión institucional.

Este enfoque ha permitido transitar desde una gestión reactiva hacia una gestión proactiva, anticipatoria y participativa, posicionando la prevención como eje transversal de la cultura organizacional en la red de salud comunal.

Salud Ocupacional

El componente de Salud Ocupacional se ha consolidado como eje transversal, integrando la vigilancia de la salud de los trabajadores, la gestión de casos de exposición laboral y el acompañamiento técnico en procesos de calificación de enfermedades profesionales.

AVANCES 2025

Designación de encargados del protocolo de trastornos Musculoesqueléticos Relacionados con el Trabajo (TMERT) en cada establecimiento, con funciones definidas y respaldo de tiempo para la aplicación del protocolo y registro de hallazgos.

Capacitación presencial y técnica en coordinación con Mutualidad para fortalecer competencias locales.

Aplicación de la primera etapa del Protocolo TMERT, caracterizando funciones críticas y condiciones ergonómicas en los distintos centros de salud.

Elaboración y actualización de protocolos internos (Accidentes corto-punzantes, Protocolo de Acción TMERT, entre otros).

Gestión de EPP estacionales para funcionarios en terreno.

Gestión de suministro de jabón clínico especializado para casos de dermatitis laboral.

Charlas preventivas en campaña de invierno y prevención de corto-punzantes.

Asesoramiento técnico conjunto con ACHS en evaluación de puestos y acompañamiento en casos músculo-esqueléticos.

Estandarización y trazabilidad de registros de vigilancia en salud ocupacional, fortaleciendo la gestión documental y la rendición ante autoridades competentes.

Estas acciones consolidan una gestión proactiva de la salud laboral, centrada en la anticipación de riesgos, el fortalecimiento de capacidades locales y la protección efectiva del personal de salud.

Gestión del Riesgo

Durante el período, se ha fortalecido el eje de Gestión del Riesgo y Vinculación Comunitaria, con una mirada participativa y educativa que combina formación interna, articulación interinstitucional y trabajo comunitario, en el marco de la Ley N° 21.364.

La creación del cargo de Coordinador/a de Formación en Gestión del Riesgo permitió articular las estrategias formativas y territoriales de la red APS, consolidando un modelo de seguridad, preparación y resiliencia local.

AVANCES 2025

Implementación de un plan formativo interno en gestión del riesgo, con capacitaciones en reacción ante emergencias, primeros auxilios, evacuación, continuidad operativa y atención prehospitalaria.

Desarrollo de actividades educativas comunitarias junto a juntas de vecinos, colegios y organismos comunales de emergencia.

Apoyo logístico y operativo a la UGRED en simulacros, jornadas capacitaciones.

Elaboración de registros, bases técnicas e informes preventivos, fortaleciendo la trazabilidad institucional.

Articulación de alianzas intersectoriales con Carabineros, Bomberos, Defensa Civil, Cruz roja, SENAPRED, OTEC, fundaciones y entidades privadas.

Participación en mesas territoriales y comunales de coordinación, representando a la Dirección de Salud en instancias intersectoriales.

Este pilar refuerza una gestión preventiva con enfoque territorial, en la que la preparación, la educación y la comunidad sean los principales motores de resiliencia frente a emergencias.



Emergencias y Gestión del Riesgo de Desastres (GRD)

El fortalecimiento del componente GRD ha permitido consolidar una estructura técnica orientada a garantizar la continuidad de los servicios esenciales, la seguridad del personal y la protección de la población ante eventos críticos.

En el marco de la Ley N° 21.364 y las directrices de SENAPRED, la gestión local se ha centrado en la planificación, prevención, preparación y respuesta institucional ante emergencias naturales o antrópicas.

La Unidad de Gestión del Riesgo de Emergencias y Desastres (UGRED) se ha consolidado como el núcleo articulador de la gestión preventiva integral dentro de la Dirección de Salud, integrando los cuatro pilares estratégicos mencionados. Su enfoque interfuncional permite un trabajo técnico, coordinado y colaborativo, que vincula la operación interna de la red APS con los organismos comunales, regionales y nacionales de emergencia.

AVANCES 2025

Elaboración de protocolos técnicos y de continuidad operativa, adaptados a cada establecimiento.

Coordinación de simulacros multiescenario y capacitaciones, asegurando la continuidad de los planes de emergencia.

Participación activa en COGRID, COE y mesas comunales de emergencia, fortaleciendo la cooperación interinstitucional con SENAPRED, Bomberos, Carabineros y la Municipalidad.

Liderazgo en activaciones reales ante emergencias, gestión de daños y coordinación de recursos críticos.

Supervisión y operatividad del sistema de comunicaciones VHF/UHF, garantizando conectividad y coordinación entre centros.

Monitoreo, evaluación y trazabilidad documental de todas las acciones del plan anual de emergencias.

Coordinación inter-área permanente, con planificación conjunta de actividades preventivas, formativas y operativas.

Estrategias transversales de seguridad y continuidad asistencial, integrando los aportes de cada pilar en la planificación anual y en los planes de mejora institucional.

Jornadas comunales de prevención y autocuidado, con participación activa de equipos locales y organismos de respuesta.

Simulacros y capacitaciones integradas, donde los cuatro pilares actúan coordinadamente, fortaleciendo capacidades institucionales.

Sistematización de reportes y resultados técnicos, consolidando la trazabilidad documental y la rendición de evidencias para acreditación y fiscalización

Creación de la UGRED y Consolidación Institucional: En marzo de 2025 se concretó la creación de la Unidad de Gestión del Riesgo de Emergencias y Desastres (UGRED), dependiente de la Subdirección de Servicios Críticos. Su conformación permitió establecer una estructura técnica permanente dedicada a la continuidad operativa, la coordinación ante emergencias y el apoyo directo a la comunidad.

Formación y Capacitación: Durante 2025 se desarrollaron los cursos ATEP, APES y Manejo de Extintores, dirigidos a funcionarios municipales, personal policial y comunidad. Estas instancias fortalecieron las capacidades de respuesta inicial ante emergencias y se encuentran en proceso de certificación SENCE.

Despliegues Operativos y Puestos Médicos: La UGRED instaló puestos médicos en eventos masivos y contingencias comunales, como la Fiesta de las Artes, la Cuenta Pública y actividades deportivas, asegurando atención sanitaria inmediata y coordinación con la Central de Ambulancias.

AVANCES 2025

Vehículo de Primera Respuesta GRD-46: Se habilitó el Vehículo de Primera Respuesta y Puesto de Comando Móvil (GRD-46), con equipamiento sanitario y de comunicaciones. Su infraestructura permite operar como centro de coordinación móvil o central alternativa de ambulancias ante contingencias mayores.

Intervención Fiestas Patrias 2025: En la Plaza de Puente Alto se realizó una intervención pública con simulacro de colisión vehicular, orientada a la prevención de accidentes por conducción bajo los efectos del alcohol. Participaron Bomberos, Carabineros y equipos comunales, fortaleciendo la articulación interinstitucional y la educación ciudadana.

Capacitación ACV – Iniciativa Angels: La UGRED coordinó la implementación del programa Angels, que permitió capacitar a más de 550 personas en detección y manejo del Accidente Cerebrovascular (ACV). Este trabajo posicionó a Puente Alto como Comuna Cerebro-Cardio Protegida, con reconocimiento internacional.

Programa FAST Héroes: Se ejecutó el programa educativo FAST Héroes, orientado a niños y establecimientos escolares, fomentando la detección temprana de signos de ACV y promoviendo la educación preventiva en salud desde la infancia.

Procedimientos y Documentos Técnicos: Durante 2025 se elaboraron diversos procedimientos e instructivos operativos, entre ellos:

POE-02/25-UGRED: Comunicaciones Radiales Institucionales.

POE-03/25-UGRED: Gestión de la Información en Emergencias.

POE-04/25-UGRED: Interrupción de Energía y Comunicaciones.

La articulación interna y externa alcanzada por estas unidades ha transformado la gestión preventiva en un sistema de gobernanza compartido, capaz de anticipar riesgos, optimizar recursos y sostener una cultura basada en la seguridad reafirmando el compromiso institucional, el cuidado y la cooperación en toda la red APS de Puente Alto. Entregando seguridad a las comunidades y la continuidad asistencial.

DESAFÍOS 2026

Durante el año 2026, la Dirección de Salud proyecta fortalecer el modelo de Gestión Preventiva Integral, consolidando su madurez técnica, territorial y organizacional.

El objetivo central será avanzar hacia una gestión preventiva sostenible, medible y articulada, que incorpore indicadores de desempeño, trazabilidad digital y acciones de mejora continua orientadas a la seguridad, salud laboral y resiliencia institucional de la red APS.

Las proyecciones se estructuran en torno a cinco ejes estratégicos: Formalizar el modelo de gestión preventiva integral como sistema corporativo permanente dentro de la Dirección de Salud, con definición de responsabilidades, metas anuales y mecanismos de seguimiento.

Elaborar un Plan Maestro de gestión 2026-2028, que oriente la planificación estratégica de los cuatro pilares.

Implementar un sistema de indicadores y evaluación de desempeño preventivo, con reportes semestrales de cumplimiento, accidentabilidad, vigilancia de salud y acciones de mejora.

Fortalecer la coordinación jerárquica y operativa entre la UGRED, las jefaturas locales y las direcciones de centro, estableciendo un flujo único de comunicación para contingencias y fiscalizaciones.

Incorporar la transformación digital de la gestión preventiva, mediante el desarrollo de plataformas de registro, trazabilidad y monitoreo en línea de las acciones preventivas, informes técnicos, siniestros, capacitaciones y protocolos de emergencia. Esta digitalización permitirá optimizar tiempos de respuesta, asegurar trazabilidad documental y fortalecer la toma de decisiones basada en datos.

DESAFIOS 2026

Prevención de Riesgos Consolidar un modelo de asesoramiento técnico-direutivo que fortalezca la seguridad laboral, la gestión de riesgos y la prevención de agresiones en la red APS.	<p>Desarrollar un programa de asesoramiento técnico directivo permanente, que entregue acompañamiento preventivo a todos los CESFAM y unidades críticas.</p> <p>Implementar auditorías internas en seguridad y salud en el trabajo, aplicando el D.S. 594 y Ley 16.744 de forma estandarizada.</p> <p>Ampliar las estrategias de prevención de agresiones, fortaleciendo la Mesa Operativa de Prevención de Agresiones e incorporar protocolos unificados de intervención y derivación.</p> <p>Generar campañas comunales preventivas temáticas, integrando a la ACHS y al área de comunicaciones corporativas. Consolidar un plan de formación continua en liderazgo preventivo para directores, subdirectores y referentes locales.</p> <p>Incorporar un Encargado/a de Gestión Normativa en Prevención de Riesgos, responsable de mantener actualizada la documentación técnica, coordinar la aplicación de normas vigentes y asegurar el cumplimiento de los requerimientos legales y de acreditación sanitaria.</p> <p>Incorporar un Asistente Administrativo de apoyo a la Gestión Preventiva Integral, con funciones transversales a los cuatro pilares (Prevención de Riesgos, Salud Ocupacional, Vinculación Comunitaria y GRD), orientado a fortalecer la gestión documental, optimizar la respuesta ante fiscalizaciones y mantener actualizados los respaldos institucionales de cumplimiento.</p>
Salud Ocupacional Desarrollar un sistema digital de vigilancia y seguimiento ocupacional que asegure trazabilidad, control preventivo y bienestar integral del trabajador.	<p>Digitalizar el sistema de registros de vigilancia ocupacional, incorporando trazabilidad individual y reportes automáticos de exposición y seguimiento.</p> <p>Ampliar la cobertura del Protocolo TMERT a todos los CESFAM, SAPU y SAR de la red, con monitoreo centralizado y análisis estadístico anual.</p> <p>Implementar un protocolo de retorno seguro al trabajo para funcionarios con patologías laborales o licencias prolongadas.</p> <p>Incorporar un Encargado/a de convivencia laboral y apoyo psicosocial, responsable de promover entornos laborales saludables, prevenir situaciones de conflicto y apoyar el bienestar psicosocial de los equipos de salud.</p> <p>Desarrollar un plan de bienestar físico y mental, incorporando pausas activas, autocuidado emocional y ergonomía participativa.</p> <p>Evaluar la posibilidad de instaurar exámenes ocupacionales en colaboración con la ACHS, fortaleciendo el seguimiento de salud de los funcionarios y el control de factores de riesgo laborales.</p> <p>Explorar la implementación futura de exámenes pre-ocupacionales para nuevos ingresos.</p>

DESAFIOS 2026

	<p>Generar convenios con instituciones de educación superior y mutualidades para investigación aplicada en salud ocupacional.</p> <p>Implementar el Plan Comunal de Formación Comunitaria en Gestión del Riesgo, en alianza con SENAPRED, Cruz Roja, OTEC y establecimientos educacionales.</p>
Gestión del Riesgo y Vinculación Comunitaria Potenciar la participación comunitaria y la formación en gestión del riesgo, fortaleciendo la resiliencia territorial ante emergencias.	<p>Implementación del Programa REACCION, orientado a la formación y fortalecimiento de capacidades comunitarias en gestión del riesgo y respuesta ante emergencias, priorizando sectores estratégicos de la comuna. La iniciativa contempla la capacitación práctica de líderes comunitarios en primeros auxilios, evacuación y autoprotección, así como la adquisición y distribución de equipamiento básico de respuesta (botiquines, linternas, radios portátiles, mochilas y elementos de señalización) para apoyar el despliegue territorial ante contingencias.</p> <p>Fortalecer la vinculación con organizaciones territoriales mediante campañas educativas en autocuidado y primeros auxilios.</p> <p>Integrar indicadores de participación comunitaria en el Plan de Emergencia APS, fomentando la corresponsabilidad social en la prevención y respuesta.</p>
Gestión del Riesgo de Emergencias y Desastres (GRD) Consolidar una estructura operativa moderna, con capacidad de coordinación, comunicación y respuesta integral frente a emergencias.	<p>Elaborar el Plan de Gestión del Riesgo de Emergencias y Desastres (PGRD), incorporando continuidad operativa y gestión adaptativa, vinculado a lo establecido en pauta MAIS.</p> <p>Realizar simulacros multiescenario anuales integrados, con participación de Bomberos, Carabineros, ACHS y comunidad.</p> <p>Se proyecta la habilitación de una Sala de Crisis Comunal dependiente de la Dirección de Salud, destinada a la coordinación operativa durante emergencias y desastres, con conexión directa a la UGRED, la Central de Ambulancias y los centros APS. Para su implementación se propone gestionar recursos a través de fondos de inversión sectorial, priorizando infraestructura básica, conectividad y equipamiento tecnológico: pantallas de monitoreo, sistemas de comunicación redundantes (VHF/UHF y telefonía IP), respaldo eléctrico y mobiliario técnico. El objetivo es fortalecer la capacidad de respuesta y coordinación intercentros, permitiendo un monitoreo centralizado de eventos críticos y un enlace operativo permanente con las instituciones de emergencia comunales y regionales.</p> <p>Se propone la adquisición de uno o dos vehículos de respuesta rápida para la red APS, destinados a fortalecer la capacidad de desplazamiento y asistencia técnica de la UGRED y equipos locales en situaciones de emergencia o siniestro. Estos vehículos serán equipados con material básico de primera respuesta (botiquines, extintores, linternas, equipos de comunicación, herramientas de rescate menor y elementos de señalización), y permitirán realizar evaluaciones de daños, apoyo logístico y traslados de emergencia técnica dentro del territorio comunal. La búsqueda de recursos puede gestionarse mediante proyectos de inversión o postulaciones a fondos de fortalecimiento institucional, destacando su impacto directo en la continuidad operativa, seguridad laboral y protección de la comunidad.</p>

DESAFÍOS 2026

UGRED como Eje Integrador
Consolidar a la UGRED como una unidad estratégica transversal, articuladora de la gestión preventiva integral de la red APS, asegurando coordinación técnica, trazabilidad documental y fortalecimiento interinstitucional

- Consolidar a la UGRED como unidad responsable de coordinar, supervisar y evaluar los cuatro pilares preventivos (Prevención de Riesgos, Salud Ocupacional, Gestión del Riesgo y Vinculación Comunitaria, y GRD).
- Diseñar un sistema de gestión de información preventiva, integrando reportes técnicos, matrices de riesgo, cumplimiento normativo y resultados anuales, asegurando trazabilidad digital y mejora continua.
- Formalizar la red comunal de referentes preventivos UGRED, con roles y funciones definidos en cada establecimiento, promoviendo trabajo colaborativo y comunicación directa con la coordinación central.
- Fortalecer el vínculo con la Municipalidad de Puente Alto y organismos externos, posicionando a la UGRED como interlocutor técnico en materia de gestión del riesgo y emergencias. Participar activamente en la actualización del Plan Comunal de Emergencias y en los comités intersectoriales de seguridad y salud laboral, promoviendo la integración de la mirada preventiva en las políticas locales.

Durante el año 2026, la Dirección de Salud proyecta consolidar una cultura preventiva institucional madura y sostenible, en la que la seguridad, la salud y el bienestar de las personas sean valores integrados en todos los niveles de gestión. Este eje busca fortalecer la prevención como política organizacional permanente, promoviendo el liderazgo participativo, la corresponsabilidad y el trabajo colaborativo entre directivos, equipos técnicos y personal operativo, bajo un modelo de gestión que prioriza el cuidado de las personas y la continuidad de los servicios.

En este escenario, el modelo de Gestión Preventiva Integral alcanzará un nivel de madurez técnica y consolidación institucional, con la UGRED como eje articulador estratégico, la comunidad como actor corresponsable y la Dirección de Salud como referente comunal en seguridad, bienestar y gestión del riesgo.

El desafío para el período 2026 será mantener la prevención como práctica cotidiana, integrándose en la cultura organizacional y asegurando que la red APS de Puente Alto continúe siendo un espacio seguro, preparado y resiliente, tanto para los trabajadores como para los usuarios del sistema comunal de salud.

DESAFÍOS SERVICIOS OPERATIVOS 2026:

Durante el año 2026, la creación de la Unidad de Desarrollo Operativo y Mantenimiento (UDOM) permitirá integrar, bajo una misma estructura técnica, la gestión de proyectos en salud, el aseo especializado, el manejo de residuos sanitarios, el control sanitario ambiental y la gestión normativa y documental asociado a la seguridad e infraestructura de la red APS.

Esta unidad tendrá un rol estratégico en el fortalecimiento de la seguridad sanitaria, la sostenibilidad operativa y la continuidad asistencial de los establecimientos comunales, articulando el trabajo entre la Coordinación de Aseo, Residuos y Control Sanitario Especializado, encargada de garantizar el cumplimiento sanitario, ambiental y de bioseguridad, y la Coordinación de Proyectos en Salud, orientada a la planificación, articulación y gestión integral del ciclo de proyectos de infraestructura, conforme a la metodología institucional establecida por la Dirección de Salud.

La coordinación de gestión de proyectos se enfocará en identificar necesidades, definir prioridades, elaborar propuestas técnicas, gestionar financiamiento y supervisar la ejecución de iniciativas, garantizando la participación del Comité Técnico de Proyectos, la aplicación de criterios normativos (IAAS, Prevención de Riesgos, Norma Técnica Básica) y el cumplimiento de la metodología de trabajo por tipo de proyecto y condición de financiamiento.

Ambas coordinaciones actuarán de manera complementaria, promoviendo la optimización de recursos, la estandarización de procesos técnicos, la mejora continua de las condiciones ambientales y estructurales, y el cumplimiento normativo exigido por las autoridades de salud y fiscalización.

En conjunto, la UDOM se consolidará como un eje técnico-operativo clave, encargado de coordinar acciones de mantenimiento, proyectos, aseo especializado y gestión ambiental, garantizando espacios seguros, sostenibles y conformes a la normativa vigente, en beneficio de los trabajadores, usuarios y comunidad.

Aseo, Residuos y Control Sanitario Especializado

Encargada de velar por el cumplimiento sanitario, ambiental y de bioseguridad en todos los establecimientos de la red APS, fortaleciendo la higiene ambiental, la gestión segura de residuos clínicos y no clínicos y el control integral de riesgos sanitarios.

Esta coordinación administra de manera directa los tres contratos comunales asociados a los servicios de Aseo Especializado, Manejo de Residuos Sanitarios (REAS) y Control de Plagas, asegurando su correcta ejecución técnica, el cumplimiento normativo y la trazabilidad de los procesos.

DESAFÍOS 2026

Implementar un sistema comunal de gestión integrada de aseo especializado y residuos sanitarios (REAS y no REAS), con trazabilidad y control documental conforme al DS 6/2009 y DS 594, asegurando el cumplimiento técnico y regulatorio en toda la red APS.

Supervisar y auditar en terreno los tres contratos estratégicos —Aseo Especializado, Manejo de REAS y Control de Plagas— verificando la calidad del servicio, frecuencia y secuencia de limpieza, segregación de residuos, condiciones de transporte y aplicación de programas de desinsectación y desratización.

Coordinar la gestión documental y los procesos de autorización sanitaria de salas REAS, manteniendo actualizados contratos, certificados de disposición final, informes de retiro, actas de fiscalización y reportes de cumplimiento.

Monitorear y fortalecer el control de plagas y manejo ambiental, asegurando que los programas ejecutados por empresas externas se ajusten a las exigencias de la SEREMI de Salud y a los estándares de bioseguridad institucionales.

Capacitar al personal de aseo, mantenimiento y apoyo clínico en buenas prácticas de bioseguridad, prevención de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) y manejo seguro de residuos..

Coordinar la respuesta ante emergencias sanitarias (derrames biológicos, contaminación cruzada, exposición química o incidentes ambientales), articulando con la UGRED, Prevención de Riesgos e IAAS, garantizando una acción oportuna y técnicamente controlada.

Gestión de proyectos

Encargado de planificar, articular y supervisar el ciclo completo de los proyectos de infraestructura y equipamiento en la red APS, conforme a la metodología institucional de trabajo, asegurando el cumplimiento de las normativas sanitarias, técnicas y de acreditación vigentes.

Esta coordinación contará con el apoyo del Técnico Operativo y el Encargado de Mantenimiento de Instalaciones, orientando su gestión a la conservación, mejora continua y seguridad de la infraestructura comunal de salud.

DESAFIOS 2026

Implementar la metodología comunal de gestión de proyectos en salud, definiendo flujos estandarizados desde la identificación de necesidades hasta la ejecución y cierre, diferenciando proyectos sin financiamiento y con financiamiento definido, conforme a los procedimientos institucionales.

Coordinar el levantamiento técnico de necesidades de infraestructura y equipamiento, articulando con directores/as, referentes locales, IAAS, Prevención de Riesgos y Calidad, garantizando que cada proyecto cumpla con los requisitos normativos y técnicos exigidos por la autoridad sanitaria.

Supervisar la elaboración y ejecución de proyectos de infraestructura, priorizando intervenciones de conservación, remodelación y adaptación de espacios clínicos y de apoyo, asegurando su conformidad con la Norma Técnica Básica, DS 594/1999 y las directrices de acreditación en atención abierta (INS 3.1 – 3.2).

Fortalecer el control y mantenimiento preventivo de equipamiento de respaldo crítico, incluyendo estanques de agua, bombas hidráulicas, grupos electrógenos y sistemas de iluminación de emergencia, garantizando su operatividad continua y registro trazable de mantenimiento.

Consolidar el sistema de seguimiento y trazabilidad documental de proyectos, incorporando planos, actas, informes técnicos, autorizaciones sanitarias y respaldos de financiamiento, asegurando el cumplimiento normativo y la rendición transparente ante organismos fiscalizadores.

Coordinar reuniones periódicas del Comité Técnico de Proyectos, asegurando la participación de los referentes de las áreas técnicas (IAAS, Prevención de Riesgos, Calidad, Operaciones, Mantenimiento y Arquitectura) para la validación y priorización de iniciativas.

Desarrollar un plan anual de mantenimiento de instalaciones, en base a inspecciones técnicas, brechas detectadas y criterios de riesgo operativo, asegurando la continuidad asistencial y la seguridad de las dependencias.

Promover la búsqueda y gestión de fuentes de financiamiento externas e internas, en articulación con la Subdirección de Servicios Críticos y Operativos y la Unidad de Finanzas, para la ejecución de proyectos de infraestructura y equipamiento prioritario.



Pilares Estratégicos de la Subdirección de Servicios Críticos y Operativos

Pilar de Servicios Críticos	Pilar de Servicios Operativos
área involucrada	área involucrada
Gestor Pilar de Servicios Críticos	Gestor de Servicios Operativos
CENTRAL DE AMBULANCIAS UNIDAD GESTIÓN DEL RIESGO DE EMERGENCIAS Y DESASTRES PREVENCIÓN DE RIESGOS SALUD OCUPACIONAL	CONTROL SANITARIO ESPECIALIZADO GESTIÓN DE PROYECTOS INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO CRÍTICO PROCESOS, GESTIÓN Y CALIDAD
PROpósito	
<p>Coordinar, supervisar y fortalecer el funcionamiento operativo y técnico de las unidades que integran los Servicios Críticos, asegurando una gestión oportuna, segura y normativamente vigente en materias de movilización, emergencias, prevención de riesgos y vigilancia de la salud ocupacional. El rol garantiza continuidad operativa, articulación interinstitucional y cumplimiento de los estándares sanitarios, laborales y preventivos de la red APS.</p>	<p>Dirigir, coordinar y supervisar la operación técnica y administrativa de las unidades de Servicios Operativos, asegurando el correcto funcionamiento de la infraestructura, el equipamiento crítico, la gestión de proyectos, los procesos sanitarios especializados y los estándares de calidad institucional</p>
OBJETIVO DEL ROL	
<p>Asegurar la continuidad operativa de los servicios críticos</p> <p>Garantizar que Central de Ambulancias, UGRED, Prevención de Riesgos y Salud Ocupacional mantengan un funcionamiento permanente, seguro y alineado a la normativa vigente</p> <p>Coordinar la respuesta institucional ante emergencias</p> <p>Dirigir y articular la activación de protocolos, equipos y recursos en situaciones de emergencia comunal, operativa o sanitaria, asegurando oportunidad y orden de mando.</p> <p>Fortalecer la aplicación de normativa técnica y preventiva.</p> <p>Supervisar que cada unidad cumpla la normativa sanitaria, preventiva, laboral y de emergencias, asegurando estándares corporativos homogéneos.</p>	<p>Asegurar la operatividad técnica de infraestructura y equipamiento crítico.</p> <p>Garantizar que los establecimientos APS cuenten con infraestructura segura y equipamiento funcional, mediante mantenimiento preventivo, correctivo y mejoras continuas.</p> <p>Dirigir la operación integral de UDOM y unidades dependientes</p> <p>Supervisar y coordinar UDOM, Control Sanitario, Gestión de Proyectos, Infraestructura, Equipamiento, Procesos y Calidad, asegurando orden, cumplimiento y eficiencia.</p> <p>Resguardar el cumplimiento normativo sanitario y técnico.</p> <p>Asegurar que las unidades operativas cumplan normativa sanitaria, ambiental, de higiene y de acreditación, manteniendo estándares corporativos uniformes.</p>
HABILIDADES BLANDAS	
<p>Capacidad de liderar equipos</p> <p>Capacidad de desarrollar talento de los equipos a cargo</p> <p>Comunicación efectiva, clara y orientada al objetivo</p> <p>Orientación a la satisfacción del usuario/a</p>	
HABILIDADES ANALÍTICAS Y ESTRATÉGICAS	
<p>Capacidad de Planificar: por medio de la definición de metas, recursos y pasos a seguir.</p> <p>Capacidad de tomar decisiones en base a datos.</p> <p>Habilidad de diagnóstico y pensamiento crítico.</p> <p>Capacidad analítica, búsqueda de patrones, oportunidades de mejora.</p>	
HABILIDADES DURAS / TÉCNICAS	
<p>Capacidad de gestionar y delegar.</p> <p>Capacidad de gestión de proyectos para la innovación en las áreas a su cargo.</p> <p>Conocimiento técnico de diseño organizacional e ingeniería de procesos en su ámbito de acción.</p>	

Pilar de Servicios Críticos

Desafíos estratégicos 2026-2028

Consolidación normativa y estandarización institucional

Completar la autorización sanitaria de todos los componentes críticos:

AEA, clínicas móviles, bodega REAS, bodega de insumos con estándar sanitario.

Implementar un sistema único de protocolos integrados para Central, Prevención, UGRED y Salud Ocupacional.

Actualizar anualmente el Manual de Funcionamiento de Servicios Críticos, estableciéndolo como documento oficial corporativo.

Fortalecimiento del modelo de respuesta a emergencias.

Instalar la Red Institucional de Emergencia (RIE), integrando radios, comunicación satelital y procedimientos de activación.

Consolidar el Puesto Médico Principal (PMA) como estructura funcional oficial, con roles claros y entrenamientos anuales.

Profesionalizar la respuesta prehospitalaria, ampliando competencias de equipos AEB y estandarizando auditorías clínicas en terreno.

Desarrollo del capital humano en áreas críticas

Programa de formación obligatoria en SCI, APES y ATEP para equipos APS y unidades de apoyo.

Plan de vigilancia de salud del trabajador, con estándares mínimos para cada CESFAM.

Instalación del Programa de Bienestar Operativo para equipos móviles, enfocado en desgaste crónico, fatiga y salud mental laboral.

Gestión Administrativa y Reportes

Elaborar informes mensuales y reportes ejecutivos para la Dirección de Salud.

Mantener trazabilidad documental de las unidades críticas.

Controlar licitaciones, compras técnicas y gestión de recursos estratégicos (radios, equipamiento, insumos críticos).

Mejora continua basada en datos

Implementar dashboard corporativo de emergencias, con indicadores de tiempos de respuesta, derivaciones, accidentabilidad y vigilancia ocupacional.

Estandarizar auditorías internas trimestrales en Central, Prevención y UGRED.

Sistema digital de fichas prehospitalarias, con trazabilidad y reporte automático.

Gestión territorial e intersectorial

Fortalecer la coordinación permanente con SENAPRED, Bomberos, Carabineros, CRS y hospitales.

Consolidar el Programa Comunitario de Reducción del Riesgo, articulado con juntas de vecinos y colegios.

Integrar a APS en el COE comunal como componente estable, con roles definidos para salud.

Pilar de Servicios Operativos

Desafíos estratégicos 2026-2028

Infraestructura sanitaria y equipamiento crítico

Plan trienal de reposición de infraestructura APS, priorizando brechas sanitarias, accesibilidad universal y continuidad operativa.

Renovación programada del equipamiento crítico (desfibriladores, electrocardiógrafos, mobiliario clínico, iluminación y climatización sanitaria).

Estandarizar salas REAS y salas de procedimientos en todos los establecimientos según DS 594 y DS 6/2009.

Transformación operativa y modernización

Implementar un sistema corporativo de gestión de mantenimiento (preventivo-correctivo) para APS.

Digitalizar completamente la gestión documental operativa (protocolos, mantenciones, contratos, fichas técnicas).

Mapa comunal de infraestructura y riesgos técnicos, integrando APS, clínicas móviles y dispositivos de apoyo.

Fortalecimiento del control sanitario especializado

Auditorías semestrales de aseo, desinfección, REAS y control de plagas, con indicadores comparables entre centros.

Profesionalizar la supervisión en terreno, consolidando los roles técnicos creados.

Uniformar los protocolos de higiene ambiental y difundirlos como estándar único comunal.

Gestión de proyectos institucionales

Estandarizar el ciclo de vida de proyectos con: Levantamiento técnico, Validación IAAS/Prevención/Calidad, Plan de financiamiento, Seguimiento documentado.

Incorporar herramientas de gestión (matrices, Gantt, expedientes digitales)

Asegurar que 100% de los proyectos presentados cuenten con documentación completa y trazable.

Calidad institucional y procesos operativos

Implementar auditorías internas de calidad operativa, integrando infraestructura, mantenimiento, aseo y procesos clínicos.

Formalizar una gestión de bodega alineada a estándares sanitarios, con plataformas digitales, control de stock y caducidades.

Consolidar instructivos corporativos para todos los procesos operativos: Aseo, Mantenimiento, Procedimientos clínicos de apoyo, Movilización y soporte técnico.

Gobernanza y estandarización institucional

Crear el Consejo Técnico de Servicios Críticos y Operativos, con sesiones mensuales.

Mantener un sistema de gestión documental corporativa con control de versiones

11.7 SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CUIDADOS UNIVERSALES

El Programa de Cuidados Paliativos Universales de Puente Alto opera actualmente como una subdirección consolidada, con un equipo multidisciplinario de 46 profesionales, encargado de brindar atención integral a una población activa de 400 pacientes paliativos. Esta alta demanda refleja la complejidad clínica y social del territorio. Según datos del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, Puente Alto es el programa con mayor número de ingresos a nivel nacional, siendo además el más grande del país dentro de la red de atención primaria. Este liderazgo evidencia la capacidad operativa del equipo y la solidez del modelo de atención implementado en la comuna.

Para 2026, se proyecta ampliar el alcance del programa, evolucionando hacia la Subdirección de Gestión de Cuidados Universales, con el propósito de integrar diversas líneas programáticas: cuidados paliativos, dependencia severa, cuidado preventivo de personas mayores con fragilidad o dependencia leve y acompañamiento a personas cuidadoras.

Esta expansión se sustenta en un enfoque integral, comunitario y humanizado, alineado con el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), que reconoce a las personas, familias y comunidades como actores corresponsables del cuidado. La Subdirección se concibe como un espacio estratégico de coordinación intersectorial y de desarrollo de políticas comunales del cuidado, articulando equipos de salud, redes territoriales, familias y cuidadores en torno a un propósito común: garantizar una atención digna, humanizada y equitativa a lo largo del curso de vida, especialmente en contextos de vulnerabilidad, dependencia y final de vida.

Subdirección de Gestión de Cuidados universales	Funciones Principales:
Gestión del Ingreso y Estratificación	<p>Realizar el ingreso de usuarios a la Red de Atención Primaria de Puente Alto, considerando: Personas con dependencia leve o fragilidad, Personas con dependencia severa, Personas con necesidades de cuidados paliativos.</p> <p>Evaluar integralmente a la persona y su entorno familiar para determinar nivel de dependencia, riesgos y necesidades de intervención</p>
Atención Clínica Integral en el Domicilio	<p>Otorgar atenciones clínicas, psicosociales y de rehabilitación mediante visitas domiciliarias programadas.</p> <p>Asegurar continuidad, oportunidad y pertinencia en las atenciones, abordando dimensiones físicas, emocionales, sociales y espirituales.</p>
Humanización del Cuidado	<p>Favorecer una atención digna, respetuosa y cercana, promoviendo autonomía y decisión informada.</p> <p>Brindar contención emocional al usuario y su cuidador, fortaleciendo redes familiares y comunitarias de apoyo.</p>
Gestión Clínica y Seguridad	<p>Aplicar protocolos y guías comunales y ministeriales vigentes</p> <p>Cumplir indicadores de desempeño, calidad y satisfacción usuaria.</p> <p>Indicar y ajustar tratamientos farmacológicos, evaluar uso seguro de medicamentos y prescribir fármacos coadyuvantes cuando corresponda.</p>
Desarrollo del Equipo y Mejora Continua	<p>Impulsar la formación continua del equipo de salud, fortaleciendo competencias técnicas, relacionales y comunitarias.</p> <p>Promover una cultura de mejora continua basada en evidencia.</p>

Objetivos de la subdirección

Promover una atención de calidad, oportuna, integral y humanizada, centrada en las necesidades de las personas y sus familias, mediante la implementación de modelos de cuidado domiciliario que responden a la realidad de cada territorio, fortaleciendo redes comunitarias y garantizando el ejercicio del derecho al cuidado.

Cuidados Paliativos Universales

Dar cumplimiento a los principios de la Ley N° 21.375, garantizando la protección y regulación del derecho universal a cuidados paliativos, entendidos como un conjunto de acciones destinadas a mejorar la calidad de vida de personas que viven con enfermedades graves o avanzadas, y de sus familias.

Dependencia severa

Mejorar o estabilizar la condición de salud de la persona con dependencia severa y su cuidador, beneficiarios del sistema público e inscritos en establecimientos de APS, mediante atenciones integrales en el domicilio en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria.

Cuidado Preventivo y Fragilidad

Pesquisar, prevenir y/o mejorar la condición de salud de personas con dependencia leve o fragilidad y de sus cuidadores, a través de atenciones integrales domiciliarias, centradas en detección precoz, fortalecimiento funcional y acompañamiento psicosocial, alineadas con el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria.

Pilares Estratégicos de la Subdirección de Gestión del Cuidados Universales		
Pilar de Cuidados Paliativos Universales	Pilar de Dependencia Severa	Pilar de Cuidado Preventivo y Fragilidad
descripción	descripción	descripción
Dado que los Cuidados Paliativos Universales se encuentran regulados por la Ley N° 21.375, las proyecciones del programa para el período 2026-2028 se desarrollarán en concordancia con la normativa ministerial vigente y los lineamientos técnicos emanados hacia la Atención Primaria de Salud (APS). Sin embargo, desde la gestión comunal, cuyo uno de sus ejes centrales es la salud comunitaria y el trabajo directo con las personas, las familias y sus territorios. Se proyecta ampliar y fortalecer la acción local incorporando dimensiones participativas, educativas y de acompañamiento psicosocial, que den mayor profundidad al sentido del cuidado integral.	En la comuna de Puente Alto persisten brechas significativas en la atención domiciliaria de personas con dependencia severa, así como de adultos mayores con dependencia leve o riesgo de fragilidad. Esta situación se traduce en cobertura insuficiente, discontinuidad de cuidados y sobrecarga familiar, afectando tanto la calidad de vida de los usuarios como el bienestar de sus cuidadores.	Considerando que Puente Alto se encuentra en un proceso de envejecimiento sostenido, resulta urgente fortalecer la capacidad comunal para brindar una atención domiciliaria oportuna, integral y humanizada, centrada en las necesidades reales de las personas mayores y sus familias, bajo el principio de equidad territorial y acción comunitaria conjunta.
Pilar de Cuidados Paliativos Universales	Pilar de Dependencia Severa	Pilar de cuidados Preventivo y Fragilidad
PROPOSITO		
Coordinar el programa comunal de Cuidados Paliativos Universales, asegurando atención clínica integral, humanizada y de calidad a pacientes con enfermedades avanzadas o graves y a sus familias.	Coordinar el funcionamiento del Programa Comunal de Dependencia Severa, asegurando atención oportuna, continua y de calidad a personas con dependencia total o severa en el domicilio.	Desarrollar estrategias de prevención de la dependencia y atención integral a personas mayores frágiles o en riesgo de fragilidad, promoviendo la detección temprana, la continuidad del cuidado y el fortalecimiento de las redes de apoyo comunitario.

Pilar de Cuidados Paliativos Universales

Pilar de Dependencia Severa

Pilar de cuidados Preventivo y Fragilidad

OBJETIVO DEL ROL

Asegurar la correcta ejecución del Programa Comunal de Cuidados Paliativos Universales, velando por la calidad, oportunidad y continuidad de las atenciones clínicas, psicosociales y de rehabilitación en domicilio.

Monitorear indicadores clave del programa (KPIs), metas sanitarias, tiempos de respuesta, adhesión a protocolos y satisfacción usuaria.

Coordinar equipos interdisciplinarios para garantizar una atención centrada en la persona, su familia y su entorno comunitario.

Asegurar un trato digno, respetuoso y humanizado para usuarios y cuidadores, fortaleciendo el enfoque de derechos, autonomía y dignidad en el proceso de enfermedad avanzada o final de vida.

Identificar necesidades formativas y diseñar planes de capacitación para fortalecer competencias clínicas, comunicacionales y humanizadoras del equipo.

Supervisar el funcionamiento del programa, priorizar ingresos y garantizar una atención domiciliaria integrada y adaptada a las necesidades del usuario y su familia.

Implementar estrategias de gestión del riesgo, monitoreo clínico, manejo de síntomas y cuidados de enfermería, asegurando seguridad del usuario y estabilidad en domicilio.

Mejorar procesos, uso de recursos y coordinación con equipos territoriales y redes, mientras se fortalece la educación, contención y soporte continuo para cuidadores principales.

Asegurar un trato digno, respetuoso y humanizado para usuarios y cuidadores, fortaleciendo el enfoque de derechos, autonomía y dignidad en el proceso de enfermedad avanzada o final de vida.

Identificar necesidades formativas y diseñar planes de capacitación para fortalecer competencias clínicas, comunicacionales y humanizadoras del equipo.

Implementar tamizaje, detección precoz y seguimiento de personas mayores en riesgo de fragilidad, fomentando autonomía y funcionalidad.

Coordinar intervenciones clínicas, de rehabilitación, psicosociales y comunitarias que fortalezcan la calidad de vida y reduzcan riesgos asociados a la fragilidad.

Coordinar acciones con equipos territoriales, programas comunales y organizaciones comunitarias, asegurando continuidad, apoyo social y acceso oportuno a servicios.

Asegurar un trato digno, respetuoso y humanizado para usuarios y cuidadores, fortaleciendo el enfoque de derechos, autonomía y dignidad en el proceso de enfermedad avanzada o final de vida.

Identificar necesidades formativas y diseñar planes de capacitación para fortalecer competencias clínicas, comunicacionales y humanizadoras del equipo.

HABILIDADES BLANDAS

Capacidad de liderar equipos.

Capacidad de desarrollar talento de los equipos a cargo.

Comunicación efectiva, clara y orientada al objetivo.

Orientación a la satisfacción del usuario/a interno y externo.

HABILIDADES ANALÍTICAS Y ESTRATÉGICAS

Capacidad de Planificar: por medio de la definición de metas, recursos y pasos a seguir.

Capacidad de tomar decisiones en base a datos

Habilidad de diagnóstico y pensamiento crítico.

Capacidad analítica, búsqueda de patrones, oportunidades de mejora.

HABILIDAD TÉCNICA

Capacidad analítica, búsqueda de patrones, oportunidades de mejora.

Capacidad de gestionar y delegar.

Capacidad de gestión de proyectos para la innovación en las áreas a su cargo.

Conocimiento técnico de diseño organizacional e ingeniería de procesos en su ámbito de acción.

Pilar de Servicios Críticos	Pilar de Dependencia Severa	Pilar de cuidados Preventivo y Fragilidad
Desafíos estratégicos 2026-2028		
<p>Fortalecer la participación de cuidadores y familias, mediante talleres de educación, acompañamiento emocional y espacios de autocuidado, orientados a mejorar el bienestar y las competencias del entorno cuidador.</p> <p>Crear la Red Comunal de Cuidadores Paliativos, articulando a las organizaciones sociales, establecimientos educacionales, empresas locales y voluntariado comunal, como una estrategia sostenida de corresponsabilidad social en el cuidado.</p> <p>Implementar campañas anuales de sensibilización y difusión, tales como el Mes del Cuidador y jornadas de visibilización de los derechos en cuidados paliativos, promoviendo una cultura comunal del respeto, la empatía y la solidaridad hacia las personas que atraviesan procesos de enfermedad avanzada.</p> <p>Desarrollar instancias de participación y diálogo ciudadano sobre el proceso de morir y el derecho a una atención digna y humanizada, fortaleciendo el enfoque ético y comunitario que sustenta el modelo de Cuidados Paliativos Universales en Puente Alto.</p> <p>Reforzar el equipo comunal de Cuidados Paliativos Universales, incorporando disponibilidad operativa durante los fines de semana para la atención de casos en etapa de término de vida.</p> <p>Desarrollar un programa de capacitación continua liderado por el equipo de Cuidados Paliativos Universales, orientado a fortalecer los conocimientos, habilidades y actitudes de los equipos comunales, basado en la experiencia práctica y el aprendizaje adquirido en la atención domiciliaria de pacientes y familias.</p>	<p>Consolidar un equipo comunal de atención domiciliaria, conformado por equipos interdisciplinarios integrados por médico/a, enfermero/a, TENS, kinesiólogo/a, psicólogo/a y trabajador/a social, con base en centros de extensión u otros espacios comunitarios, orientados a reforzar la cobertura de los CESFAM, garantizar el cumplimiento de los indicadores ministeriales y asegurar la continuidad y calidad de los cuidados a las personas en situación de dependencia o fragilidad.</p> <p>Implementar visitas domiciliarias programadas y de urgencia, priorizando a la población bajo control comunal con mayor vulnerabilidad y dependencia severa, en concordancia con los planes de atención consensuados y las necesidades clínicas individuales, garantizando continuidad y oportunidad en la atención.</p> <p>Aplicar sistemáticamente instrumentos validados (NECPAL, Barthel, EFE y otros), asegurando identificación precoz de fragilidad, riesgo social y pérdida funcional para intervenir oportunamente.</p> <p>Implementar acompañamiento psicosocial, estimulación funcional y apoyo emocional, priorizando personas mayores solas o con riesgo de aislamiento, dependencia o deterioro acelerado.</p> <p>Fomentar el trabajo con cuidadores, familias, organizaciones comunitarias, empresas locales, programas municipales y el Sistema Nacional de Cuidados.</p> <p>Crear grupos de apoyo, espacios formativos y campañas anuales que promuevan una cultura comunal de respeto, empatía y solidaridad.</p> <p>Capacitar a los equipos en geriatría comunitaria, evaluación funcional, intervención domiciliaria y acompañamiento integral.</p> <p>Consolidar espacios de intercambio técnico y buenas prácticas para mantener estándares de calidad y mejora continua.</p>	

11.8 UNIDAD DE GESTIÓN ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

La Unidad Administrativa y Finanzas del Área de Salud es responsable de asegurar un funcionamiento administrativo, financiero y operativo eficiente, transparente y conforme a la normativa vigente. Su labor integra y coordina los procesos de presupuesto, finanzas, contratación de bienes y servicios, adquisiciones, gestión de proveedores, administración del personal y trazabilidad patrimonial, garantizando un soporte técnico y normativo que permite la continuidad y sostenibilidad de la red de Atención Primaria de Salud de Puente Alto. Su quehacer articula de manera constante con la Dirección del Área de Salud, la Dirección de Gestión de Personas y los distintos dispositivos asistenciales, promoviendo un modelo de gestión orientado a la calidad, la probidad y el uso responsable de los recursos institucionales.

Principales Funciones

Coordinar y supervisar la gestión administrativa y financiera del Área de Salud, asegurando el cumplimiento normativo, la eficiencia en los procesos y la adecuada utilización de los recursos institucionales.

Administrar los procesos presupuestarios y financieros, incluyendo planificación, ejecución, control, rendiciones, facturación y transferencias, conforme a las leyes y reglamentos vigentes.

Gestionar contratos, proveedores y servicios externos, elaborando bases técnicas, supervisando el cumplimiento contractual y garantizando trazabilidad administrativa y financiera.

Dirigir y controlar los procesos de compras y abastecimiento, alineados a la Ley N°19.886 y su reglamento, asegurando transparencia, probidad y correcta ejecución del Plan Anual de Compras.

Administrar la gestión del personal del Área de Salud, de acuerdo con la Ley N°19.378, supervisando asistencia, movimientos, actos administrativos y articulación con la Dirección de Gestión de Personas.

Implementar y supervisar los sistemas de trazabilidad e inventario, conforme a la Norma Técnica N°226 del ISP, asegurando el correcto registro, control y disponibilidad del patrimonio institucional.

Desarrollar reportes, indicadores y mecanismos de control interno, que permitan la toma de decisiones informada, el seguimiento del desempeño y la mejora continua.

Asegurar la coordinación interáreas e interinstitucional, manteniendo comunicación fluida con centros de salud, unidades corporativas, organismos fiscalizadores y entidades del sistema público de salud.

Objetivos de la Unidad

Garantizar una gestión administrativa y financiera eficiente, oportuna y transparente, que fortalezca la sostenibilidad institucional y el cumplimiento de los estándares normativos y corporativos.

Optimizar los procesos de contratación, compras, abastecimiento y control patrimonial, asegurando trazabilidad, probidad y uso responsable de los recursos públicos.

Fortalecer la gestión del recurso humano y la articulación interna, asegurando procesos administrativos ágiles, confiables y alineados con la normativa sectorial.

Impulsar la modernización y digitalización de los procesos de gestión, mediante herramientas de control, análisis de datos, indicadores e innovación administrativa.

Contribuir a la continuidad operacional de la red de Atención Primaria, respondiendo de manera eficiente a los requerimientos de los establecimientos y unidades clínicas del Área de Salud.

Pilares Estratégicos de la Subdirección Gestión Administrativa y Finanzas	
Pilar de Gestión Administrativa	Pilar Gestión Financiera
descripción	
Asegurar un funcionamiento ordenado, transparente y eficiente de todos los procesos que sostienen la gestión administrativa del Área de Salud.	Asegurando la coherencia presupuestaria con el Plan de Salud, gestionando análisis financieros para la toma de decisiones y promoviendo una ejecución eficiente y transparente de los recursos disponibles en APS.
áreas involucradas	
Unidad de Recursos Humanos Unidad de compras y abastecimiento Unidad de gestión de proveedores Unidad de trazabilidad e inventario	Dirección de finanzas corporativa Coordinadores programáticos APS Unidad Jurídica (Cuando aplica normativa y compras públicas)
Gestor Pilar Gestión Administrativa	Gestor Pilar de Gestión Financiera
PROPOSITO	
Conducir y fortalecer la gestión integral del Área de Salud, asegurando la planificación, coordinación y control eficiente de los procesos administrativos, operacionales y de personas.	Asegurar la sostenibilidad económica del modelo de Atención Primaria en la comuna, fortaleciendo la gobernanza financiera, la trazabilidad del gasto y la planificación presupuestaria trianual, en coherencia con las metas sanitarias, el marco normativo vigente y los lineamientos estratégicos del Plan de Salud.
OBJETIVO DEL ROL	
Asegurar la eficiencia operativa y administrativa del Área de Salud, mediante la planificación, coordinación y control de los procesos clave: contratos, servicios, facturación, trazabilidad y cumplimiento normativo. Desarrollar diagnósticos, reportes y análisis de datos que permitan anticipar necesidades, optimizar recursos y orientar la toma de decisiones hacia la mejora continua. Articular los procesos administrativos laborales con la Dirección de Gestión de Personas, velando por la aplicación de las normativas vigentes para el recurso humano de la red de APS y otros.	Planificar y monitorear la ejecución presupuestaria APS, asegurando disciplina financiera, priorización del gasto y alineación con el Plan de Salud. Generar análisis financiero estratégico que permita la toma de decisiones informadas, anticipando riesgos y proyectando escenarios multianuales en coherencia con las prioridades sanitarias. Fortalecer la gobernanza financiera del área de salud, articulando procesos con centros APS, unidades técnicas y actores relacionados, promoviendo transparencia, trazabilidad y optimización de recursos.
HABILIDADES BLANDAS	
Capacidad de liderar equipos Capacidad de desarrollar talento de los equipos a cargo Comunicación efectiva, clara y orientada al objetivo Orientación a la satisfacción del usuario/a	



Gestor Pilar Gestión Administrativa

HABILIDADES ANALÍTICAS Y ESTRÁTÉGICAS

Gestor Pilar de Gestión Financiera

Capacidad de Planificar: por medio de la definición de metas, recursos y pasos a seguir.

Capacidad de tomar decisiones en base a datos.

Habilidad de diagnóstico y pensamiento crítico.

Capacidad analítica, búsqueda de patrones, oportunidades de mejora.

HABILIDADES DURAS / TÉCNICAS

Capacidad de gestionar y delegar.

Capacidad de gestión de proyectos para la innovación en las áreas a su cargo.

Conocimiento técnico de diseño organizacional e ingeniería de procesos en su ámbito de acción.

Gestor Pilar Gestión Administrativa

Gestor Pilar de Gestión Financiera

Desafíos estratégicos 2026-2028

Reducir tiempos de tramitación y aumentar la eficiencia de los procesos de contratación, mediante mejoras en los flujos internos, automatización y herramientas digitales.

Optimizar el Plan Anual de Compras (PAC), alineándolo con las necesidades sanitarias, proyecciones de demanda y estrategias de eficiencia presupuestaria.

Implementar herramientas de análisis y seguimiento, como tableros de control, indicadores de abastecimiento y sistemas de alerta temprana para quiebres de stock o retraso.

Modernizar la gestión administrativa del personal, avanzando hacia procesos más digitales, oportunos y trazables, especialmente en asistencia, renovaciones y movimientos de personal.

Desarrollar herramientas de análisis de dotación y planificación del recurso humano, alineadas a metas sanitarias, perfiles y proyecciones de carga asistencial.

Consolidar la implementación plena de la Norma Técnica N°226, asegurando estándares homogéneos en todas las dependencias del Área de Salud.

Implementar sistemas de análisis de consumo y proyecciones de stock, que permitan anticipar necesidades, optimizar compras y prevenir pérdidas o quiebres.

Implementar un modelo de planificación financiera trianual, que permita proyectar escenarios presupuestarios, anticipar necesidades operacionales y fortalecer la sostenibilidad económica del Área de Salud.

Apoyar en la toma de decisiones estratégicas y la priorización de inversiones en función de metas sanitarias y disponibilidad de recursos.

Fortalecer la trazabilidad, transparencia y visibilidad del gasto en APS, mediante la estandarización de registros, el desarrollo de reportes periódicos y la integración de herramientas digitales que permitan monitorear en tiempo real la ejecución presupuestaria, los compromisos financieros y el uso de recursos por establecimiento.

Mejorar la articulación entre las áreas de Finanzas, Compras, Proveedores y Programas, estableciendo flujos claros de trabajo, canales formales de comunicación y procesos coordinados que eviten duplicidades, retrasos y brechas en la gestión administrativa y financiera.

Avanzar hacia un modelo de gestión financiera preventiva basada en datos, incorporando análisis predictivo, indicadores de alerta temprana y tableros de control que permitan anticipar riesgos, desviaciones presupuestarias y necesidades operacionales.

Fortalecer la planificación, mejorar la oportunidad de las compras y asegurar la coherencia entre el gasto, la programación y la demanda asistencial.



12. PLANIFICACIÓN OPERATIVA



El objetivo de una planificación operativa es enfocar y dirigir de manera coherente la gestión de salud en el periodo 2026-2028, asegurando el cumplimiento progresivo y medible de acciones orientadas a contribuir en mejorar la calidad de vida, la equidad territorial y la humanización de la atención, fortaleciendo la participación activa de las comunidades en el cuidado de su salud.

12.1 MARCO GENERAL

La planificación operativa 2026-2028 se enmarca en la estrategia comunal de salud impulsada por la nueva administración, orientada a fortalecer la Atención Primaria de Salud (APS) como catalizador de los procesos sanitarios. Esta planificación se sustenta en la participación activa de la comunidad, la equidad territorial, la descentralización de las prestaciones, la cogestión con los equipos de salud y el enfoque humanizado del cuidado.

El propósito central es consolidar una red de salud cercana, resolutiva y moderna, que promueva la autonomía en salud, el envejecimiento activo, la promoción de estilos de vida saludables, y el respeto de la diversidad y los derechos humanos.

12.2 OBJETIVO GENERAL

Contribuir a mejorar la salud y la calidad de vida de las vecinas y vecinos de Puente Alto, fortaleciendo el modelo de salud familiar y comunitaria, a través de una gestión participativa, equitativa, territorialmente justa y centrada en las personas.

12.3 EJES ESTRATÉGICOS OPERATIVOS

EJE ESTRÁTÉGICO	OBJETIVOS PRINCIPALES	ACCIONES CLAVE
E1. Fortalecimiento de la APS con Enfoque Comunitario	Consolidar la Atención Primaria de Salud como base del sistema comunal, con enfoque participativo y territorial.	<ul style="list-style-type: none"> Consolidar el modelo MAIS en todos los centros de salud. Promover la participación activa de los Consejos de Desarrollo Local (CDL) y Consejos de Usuarios (CDU). Desarrollar estrategias de atención integral en terreno para zonas de difícil acceso. Fortalecer la salud mental comunitaria y la prevención de la violencia.
E2. Equidad Territorial y Descentralización	Reducir desigualdades territoriales y asegurar una atención equitativa en todos los sectores de la comuna.	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar la capacidad resolutiva de los centros más alejados (Villaseca, Vista Hermosa). Elaborar un plan de infraestructura y equipamiento equitativo. Potenciar el acceso a diagnósticos y especialidades a través del Centro San Lázaro y CDI.
E3. Humanización y Calidad de la Atención	Promover un modelo de atención centrado en la persona, basado en la empatía, el respeto y la dignidad.	<ul style="list-style-type: none"> Implementar el Modelo de Humanización en Salud. Desarrollar capacitaciones en habilidades relacionales y autocuidado del personal. Mejorar la experiencia usuaria mediante el monitoreo de satisfacción y la resolución oportuna de reclamos.

EJE ESTRÁTÉGICO	OBJETIVOS PRINCIPALES	ACCIONES CLAVE
E4. Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades	Fomentar estilos de vida saludables y prevenir enfermedades crónicas y riesgos sociales.	<p>Desarrollar programas de actividad física, alimentación saludable y autocuidado emocional.</p> <p>Fortalecer la educación sexual integral y la prevención adolescente.</p> <p>Reforzar la detección precoz de enfermedades crónicas y el control cardiovascular.</p>
E5. Gestión Moderna, Innovación y Sostenibilidad	Modernizar la gestión sanitaria y promover una red eficiente, tecnológica y ambientalmente sostenible.	<p>Implementar una Ficha Electrónica Comunal Integrada.</p> <p>Desarrollar sistemas de telemedicina y atención remota.</p> <p>Promover la eficiencia energética y sostenibilidad ambiental en infraestructura.</p> <p>Modernizar la gestión de recursos humanos, fomentando liderazgo, trabajo colaborativo y bienestar laboral.</p>

Principales Líneas Operativas 2026–2028

Línea Operativa	Descripción	Indicadores Clave	Responsable
Atención Primaria Integral	Consolidar MAIS y fortalecer resolutividad en APS	% de cobertura MAIS – % satisfacción usuaria	Direcciones CESFAM
Salud Mental Comunitaria	Fortalecer red COSAM y dispositivos territoriales (CAPS)	Nº de atenciones – Red de apoyo comunitario	Coordinación Salud Mental
Infraestructura y Equipamiento	Mejorar infraestructura sanitaria con enfoque territorial	Nº proyectos ejecutados – % cumplimiento metas SSMSO	DIRECCION SALUD
Participación y Cogestión	Fortalecer consejos de usuarios/as y comunidades organizadas	Nº de instancias participativas – % centros con CDU activos	Dirección de Salud / CESFAM
Humanización y Calidad	Implementar protocolo comunal de trato digno	Índice de satisfacción usuaria – Nº capacitaciones	Calidad y Humanización
Gestión Digital y Telemedicina	Incorporar sistemas de información integrados	% centros con ficha única electrónica	Informática en Salud

Planificación anual operativa (PAO)

Metas e indicadores definidos por cada centro.

Monitoreo trimestral

A través de reuniones de revisión con direcciones de CESFAM y equipos técnicos.

Evaluación anual participativa.

Informe de cumplimiento y retroalimentación desde la comunidad.

Resultados Esperados al 2028



Consolidación del Modelo de atención integral Humanizado en el 100% de los centros comunales.



Aumento en el 20% la satisfacción usuaria en la APS.



Reducción de brechas en acceso y oportunidad de atención entre sectores de la comuna.



Implementación de telemedicina y gestión digital en toda la red.



Mayor participación comunitaria efectiva en la planificación y evaluación de la salud comuna.

DESAFIOS COMUNALES ACTUALES DE LA APS

La atención primaria de salud (APS) enfrenta hoy múltiples tensiones que amenazan su esencia comunitaria y humanizadora:

Sobrecarga asistencial, derivada del alto número de usuarios y la insuficiencia de recursos, lo que tiende a despersonalizar la atención.

Infraestructura insuficiente, la actual población usuaria sobrepasa la cantidad ideal por cada centro lo que dificulta el uso de box y no permite una atención de calidad para nuestra población.

Déficit de estrategias que entreguen a nuestro usuario interno el desarrollo de habilidades socioemocionales y comunicativas que nos permita entregar un sello de humanización real.

Cansancio y desgaste emocional de los trabajadores y trabajadoras de la salud, producto del estrés sostenido y de la violencia social.

Persistencia de inequidades territoriales, que perpetúan desigualdades en el acceso y la percepción de desatención en ciertos territorios.

Estos factores afectan la calidad de la atención, la satisfacción usuaria y los resultados sanitarios. De ahí la urgencia de entender la Humanización con enfoque territorial como eje estructurante del modelo comunal de salud, no como un valor añadido, sino como la base ética y práctica de toda acción en salud.

12.4 GESTIÓN DIRECTIVA

12.4.1 Análisis dotación autorizada

Administración Salud

CATEGORÍA / GESTIÓN DIRECTIVA	CARGO	Nº FUNCIONARIOS	Nº HORAS SEMANALES	Nº DE JORNADAS SEMANALES
A	Médico	1	44	1
A	Odontólogo	0	0	0
A	Químico farmacéutico	0	0	0
B	Asistente social	1	44	1
B	Enfermera	3	132	3
B	Kinesiólogo	1	44	1
B	Matrona	2	88	2
B	Nutricionista	0	0	0
B	Psicólogo	0	0	0
B	Terapeuta ocupacional	0	0	0
B	Profesor Educación Física	0	0	0
B	Tecnólogo médico	0	0	0
B	Fonoaudiólogo	0	0	0
B	Educadora de párvulo	0	0	0
Total Horas Directivos Dirección de Salud		8	352	8

CENTRO DE SALUD

CATEGORÍA / GESTIÓN DIRECTIVA	CARGO	Nº FUNCIONARIOS	Nº HORAS SEMANALES 2024	Nº DE JORNADAS SEMANALES 2024
A	Médico	0	0	0
A	Odontólogo	1	44	1
A	Químico farmacéutico	1	44	1
B	Asistente social	1	44	1
B	Enfermera	3	132	3
B	Kinesiólogo	1	44	0
B	Matrona	0	0	0
B	Nutricionista	0	0	0
B	Psicólogo	2	88	2
B	Terapeuta ocupacional	0	0	0
B	Profesor Educación Física	0	0	0
B	Tecnólogo médico	0	0	0
B	Fonoaudiólogo	0	0	0
B	Educadora de párvulo	0	0	0
Total Horas Directivos CESFAM, COSAM		9	396	9

COORDINACIONES O ENCARGADOS COMUNALES

CATEGORIA/ GESTIÓN ADMINISTRATIVA (referentes técnicos o encargados comunales de Programa)	CARGO	Nº FUNCIONARIOS	Nº HORAS SEMANALES	Nº DE JORNADAS SEMANALES
A	Médico	4	220	5
A	Odontólogo	4	176	4
A	Químico farmacéutico	4	176	8
B	Asistente social	3	132	3
B	Enfermera	19	836	19
B	Kinesiólogo	4	146	4
B	Matrona	3	132	3
B	Nutricionista	2	88	2
B	Psicólogo	2	88	2
B	Terapeuta ocupacional	0	0	0
B	Profesor Educación Física	0	0	0
B	Tecnólogo médico	0	0	3
B	Fonoaudiólogo	0	0	0
B	Educadora de párvido	0	0	0
B	Otros: Ingeniero	8	352	8
C	TANS	10	440	10
Total		63	2772	63





DOTACIÓN ASISTENCIAL

CATEGORÍA	CARGO	Nº FUNCIONARIOS	Nº HORAS SEMANALES 2024	Nº DE JORNADAS SEMANALES 2024
A	Dirección establecimiento	4	176	4
A	Bioquímico(a)	0	0	0
A	Medico(a)	208	7865	208
A	Medico(a) (Salud Familiar)	20	792	20
A	Medico(a) (Ginecólogo)	1	44	1
A	Medico(a) (Medicina Interna)	1	22	1
A	Medico(a) (Psiquiatría)	3	66	3
A	Medico(a) (Salud Publica)	1	44	1
A	Medico(a) (Pediatría)	2	66	2
A	Odontólogo(a)	133	3608	133
A	Químico Farmacéutico	26	1034	26
TOTAL A:		399	13717	399
B	Dirección establecimiento	12	528	12
B	Asistente Social	83	3113	83
B	Enfermera(o)	198	8206	198
B	Fonoaudiólogo(a)	14	506	14
B	Ingeniero(a)	16	704	16
B	Kinesiólogo(a)	110	3883	110
B	Matrón(a)	99	3597	99
B	Nutricionista	75	2673	75
B	Profesor(a)	23	814	23
B	Psicólogo(a)	95	3135	95
B	Tecnólogo(a) Médico(a)	29	1133	29
B	Terapeuta Ocupacional	21	858	21
B	Otro (Profesor de Ed. Física)	3	132	3
B	Otro (Publicista)	3	132	3
TOTAL B:		781	29414	781
C	TENS	482	19437	482
C	TANS	175	7436	175
C	TONS	54	2321	54
TOTAL C:		711	29194	711
D	Técnico de Salud	27	1067	27
TOTAL D:		27	1067	27
E	Administrativo	188	7733	188
TOTAL E:		188	7733	188
F	Auxiliar de Servicio	43	1848	43
F	Conductores Ambulancias	52	2288	52
TOTAL F:		95	4136	95
A	Facilitadores/as interculturales	3	110	3
B	Facilitadores/as interculturales	4	165	4
C	Facilitadores/as interculturales	1	44	1
TOTAL (categoría):		8	319	8
TOTAL (A, B, C, D, E, F)		2209	85580	2209

% de horas para gestión administrativa

TOTAL (MENOS GA)	2209 - 63 2146	85580 - 2772 82808	2029-63 2146
% gestión	\$ 3.2%		

Análisis de Horas de Gestión central por Habitante

La disponibilidad de horas de gestión por habitante considerando una dotación de 63 personas con 44 horas semanales cada una y una población asignada de 394.656 habitantes. Este indicador es clave para evaluar la capacidad operativa de la red de salud comunal.

Datos

Población inscrita total	394.656 habitantes
Número de funcionarios/as de gestión	63 personas
Horas por funcionario/a	44 horas semanales
Horas totales de gestión por semana	2.772 horas semanales

Cálculo del Indicador

Horas de gestión por habitante/semana: $2.772 / 394.656 = 0.00702$ horas

Equivalencia en minutos: $0.00702 \times 60 = 0.42$ minutos/ habitante/semana

0,8 a 1,0 horas de gestión por habitante por año para sistemas APS complejos.

Comparación con lo recomendado

Los estándares técnicos-operativos internacionales recomiendan:

$0,00702 \times 52 = 0,365$ horas/habitante/año

Esta dirección de salud cuenta solo con 0,36 horas/habitantes/año, es decir menos de la mitad de lo recomendado.

Interpretación del indicador

El resultado muestra que la red de salud comunal dispone de solo 0.365 horas de gestión por habitante al año, lo cual es extremadamente bajo para un territorio de alta demanda, características urbanas complejas y un perfil epidemiológico con fuerte carga de enfermedades crónicas y salud mental.

Este indicador confirma que:

1. La capacidad de gestión está críticamente ajustada.

El tiempo disponible por persona es insuficiente para asegurar

- 1.1 planificación
- 1.2 supervisión
- 1.3 seguimiento de indicadores
- 1.4 control de listas de espera
- 1.5 coordinación clínica y administrativa
- 1.6 trabajo comunitario territorial

2. La sobrecarga no es por falta de personal, sino por exceso de población asignada.

Incluso con 80 funcionarios dedicados a gestión:

- 2.1 la relación 3.520 horas/semana vs. 89.000 habitantes da un margen mínimo de maniobra.

3. El verdadero problema es la infraestructura insuficiente y la ausencia de dispositivos territoriales.

Cuando la población asignada es muy alta y los centros están saturados:

- 1.1 la gestión se fragmenta,
- 1.2 los tiempos se reducen,
- 1.3 y la capacidad resolutiva se estanca.

Este indicador respalda técnicamente la necesidad del proyecto de 18 dispositivos médicos territoriales, la modernización digital y la descentralización operativa.

4. Se requiere avanzar hacia un modelo de gestión humanizado y territorial. Con esta carga, el equipo está obligado a priorizar urgencias y demandas críticas.

El análisis evidencia que Puente Alto debido a la cantidad de población, cuenta con una de las cargas de gestión más altas del país, lo que refuerza la urgencia de:

Descentralizar la atención
Implementar dispositivos territoriales
Modernizar infraestructura
Optimizar flujos administrativos
Digitalizar procesos
Reforzar el enfoque de humanización y acompañamiento

Todo esto garantiza que cada habitante reciba una atención digna, cercana y de calidad.

Por último, este nivel de carga pone en evidencia la necesidad urgente de fortalecer la infraestructura y redistribuir las funciones administrativas, más que aumentar linealmente la dotación humana.

Los esfuerzos estratégicos deben enfocarse en optimizar procesos, digitalizar la gestión y descentralizar tareas administrativas hacia los nuevos dispositivos territoriales, fortaleciendo la gobernanza local del sistema de salud comunal.

12.4.2 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 Ley 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. Asimismo, el personal que ejerza funciones de responsabilidad, conforme a lo dispuesto en el artículo 56, tendrá derecho a percibir esta asignación de responsabilidad directiva, en un porcentaje de un 5% y hasta 15% aplicado sobre

sobre igual base. Las respectivas asignaciones serán al menos seis y hasta nueve por CESFAM. Un mismo trabajador podrá percibir hasta un máximo de dos asignaciones de responsabilidad por cada entidad administradora de salud municipal. Para los Centros de salud de la comuna de Puente Alto se establece la siguiente asignación:

Centros de Salud: Los directores de los Centros de Salud percibirán como asignación de responsabilidad un 25%, subdirectores de los Centros de Salud 20%, de la suma del sueldo base y de la asignación de atención primaria correspondiente a la categoría B nivel 4 de la carrera funcionaria. Jefes de sector 15% y otras jefaturas 10% de la suma del sueldo base y de la asignación de atención primaria conforme a lo dispuesto en la ley 19.378.

Dirección de salud: El director (a) de salud comunal percibirá como asignación de responsabilidad un 25%, subdirectores de Salud 20%, de la suma del sueldo base y de la asignación de atención primaria correspondiente a la categoría B nivel 4 de la carrera funcionaria. Coordinadores comunales 20%, otras jefaturas 10% de la suma del sueldo base y de la asignación de atención primaria conforme a lo dispuesto la ley 19.378

Asignaciones Especiales Transitorias para el personal de salud, que EJERZA funciones durante el año 2026.

Las asignaciones especiales de carácter transitorio que están reguladas en el Artículo 45º de la Ley N°19.378, con la aprobación del Concejo Municipal, puede otorgar a sus funcionarios o a una parte de la dotación de salud asignaciones especiales de carácter transitorio, y deben fijarse de acuerdo con el nivel y la categoría funcional del personal, según las necesidades del servicio. Estas asignaciones deberán adecuarse a la disponibilidad presupuestaria anual de la unidad administradora, su vigencia será determinada por la Corporación y durarán como máximo, hasta el 31 de diciembre de cada año, pudiendo incluso disminuirla o ponerle término dentro del año respectivo, debido a las variaciones que experimente el presupuesto. Estas asignaciones no constituyen remuneración, por lo que no son imponibles ni tributables. No serán consideradas base de cálculo para la determinación de ninguna otra remuneración o beneficio legal. Es posible otorgar más de una asignación especial transitoria, sin embargo, no corresponde concederlas como incentivo monetario para incrementar las remuneraciones de los funcionarios. En caso de reemplazo, las asignaciones transitorias que correspondería recibir al funcionario titular serán percibidas por el reemplazante por todo el tiempo que este último ejerza las funciones en dicha calidad, perdiendo el titular, el derecho a percibirlas mientras dure el reemplazo.

Asignación de Funciones Críticas. Es la asignación para aquellos funcionarios que realizan funciones relevantes y estratégicas para la gestión, por la responsabilidad que implica su desempeño y por la incidencia en los servicios que se deben proporcionar, dada la necesidad del servicio de sostener su enfoque territorial, democratizar el acceso, aumentar la cobertura y acercarse a los indicadores nacionales de atención primaria, 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 gestores de Salud y serán calculados al momento de asumir o en diciembre de cada año para inicio del 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 funcional, 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, 1.1 para Subdirectores de Dirección de Salud y 0.5 para gestores. 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 funcional, 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, para centros con una población validada sobre 70.000 personas el factor es de 1.2, para centros con población con más 40.000 y hasta 70.000 el factor es de 1.1, para centros con población con más 30.000 y hasta 40.000 factor 1 y para centros con población con menos de 30.000 el factor es de 0.9. 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.

En cuanto al director de la red de urgencias, esta será considerada, como el centro con mayor población asignando el cálculo correspondiente.

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 los Servicios de Urgencia de la comuna (SAR, SAPU) 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 según lo que indica la ley 19.378, para jornadas de 44 horas y proporcional para jornadas menores homologado a desempeño difícil en urgencias
- 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 por 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 y clínicas móviles 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 por cada hora trabajada en los días de feriado irrenunciable para los funcionarios que trabajen en la red de urgencia comunal y ambulancia, independiente de su estado contractual.

Para los efectos del pago se entenderán que este comprende la realización de 3 turnos de 12 horas, entendiendo el inicio del feriado a partir de las 20:00 hrs. del día anterior al feriado irrenunciable, hasta las 08:00 hrs. del día siguiente al feriado irrenunciable.

1 de enero: desde 31 de diciembre 20:00 hrs. hasta las 08:00 hrs del 02 de enero

1 de mayo: desde 30 de abril 20:00 hrs. hasta 08:00 del 02 de mayo.

18 y 19 de septiembre: desde 17 de septiembre a las 20:00 hrs hasta las 08:00 del 20 de septiembre.

25 de diciembre: desde 24 de diciembre 20:00 hrs. hasta las 08:00 del 26 de diciembre.

3. Asignación Especial de Resolutividad

La Asignación especial de Resolutividad es una herramienta estratégica destinada a fortalecer la capacidad asistencial de la Atención Primaria de Salud en la comuna. Su propósito principal es incentivar su permanencia y motivar la llegada de nuevos profesionales a los centros de salud comunales.

Esta asignación reconoce el alto nivel de demanda, complejidad y compromiso que implica trabajar en Puente Alto y busca disminuir la rotación, aumentar la estabilidad de los equipos y fortalecer la continuidad del cuidado para la comunidad.

Con esta medida, la comuna avanza hacia la reducción de la escasez de profesionales, mejora la oportunidad diagnóstica y terapéutica, y asegura que más vecinas y vecinos reciban atención oportuna y de calidad. La asignación contribuye directamente al objetivo de construir una red de salud más resolutiva, humana y centrada en las personas, en coherencia con la visión de la nueva administración.

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 a Médicos (as) con enfoque comunitario: Tiene por propósito hacer frente a los desafíos de mejorar el acceso y la oportunidad de salud de las personas, mediante el reclutamiento de profesionales, en el marco de los modelos de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y del Modelo Comunitario de Atención de Salud. Se establece una asignación especial a los niveles 15 y 14 para asimilarlos a nivel 13, proporcional a las horas de contrato (plazo fijo), a médicos sin especialidad que ejerzan (o en su defecto a su reemplazo) labores en estrategias territoriales y atención vespertina contribuyendo con su labor a la continuidad de la atención, fortalecimiento del enfoque comunitario y la permanencia en la red.

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 de acuerdo con la función que desempeñan. Cabe mencionar que la entrega se realiza en las temporadas de otoño-invierno y primavera-verano.

UNIFORMES

Personal de ambulancias	Uniforme de temporadas invierno y verano Calzado de seguridad y gift card de calzado
Personal clínico categoría A-B	Uniforme de temporadas invierno y verano
Personal clínico categoría C	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
Administrativas	Uniformes administrativas de ambas temporadas
Administradores y administrativos	Uniformes administradores y administrativos de ambas temporadas
Centro de Integración María Isabel	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
Farmacia Solidaria	Uniforme o bono

Plan de Reconocimiento al esfuerzo y profesionalización del equipo de conductores de central de ambulancias y movilización

La central de ambulancias, así como los móviles de los distintos centros de salud de Puente Alto cumplen un rol esencial en la respuesta sanitaria territorial, coordinando traslados asistenciales, urgencias comunitarias, emergencias constantes y entregando soporte a los distintos centros de salud de nuestra red comunal.

Ciertamente desde la llegada de esta nueva administración hemos visto a diario como el equipo de conductores ha demostrado compromiso, disciplina, vocación de servicio y profundo arraigo territorial, incluso estudiando en paralelo para adquirir mayores competencias clínicas como Técnicos en Enfermería de Nivel Superior (TENS).

Reconociendo este esfuerzo y en coherencia con el eje de humanización de la gestión, la dirección de salud implementará un plan progresivo de transición a la categoría Conductor-TENS, otorgando valoración formal al mérito de quienes han decidido profesionalizarse.

Conductores del Central de Ambulancias y movilización que actualmente pertenecen a la categoría F, y que se encuentran estudiando o han obtenido el título de Técnico en Enfermería de Nivel Superior, con interés en avanzar a la categoría C (Conductor-TENS).

Plan de Implementación (2026-2028)

Año	Nº de conductores en transición	Cumplir con
2026	10 Conductores	Evaluación de desempeño anual Calidad de hoja de vida Cumplimiento de requisitos técnicos y administrativos
2027	10 Conductores	Criterios de evaluación y probidad Seguimiento anual de desempeño por parte de jefaturas y dirección de salud
2028	10 Conductores	Todo conductor que no cuente con título de TENS deberá desempeñarse exclusivamente en móviles de atención ambulatoria.

No se realizará ninguna contratación externa para cubrir funciones de Conductor-TENS.

Para realizar la transición, el trabajador deberá renunciar voluntariamente a su contrato indefinido en categoría F y firmar un nuevo contrato en categoría C. El bono de conductor no aplica en la modalidad de Conductor-TENS, siendo reemplazado por las asignaciones correspondientes a la nueva categoría. La transición no puede ser automática: debe basarse en evaluaciones objetivas, transparencia administrativa y cumplimiento normativo.

La Dirección de Salud garantizará:

- Acompañamiento administrativo durante el proceso.
- Certidumbre laboral.
- No vulneración de derechos laborales existentes.

Unidad de Desarrollo Laboral, Seguridad y Buenas Prácticas en APS (2026-2028)

La nueva administración de salud comunal ha definido la **humanización**, el **enfoque territorial** y el **bienestar de los equipos** como ejes centrales de su gestión. Sin equipos seguros, respetados y con condiciones laborales dignas, es imposible sostener un modelo integral basado en el trato humanizado hacia la comunidad. A partir de las necesidades identificadas en 2024-2025 —violencia hacia funcionarios, brechas en seguridad, ausencia de políticas laborales inclusivas y escasa sistematización de Buenas Prácticas— se propone la creación de una Unidad del Trabajador, destinada a resguardar, fortalecer y proyectar el desarrollo laboral en los establecimientos APS de la comuna.

Objetivo General

Instalar progresivamente entre 2026 y 2028 una **Unidad de Desarrollo Laboral, Seguridad y Buenas Prácticas**, orientada a fortalecer el bienestar, la seguridad integral, la igualdad de género y la innovación desde los propios trabajadores, consolidando una cultura organizacional más humana, segura y participativa.

Objetivos Específicos

- 1. Implementar políticas laborales inclusivas con enfoque de género, asegurando igualdad de oportunidades, corresponsabilidad y ambientes laborales libres de discriminación.**
- 2. Prevenir situaciones de acoso, violencia o maltrato dentro de los centros de salud mediante protocolos claros, capacitación y mecanismos de denuncia protegida.**
- 3. Aplicar la Ley Consultorio Seguro (Ley 21.188) con énfasis en el artículo 35, asegurando infraestructura, procedimientos y medidas de seguridad para trabajadores y usuarios.**

4. Fortalecer la seguridad interna de los centros APS mediante medidas preventivas como control de accesos y refuerzos de vigilancia.

5. Reforzar la una Unidad de Investigación con temática de Buenas Prácticas en APS, con proyectos liderados por trabajadores/as, para promover innovación local y desarrollo de intervenciones replicables.

6. Sistematizar y compartir experiencias exitosas de la red, como el Modelo MAIS-ECICEP, fortaleciendo una cultura de excelencia y colaboración.

Componentes del Proyecto

Políticas Laborales Inclusivas y con enfoque de Género

Elaboración de una Política Comunal de Igualdad de Género y No Discriminación.

Capacitación anual en enfoque de género para todos los equipos.

Promoción de corresponsabilidad (acciones conciliación vida laboral-familiar).

Protocolos contra acoso sexual, laboral y discriminación.

Prevención de Violencia Laboral y Acoso

Difusión y actualización del Protocolo Comunal de Violencia Interna y Externa.

Mecanismos confidenciales de denuncia protegida.

Reforzar equipos de respuesta rápida ante eventos críticos.

Planes de contención emocional post-incidente.

Implementación de la Ley Consultorio Seguro – Art. 35

Vigilancia reforzada en horarios críticos y eventos de alta demanda.

Capacitación del personal en manejo de situaciones de riesgo.

Señalización, rutas de evacuación y comunicación interna.

Unidad de Buenas Prácticas en APS

Línea de financiamiento anual para iniciativas creadas por funcionarios.

Metodología para implementar, medir y evaluar Buenas Prácticas APS.

Sistematización anual de experiencias destacadas.

Vinculación con universidades para investigación aplicada.

Difusión de prácticas exitosas a través de la Red Comunal de Salud.

Plan de Implementación Progresiva 2026-2028

Año	Acciones principales
2026	Creación formal de la Unidad y nombramiento de equipo coordinador. Diagnóstico comunal de seguridad y clima laboral Elaboración de políticas inclusivas y protocolos actualizados. Primer ciclo de capacitación comunal Inicio de medidas de seguridad física (controles de acceso, refuerzo vigilante).
2027	Implementación de detectores de metales en centros priorizados. Instalación de mecanismos seguros de denuncia y acompañamiento. Inicio de la Unidad de Buenas Prácticas, con primer concurso interno. Integración de universidades y fundaciones. Informe anual de avances y mejoras.
2028	Expansión de medidas de seguridad a toda la red. Implementación avanzada de proyectos de Buenas Prácticas. Evaluación y certificación municipal en ambiente laboral seguro. Publicación del "Compendio Comunal de Buenas Prácticas en APS".

Matriz de Indicadores para el Proyecto

Unidad de Desarrollo Laboral, Seguridad y Buenas Prácticas en APS					
Objetivo específico	Indicador	Meta 2026	Meta 2027	Meta 2028	Fuente / Responsable
Implementar políticas laborales inclusivas con enfoque de género	% de centros con Política Comunal de Género implementada	40%	80%	100%	Subdirección Gestión Estratégica / Dirección de Salud
Prevenir violencia y acoso en los lugares de trabajo	Nº de capacitaciones realizadas en prevención de violencia laboral	8	12	12	UGRED
	% de funcionarios capacitados	50%	80%	100%	UGRED
Aplicar Ley Consultorio Seguro, art. 35	Nº de centros con control de acceso operativo	5	10	12	Unidad de Seguridad
Fortalecer seguridad interna	Reducción de incidentes críticos reportados	20%	40%	60%	Comité de Seguridad APS
Crear Unidad de Buenas Prácticas en APS	Nº de proyectos de Buenas Prácticas implementados	5	10	15	Subdirección Gestión Estratégica / Dirección de Salud
	Nº de funcionarios participantes como líderes de proyectos	20%	40	60%	U. Buenas Prácticas
Sistematizar experiencias exitosas	Publicación del Compendio Comunal APS		PROTOTIPO	PUBLICACIÓN FINAL	Dirección de Salud



Drogería Comunal: representa una solución moderna y sostenible que fortalece la cadena de suministro y garantizará un abastecimiento de medicamentos e insumos de forma oportuna y segura para nuestros centros y programas, que hoy atienden un 3,98% más de población que en el 2024, alcanzando los 376.894 usuarios inscritos a nivel comunal. La construcción y habilitación de la planta física de aproximadamente 320 m² construidos, dará respuesta a la saturación de la capacidad actual de almacenamiento.

Farmacias solidarias: la Farmacia Solidaria fue inaugurada en el año 2016 con el objetivo de poner a disposición de todos los vecinos de la comuna medicamentos y suplementos alimenticios a bajo costo. Hoy tenemos 80.000 usuarios beneficiarios de la farmacia solidaria, de los cuales 5.500 usuarios mensuales acceden al programa de entrega domiciliaria. Con el objetivo de ampliar nuestra cobertura comunal, se están gestionando 2 nuevos establecimientos, al interior de los nuevos hospitales en cuanto la construcción de estos esté finalizada.

1. FARMACIA SOLIDARIA HOSPITAL SOTERO DEL RÍO
2. FARMACIA SOLIDARIA CRS HOSPITAL PROVINCIA CORDILLERA

Nuevos centros de salud:

CESFAM: retomando e impulsando compromisos, hoy tenemos un estado de avance en ejecución de dos nuevos CESFAM para la comuna, aunando voluntades entre municipio, corporación municipal y servicio de salud.

CESFAM VILLA NOCEDAL.

CESFAM NOR ORIENTE.

SAR: al igual que lo anterior, hoy tenemos con un estado de avance en ejecución, los dos nuevos Servicios de Alta Resolución de la comuna.

SAR ALEJANDRO DEL RÍO

SAR CARDENAL RAÚL SILVA HENRÍQUEZ

Dispositivos médicos en terreno (DMT): Frente a la saturación de la red de Atención Primaria de Salud (APS), con CESFAM que atienden a más de 60.000 usuarios por establecimiento, superando ampliamente la recomendación ministerial de 30.000 usuarios, se ha generado una sobredemanda de prestaciones, tiempos de espera prolongados y un significativo desgaste de los equipos de salud, situación que se ve agravada por las limitaciones en la cobertura territorial. Con el objetivo de dar una respuesta concreta y resolutiva a este escenario, mejorar el acceso, asegurar una atención oportuna y de calidad, y disminuir las brechas de infraestructura, se contempla la creación de 18 Dispositivos Médicos Territoriales (DMT), de carácter modular, resolutivo y comunitario, los cuales permitirán descomprimir los CESFAM y acercar la atención primaria a los territorios, fortaleciendo la respuesta sanitaria a nivel local.

DISTRIBUCIÓN DISPOSITIVO MÉDICO TERRITORIAL



PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DMT

AÑO	Nº DE DISPOSITIVOS	SECTORES PRIORITARIOS	META OPERATIVA
2026	6 dispositivo	Bajos de Mena Vista Hermosa	Instalación, piloto con monitoreo técnico
2027	6 dispositivos	Carol Urzúa San Gerónimo Los Toros	Expansión territorial y vinculación universitaria
2028	6 dispositivos	Nocedal Gabriela Oriente El Peñón	Cobertura completa y evaluación de impacto

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El proyecto contempla financiamiento mixto y progresivo, con fuentes comunales, privadas y educativas:

FUENTE	MODALIDAD DE APORTE
Convenios Docente-Asistenciales	Aporte de infraestructura, equipamiento y profesionales en práctica.
Empresas privadas locales	Responsabilidad Social Empresarial (RSE) en salud y bienestar territorial.
Fundaciones con convenio (ej. Fundación Engels,	Financiamiento de módulos, equipamiento o recursos humanos.
Fundación Ángeles) Municipalidad y Dirección de Salud	Asignación inicial de recursos y gestión intersectorial.

RESULTADOS ESPERADOS AL 2028

18 dispositivos operativos distribuidos equitativamente en el territorio comunal.

Reducción del 20% al 30% en la demanda de consultas médicas en los CESFAM.

Incremento del acceso territorial en más de 50.000 usuarios beneficiados. Mayor participación comunitaria y universitaria en salud preventiva y promoción.

Modelo replicable y sostenible para otras comunas del país



14. PRESUPUESTO - PLAN DE SALUD 2026-2028



La planificación presupuestaria del período 2026-2028, se construye considerando el nuevo enfoque trianual del Plan de Salud Comunal definido por el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, el marco macroeconómico nacional y las proyecciones financieras aplicables a la Atención Primaria de Salud (APS).

El presupuesto del Área de Salud de la comuna de Puente Alto para el período 2026-2028 se estructura procurando un equilibrio, asegurando que los ingresos proyectados sean equivalentes a los gastos planificados para cada año del período.

El año base 2026 considera ingresos y gastos totales por \$74.359.246.182, calculados a partir del financiamiento per cápita basal vigente, Leyes APS, otros ingresos operacionales y la transferencia municipal solicitada.

Presupuesto propuesto base para el año 2026

Tipo	Detalle	Suma de MONTO
INGRESOS		74.359.246.182
Subvención de Salud (per cápita basal + índices)	59.135.020.114	
Leyes APS	5.835.494.030	
Otros ingresos operacionales	5.418.119.999	
Transferencia Municipal solicitada	3.970.612.039	
GASTO		74.359.246.182
Transferencia Municipal solicitada	35.334.973.392	
Gastos en personal a contrata	14.983.266.197	
Materiales e insumos médicos	7.634.685.166	
Gastos en personal (otros: Honorarios, suplencias, etc.)	6.972.041.292	
Gastos generales	6.880.115.407	
Mantención y reparación	1.657.543.716	
Consumos básicos	896.621.012	

Notas:

(1) Presupuesto no considera monto praps.

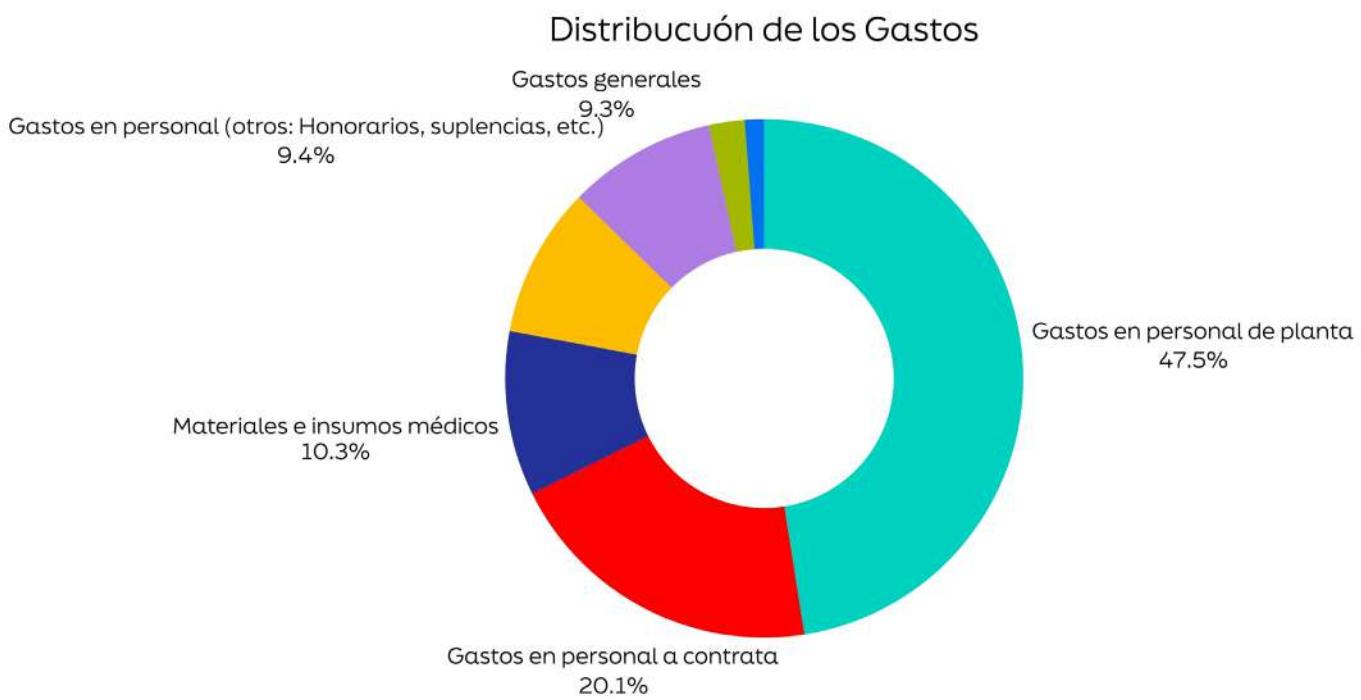
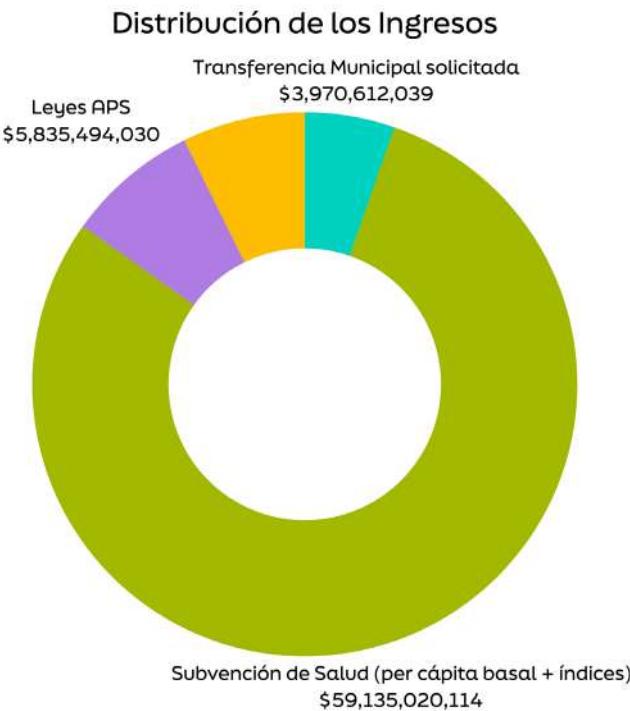
(2) La subvención de Salud en la Atención Primaria es la principal fuente de financiamiento y está compuesta por las siguientes variables:

Per Cápita Basal = tarifa estipulada por el MINSAL, según la canasta de prestaciones a entregar.

+ Índex de pobreza (6%) = indicador que mide la capacidad económica del municipio, mediante la mayor o menor dependencia del Fondo Común Municipal.

Incremento población mayor de 65 años.

Nº de Inscritos validados por FONASA en la comuna.



PROYECCIÓN

A partir del presupuesto base del año 2026, se elaboran las proyecciones 2027 y 2028 considerando:

La estructura presupuestaria vigente

La sostenibilidad financiera del modelo APS. El valor del per cápita basal experimente un incremento por sobre la variación inflacionaria, las tendencias macroeconómicas nacionales (inflación y reajustes),

La disponibilidad efectiva de financiamiento. La transferencia municipal mantenga un crecimiento progresivo, considerando su rol en la cobertura de brechas estructurales.

Los compromisos operacionales derivados del funcionamiento de la red comunal de Atención Primaria de Salud.

Año	Total ingresos y Gastos proyectados
2026	\$ 74.369.246.182
2027	\$ 77.151.023.569
2028	\$ 80.051.833.276

Las Variables consideradas en la proyección son las siguientes

Variable Presupuestaria	2026 (base)	2027	2028
Inflación anual estimada	3,0%	3,0%	3,0%
Reajuste Sector público (afecta gasto en personal)	4,0%	4,0%	4,0%
Variación del per cápita basal	0% * +2 (condición de equilibrio) +3% (condición de equilibrio)		
Transferencia municipal	monito base	3%	3%

* Sujeto a definición central

+ % Condición de equilibrio: Incremento adicional necesario por sobre % de inflación anual estimada

Consideraciones: En atención al contexto macroeconómico y al comportamiento histórico del financiamiento APS en Chile, se establecen las siguientes orientaciones para la gestión presupuestaria del período 2026-2028:

Será necesario monitorear anualmente la relación entre gasto en personal y financiamiento basal, dado que este componente representa la mayor proporción del gasto estructural.

Se deberá procurar un crecimiento responsable y gradual del gasto, evitando incrementos por sobre la capacidad real de financiamiento basal y municipal.

Inflación sanitaria versus inflación general: insumos clínicos y servicios externalizados tienden a crecer por sobre el IPC promedio.

El equilibrio financiero dependerá del cumplimiento de los siguientes factores:

Continuidad y actualización del financiamiento per cápita basal

Capacidad de gestión eficiente del gasto operacional

Aprobación y mantención del aporte municipal solicitado

Ejecución oportuna de convenios de financiamiento complementario.



Escanea el siguiente QR y llega a las carpetas de archivos anexos al Plan de Salud



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

CESFAM: 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: Papanicolaou
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
 UTM: Unidad/es de Toma de Muestras
 VDI: Visita Domiciliaria Integral
 VFG: Velocidad de Filtración Glomerular
 VH: Vista Hermosa
 VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana



Con la presentación de este Plan Comunal de Salud 2026-2028, reafirmamos nuestro compromiso profundo con las vecinas y vecinos de Puente Alto, especialmente con quienes más necesitan de un sistema cercano, digno y justo. Este documento es la expresión de un proyecto humano, comunitario y territorial que hemos construido colectivamente junto al gobierno Comunal, los equipos de salud, las comunidades organizadas, las familias y todos quienes aportan día a día a esta labor.

Durante este periodo, nuestra misión se centrará en **humanizar la atención, devolver la confianza, acercar los servicios a los territorios** y fortalecer a nuestros equipos, que son el corazón de la Atención Primaria. Sabemos que los desafíos son grandes: infraestructura insuficiente, aumento en las necesidades sanitarias, inequidades históricas y el agotamiento de los equipos tras años de sobrecarga. Pero también sabemos que contamos con algo invaluable: **funcionarios comprometidos, comunidades activas y una voluntad política clara por parte de nuestro Gobierno comunal, de recuperar y transformar la salud desde lo local hacia un modelo verdaderamente centrado en las personas** y me permito citar una frase que es ejemplo de este desafío “si yo puedo, cualquier puentealtino y puentealtina puede” Alcalde Matías Toledo 27 octubre 2024

Este plan propone avanzar hacia una red más integrada, moderna, participativa y territorialmente equitativa, donde cada CESFAM, cada dispositivo comunitario, cada equipo y cada dirigente sea parte del mismo propósito: **construir una salud que abrace, que acompañe y que proteja**. Una salud que vea a las personas no solo desde la enfermedad, sino desde su historia, su identidad, su contexto y su dignidad.

Quiero agradecer profundamente a todas y todos quienes contribuyeron a este proceso: equipos directivos, autoridades, funcionarios, usuarios, Consejos de Usuarios, organizaciones sociales y a cada vecino y vecina que aportó con su mirada y su participación legítima a fortalecer este plan, que contiene, nuestra identidad, como pobladores

Finalmente, invito a cada integrante de nuestra red a seguir avanzando con convicción, responsabilidad y calidez humana. **La salud que soñamos es posible, y se construye cada día con el esfuerzo y la vocación de quienes trabajan por y para la comunidad.**

Con unidad, compromiso y un enfoque profundamente humano, este plan será la base de una transformación real, sostenible y justa para nuestra comuna.

Sigamos avanzando juntas y juntos hacia un **Puente Alto más saludable, más humano, “más cerca de ti más cerca de tu salud”**

Directora de Salud

Corporación Municipal de Puente Alto.



SALUD
Puente Alto
GOBIERNO COMUNAL

 **Puente**
Alto GOBIERNO COMUNAL