



Departamento de Salud

# PLAN DE SALUD 2025

## **ÍNDICE GENERAL**

INTRODUCCIÓN .....	1
PRESENTACIÓN PLAN DE SALUD COMUNAL .....	3
VALORES CORPORATIVOS .....	6
TRATO DIGNO .....	6
ATENCIÓN HUMANIZADA .....	6
RESPONSABILIDAD .....	6
COMPETENCIAS TRANSVERSALES.....	7
ÉTICA.....	7
ADAPTABILIDAD AL CAMBIO.....	7
ORIENTACIÓN A LOS RESULTADOS.....	7
TRABAJO TRANSDISCIPLINAR .....	7
MISIÓN ÁREA DE SALUD.....	7
VISIÓN ÁREA DE SALUD.....	7
ORGANIGRAMA ÁREA DE SALUD.....	8
MODELO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD .....	10
DESCRIPCIÓN GEOGRÁFICA COMUNAL.....	10
INDICADORES DEMOGRÁFICOS.....	11
DIAGNÓSTICO DE SALUD LOCAL.....	12
COMPONENTES SOCIOCULTURALES.....	15
POBREZA .....	15
EDUCACIÓN.....	19
VIVIENDA Y ENTORNO.....	20
TRABAJO .....	21
SALUD .....	22
PROGRAMA INFANTIL .....	24
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA.....	24
OBJETIVOS.....	24
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN INFANTIL.....	25
EVALUACIÓN NUTRICIONAL.....	26
META SANITARIAS .....	28
EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR.....	29
BRECHAS .....	30

BUENAS PRÁCTICAS .....	30
PROYECCIONES.....	31
SALUD MENTAL INFANTIL: .....	31
NUTRICIÓN INFANTIL (PREVENCIÓN DE SOBREPESO Y OBESIDAD).....	31
PROGRAMA CHILE CRECE MÁS.....	33
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA.....	33
OBJETIVOS.....	33
PROGRAMAS DE APOYO AL DESARROLLO BIOPSIICOSOCIAL (PADB).....	34
BRECHAS .....	36
MEJORAS.....	36
INTERVENCIÓN EN LOS JARDINES INFANTILES VTF DE LA COMUNA DE SAN JOSÉ DE MAIPO: .....	36
CICLO VITAL ADOLESCENTE .....	38
OBJETIVOS.....	38
DIAGNOSTICO LOCAL .....	38
PROGRAMA ESPACIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES.....	43
OBJETIVOS.....	43
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA.....	43
ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES.....	43
PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PARTICIPACIÓN JUVENIL.....	44
TALLERES EDUCATIVOS.....	44
ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN.....	45
BRECHAS .....	46
DESAFIOS .....	47
INNOVACIONES .....	47
PROGRAMA DEL ADULTO .....	48
OBJETIVOS.....	48
EMPA.....	48
CONTEXTO PANDEMIA .....	49
BRECHAS .....	50
COMPROMISOS 2024.....	50
DESAFÍOS 2025.....	50
CICLO VITAL ADULTO MAYOR.....	52
OBJETIVOS.....	52

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA.....	52
PRESTACIONES REALIZADAS .....	53
BRECHAS .....	54
DESAFÍOS .....	54
INNOVACIONES .....	55
MAIS (MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA).....	56
OBJETIVOS.....	56
COMPROMISOS 2025 .....	56
CUMPLIMIENTOS .....	57
BRECHAS 2024 .....	58
DESAFÍOS 2025.....	58
INNOVACIONES .....	58
ESTRATEGIA DE CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LAS PERSONAS (ECICEP).....	59
OBJETIVOS.....	59
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA.....	59
BRECHAS 2024 .....	62
DESAFÍOS 2025.....	62
SALUD MENTAL INTEGRAL.....	63
OBJETIVOS.....	63
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA.....	63
DIAGNOSTICO LOCAL .....	64
ANALISIS SANITARIO.....	66
BRECHAS .....	68
DESAFÍOS .....	68
SALUD MENTAL COMUNITARIA .....	69
OBJETIVOS.....	69
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA.....	69
IMPLEMENTACIÓN .....	70
BRECHAS .....	71
DESAFÍOS .....	72
PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL .....	73
OBJETIVOS.....	73
DESCRIPCION DEL PROGRAMA.....	73

POBLACION OBJETIVO.....	74
CUMPLIMIENTOS .....	75
BRECHAS .....	75
DESAFÍOS .....	75
PROGRAMA DETECCIÓN, INTERVENCIÓN Y REFERENCIA ASISTIDA PARA ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS (DIR) EN LA APS .....	77
OBJETIVOS .....	77
BRECHAS .....	78
DESAFÍOS .....	79
PROGRAMA MEJOR NIÑEZ, EX SENAME.....	80
OBJETIVOS.....	80
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA.....	80
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN SENAME .....	81
BRECHAS .....	81
DESAFÍOS .....	82
INNOVACIONES .....	82
PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	83
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA.....	83
OBJETIVOS.....	83
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y SALUD CARDIOVASCULAR .....	84
A.    CÁNCER CERVICOUTERINO (CACU):.....	84
B.    CÁNCER DE MAMAS: .....	85
PROGRAMA DE LA MUJER.....	86
BRECHAS 2024 .....	87
INNOVACIONES 2024 .....	87
DESAFIOS 2025.....	88
SALUD ORAL.....	89
PROGRAMAS SE REFOZAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD .....	89
ACCIONES Y ESTRATEGIAS .....	89
PROGRAMA MEJORAMIENTO DE ACCESO ODONTOLÓGICO .....	89
1.    FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LAS PERSONAS (ECICEP).....	89
2.    SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS.....	90
3.    ATENCIÓN A PERSONAS MIGRANTES.....	91

4. MEJORA EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN APS .....	92
SEMBRANDO SONRISAS .....	93
PROGRAMA ODONTOLÓGICO INTEGRAL.....	95
PROGRAMA GES ODONTOLÓGICO .....	97
OBJETIVOS DEL PROGRAMA.....	97
SALUD ORAL INTEGRAL DE LA EMBARAZADA .....	97
CUMPLIMIENTO Y DESAFÍOS 2025.....	97
SALUD ORAL INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS .....	98
COMPROMISOS 2025 .....	98
PROGRAMA CERO .....	99
3. RECURSOS NECESARIOS.....	100
4. PRODUCTOS ESPERADOS.....	100
PROGRAMA DE REHABILITACIÓN .....	101
PROPÓSITO DEL PROGRAMA .....	101
OBJETIVOS.....	101
COMPROMISOS 2024 .....	101
CUMPLIMIENTOS .....	102
BRECHAS 2024.....	103
COMPROMISOS 2025 .....	104
PROGRAMA RESPIRATORIO SALA IRA – ERA SAN JOSÉ DE MAIPO .....	105
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA.....	105
PROGRAMA IRA - ERA .....	105
OBJETIVOS.....	105
CUMPLIMIENTOS 2024.....	106
INGRESOS ERA – IRA.....	106
EPOC.....	106
ASMA .....	107
IRA/SBOR .....	108
OTRAS RESPIRATORIAS .....	108
PRESTACIONES PROGRAMA IRA – ERA .....	109
TALLER ANTITABACO 2024.....	110
TALLER JARDINES INFANTILES 2024 .....	110
META SANITARIA (MS7).....	111

COMPROMISOS 2025 .....	111
BRECHAS .....	112
DESAFÍOS .....	112
PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES .....	113
OBJETIVOS.....	113
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA.....	113
CONTEXTO ACTUAL .....	113
CAMPAÑAS DE VACUNACIÓN.....	114
COBERTURA CAMPAÑA DE INMUNIZACIÓN ANTI-INFLUENZA.....	114
COBERTURA CAMPAÑA INMUNIZACIÓN CONTRA SARS COV-2 .....	115
COBERTURA CAMPAÑA CONTRA EL VIRUS RESPIRATORIO SINICIAL (VRS) .....	116
VACUNACIÓN ESCOLAR:.....	119
BRECHAS .....	120
DESAFÍOS .....	120
INNOVACIONES: .....	120
PROGRAMA DE SALUD ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA Y CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES.....	121
OBJETIVOS.....	121
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA.....	121
POBLACIÓN DEL PROGRAMA DEPENDENCIA SEVERA.....	122
POBLACIÓN CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES .....	124
BRECHAS .....	125
DESAFÍOS .....	125
INNOVACIONES .....	125
PROGRAMA ELIGE VIDA SANA: INTERVENCIÓN EN FACTORES DE RIESGO ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.....	126
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA.....	126
OBJETIVOS.....	126
DESARROLLO DEL PROGRAMA .....	126
COMPROMISOS 2024 .....	128
DESAFÍOS .....	128
COMPROMISOS 2024.....	128
FARMACIA.....	130
OBJETIVOS.....	130

ANÁLISIS DE LA DEMANDA.....	131
ACCIONES 2024.....	133
ATENCIONES FARMACÉUTICAS.....	133
DESPACHOS Y MANEJO DE EXISTENCIAS.....	133
COORDINACIÓN TERRITORIAL.....	134
MEDICAMENTOS SUJETOS A CONTROL LEGAL.....	135
REGISTROS.....	136
FARMACOVIGILANCIA.....	136
BRECHAS.....	137
DESAFÍOS 2025.....	137
PROGRAMAS ALIMENTARIOS.....	138
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA.....	138
PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (PNAC).....	139
OBJETIVOS.....	139
PROGRAMA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA ADULTO MAYOR (PACAM).....	141
OBJETIVOS.....	141
COMPROMISOS Y CUMPLIMIENTOS 2024.....	142
CUMPLIMIENTOS.....	143
BRECHAS.....	143
DESAFÍOS.....	143
CONTINGENCIA Y DIFICULTADES.....	143
ESTRATEGIAS.....	144
CONVENIOS DE RESOLUTIVIDAD E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS.....	145
OBJETIVOS.....	145
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA.....	145
PRESTACIONES IMÁGENES DIAGNÓSTICAS.....	146
COMPONENTE Nº1: DETECCIÓN PRECOZ Y OPORTUNA DE CÁNCER DE MAMA EN ETAPAS IN SITU, I Y II.....	146
COMPONENTE Nº2: DETECCIÓN PRECOZ Y DERIVACIÓN OPORTUNA DE DISPLASIA DE CADERA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 6 MESES.....	147
COMPONENTE Nº3: DETECCIÓN PRECOZ Y DERIVACIÓN OPORTUNA DE PATOLOGÍA BILIAR Y CÁNCER DE VESÍCULA.....	147
COMPONENTE Nº4: MEJORAR LA RESOLUTIVIDAD EN EL DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS.....	148

PRESTACIONES RESOLUTIVIDAD .....	149
COMPONENTE N°1.1 CANASTA INTEGRAL OFTALMOLOGÍA .....	149
COMPONENTE N°1.3 CANASTA INTEGRAL OTORRINOLARINGOLOGÍA .....	150
COMPONENTE N°1.4 CANASTA INTEGRAL GASTROENTEROLOGÍA .....	150
COMPONENTE N°1.5 CANASTA INTEGRAL TELEDERMATOLOGÍA .....	151
COMPONENTE N°3 CANASTA INTEGRAL CLIMATERIO .....	151
BRECHAS 2024 .....	152
DESAFÍOS Y COMPROMISOS 2025 .....	152
UNIDAD GES.....	154
OBJETIVOS.....	154
DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD GES.....	154
CUMPLIMIENTO DE LA GARANTÍA GES.....	155
BRECHAS 2024 .....	156
INNOVACIONES 2024 .....	157
DESAFÍOS 2025.....	157
UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO (UAU).....	159
UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO .....	159
OBJETIVOS.....	159
COMPROMISOS 2025 .....	159
BRECHAS .....	160
DESAFÍOS 2025.....	160
ENFOQUE DE SEGURIDAD Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN:.....	162
BRECHAS 2024 .....	163
PLANIFICACIÓN 2025 .....	163
OBJETIVOS.....	164
OBJETIVO GENERAL:.....	164
INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD .....	166
ÁMBITO N°1 DE ORGANIZACIÓN, .....	166
ÁMBITO N°2 DE DIRECTRICES TÉCNICAS.....	167
ÁMBITO N°3 DE RECURSOS HUMANOS .....	167
ÁMBITO N°4 DE VIGILANCIA DE IAAS Y SUPERVISIÓN.....	168
ÁMBITO N°7 MONITORIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE IAAS .....	169
BRECHAS 2024 .....	170

CUMPLIMIENTOS Y DESAFÍOS 2025.....	170
PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD.....	171
OBJETIVOS.....	171
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA.....	171
CUMPLIMIENTOS PARTICIPACIÓN SOCIAL .....	172
ELABORACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO 2024-2026.....	172
BRECHAS IDENTIFICADAS .....	174
DESAFÍOS Y ACCIONES PROPUESTAS .....	175
RELACION ASISTENCIAL DOCENTE (RAD).....	179
OBJETIVOS.....	179
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA.....	179
SITUACIÓN ACTUAL .....	179
BRECHAS Y DESAFÍOS .....	180
INNOVACIONES .....	180
ORDINARIO Nº 2791 21/10/2024 .....	180
PROGRAMA CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA RED ASISTENCIAL.....	182
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA:.....	182
OBJETIVOS.....	182
SITUACIÓN ACTUAL .....	182
BRECHAS .....	184
INNOVACIONES .....	184
DESAFÍOS 2025.....	184
PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD PARA PUEBLOS INDÍGENAS (PESPI) .....	185
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA .....	185
OBJETIVO .....	185
SITUACIÓN ACTUAL .....	186
BRECHAS .....	191
INNOVACIONES .....	191
DESAFÍOS 2025.....	193
ANEXOS.....	194
1. PROYECTO PREPUESTARIO AÑO 2025.....	195
2. DOTACIÓN AÑO 2025 .....	197
3. PLAN ANUAL DE CAPACITACIÓN AÑO 2025 .....	199

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

FIGURA N°1: OBJETIVOS SANITARIOS DE LA DÉCADA 2021-2030 .....	1
FIGURA N°2: RED SANITARIA LOCAL.....	3
FIGURA N°3: REPRESENTACIÓN GRÁFICA CONCEPTO “BIOPSICOSOCIAL E INTEGRAL” .....	4
FIGURA N°4: ORGANIGRAMA DE ÁREA DE SALUD CMSJM .....	9
FIGURA N°5: MAPA DE REGIÓN METROPOLITANA Y SAN JOSÉ DE MAIPO.....	11
FIGURA N°6: DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN POR RANGO DE EDAD Y CENTRO DE INSCRIPCIÓN....	14
FIGURA N°7: DIMENSIONES E INDICADORES DE LA MEDICIÓN DE LA POBREZA MULTIDIMENSIONAL .....	15
FIGURA N°8: PROPUESTA DE ABORDAJE .....	79
FIGURA N°9: ESTRUCTURA PPAA.....	139

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

GRÁFICO N°1: POBLACIÓN COMUNAL SEGÚN SEXO Y EDAD.....	13
GRÁFICO N°2: POBLACIÓN INSCRITA Y VALIDAD AÑO 2024 .....	13
GRÁFICO N°3: EVOLUCIÓN DE POBLACIÓN INSCRITA Y VALIDADA APS MUNICIPAL.....	14
GRÁFICO N°4: PORCENTAJE DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL POR ZONA DE RESIDENCIA, 2015-2017.....	16
GRÁFICO N°5: INCIDENCIA DE LA POBREZA MULTIDIMENSIONAL EN LA POBLACIÓN POR PERTENENCIA A PUEBLOS INDÍGENAS, 2015-2017.....	17
GRÁFICO N°6: INCIDENCIA DE LA POBREZA MULTIDIMENSIONAL EN LA POBLACIÓN POR PAÍS DE NACIMIENTO, 2015-2017.....	18
GRÁFICO N°7: TASAS DE POBREZA AÑO 2017, POR INGRESOS Y MULTIDIMENSIONAL, SAN JOSÉ DE MAIPO Y R.M. ....	18
GRÁFICO N°8: POBLACIÓN CARENTE DE SERVICIOS BÁSICOS Y HOGARES HACINADOS A NIVEL COMUNAL.....	21
GRÁFICO N°9: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS SEGÚN PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD (2017).....	23
GRÁFICO N°10: ESTADO NUTRICIONAL 2023-2024.....	27
GRÁFICO N°11: CONDICIÓN DE LACTANCIA 2024-2023.....	28
GRÁFICO N°12: EMP REALIZADOS SEGÚN TRIMESTRE EN PERIODO 2021-2023.....	49
GRÁFICO N°13: DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN ADULTO MAYOR POR CENTRO DE SALUD .....	53
GRÁFICO N°14: GRADO DE CUMPLIMIENTO MAIS 2024.....	57
GRÁFICO N°15: DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS INGRESADAS POR COMPLEJIDAD ESTIMADA POR CENTRO DE SALUD .....	60
GRÁFICO N°16: DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS INGRESADAS POR COMPLEJIDAD ESTIMADA POR CENTRO DE SALUD .....	61
GRÁFICO N°17: DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS INGRESADAS POR COMPLEJIDAD ESTIMADA POR CENTRO DE SALUD .....	61
GRÁFICO N°18: PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE USUARIOS DE SALUD MENTAL .....	67
GRÁFICO N°19: POBLACIÓN BAJO CONTROL CON MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN CENTRO DE INSCRIPCIÓN.....	84
GRÁFICO N°20: COMPARACIÓN EXÁMENES CITOLÓGICOS TOMADOS EN ENERO-JUNIO 2022, 2023 Y 2024.....	85
GRÁFICO N°21: TENDENCIA DE INGRESOS ENERO 2023 A SEPTIEMBRE 2024.....	103
GRÁFICO N°22: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN BAJO CONTROL (PBC) AÑOS 2020 A 2024.....	106
GRÁFICO N°23: POBLACIÓN BAJO CONTROL DEL PROGRAMA IRA – ERA SEGÚN RANGO ETARIO (CORTE JUNIO 2024) .....	106

GRÁFICO N°24: DEMOGRAFÍA DE LA PBC - EPOC .....	107
GRÁFICO N°25: DEMOGRAFÍA DE LA POBLACIÓN BAJO CONTROL IRA/ASMA .....	107
GRÁFICO N°26: DEMOGRAFÍA DE LA POBLACIÓN BAJO CONTROL ERA/ASMA .....	108
GRÁFICO N°27: DEMOGRAFÍA DE LA POBLACIÓN BAJO CONTROL - SBOR.....	108
GRÁFICO N°28: DEMOGRAFÍA DE LA POBLACIÓN BAJO CONTROL DE OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y OXÍGENO DEPENDIENTES.....	109
GRÁFICO N°29: PRESTACIONES IRA – ERA AÑOS 2020 A 2024.....	109
GRÁFICO N°30: COBERTURA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTI-INFLUENZA 2024 .....	115
GRÁFICO N°31: COBERTURA CAMPAÑA CONTRA SARS COV-2: VACUNA ACTUALIZADA .....	116
GRÁFICO N°32: COBERTURA CAMPAÑA CONTRA VRS DE RECIÉN NACIDOS VIVOS, SEGÚN MES DE NACIMIENTO.....	118
GRÁFICO N°33: COBERTURA CAMPAÑA CONTRA VRS DE LACTANTES NACIDOS DESDE EL 1 DE OCTUBRE DEL 2023.....	118
GRÁFICO N°34: VARIACIÓN PORCENTUAL DE RECETAS DESPACHADAS RESPECTO AL AÑO ANTERIOR (2023) .....	131
GRÁFICO N°35: VARIACIÓN HISTÓRICA DE RECETAS Y PRESCRIPCIONES A NIVEL COMUNAL.....	132
GRÁFICO N°36: DETECCIÓN PRECOZ Y OPORTUNO DE CA. DE MAMA EN PSR SJM .....	146
GRÁFICO N°37: DETECCIÓN PRECOZ Y OPORTUNO DE DISPLASIA DE CADERA EN PSR SJM. ....	147
GRÁFICO N°38: DETECCIÓN PRECOZ Y OPORTUNO DE PATOLOGÍAS BILIARES EN PSR SJM .....	148
GRÁFICO N°39: DETECCIÓN PRECOZ Y OPORTUNO DE NAC Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS EN PSR SJM .....	148
GRÁFICO N°40: CUMPLIMIENTO DE PRESTACIONES DE OFTALMOLOGÍA EN PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD 2024 .....	149
GRÁFICO N°41: CUMPLIMIENTO DE PRESTACIONES DE OTORRINOLARINGOLOGÍA EN PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD 2024 .....	150
GRÁFICO N°42: CUMPLIMIENTO DE PRESTACIONES DE GASTROENTEROLOGÍA EN PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD 2024 .....	150
GRÁFICO N°43: CUMPLIMIENTO DE PRESTACIONES DE TELEDERMATOLOGÍA EN PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD 2024 .....	151
GRÁFICO N°44: CUMPLIMIENTO DE PRESTACIONES DE CLIMATERIO EN PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD 2024 .....	152
GRÁFICO N°45: GARANTÍAS EXCEPTUADAS TRANSITORIAS ENTRE LOS MESES DE FEBRERO, MARZO, ABRIL, MAYO, JUNIO, JULIO, AGOSTO, SEPTIEMBRE, OCTUBRE Y NOVIEMBRE DEL PRESENTE AÑO. .....	156
GRÁFICO N°46: INGRESOS NO PERTENECIENTES A PUEBLOS ORIGINARIOS .....	188
GRÁFICO N°46: INGRESOS PERTENECIENTES A PUEBLOS ORIGINARIOS .....	188

GRÁFICO N°47: CONTROLES NO PERTENECIENTES A PUEBLO ORIGINARIO .....	189
GRÁFICO N°48: CONTROLES PERTENECIENTES A PUEBLO ORIGINARIO .....	189
GRÁFICO N°49: ENTREGA LAWEN NO PERTENECIENTE A PUEBLO ORIGINARIO .....	190
GRÁFICO N°50: ENTREGA LAWEN PERTENECIENTE A PUEBLO ORIGINARIO .....	190

## **ÍNDICE DE TABLAS**

TABLA N°1: POBLACIÓN POR TERRITORIO, REGIÓN Y NACIONAL SEGÚN CENSO 2017 Y PROYECCIÓN 2021.....	11
TABLA N°2: MORTALIDAD GENERAL.....	12
TABLA N°3. POBLACIÓN INSCRITA VALIDADA POR FONASA POR CENTRO DE SALUD 2024 .....	25
TABLA N°4. POBLACIÓN BAJO CONTROL POR CENTRO DE SALUD, PRIMER SEMESTRE 2024 .....	26
TABLA N°5. CONSOLIDACIÓN DE DATOS DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL AÑO 2024.....	27
TABLA N°6. CONSOLIDACIÓN DE DATOS DE EVALUACIÓN DESARROLLO PSICOMOTOR (DSM) AÑO 2024.....	29
TABLA N°7: POBLACIÓN INSCRITA VALIDADA POR CENTRO DE SALUD.....	39
TABLA N°8: COBERTURA CONTROL DE SALUD INTEGRAL ADOLESCENTE DE 10 A 19 AÑOS EN CMSJM.....	39
TABLA N°9: POBLACIÓN BAJO CONTROL SEGÚN MÉTODO DE REGULACIÓN DE FERTILIDAD Y SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS EN CMSJM. ....	40
TABLA N°10: DIAGNÓSTICOS NUTRICIONALES EN ADOLESCENTES DE 10 A 14 AÑOS EN CMSJM. ..	40
TABLA N°11: DIAGNÓSTICOS NUTRICIONALES EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS EN CMSJM. ..	40
TABLA N°12: ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS BAJO CONTROL EN PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN CMSJM.....	41
TABLA N°13: ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS CON CONDUCTAS DE RIESGO EN SALUD MENTAL EN CMSJM.....	42
TABLA N°14: TALLERES REALIZADOS AÑO 2024 POR PROGRAMA ESPACIOS AMIGABLES. ....	44
TABLA N°15: POBLACIÓN BAJO CONTROL POR CENTRO DE SALUD.....	65
TABLA N°16: POBLACIÓN BAJO CONTROL SEGÚN GRUPO ETARIO.....	65
TABLA N°17: CANTIDAD DE CASOS DERIVADOS A NIVEL SECUNDARIO DE ENERO A OCTUBRE 2024 (DERIVACIÓN ASISTIDA) .....	67
TABLA N°18: ESTADO DE CUMPLIMIENTO DE METAS PROGRAMA DIR AÑO 2024 .....	78
TABLA N°19: POBLACIÓN MEJOR NIÑEZ, EX SENAME BAJO CONTROL EN POSTAS DE SALUD RURAL .....	81
TABLA N°21: INGRESOS DE EMBARAZADAS SEGÚN EDAD GESTACIONAL Y CENTRO DE SALUD.....	86
TABLA N°22: CARACTERÍSTICAS GESTANTES Y CENTRO DE SALUD .....	86
TABLA N°23: INGRESOS DE DIADAS SEGÚN DÍAS DE VIDA DEL RN Y CENTRO DE SALUD .....	87
TABLA N°24: RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EL AÑO 2023/2024 .....	103
TABLA N°25: COBERTURA EFECTIVA DE TRATAMIENTO EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS (ASMA Y EPOC) EN PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS .....	111
TABLA N°26: CALCULO DE META SANITARIA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (MS7).....	111

TABLA N°27: 1° BÁSICO COBERTURA VACUNA DTP (DIFTERIA, TÉTANOS Y TOS CONVULSIVA).....	119
TABLA N°28: 4° BÁSICO COBERTURA VACUNA VPH NONAVALENTE (VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO).....	119
TABLA N°29: 5° BÁSICO COBERTURA 2°DOSIS VACUNA VPH TETRAVALENTE (VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO).....	120
TABLA N°30: 8° BÁSICO COBERTURA VACUNA DTP (DIFTERIA, TÉTANOS Y TOS CONVULSIVA).....	120
TABLA N°31: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DE DEPENDENCIA SEVERA POR EDAD DURANTE EL AÑO 2024.....	122
TABLA N°32: USUARIOS CON DEPENDENCIA SEVERA Y ESTIPENDIO DURANTE EL AÑO 2024 .....	123
TABLA N°33: CANTIDAD DE VISITAS REALIZADAS A USUARIOS DE DEPENDENCIA SEVERA POR MES DURANTE EL AÑO 2024.....	123
TABLA N°34: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DE CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES POR GÉNERO Y CENTRO DURANTE EL AÑO 2024.....	124
TABLA N°35: CANTIDAD DE VISITAS DOMICILIARIAS REALIZADAS A USUARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS 2024.....	125
TABLA N36°: INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA AÑO 2024 .....	127
TABLA N°37: DISTRIBUCIÓN DE PRODUCTOS PNAC EN KILOS POR CENTRO DE SALUD ENERO – OCTUBRE 2024.....	140
TABLA N°38: TOTAL DE KILOS DISTRIBUIDOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS: PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (PNAC).....	141
TABLA N°39: DISTRIBUCIÓN DE PRODUCTOS PACAM EN KILOS POR CENTRO DE SALUD, ENERO – OCTUBRE 2024.....	142
TABLA N°40: TOTAL DE KILOS DISTRIBUIDOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS: PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA ADULTO MAYOR (PACAM).....	142
TABLA N°41: CUMPLIMIENTO GES A SEPTIEMBRE DEL 2024 .....	155
TABLA N°42: GARANTÍAS DE OPORTUNIDAD EXCEPTUADAS TRANSITORIAS .....	156
TABLA N°43: INDICADOR DE CUMPLIMIENTO DE OPORTUNIDAD DE DIGITALIZACIÓN .....	156
TABLA N°44: INSCRITOS VALIDADOS POR FONASA EN NUESTRAS POSTAS RURALES DE SAN JOSÉ DE MAIPO AL 30 DE OCTUBRE 2024.....	160
TABLA N°45: ACTIVIDADES RELACIONADAS AL ÁMBITO DE ORGANIZACIÓN .....	166
TABLA N°46: ACTIVIDADES RELACIONADAS AL ÁMBITO DE DIRECTRICES TÉCNICAS.....	167
TABLA N°47: ACTIVIDADES RELACIONADAS AL ÁMBITO DE RECURSOS HUMANOS .....	167
TABLA N°48: ACTIVIDADES RELACIONADAS AL ÁMBITO DE VIGILANCIA DE IAAS Y SUPERVISIÓN, DESTACAN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES EN PLAN DE TRABAJO DURANTE 2024: .....	168
TABLA N°49: ACTIVIDADES RELACIONADAS AL ÁMBITO DE AMBIENTE FÍSICO, DESTACA LA SIGUIENTE ACTIVIDAD VERTIDA EN PLAN DE TRABAJO DURANTE 2024:.....	169

TABLA N°50: ACTIVIDADES RELACIONADAS AL ÁMBITO DE MONITORIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE IAAS, DESTACA LA SIGUIENTE ACTIVIDAD VERTIDA EN PLAN DE TRABAJO DURANTE 2024 .....	169
TABLA N°51: RESUMEN DE LA CANTIDAD DE FUNCIONARIOS POR ESTAMENTO QUE HAN CUMPLIDO LAS CAPACITACIONES OBLIGATORIAS PARA DAR CUMPLIMIENTOS A LOS REQUERIMIENTOS DE MAIS, ECICEP Y PROCESO DE ACREDITACIÓN.....	183
TABLA N°52: RESUMEN COMPARATIVO DE LOS EJES PRIORIZADOS DESDE EL MINSAL DE LA PROGRAMACIÓN DEL PAC 2024 CON LAS CAPACITACIONES CUMPLIDAS HASTA EL MES DE NOVIEMBRE DEL 2024.....	183
TABLA N°53: RESUMEN DE BRECHA Y CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES PROGRAMADAS PARA EL PRESENTE AÑO.....	191

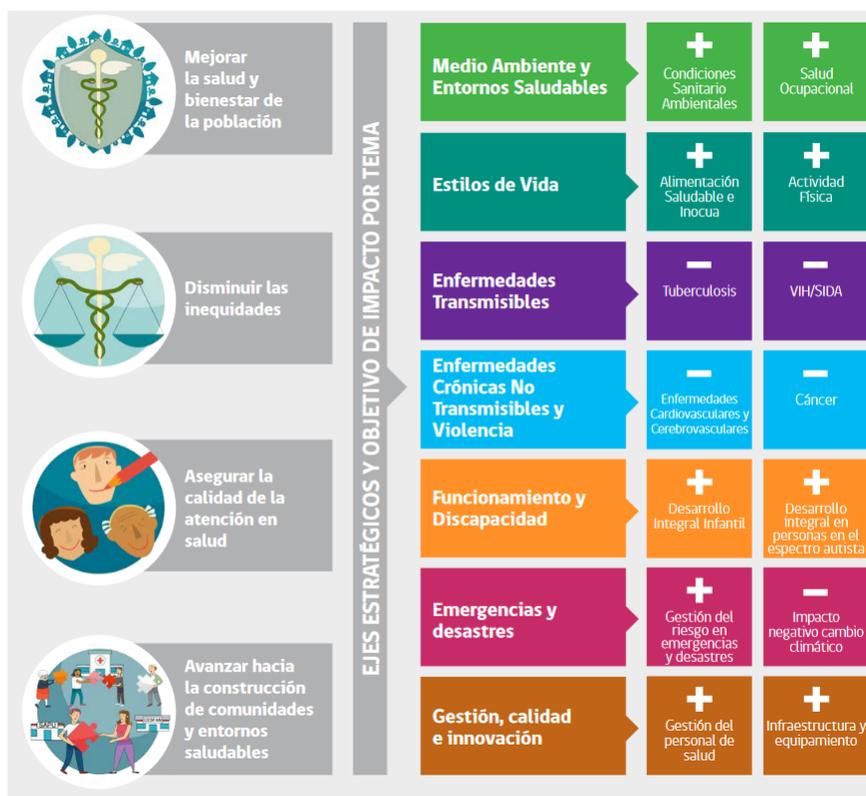
## INTRODUCCIÓN

En armonía con lo establecido en la Ley Chilena N°19.378, que establece el Estatuto de Atención Primaria Municipal, se construye el Plan de Salud Comunal de manera anual, que permite establecer de manera concreta, los lineamientos estratégicos establecidos por los objetivos sanitarios de la década para, posteriormente, mediante una articulación sanitaria local, poder adecuar y ejecutar las acciones requeridas para aportar al cumplimiento de estos objetivos con la finalidad de contribuir a mejorar el nivel de salud de la población en su conjunto. Esta labor se logra mediante el trabajo coordinado de una planificación estratégica y otra operativa, que establece las líneas de acción en materia de promoción, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación, propias de cada programa de salud de competencia de la Atención Primaria.

Este documento se gesta mediante el trabajo coordinado de la Dirección del Departamento de Salud, Coordinadores Técnicos y los equipos de salud de cada establecimiento, utilizando como lineamientos fundamentales los elementos emanados desde el Modelo de Salud Familiar (MSF), el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) y en el enfoque de Redes Integradas de los Servicios de Salud (RISS) para articular una estrategia sanitaria local que de soporte a las necesidades propias del territorio, sin descuidar la Política Pública General.

Los nuevos objetivos sanitarios se enfocan en mejorar la salud y bienestar de la población, disminuir las inequidades, asegurar la calidad de la atención en salud y avanzar hacia la construcción de comunidades y entornos saludables y, de esta manera, luego articular siete ejes estratégicos con sus objetivos de impacto por tema con la finalidad de trazar las líneas de trabajo específicas con la cual los centros de salud debemos generar las estrategias de trabajo locales (figura 1).

**FIGURA N°1: OBJETIVOS SANITARIOS DE LA DÉCADA 2021-2030**



*Fuente: Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030, Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, División de Planificación Sanitaria, febrero 2022.*

El Ministerio de Salud pone a disposición de los equipos un conjunto de orientaciones técnicas que, en consistencia con las prioridades sanitarias nacionales y el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, permitan el desarrollo de acciones promocionales, preventivas, curativas y de rehabilitación. De esta forma, logramos optimizar el uso de los recursos humanos, tecnológicos y financieros, orientándolos a resultados medibles y facilitando la integración funcional de la Red Asistencial.

Para cumplir a cabalidad estas funciones, tanto las redes asistenciales como la autoridad sanitaria, debe desarrollar procesos integrados, sistemáticos, planificados, integrales y participativos de gestión de los servicios, de acuerdo a su ámbito y nivel de competencia. Lo anterior supone organizar los diferentes dispositivos existentes en las redes, de manera tal que supere la fragmentación tradicional derivada de la especialización y la parcelación de los diferentes espacios de atención, en un determinado territorio.

El desafío para la Corporación Municipal de San José de Maipo y para el equipo de Salud, sigue siendo el proceso de mejora continua iniciado en el año 2014, comprendiendo este como conjunto de acciones cíclicas (reflexivas, gestión, ejecución y supervisión) orientadas a obtener la mayor calidad posible en la entrega de prestaciones, servicios y procesos de una institución (Ciclo de Deming, 1950). El resultado de aplicar procesos de mejora continua, ha suscitado la mejora integral del servicio, haciéndolo más competitivo y entregando mejor respuesta a las necesidades de la comunidad usuaria. Para ello se han implementado diversas estrategias para avanzar hacia una atención personalizada, humanizada, con calidad y seguridad asistencial, con énfasis en equidad en salud, donde hoy se acentúa la necesidad de trabajar por la equidad de género, con la población migrante y nuestros pueblos originarios con pertinencia cultural.

Cumplido el objetivo previo, el desafío para los nuevos años en el mediano plazo apunta a mejorar la eficiencia y eficacia de la red sanitaria local a nivel de la Atención Primaria de Salud (APS), mediante el rediseño de la red local que actualmente se constituye por un modelo de administración dual con sus respectivos dispositivos, construyendo el camino para una administración de la red de nivel primario de tipo municipal y, de paso, fortalecer al Complejo Hospitalario San José de Maipo en atención de nivel secundario, para articular una red con actores y funciones claras en lugar del modelo difuso de administración actual. Es por esto que se ha recorrido un largo camino, donde como administración municipal, tanto a nivel central como los colaboradores sanitarios, hemos relevado fuertemente la importancia del desarrollo rural, dadas las particularidades inherentes al territorio de este tipo donde, determinantes sociales, dificultades de conectividad y acceso a servicios considerados como básicos, son elementos que deben ser considerados para el acceso a servicios sanitarios y de paso, entender como eje fundamental al sujeto en su dimensión biopsicosocial para realizar un abordaje de sus necesidades reales y que estén en sintonía con su entorno familiar y comunitario.

La herramienta utilizada para construir este camino es la sensibilización desde y hacia el equipo sanitario, autoridades comunales, autoridades del Servicio de Salud e incluso, autoridades del Gobierno central, logrando así realizar múltiples trabajos en conjunto al calor de situaciones que han requerido una mayor atención de todos los actores que participan en el bienestar de la comunidad y sus integrantes. Sin embargo, hay tareas pendientes, donde hay que realizar cambios en niveles mayores para poder realizar un trabajo más efectivo en nuestra comunidad, donde la convicción y

voluntad de los equipos de salud, nuestra comunidad y todas las autoridades son la herramienta fundamental para poder lograr los objetivos sanitarios que son propuestos, para una mejor salud y calidad de vida de la población.

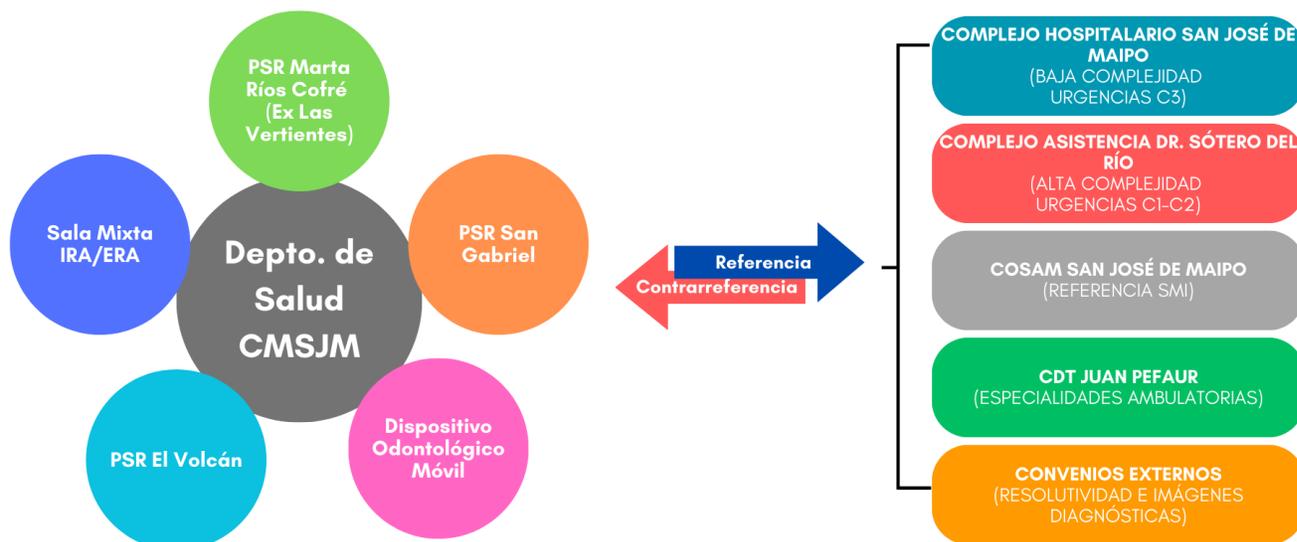
Los desafíos que tenemos por delante son grandes. No obstante, sabemos que, con el trabajo de todos, podremos enfrentar de buena manera y así poder mejorar la calidad de vida y la salud de nuestros usuarios, teniendo como énfasis que el enfoque de los modelos de atención y gestión debe poner al usuario al centro de nuestro quehacer, siempre bajo el alero de nuestro alcalde, quien incorpora el rol social y el bienestar de la comunidad como pilares fundamentales para ejecutar las acciones del Área de Salud.

### **PRESENTACIÓN PLAN DE SALUD COMUNAL**

La red de salud municipal se constituye de tres centros de salud; PSR Marta Ríos Cofré (Ex Las Vertientes) quien centraliza los procesos clínico asistenciales de toda la red municipal, PSR San Gabriel y PSR El Volcán, sumado a la presencia de un módulo dental móvil situado en dependencias de la Dirección de Desarrollo Social (DIDECO) de San José de Maipo, sumado a la coadministración de la Sala de Mixta IRA/ERA en dependencias del Complejo Hospitalario San José de Maipo. En consecuencia, con el proceso de la Reforma de Salud con base en los cambios de paradigmas, la Atención Primaria de la comuna de San José de Maipo, ha adoptado el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar y comunitario, con énfasis en la promoción y prevención de la salud, orientado a lograr una mejor calidad de vida para los individuos, sus familias y la comunidad, colocando en el centro de toda atención a la persona, considerando sus requerimientos y expectativas como un elemento central del proceso sanitario de cada persona.

De esta manera, los dispositivos sanitarios municipales interaccionan con otros dispositivos constituyentes de la Red de Salud Sur Oriente y otros centros de referencia con la finalidad de abordar de la manera más efectiva posible, los requerimientos sanitarios de la población. (Figura 2).

**FIGURA N°2: RED SANITARIA LOCAL**



Fuente: Elaboración local, año 2024

FIGURA N°3: REPRESENTACIÓN GRÁFICA CONCEPTO “BIOPSIICOSOCIAL E INTEGRAL”

En este contexto, la Atención Primaria de Salud es una fuente de capital social y un bien común que se centra en los individuos, su familia y entorno, considerando como su integralidad física, mental y espiritual, además de encontrarse en un ambiente físico, social y cultural donde se produce una relación bidireccional entre las personas y su ambiente. (Figura 3).

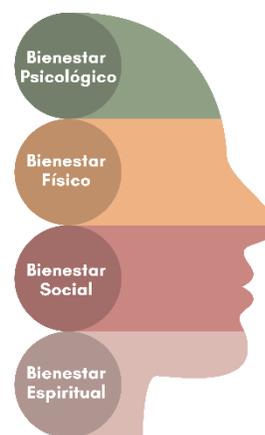
La atención en salud debe ser integral, oportuna, de calidad, segura, eficaz y eficiente. Los desafíos 2025 a mencionar son:

- Optimizar los procesos clínico-asistenciales mediante el fortalecimiento de la oferta con un enfoque en la atención centrada en la persona, sus expectativas y consideraciones (ECICEP).
- Fortalecer el desarrollo de la salud intercultural, mediante el robustecimiento de la oferta con pertinencia cultural, espiritual y de corrientes de medicina con enfoque alternativo.
- Robustecer la cultura de calidad en la institución, con miras a la mejora de los estándares de calidad y seguridad de los servicios sanitarios que se prestan a la comunidad, teniendo como objetivo la acreditación de PSR Las Vertientes y la demostración de PSR San Gabriel, contribuyendo al cierre de la brecha histórica en esta materia.

De esta manera, como garantes de salud, nuestro rol apunta a contribuir en la mejora de determinantes sociales, mediante la generación y desarrollo de políticas locales que mejoren la calidad de vida, aumentando el grado de bienestar de los habitantes del territorio. Esto es un elemento central dado que la comuna lidera los índices de morbilidad, seguida por la comuna de Pirque, siendo ambas rurales. Todo esto coloca como centro que, las acciones a seguir, deben ser en armonía con los elementos propios del territorio y sus habitantes. De esta manera, la Atención Primaria de Salud, en su conjunto, se ve reflejada por la mantención del vínculo con las personas, motivo por el cual debe generar de manera constante estrategias de fortalecimiento de estos, tanto a nivel individual, familiar y comunitario con los propios centros, como a su vez, con el intersector, con el objetivo de dar soporte a las necesidades ilimitadas de salud de las personas y procurar una gestión eficiente y eficaz de los recursos.

Los centros de salud en sí no logran resolver todas las necesidades de la población y, por ello, es necesario que los usuarios tengan un rol protagónico en el cuidado de su salud y co-responsabilidad en el abordaje de los problemas de salud potenciales y/o presentes. Es en este aspecto que cobra relevancia el fortalecer la participación social, comunitaria e intersectorial y el trabajo del equipo de salud con ellas.

Es así como el Departamento de Salud de la Corporación Municipal de San José de Maipo (CMSJM), liderada por su directora, la Sra. Silvia Lathrop Gómez plantean como idea fuerza para el desarrollo de este plan *“Salud rural como derecho: un modelo de atención primaria centrado en la cercanía, la resiliencia y la participación comunitaria, con énfasis en la prevención y la integración de los servicios de salud para el desarrollo de una atención primaria universal.”*, posicionando al servicio como un pilar fundamental para el abordaje de necesidades socio sanitarias y, con ello, colocando a todos los funcionarios como una herramienta fundamental para trabajar en función de la comunidad y su



Fuente: Elaboración local, año 2024.

calidad de vida con la finalidad de poder desarrollar nuevos y grandes desafíos, sin descuidar el trabajo previo ni las condiciones sanitarias que afectan al país, apelando a la vocación de servicio y al sentido de pertenencia de cada uno de los integrantes de nuestro equipo.

A su vez el Alcalde, Don Roberto Pérez Catalán, máxima autoridad comunal ha mandado la mejora sostenida de la salud en la comuna, tales cómo, mejorar la calidad de vida integral y la salud mental de la comuna, fortalecer el trabajo intersectorial con miras a la universalización de la atención primaria, mejorar condiciones laborales de los colaboradores del Área de Salud, por nombrar algunos ejemplos. Todo en concordancia plena con las disposiciones del Plan de Desarrollo Comunal que tiene por objetivo sentar las bases o directrices que permitan hacer realidad, las aspiraciones de desarrollo que tienen los ciudadanos, las autoridades y las distintas organizaciones sociales en un futuro mediato.

**IDEA FUERZA: “SALUD RURAL COMO DERECHO: UN MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA CENTRADO EN LA CERCANÍA, LA RESILIENCIA Y LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA, CON ÉNFASIS EN LA PREVENCIÓN Y LA INTEGRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA EL DESARROLLO DE UNA ATENCIÓN PRIMARIA UNIVERSAL”.**

Los tiempos actuales traen consigo un cambio en las prioridades en todos los aspectos de la sociedad, lo que a su vez se traduce en la necesidad de replantear los lineamientos estratégicos del quehacer en salud con la finalidad de dar una buena respuesta a los nuevos desafíos que se presentan en nuestra comuna, abordando todos los elementos que son parte del bienestar de las personas e integrándolas como parte de un todo, para comprender a la persona como un ser pluridimensional y, con ello, abordar de la manera más pertinente posible sus necesidades como a su vez, contribuir a la mantención de sus virtudes, con la finalidad de poder mejorar la calidad de vida de las personas.

A su vez, la condición de ruralidad particular de la comuna de San José de Maipo presenta elementos que pueden resultar ajenos a otras realidades, donde el acceso a servicios considerados como básicos como lo son agua potable, luz, alcantarillado, telefonía e internet presentan dificultades en su acceso, sumado a elementos como la geodispersión comunal, las deficiencias en materia de transporte que dificultan la oportunidad de acceso a prestaciones sanitarias, dado que es complejo sortear elementos como la distancia a los centros de salud y, la complejidad propia de una comuna que se encuentra constantemente expuesta a desastres socio-naturales, desencadenan en que la salud de la comuna presente índices altos de morbilidad, muy por sobre los índices del resto de la red, sumado a una serie de elementos concernientes al bienestar de la salud mental que se encuentran fuertemente deteriorados, con niveles altos de intentos de suicidio y consumación de estos a lo largo del ciclo vital, que finalmente se traducen en que la atención primaria debe ser un elemento central en la vida de los habitantes de la comuna y, por ello, debe entregar la máxima cobertura posible.

De esta manera, la presente Dirección de Salud se plantea a la Salud Rural como un derecho, donde elementos como la cercanía al usuario son un elemento trascendental para comprender a las personas como un todo, recogiendo los elementos provenientes desde el Modelo de Salud Familiar y en concreto, la estrategia ECICEP que busca cambiar el foco de atención desde una perspectiva

divisoria hacia un modelo integral, multidimensional y personalizado a la realidad de cada persona, distinguiéndolos por su complejidad en lugar de su carga de morbilidad. De esta manera, elementos como la resiliencia y la participación comunitaria permiten la articulación de los servicios sanitarios, dándoles un sello de identidad que es capaz de sortear los obstáculos que constantemente aquejan a la gestión pública, sumado a todo lo proveniente de las características del territorio, entendiendo que el usuario siempre será el centro de nuestro quehacer y, por tanto, los pilares de una atención deben apuntar con fuerza hacia la prevención para mantener el estado de salud y controlar los aumentos en la tasa de morbilidad de la comuna, promover más y mejores hábitos de vida pero sin dejar de entregar el rol protagónico a las personas como centro de su propia salud, haciéndolos conscientes de que la atención primaria no es quien tiene todas las respuestas, sino que es un proceso de construcción mutua, donde no deberíamos realizar diferencias por quien presta el soporte de aseguramiento de salud, sino que apuntar a una atención universal, sin fronteras en donde todos los integrantes de la comunidad son importantes, tienen sus complejidades y por tanto, como salud podemos dar respuestas a sus necesidades sanitarias, pero también podemos construir un modelo de crecimiento conjunto para relevar el rol de la salud pública como un elemento central en el desarrollo de las personas, su entorno y su calidad de vida.

## **VALORES CORPORATIVOS**

### **Trato Digno**

El concepto de “trato digno” hace alusión a la dignidad, que se refiere al mérito y el valor inherentes de una persona y está estrechamente vinculada con el respeto, el reconocimiento, la autoestima, la validación y la posibilidad de tomar decisiones propias.

### **Atención Humanizada**

Busca hacer sentir bien al usuario, haciéndolo partícipe del servicio de salud que está recibiendo. Significa promover programas y servicios realmente centrados en la persona, que se piensen, se gestionen y se realicen respetándola de manera holística, considerándola siempre como un fin y nunca como un medio. Significa en el fondo, donde exista una persona que sufre, exista otra que se preocupe de ella por el sólo hecho de ser vulnerable, reconociendo su dignidad, y que lo haga con vocación de servicio.

### **Responsabilidad**

Dedicación al cumplimiento de las tareas y compromisos asumidos, con el fin de poder otorgar una atención de calidad a los usuarios. Consiste en cumplir las metas inherentes a la definición de cada profesión o puesto de trabajo, como elemento fundamental, para la contribución del servicio que se entrega.

## **COMPETENCIAS TRANSVERSALES**

### **Ética**

La ética es una parte esencial de las profesiones sanitarias. No se puede ser un profesional excelente sin cultivar e integrar lo humano y lo científico-técnico. Implica actuar de manera correcta, tanto en la vida profesional y laboral, como en la vida privada, aún en forma contraria a supuestos intereses propios o del sector/institución al que pertenece.

### **Adaptabilidad al cambio**

Es la capacidad para adaptarse y amoldarse a los cambios. Hace referencia a la capacidad de modificar la propia conducta para alcanzar determinados objetivos cuando surgen dificultades, nuevos datos o cambios en el medio. Se asocia con la versatilidad del comportamiento para adaptarse a distintos contextos, situaciones, medios y personas rápida y adecuadamente.

### **Orientación a los resultados**

Es la capacidad de encaminar los actos al logro de lo esperado, actuando con velocidad y sentido de urgencia ante decisiones importantes, necesarias para satisfacer las necesidades del usuario, superar a los competidores o mejorar la organización.

### **Trabajo transdisciplinar**

Implica la capacidad de colaborar y cooperar con los demás, de formar parte de un grupo y de trabajar juntos; lo opuesto a hacerlo individual y competitivamente. Para que esta competencia sea efectiva, la actitud debe ser genuina. Es conveniente que el ocupante del puesto sea miembro de un grupo que funcione en equipo.

El presente Plan de salud se orienta a plantearnos a *“la APS como un actor central para mejorar la calidad de vida de la comunidad”*. Para ello no tan solo debemos fortalecer el área clínico asistencial, entendida esta como la asistencia sanitaria propiamente tal, es impensable visualizar en equidad en salud rural sin potenciar el desarrollo de la gestión administrativa, pues promover las prestaciones requiere de reflexión, de levantamiento de procesos, de toma de decisiones, situaciones que no deben ocurrir dentro de los box de atención junto a nuestros usuarios, aquí la importancia de los equipos de gestión quienes velarán por el desarrollo de herramientas de medición y monitoreo.

## **MISIÓN ÁREA DE SALUD**

“Somos establecimientos de salud que buscan mejorar en forma continua la gestión interna y la calidad de los servicios otorgados en el Área de Salud de la CMSJM, de forma equitativa e igualitaria, garantizando la accesibilidad, centrada en el modelo de salud familiar”.

## **VISIÓN ÁREA DE SALUD**

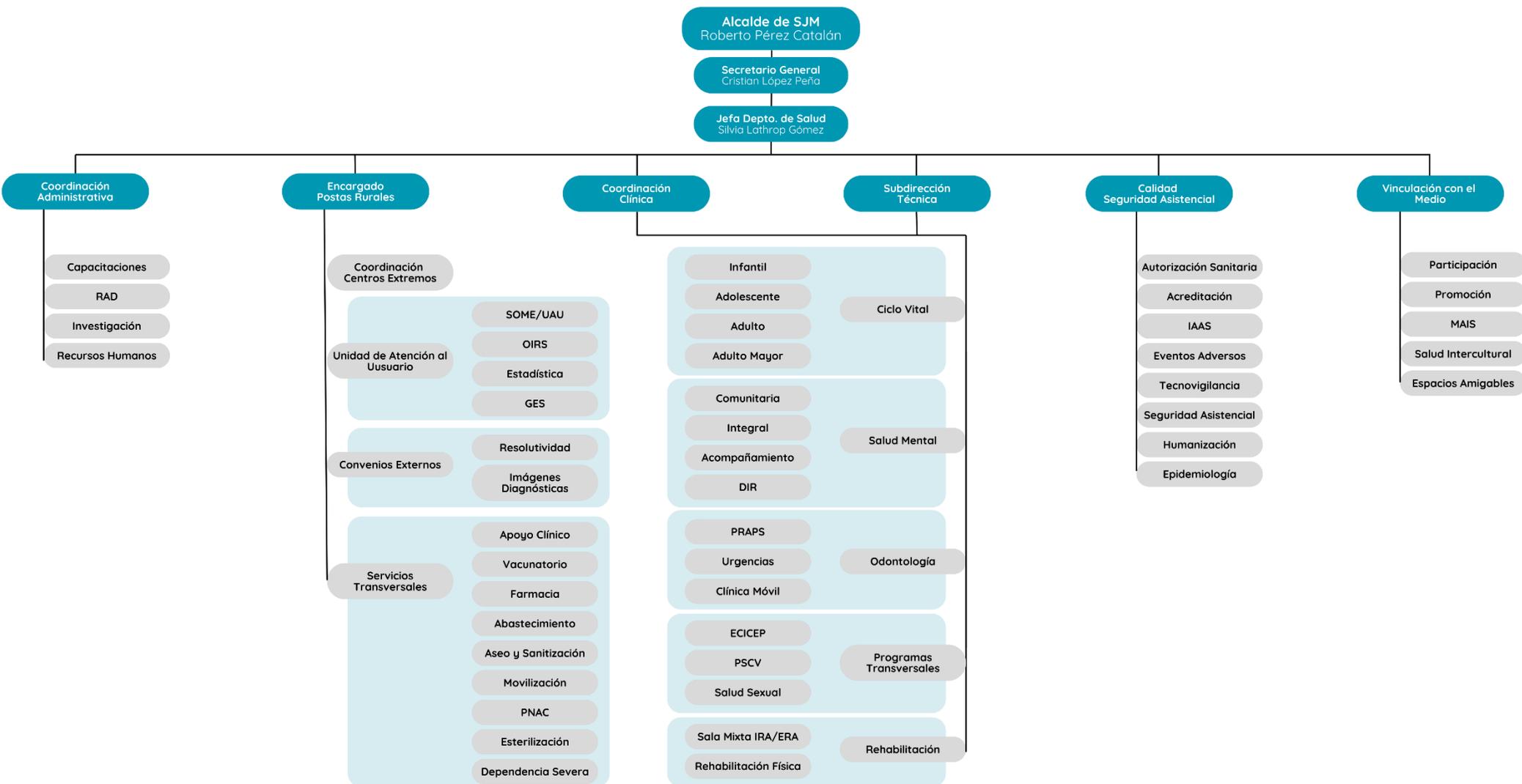
“Ser Establecimientos de Salud de Atención Primaria centrados en el buen y oportuno servicio a los usuarios internos y externos del sistema, desarrollando la gestión a favor del desarrollo de una salud

humanizada basada en los lineamientos de la salud familiar y la gestión participativa, considerando las necesidades de la población y la idea fundamental de la promoción y la prevención”.

#### **ORGANIGRAMA ÁREA DE SALUD**

A la cabeza del organigrama se encuentran el Alcalde, Don Roberto Pérez Catalán, seguido por el Secretario General Señor Cristian López Peña a continuación se encuentra la Jefatura del Departamento de Salud, Señora Silvia Lathrop Gómez; seguida por su equipo directivo constituido por una Encargada de las Postas Rurales, una Coordinación Clínica y una Técnica que velan por el funcionamiento técnico y administrativo de todos los elementos del centro de salud. (Figura 4).

FIGURA N°4: ORGANIGRAMA DE ÁREA DE SALUD CMSJM



## **MODELO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD**

Los cambios en el perfil sociocultural, epidemiológico y demográfico del país han generado que la esperanza de vida y el envejecimiento aumenten conforme pasan los años y sumado a la urbanización e inmigración hace que la población se encuentre en un proceso constante de crecimiento. Sin embargo, estos fenómenos se acompañan del aumento de la presencia de patologías de tipo crónico en nuestra población, lo que nos desafía como país a un fortalecimiento constante de la atención primaria como estrategia sanitaria del modelo de salud chileno, siendo un elemento fundamental para el cuidado de la población, haciendo un uso eficiente de los recursos para obtener mejores resultados sanitarios y elaborando estrategias locales para el abordaje de la salud de la comunidad con un énfasis adicional en la prevención de aparición de enfermedades.

Con la Reforma de Salud de la década del 2000, se instaura el Modelo de Atención Integral en Salud como enfoque de atención para la salud primaria. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales.

En resumen los principios orientadores del Modelo apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, Este programa está enfocado a la población que se atiende en establecimientos de la Atención Primaria de Salud para que puedan acceder con mayor oportunidad a una atención cercana, integral, y de calidad a través de estrategias de fortalecimiento considerando aspectos preventivos, promocionales, asistenciales, curativos, y de control epidemiológico, basado en las orientaciones de Salud Familiar e Integral.

El Modelo considera tres principios básicos e irrenunciables (continuidad del cuidado, integralidad y centrado en la persona y su familia) en un sistema de salud basado en Atención Primaria, estos constituyen los ejes centrales para su desarrollo y aplicabilidad, con el fin de contribuir a la mejora continua y, a su vez, a la efectividad, la eficiencia, modernización, pertinencia y equidad de la atención primaria de salud, como base de nuestro sistema de salud.

Durante el año 2021 se realiza una autoevaluación del MAIS, teniendo una fuerte afectación de la pandemia sobre los procesos clínico-asistenciales, con lo que el grado de cumplimiento según este instrumento alcanza un 71,4% en PSR El Volcán, un 72,7% en PSR San Gabriel y un 81,8% en PSR Marta Ríos Cofré (ex Las Vertientes), representando un aumento respecto al cumplimiento 2019 pero, manteniendo como brechas los enfoques de familia y centrado en la atención y calidad como brechas a mejorar durante los próximos años para poder enmarcar todo el funcionamiento de los centros bajo estos lineamientos y poder así, presentar mejores índices de cumplimiento de los indicadores del programa.

## **DESCRIPCIÓN GEOGRÁFICA COMUNAL**

La comuna de San José de Maipo, se ubica en la Región Metropolitana de Santiago, Provincia Cordillera, en el sector Sur Oriente de la Región. Es la Comuna más extensa con casi 5000km<sup>2</sup>.

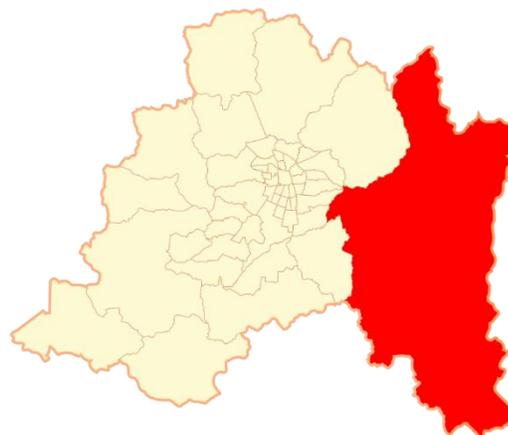
Para acceder a la comuna, se puede utilizar la ruta G-25, que es la continuación de Avenida Camilo Henríquez; la Ruta G -345 que conecta hacia los Maitenes Alfalfal a través de Río Colorado, Ruta G-

355 que conecta hacia Lagunillas; Ruta G –421 arteria que conecta hacia El Toyo y Pirque. La comuna se encuentra a unos 48km de Santiago, y 25km de Puente Alto.

En su identidad cordillerana, se conecta al territorio regional y nacional a través de un único acceso desde la comuna de Puente Alto, de la que depende no sólo desde el punto de vista de su conectividad sino también como centro de servicios y comercio, por cuanto éstos muestran un estado de desarrollo precario al interior de la comuna, principalmente relacionado con la gran extensión territorial y la escasa población que implica la inexistencia de umbrales de demanda que justifiquen servicios de mayor complejidad. Las

características naturales existentes, principal condicionante comunal, se transforman así tanto en un problema como en una ventaja comparativa respecto del área metropolitana de Santiago, pues su aislamiento la transforma en una zona altamente requerida como asentamiento turístico, con todas las externalidades que esta condición acarrea a nivel de su desarrollo urbano, social y económico.

La comuna se divide en 23 localidades que concentran su capital comunal en el pueblo de San José de Maipo, estas localidades son: La Obra, Las Vertientes, El Canelo, El Manzano, Guayacán, San José de Maipo, Lagunillas, El Toyo, El Melocotón, San Alfonso, El Ingenio, Bollenar, San Gabriel, El Romeral, Embalse El Yeso, Los Queltehues, Las Melosas, El Volcán, Baños Morales, El Morado, Lo Valdés y Baños Colina.



**FIGURA Nº5: MAPA DE REGIÓN METROPOLITANA Y SAN JOSÉ DE MAIPO**

### **INDICADORES DEMOGRÁFICOS**

La población nacional, con los años ha tenido una tendencia al alza lo que da cuenta de un mayor crecimiento y a su vez, un mayor nivel de requerimientos en todos los elementos requeridos para el desarrollo de la sociedad en su conjunto. En particular, la comuna de San José de Maipo, siguiendo la tendencia nacional, ha experimentado un aumento en los años de la cantidad total de población, conteniendo en la actualidad, un 0,2% de la población regional y un 0,1% de la población total del país (tabla 1).

**Tabla Nº1: Población por territorio, región y nacional según CENSO 2017 y proyección 2021.**

	<b>CENSO 2017</b>	<b>Proyección 2021</b>
<b>San José de Maipo</b>	18.189	18.664
<b>Región Metropolitana</b>	7.112.808	8.125.072
<b>Chile</b>	17.574.003	19.458.310

*Fuente: DEIS 2017, INE 2021.*

La tendencia poblacional mundial, da cuenta de un fenómeno de disminución de la natalidad y un aumento en la esperanza de vida alcanzando valores en contextos urbanos de 97,6 años y en contexto rural llegando incluso a valores de 120 años (CASEN 2017), lo que conlleva a un envejecimiento de la población al mejorar las condiciones de desarrollo de las personas, llegando incluso a que ya en 2017 en nuestro país exista un escenario donde la población adulto mayor será mayor que la población de niños y niñas (CASEN 2017). Si bien, por una parte, el envejecimiento es el resultado de exitosas políticas públicas en salud, que permiten exhibir el perfil demográfico que tiene hoy nuestro país. Por otra parte, es una realidad que se encuentra asociada a un incremento de enfermedades crónicas, una alta frecuencia de consultas médicas, un mayor número de atenciones de urgencia, hospitalizaciones, necesidades de medicamentos y acceso a mejor tecnología para diagnosticar y tratar oportunamente a las personas mayores. Todo ello, generando una presión asistencial que no se había experimentado con anterioridad.

Si profundizamos en este análisis, las cifras de tasa de fecundidad en nuestro país se mantienen en valores para el periodo 2013 al 2017 de 1,7-1,8 (INE 2017), que comparadas con el estándar de tasa de reemplazo de población (2,1 hijos promedio por mujer), la población no puede asegurar el recambio generacional, lo que se sustenta en la tendencia que las familias chilenas están postergando la paternidad y además están decidiendo tener menos hijos. Por lo tanto, si hay menos gente naciendo, va a haber menos gente adulta, lo que significará entre otras cosas una menor recaudación de impuestos. Una de las estrategias utilizadas por los países desarrollados es flexibilizar las políticas migratorias, lo que hace que lleguen personas en edad de trabajar a los países para poder suplir la baja natalidad.

Respecto a la mortalidad, el número de defunciones de la comuna de San José de Maipo representa un 0,1% del total nacional y un 0,26% del total regional. No obstante, San José de Maipo presenta una tasa de mortalidad general significativamente más alta que la nacional y la regional (tabla N°2), lo que se traduce en una disminución del crecimiento del total de población.

Tabla N°2: Mortalidad general

	TOTAL GENERAL DEFUNCIONES	TASA DE MORTALIDAD GENERAL
<b>Chile</b>	104.026	5,7
<b>Región Metropolitana</b>	39.283	5,3
<b>San José de Maipo</b>	102	6,8

*Fuente: INE 2021*

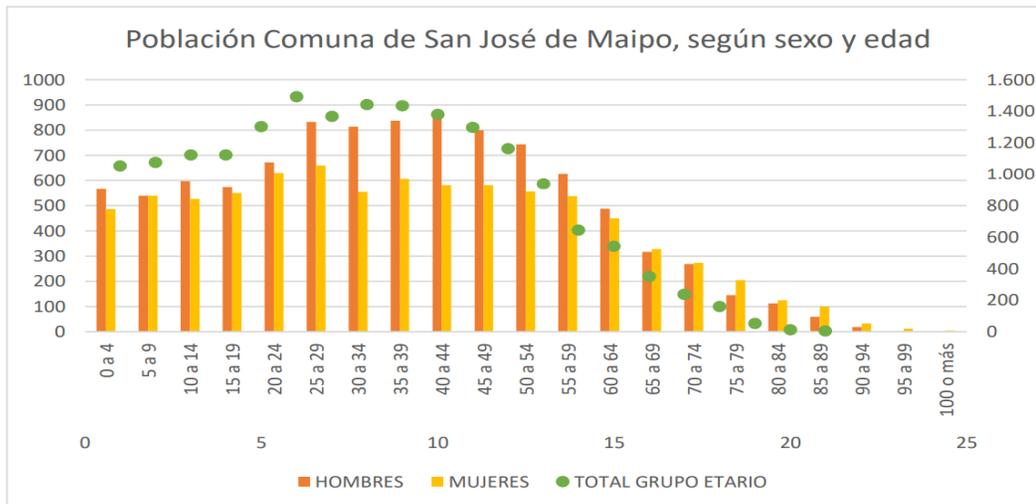
### DIAGNÓSTICO DE SALUD LOCAL

La población comunal alcanza los 18.198 habitantes, lo que da cuenta que en el territorio se concentra el 0,26% del total regional de población según datos del Censo de Población y Vivienda 2017. De esta manera, la densidad poblacional alcanza un valor de 2,62 habitantes por kilómetro cuadrado, arrojando la menor densidad poblacional de la región y que se traduce en una alta geo dispersión de los habitantes en el territorio.

De la población total, un 54,2% (9.861) son de sexo masculino un 45,8% (8.328) son de sexo femenino. Según un análisis de distribución por edad, la población comunal es principalmente

adulta, alcanzando un valor de 65% (11.816), seguida por la población adolescente con un 12,3% (2.243), población infantil con un 11,7% (2.127) y adulto mayor con un 11% (2.003), según los datos del CENSO 2017. La distribución por sexo se detalla en el gráfico N°1.

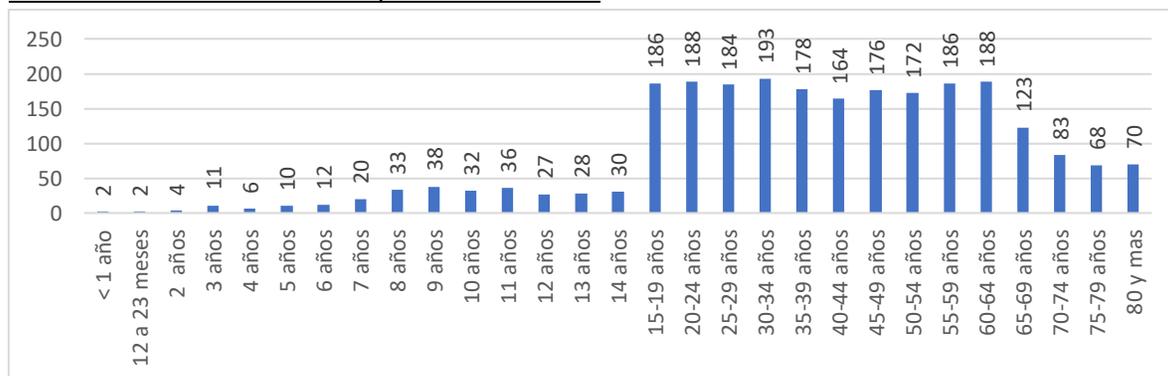
**Gráfico N°1: Población comunal según sexo y edad**



Fuente: CENSO año 2017.

Si hacemos el mismo análisis para el año en curso en nuestros centros de salud, se ve el mismo fenómeno de distribución poblacional, lo que da cuenta de una mayor concentración de usuarios adultos por sobre las edades más extremas (gráfico N° 2).

**Gráfico N°2: Población Inscrita y Validad año 2024**

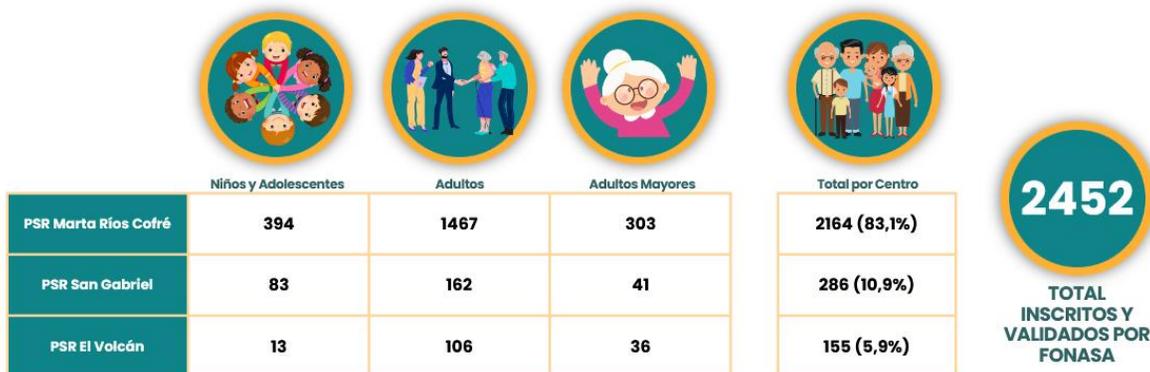


Fuente: FONASA, febrero 2024.

Este grupo corresponde por lo general a la población activa económicamente y por ende en muchas ocasiones la que tiene menor acceso a los centros de salud por incompatibilidad horaria. Entre las estrategias implementadas desde 2014 en adelante se han reforzado las extensiones horarias (atenciones en horario vespertino) en PSR Marta Ríos Cofré (Ex Las Vertientes) de lunes a viernes entre 17:00 y 20:00 horas.

Respecto a la distribución por centros (figura N° 6), se mantiene a misma tendencia de manera proporcional de distribución por grupo de edad en todos los centros de salud.

**FIGURA N°6: DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN POR RANGO DE EDAD Y CENTRO DE INSCRIPCIÓN**



*Fuente: Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, 2024. – Departamento de estadística APS CMSJM.*

Sin embargo, es pertinente mencionar que la mayor concentración de usuarios se encuentra en PSR Marta Ríos Cofré, la que concentra el 83,1% (2.164) de la población atendida en nuestros centros de salud, seguida por PSR San Gabriel que concentra el 10,9% (286) y PSR El Volcán que concentra el 5,9% (155). Coincidentemente con esta distribución, los centros se sitúan desde más cercano a la urbe hasta el centro más lejano, lo que también se sustenta en la geo dispersión territorial de tipo heterogénea que concentra mayor cantidad cercana a su núcleo central (San José de Maipo Centro) en relación a localidades más extremas.

Así mismo, desde el año 2015 se ha visto un comportamiento estático de la población inscrita validada hasta el año 2017 donde se ve una disminución cercana al 5%. Luego por los esfuerzos realizados en el área, se ha visto una tendencia de aumento claro desde el año 2018 hasta la fecha (gráfico N°3) que plantea que, a futuro, sumado a los proyectos inmobiliarios de la localidad de San Gabriel y al refuerzo de la oferta en el Área de Educación en las localidades más extremas, la población vaya en aumento conforme la comunidad vaya desarrollándose en el tiempo, lo que no se ha evidenciado debido a dificultades en la plataforma de validación de FONASA.

**Gráfico N°3: Evolución de Población Inscrita y Validada APS Municipal**



*Fuente: FONASA, 31 de agosto de años respectivos, 2024.*

## **COMPONENTES SOCIOCULTURALES**

En el siguiente apartado se dará cuenta de las diferencias existentes entre la realidad urbana y la rural en diversos aspectos de gran relevancia para el quehacer en salud. Estas diferencias permiten dar cuenta de la importancia de la problematización y abandonar la normalización de esta realidad, dado que por lo general los sectores rurales son visualizados como lugares de baja densidad demográfica, por lo cual por lo general son menores los recursos invertidos, sin considerar sus determinantes sociales y la agudización de las brechas propias de estos territorios, como por ejemplo dada la gran dispersión geográfica presente en la Comuna de San José de Maipo, los requerimientos de traslados para desarrollar acciones en domicilios, comunitarias o incluso el traslado de funcionarios a otros centros de salud más extremos tiene un requerimiento de horas muy por sobre lo considerado como estándar dentro de la urbe, lo que finalmente genera un efecto negativo sobre la oferta disponible y, que de paso, impacta negativamente sobre la salud de la comunidad.

## **POBREZA**

La pobreza como concepto relacionado al ingreso económico es una visualización que es incapaz de reflejar por sí misma el grado de pobreza real de la población. Es por ello que, a partir del año 2015 se comienza a utilizar el concepto de pobreza multidimensional para evaluar de manera más integral el concepto, reconociendo elementos relacionados con educación, salud, trabajo y seguridad social, vivienda y entorno, redes y cohesión social (figura N°7) como elementos fundamentales para reconocer que, además de la falta de ingresos, la pobreza también se expresa en un conjunto de carencias en dimensiones fundamentales del bienestar, sin descuidar elementos relacionados con la equidad de género y migrantes, entendiendo que la salud siempre se ha preocupado de ello, pero se quiere relevar en esta nueva versión de plan de salud.

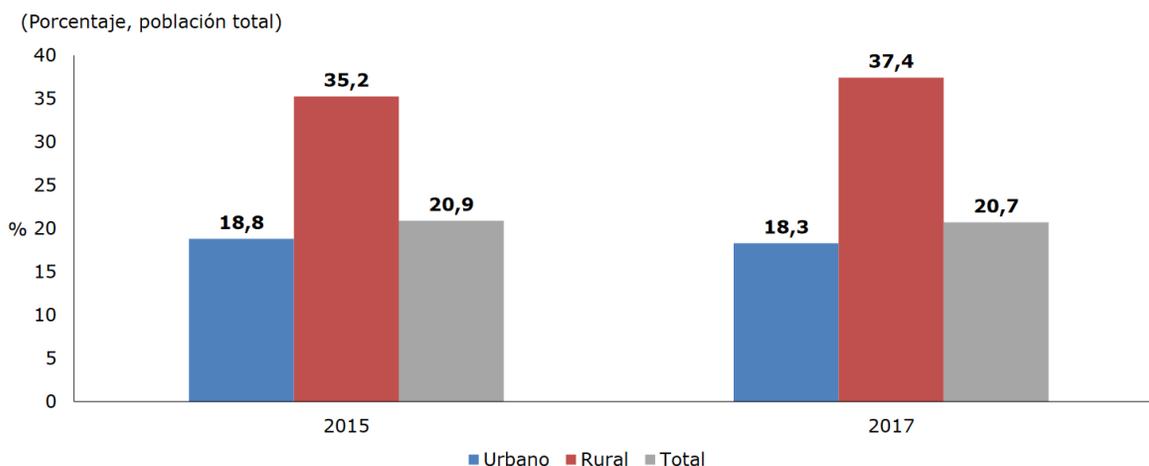
**FIGURA N°7: DIMENSIONES E INDICADORES DE LA MEDICIÓN DE LA POBREZA MULTIDIMENSIONAL**



*Fuente: Informe de Desarrollo Social, Ministerio de Desarrollo Social y Familia, año 2019.*

Respecto a los datos provenientes desde la encuesta CASEN en su versión 2017, se aprecia una diferencia significativa al comparar el número de habitantes chilenos considerados como pobres por ingreso (8,6%) con la consideración de pobreza multidimensional (20,7%), lo que deja un saldo de aproximadamente 2.002.605 (12,1%) personas que al considerar la perspectiva económica no son considerados pobres pero, que bajo el foco multidimensional si presentan deficiencias en una o más áreas de las consideradas (gráfico N°4), lo que da cuenta de que la perspectiva de valoración integral es capaz de reflejar de mejor manera la realidad de la población y nos permite afinar la mirada respecto a elementos que son esenciales para el bienestar de la misma y conocer de mejor manera el estado real bajo el cual vive nuestra población. Respecto esta dimensión, no se aprecia una diferencia significativa por sexo, siendo valores cercanos de pobreza entre hombres y mujeres desde una perspectiva nacional con valores que van entre 21,4% y 20,9% respectivamente.

Gráfico N°4: Porcentaje de personas en situación de pobreza multidimensional por zona de residencia, 2015-2017.

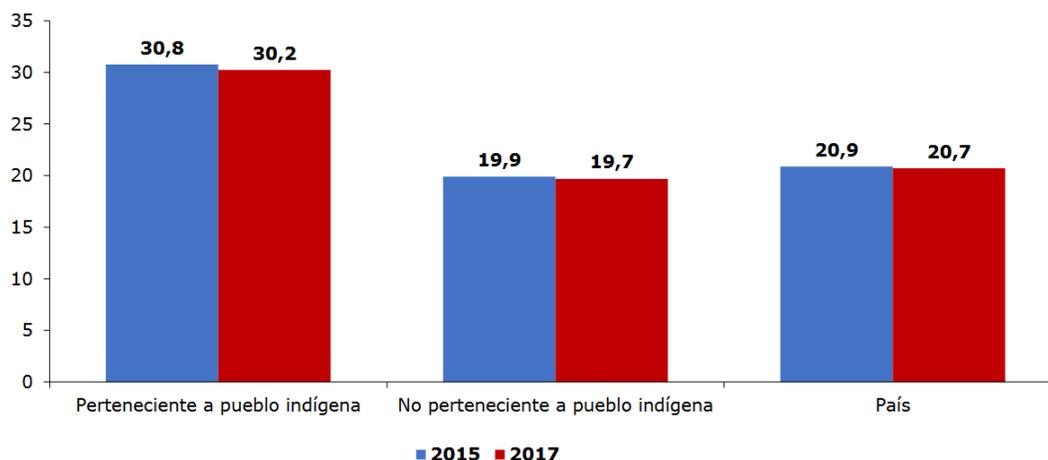


*Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta Casen 2006-2017.*

En relación a los pueblos originarios (gráfico N°5), entre 2015 y 2017 no existen cambios significativos en el nivel de pobreza multidimensional entre el grupo de pertenencia versus el que no. Sin embargo, es posible apreciar que existen diferencias significativas entre ambos grupos, alcanzando valores de 30,2% de pobreza multidimensional en 2017 en la población que señala pertenencia en desmedro del 19,7% de pobreza observado en las personas que no señala pertenencia y respecto al promedio país (20,7%), lo que sustenta que existen en nuestro país brechas en materia de pobreza y acceso a elementos esenciales para el desarrollo de la comunidad que aún se deben mejorar.

Gráfico N°5: Incidencia de la pobreza multidimensional en la población por pertenencia a pueblos indígenas, 2015-2017.

(Porcentaje, personas)



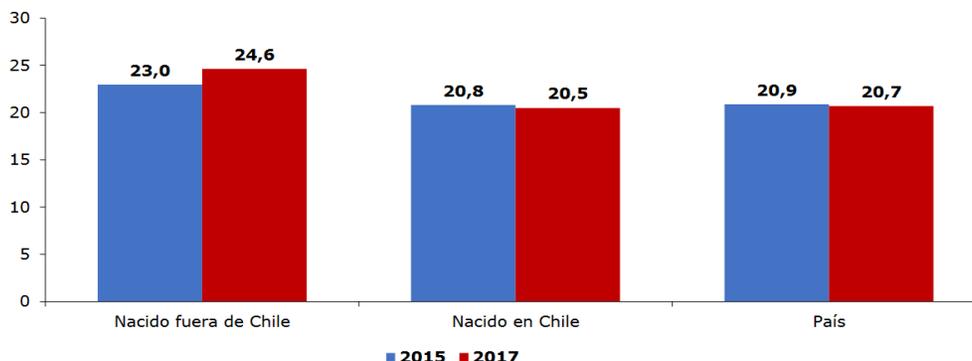
*Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta Casen 2006-2017.*

Considerando la inmigración (gráfico N°6) como un factor de relevancia para todo el quehacer sanitario y nacional en materia de políticas públicas, la pobreza desde la perspectiva multidimensional afecta a una mayor proporción a la población inmigrante, donde entre 2015 y 2017 se ha visto un aumento del 23,0% al 24,6% en comparación a la población nacida en territorio nacional que ha visto una disminución marginal de los valores de pobreza entre el periodo 2015 a 2017 de 20,8% a 20,5%, magnitud de disminución que se ha visto reflejada en el promedio nacional en el mismo periodo de análisis, pasando de un 20,9% a un 20,7%.

La población inmigrante en nuestro país desde 2006 a 2017 ha experimentado un crecimiento con comportamiento exponencial, que ya al último año encuesta CASEN (2017), la población alcanzaba los 777.407 personas, que representa el 4,4% de la población total del territorio, que, siguiendo los fenómenos de movilidad de poblaciones y los innumerables fenómenos sociales y políticos exteriores, esta población ha de superar con creces el millón de personas según datos de analistas al día de hoy, siendo de origen principalmente Venezuela (24,2%), Perú (22,2%), Colombia (14,8%) y Haití (9,8%).

Gráfico N°6: Incidencia de la pobreza multidimensional en la población por país de nacimiento, 2015-2017.

(Porcentaje, personas)

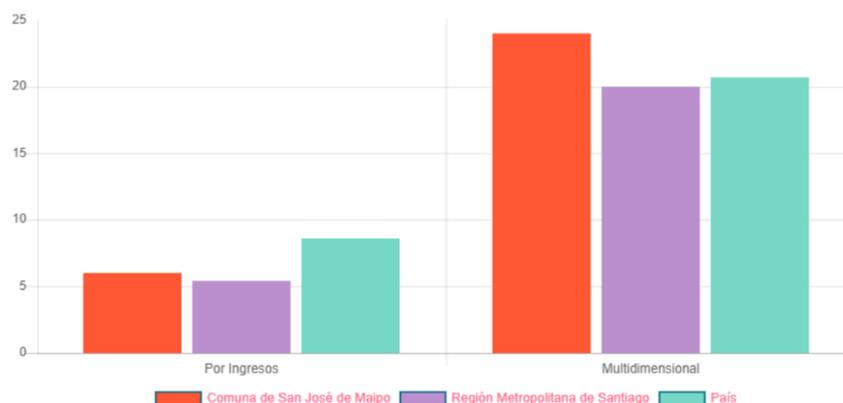


*Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta Casen 2006-2017.*

Respecto a la comuna de San José de Maipo (gráfico N°7), la pobreza analizada desde una perspectiva relacionada netamente con el factor de ingresos, la comuna de San José de Maipo alcanza un 5,99% de pobreza, lo que se encuentra por sobre el promedio de la región (5,4%) pero por debajo del promedio nacional que alcanza un valor de 8,6% según los datos disponibles en la última encuesta CASEN (2017). Lo que da cuenta que la proporción de pobreza es baja respecto al resto del país, pero, aun así, existe un menor grado del nivel de ingreso respecto al promedio regional.

Al incorporar la perspectiva multidimensional, es mayor que las cifras observadas a nivel país (20,7%) y a nivel regional (20%) alcanzando un valor de 23,9%, lo que da cuenta de un mayor grado de vulnerabilidad dado que dada las características de la población rural, es conocido que existe un mayor nivel de problemas al acceso a elementos considerados esenciales como lo es educación, vivienda, trabajo y seguridad social, bajos sueldos respecto a la población urbana, entre otros.

Gráfico N°7: Tasas de Pobreza año 2017, por Ingresos y Multidimensional, San José de Maipo y R.M.



*Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta Casen 2017.*

Finalmente, el porcentaje de la población que se encuentra fuera de la fuerza de trabajo por razones de cuidado o quehaceres de hogar la brecha entre hombres y mujeres es abismante. Esta situación se agudiza aún más cuando evaluamos las mujeres que si tienen acceso a trabajo y comparamos los ingresos percibidos según sexo y años de escolaridad, se perpetua la violencia de género, con una diferencia de ingreso promedio de \$133.323, la cual aumentando a mayores años de escolaridad; en otras palabras mientras más estudia una mujer más es la brecha salarial a la que se ve enfrentada.

## **EDUCACIÓN**

La educación es uno de los pilares del desarrollo de las personas y por tanto, su provisión es fundamental para todas las personas del territorio. Sin embargo, a pesar de la oferta, el acceso a educación no ha sido universal, donde según datos de la encuesta CASEN 2017, se ha visto una reducción en el porcentaje de la población de 15 años o más que no sabe leer ni escribir desde los años noventa, donde en 1990 un 5,2% de la población señalada no sabía leer ni escribir, hasta un 3,6% en el año 2017, presentando algunas alzas como la observada entre 2015 y 2017, donde el porcentaje saltó desde un 3,1% a 3,6%. Realizando la clasificación por sexo, existe una mayor proporción de mujeres que hombres mayores de 15 años que no saben leer ni escribir, lo que es reflejo de inequidades que hasta la actualidad persisten en nuestra sociedad.

Si hacemos un análisis respecto a la zona en donde las personas residen, se ve una brecha marcada entre el zonas urbanas y rurales, teniendo que desde 1990, la brecha viene en reducción desde un 3,4% en zonas urbanas y 14,1% en zonas rurales, para ya en 2017 estar en un 2,9% y un 8,3% respectivamente, lo que nuevamente es reflejo de las inequidades en materia de acceso a educación que se hace más evidente en la población rural, sustentando de paso, el mayor índice de pobreza multidimensional en la población rural.

De esta manera, el acceso durante el tiempo a la educación no ha sido homogéneo, teniendo que a lo largo del tiempo la población adulto mayor en promedio, presenta un 40% de brecha de años en referencia a la población adulta de 19 a 29 años desde 1990 hasta 2017, donde se ve un aumento de la cantidad de años que oscila entre los 2 a 3 años en todos los grupos de edad, esto deja de manifiesto que la cantidad de años de escolaridad promedio es menor en poblaciones mayores, con los impactos transversales que genera este elemento a todos los aspectos de la vida de las personas. Si de inmigrantes hablamos, la población extranjera supera aproximadamente en dos años el promedio de años de escolaridad en relación a la población chilena.

En cuanto a la tasa de asistencia escolar podemos decir que:

- Los niños y niñas de 0-3 años no alcanzan el tercio de asistencia de este grupo etario, se muestra un leve aumento en el tiempo.
- Los niños y niñas de 4-5 años su porcentaje de asistencia es alrededor del 90%.
- La asistencia a enseñanza básica supera el 90%.
- La asistencia en enseñanza media disminuye drásticamente ubicándose alrededor del 70-75%, siendo levemente mayor en mujeres que en hombres.

- En cuanto a la educación superior los números caen aún más sin superar el 40%, teniendo más asistencia mujeres que hombre e identificándose un aumento progresivo a lo largo del tiempo.

## **VIVIENDA Y ENTORNO**

Respecto a la vivienda, según datos de la encuesta CASEN 2017, alrededor del 60% de las familias chilenas cuenta con una vivienda propia, mientras que en contraparte, aproximadamente 200.000 familias, lo que responde a un 3,1% de la población presentan vulnerabilidad respecto a la tenencia de vivienda formal, siendo calificado como vivir en condición de “allegado” u ocupación ilegal de terrenos o edificaciones, lo que se traduce en un problema social que condiciona en muchas ocasiones el acceso oportuno a servicios básicos, servicios sanitarios, entre otros, condicionando finalmente el bienestar de las personas en su perspectiva global de las personas.

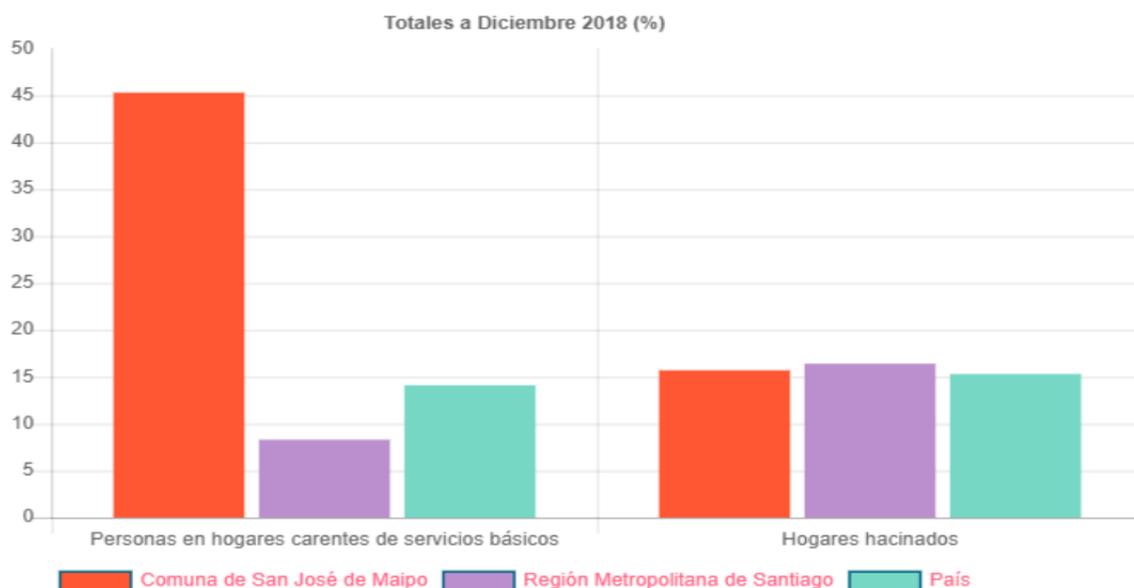
Así mismo, analizando durante los últimos años se ha visto una disminución de los hogares con terreno propio a partir del año 2009 hasta 2017 (CASEN 2017), con una caída que alcanza el 6,81% siendo especialmente patente entre 2015 y 2017 con una disminución del 2,8% mientras que, en contraparte, entre 2009 y 2017 hay un aumento gradual de la vivienda bajo condición de arriendo (15,99% a 22%) y la condición de otros, relacionada a condiciones no formales de habitabilidad de espacio, que alcanza un alza que va de 1,41% a 3,1%, respectivamente. A su vez del total de los hogares un 0.7% (42.711 familias) se encuentra en situación de irrecuperabilidad, concentrándose esta irrecuperabilidad significativamente en el área rural.

En cuanto acceso a servicios básicos, se establece que, a nivel nacional, alrededor de 382.590 hogares (6,6%) tienen calidad de deficitario o que no cumple con los requerimientos mínimos establecidos, siendo marcadamente mayor en zonas rurales en donde entre los años 2006 a 2017 se ve una disminución de los hogares con acceso deficitario que va desde 46,1% a 30,9% pero, en comparación al sector urbano, la brecha es mucho más amplia.

Si se trata de hacinamiento, según datos obtenidos de la encuesta CASEN 2017, desde una perspectiva nacional, alrededor del 6,5% de los hogares se encuentran bajo esta situación, donde podemos identificar un 0,7% de las familias en condición de hacinamiento crítico, 1,2% en hacinamiento alto y 4,7% en hacinamiento medio. Haciendo el análisis por zona de vivienda, se tiene que hacinamiento por zona es algo mayor en las zonas urbanas respecto a las rurales y que este ha ido disminuyendo paulatina y sostenidamente a lo largo del tiempo en ambos tipos de zonas.

Realizando el foco sobre la comuna de San José de Maipo (gráfico N°8), el porcentaje de personas carentes de servicios básicos alcanza el 45,1%, lo que es prácticamente 4 veces más que el promedio de la región metropolitana y 3 veces más que el promedio nacional, sumado al aproximadamente 16% de hogares hacinados a nivel comunal, se puede inferir que la vulnerabilidad de la vivienda en nuestra comuna es alta, tanto por la condición de ruralidad del territorio que ya establece obstáculos y marca una tendencia según los datos estadísticos y, de paso, la dificultad de acceso a servicios básicos dificulta el desarrollo de las personas y sus núcleos, repercutiendo de forma negativa sobre la calidad de vida de las personas.

Gráfico N°8: Población carente de servicios básicos y hogares hacinados a nivel comunal



*Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, SIIS-T, 2019.*

Finalmente, respecto al acceso al equipamiento del entorno, podemos reconocer un listado de servicios que son medidos a lo largo del tiempo por el instrumento CASEN, teniendo que son considerados:

- Servicio de transporte público
- Centro educacional
- Supermercado, almacén, feria
- Equipamiento deportivo
- Equipamiento comunitario
- Áreas verdes
- Cajero automático o caja vecina
- Centros de salud
- Farmacia

El acceso a estos servicios en zonas urbanas, a nivel nacional, alcanza un 93,4% de las personas. Sin embargo, el acceso en zonas de tipo rural alcanza solamente un 42%, lo que da cuenta nuevamente de la vulnerabilidad que se ciñe como inherente y agravada por la condición de ruralidad, lo que al igual que los problemas ya evidenciados de servicios básicos, hacinamiento y otros, afecta negativamente sobre la calidad de vida y finalmente el acceso a otros servicios esenciales para el desarrollo de las personas.

## **TRABAJO**

Respecto al ítem del trabajo, desde una perspectiva nacional es posible evidenciar –según datos obtenidos desde la encuesta CASEN 2017- una brecha histórica en el acceso al trabajo en materia de sexo, donde hace 30 años el acceso al trabajo en población mayor a 15 años o más, para mujeres, alcanzaba el 32,5% versus el 73,6% de participación de hombres, brecha que ha disminuido gradualmente, estando ya en 2017 en una participación de la mujer del 50% y de hombres de 71,6%.

Si profundizamos más y observamos esta característica por zona la participación de la zona rural sigue siendo menor que la participación de las zonas urbanas (60,6% versus un 51,5%), donde Si vamos aún más al detalle, si desagregamos zona y sexo en ambos espacios (urbanos y rurales) las mujeres tienen una significativa menor participación, siendo notoriamente una brecha más profunda en la zona rural. Si la evaluación la realizamos por lugar de nacimiento veremos cómo esta es significativamente mayor en la población extranjera respecto de la nacional (75,3% extranjera versus 53,7% nacional, en el año 2017).

Si analizamos paralelamente la tasa de desocupación por zona, esta es menor en las zonas rurales que en las urbanas (8,1% vs 6,3%), lo que da cuenta de una menor participación de la población rural en materia laboral, lo que contribuye a la desigualdad inherente a la condición rural y, contribuye de paso a las brechas observadas en materia de pobreza multidimensional y calidad de vida.

En cuanto a la tasa de participación laboral de la población en edad de jubilar, por sexo se observa cómo un 24.3% de la población, continúa trabajando aun cuando se encuentra en edad de jubilar, siendo significativamente mayor el porcentaje de hombres respecto al de mujeres. Si de ingresos se trata si es analizado por sexo existe una brecha de \$132.733 que favorece a los hombres versus las mujeres situación que se mantiene en todos los grupos etarios. Si convergemos zona y sexo se mantiene la misma situación, acentuándose en la zona rural.

Respecto a la afiliación al sistema de pensiones a nivel país, alcanza el 69,4% al año 2017, existiendo una brecha entre hombres y mujeres (75,6% y 63,9%, respectivamente), lo que se sustenta en la brecha existente en materia de participación laboral ya evidenciada históricamente en nuestro país. De esta manera durante los últimos 10 años, el porcentaje de personas en edad de jubilar que reciben jubilación o pensión contributiva de vejez alcanza un 42,4% a nivel nacional, con una brecha significativa entre hombres y mujeres de 63,6% y 31,0%. Sin embargo, el porcentaje de personas que reciben Pensión Asistencial (Pasis) o Pensión Básica Solidaria (PBS) entre 2006 y 2017, a nivel nacional ha aumentado desde el 16,1% al 27,0%, acrecentando con los años la brecha entre hombres y mujeres saltando desde 13,1% y 18,4% respectivamente a 17,6% y 34,0%, respectivamente, lo que se condice nuevamente con las diferencias históricas en la participación que, según los datos aportados de participación por la encuesta CASEN, deberíamos esperar una disminución gradual en los años futuros en materia de brecha tanto en recepción de jubilación o pensión contributiva y de paso, disminuir la brecha y requerimiento de aporte básico solidario mejorando los índices de participación laboral de la mujer. Sin embargo, son pertinentes realizar mejoras para disminuir la brecha de participación tanto por sexo y a su vez, disminuir la brecha de participación entre población urbana y rural en materia de trabajo.

## **SALUD**

A nivel nacional, al año 2017 el 78% de la población nacional se encuentra afiliada al Fondo Nacional de Salud (FONASA), según datos de la encuesta CASEN 2017, seguida por la afiliación a Isapres con un 14,4% y muy por detrás, por otros aseguradores (F.F.A.A., de orden y otros sistemas) con un 2,8%. Sin embargo, existe un porcentaje de personas que, al año 2017 persisten sin una afiliación a algún asegurador de salud que alcanza un 2,8%, situación que ha visto una reducción desde un 12,2% en 1990 a la fecha, lo que da cuenta de que la atención pública es quien contiene a la mayor cantidad

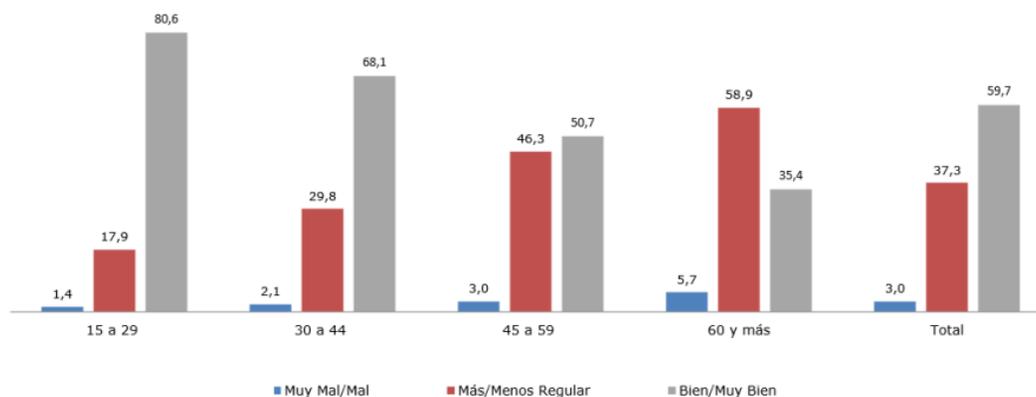
de personas y, por tanto, debe dar soporte a un mayor volumen de demanda asistencial de la población.

Haciendo un análisis por territorio, la proporción de afiliación a FONASA es mayoritaria entre la población urbana y rural (76,5% y 88,9%, respectivamente), lo que da cuenta de que existe una pequeña diferencia donde la salud pública debe abordar los requerimientos de la población en mayor grado en las zonas urbanas, con la consiguiente recarga asistencial dado los condicionantes sanitarios y de acceso analizados previamente.

Respecto a la percepción del estado de salud, en general se aprecia como una buena salud, con un 59,7% de una buena o muy buena percepción, siendo relegado a un porcentaje de un 3,0% en 2017 la percepción de mala o muy mala, lo que puede ser a causa de mejores índices de acceso a salud y a soporte de requerimientos sanitarios (gráfico N°9).

Gráfico N°9: Distribución de la población de 15 años y más según percepción del estado de salud (2017)

(Porcentaje, población de 15 años y más )



*Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta Casen 2006-2017.*

Todo esto, da cuenta del desafío sanitario de los servicios públicos y, con ello, los desafíos que presenta la Atención Primaria, al ser considerada una puerta de acceso al sistema sanitario y la responsable de la prevención y promoción de la salud, a través de una serie de estrategias sanitarias y programas de reforzamiento que buscan prevenir la aparición de enfermedades en la comunidad en su conjunto, lo que presenta un desafío al alza dado el crecimiento de la población y de paso, los problemas de acceso y condicionantes inherentes a la condición de ruralidad que presentan un desafío diario al quehacer sanitario y, de forma particular, a la atención primaria.

## **PROGRAMA INFANTIL**

**Profesional cargo** Nutricionista Valery Farías

### **Equipo**

- Enfermera María José Muñoz.
- Ed. de párvulos Vanessa Castro.
- Matrona Catalina Aliaga.
- Nutricionista Juana Valdés.
- Psicóloga Javiera Seguel.
- Trabajadora social Belén Pérez.
- Trabajadora social Rosa Salazar.
- Medico Bárbara Bravo.

### **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA**

El Programa de Salud Infantil ofrece prestaciones y actividades de salud dirigidas a los niños y niñas desde el nacimiento hasta los 9 años 11 meses 29 días. Tiene como objetivo promover el bienestar integral de los menores y detectar de forma temprana cualquier condición de salud o enfermedad que pueda surgir y activando las alertas y derivaciones al trabajo con el intersector.

A través un enfoque integral de la salud basado en el modelo de salud familiar, se busca acompañar el proceso de crecimiento y desarrollo de la población infantil y sus familias. Este acompañamiento se basa en una visión que prioriza la promoción de la salud, respeto a las diversas necesidades y características culturales, sociales y de desarrollo de cada niño/ niña, entre otras.

El proceso es continuo e incluye actividades orientas a la promoción, protección, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, para favorecer la máxima expresión de su potencial biopsicosocial y mejor calidad de vida. Siendo el programa de salud infantil el que inicia su intervención desde los primeros 10 días de vida y ofrece un seguimiento continuo hasta los 9 años. Mencionando que previamente se realizan controles de salud gestacional, para garantizar y asegurar que el nacimiento se dé en condiciones óptimas.

### **OBJETIVOS**

#### **Objetivo general**

Contribuir al desarrollo integral de niños y niñas en sus primeras etapas de crecimiento, proporcionando una atención continua que permita la detección y prevención temprana de los riesgos biopsicosociales que puedan afectar su salud y el desarrollo óptimo.

#### **Objetivos específicos**

1. Detectar de manera temprana los factores de riesgo biopsicosociales que puedan afectar el desarrollo de niños y niñas en sus primeras etapas de crecimiento.
2. Implementar estrategias de prevención y promoción de la salud que contribuyan al bienestar físico y emocional de los niños y niñas durante sus primeros años.
3. Proveer apoyo psicoeducativo a las familias, brindando herramientas para fomentar el desarrollo adecuado de los niños y niñas desde el entorno familiar.

4. Realizar un seguimiento continuo a los niños y niñas en controles de salud, con el fin de garantizar la intervención temprana y la mejora constante en su desarrollo físico, emocional y social.
5. Fortalecer la atención de salud oportuna, expedita, continua, resolutive y de calidad a niños y niñas.
6. Promover hábitos saludables y disminuir los factores de riesgo de salud en niños y niñas menores de 10 años, considerando el enfoque de curso de vida.

### **CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN INFANTIL**

Al analizar la población inscrita válida por FONASA de las tres postas de Salud; Las Vertientes, San Gabriel y El Volcán del año 2024 nos encontramos con los siguientes resultados.

Que al momento de septiembre 2024 contamos con 138 niños y niñas de 0 a 9 años 11 meses 29 días. Con una población mayor en posta Las Vertientes.

Tabla N°3. Población inscrita validada por FONASA por centro de salud 2024

Centros de Salud									
Grupo	Sexo	Postas Las Vertientes		Posta San Gabriel		Posta El Volcán		Total Población por grupo etario	
		Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino		
≤ 1 año		0	1	0	1	0	0	2	
12 a 23 Meses		1	1	0	0	0	0	2	
2 años		2	2	0	0	0	0	4	
3 años		3	8	0	0	0	0	11	
4 años		4	2	0	0	0	0	6	
5 años		2	6	0	2	0	0	10	
6 años		5	7	0	0	0	0	12	
7 años		12	6	1	1	0	0	20	
8 años		15	9	6	3	0	0	33	
9 años		13	18	3	4	0	0	38	
Total por centro		117		21		0		Población Total	
								138	
Total por Sexo		Femenino				Masculino			
		67				71			

*Fuente: FONASA 2024*

Podemos observar según tabla N°3 que en posta Las Vertientes es donde se tiene un mayor porcentaje de niños y niñas inscritos validados por FONASA con un total de 117. Continuado por San Gabriel con 21 en total y podemos señalar que Posta El Volcán no cuenta con población infantil validados por FONASA por no poseer ficha de sistema electrónico.

Se observa que nuestra población se compone de mayormente por sexo masculino con 71 niños validados por FONASA.

Al analizar la población bajo control del primer semestre 2024, entendiéndose como población bajo control a niños y niñas inscritos que reciben controles periódicos como parte de la categoría "control de crecimiento y desarrollo de niño sano", se puede mencionar que en el primer semestre 2024, el total de población bajo control de nuestros centros fueron 207 niños y niñas, al realizar un análisis comparativo con el número de inscritos validados por FONASA se observa un 150% más en atenciones. Se hace necesario elaborar estrategias y abordajes específicos para lograr rebajar brechas en nuestra población validada por FONASA.

Tabla N°4. Población bajo control por centro de salud, Primer semestre 2024

Centros de Salud									
Grupo	Sexo	Postas Las Vertientes		Posta San Gabriel		Posta El Volcán		Total Población por grupo etario	
		Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino		
≤ 1 año		24	26	3	0	0	0	53	
12 a 23 Meses		17	10	0	2	0	0	29	
2 años		7	9	3	0	0	0	19	
3 años		17	10	4	1	0	0	32	
4 años		5	8	2	0	0	0	15	
5 años		4	6	0	0	0	2	12	
6 años		4	3	1	1	1	1	11	
7 años		5	8	0	1	1	1	16	
8 años		6	3	0	2	1	0	12	
9 años		1	4	3	0	0	0	8	
Total por centro		177		23		7		Población Total	
								207	
Total por Sexo		Femenino				Masculino			
		109				98			

*Fuente: Primer semestre 2024 Formulario Control de crecimiento y desarrollo*

### **Evaluación Nutricional**

En la evaluación de la Población Infantil, uno de los parámetros clave es el diagnóstico nutricional, que considera el estado nutricional como el resultado de diversas variables y el equilibrio entre la ingesta y los requerimientos de nutrientes. Durante los primeros años, este diagnóstico es crucial, ya que es en esta etapa donde se experimenta el crecimiento más significativo, requiriendo una nutrición adecuada. Además, es en este período cuando se forman y consolidan los hábitos alimentarios, que, aunque pueden modificarse en etapas posteriores, son más moldeables en este momento.

Tabla N°5. Consolidación de datos de evaluación nutricional año 2024

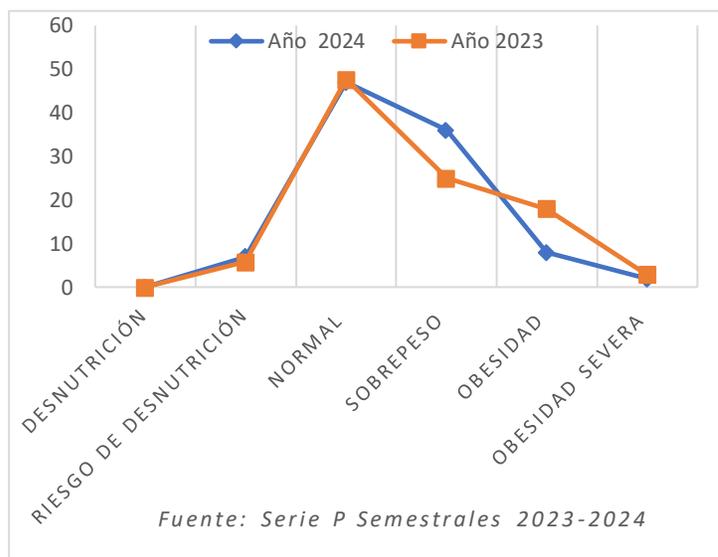
Centros de Salud								
DNI	Sexo	Postas Las Vertientes		Posta San Gabriel		Posta El Volcán		Total Población por DNI*
		Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	
Desnutrición		0	0	0	0	0	0	0
Riesgo de desnutrición		3	5	0	0	0	0	8
Normal		25	21	7	3	0	0	56
Sobrepeso		23	15	1	3	0	0	42
Obesidad		4	4	2	0	0	0	10
Obesidad severa		0	1	0	1	0	0	2

\*DNI: Diagnostico nutricional integral

Fuente: Serie P Primer semestre 2024

Gráfico N°10: Estado nutricional 2023-2024

Según los datos observados en años anteriores y en el presente, se mantiene un estado nutricional normal en la población infantil, lo cual es un resultado positivo de todo el trabajo realizado durante el periodo 2023-2024. Este éxito se debe a las acciones promovidas, como el fomento de hábitos alimentarios saludables en conjunto con la actividad física en controles infantiles y a través de programas como Elige Vida Sana, como los talleres Nadie es Perfecto, Malnutrición por Exceso y el estrecho trabajo con el intersector como son los establecimientos educacionales.



Fuente: Serie P Semestrales 2023-2024

Es relevante destacar que, desde 2024, se ha observado una disminución en la obesidad infantil, aunque ha conllevado un aumento en los casos de sobrepeso. Este cambio debe interpretarse como una evolución positiva en los diagnósticos, ya que muchos niños que antes eran clasificados como obesos ahora se encuentran en la categoría de sobrepeso. El objetivo para el próximo periodo (2025) es continuar con los seguimientos de controles y las intervenciones educativas familiares para reducir aún más estos índices y asegurar que los niños y niñas logren mantener un peso adecuado de acuerdo con su edad y talla.

Por último, es importante señalar un leve aumento en la categoría de "Riesgo de Nutrición". Este fenómeno genera preocupación, ya que, a nivel nacional, después de la pandemia, se ha registrado un incremento en estas cifras. Según la Encuesta Nacional de Nutrición de JUNAEB 2023, los casos de riesgo nutricional se concentran principalmente en la población preescolar y están estrechamente asociados a factores socioeconómicos. Como se identificó en plan de salud 2023, las

estrategias que se lograron implementar es un comité de nutrición en nuestros centros de salud, donde en cada mes se realiza gestión de casos, seguimiento según flujo gramas para una acertada y pronta intervención según necesidades y derivación a nivel secundario.

## **META SANITARIAS**

### **Lactancia materna**

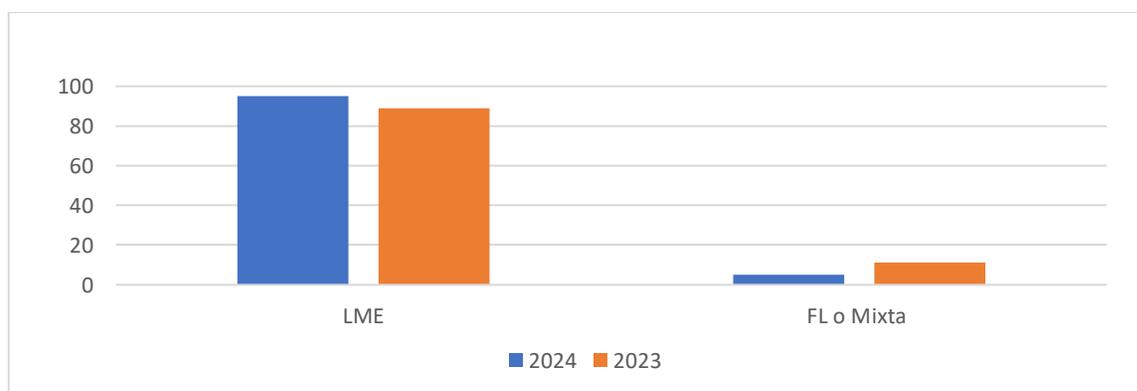
La lactancia materna es fundamental para el desarrollo integral del bebé, ya que proporciona una nutrición óptima, siendo la leche materna el alimento perfectamente adaptado a las necesidades nutricionales del lactante. Además, contiene anticuerpos y células inmunitarias que protegen al bebé de infecciones y enfermedades

A lo largo de la lactancia, se promueve no solo la salud física, sino también el bienestar emocional tanto de la madre como del bebé. El acto de amamantar fomenta un fuerte vínculo emocional, fundamental para el desarrollo afectivo del niño. Por esta razón, la lactancia materna es una de las metas sanitarias más importantes, que debemos promover y garantizar en nuestra población.

En este contexto, los profesionales de las Postas de Salud, encargados de brindar controles infantiles, han recibido capacitación en técnicas y estrategias de fomento de la lactancia. Además, se les ha formado en aspectos clave de la entrevista motivacional, con el objetivo de ofrecer un apoyo cercano y eficiente a las madres y sus hijos.

El siguiente gráfico muestra el porcentaje de lactantes que, a los 6 meses de edad, reciben lactancia materna exclusiva durante el período 2023-2024. Los datos reflejan un incremento significativo en la prevalencia de la lactancia materna exclusiva y una disminución en el uso de fórmulas lácteas.

**Gráfico N°11: Condición de lactancia 2024-2023**



*Fuente: Meta sanitaria 2024.*

La meta sanitaria establecida para el año en curso era de un 60 % lo cual ha generado un gran desafío sanitario con múltiples estrategias implementadas para el cumplimiento, que se logró un 95% de LME en nuestra población validada por FONASA.

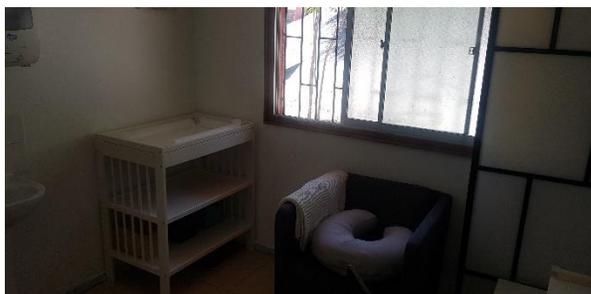
Uno de los mayores logros alcanzados este año en nuestro centro fue la implementación del primer box de lactancia, un espacio especialmente diseñado para ofrecer apoyo a las madres. En este

espacio, se brindan prestaciones relacionadas con la preclínica de lactancia durante el último trimestre de la gestación, así como consultas de alerta y seguimiento durante el período del puerperio.

Además, como parte de nuestra continua promoción de la lactancia materna, se llevan a cabo anualmente diversas actividades, entre ellas, las ferias de lactancia, que se celebran en el mes de agosto con motivo de la Semana Mundial de la Lactancia Materna.



*Feria de lactancia 2024*



*Sala de Lactancia*

### **Evaluación del desarrollo psicomotor**

Evaluar el desarrollo psicomotor y realizar un seguimiento adecuado, a través de la estimulación del lenguaje y la motricidad, es fundamental para optimizar el desarrollo integral de los niños, especialmente durante la infancia. La detección temprana de alteraciones en el desarrollo permite identificar posibles retrasos o desviaciones del desarrollo normal. Cuanto más temprano se detecten estas alteraciones, mayores serán las oportunidades de intervención, gracias a la plasticidad cerebral que caracteriza a esta etapa.

De acuerdo con la normativa ministerial, los controles de salud infantil a los 8 meses, 18 meses y 3 años incluyen la aplicación de pruebas como el *EEDP* (Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor) y/o el *TEPSI* (Test de Evaluación del Desarrollo del Niño), con el fin de identificar posibles alteraciones en el desarrollo.

Durante el período comprendido entre octubre de 2023 y septiembre de 2024, se obtuvieron los siguientes datos respecto a las intervenciones realizadas:

**Tabla N°6. Consolidación de datos de Evaluación Desarrollo Psicomotor (DSM) año 2024**

Población infantil según resultados DSM 2024			
Normal con rezago	Riesgo	Retraso	Total
7	4	0	11

*Fuente: Seria P Primer Semestre*

Cada niño y niña que presentó alguna alteración en su desarrollo fue derivado a la sala de estimulación, donde la Educadora de Párvulos ofrece un espacio especializado para abordar no solo los aspectos motores y del lenguaje, sino también las dimensiones emocionales y sociales del

desarrollo infantil. Este enfoque integral permite un acompañamiento más completo y favorece el desarrollo armónico de los niños.

Es importante destacar que uno de los objetivos sanitarios clave es la recuperación del diagnóstico de los niños que presentan riesgos o retrasos en su desarrollo. En el año 2024, nuestra meta era lograr una tasa de recuperación del 90%, y nos complace informar que esta meta se alcanzó. Sin embargo, cabe señalar algunas particularidades: uno de los menores logró recuperar su diagnóstico, pasando de "riesgo" a "normal con rezago", mientras que tres niños fueron derivados a atención secundaria debido a sospechas de Trastorno del Espectro Autista (TEA) u otros diagnósticos que afectan el desarrollo psicomotor esperado para su edad.

### **BRECHAS**

- **Dispersión geográfica:** Uno de nuestros mayores desafíos anuales es la dispersión geográfica, especialmente debido a la gran distancia entre los diferentes sectores que atendemos. Este problema se agudiza en las Postas de Salud San Gabriel y El Volcán, donde las familias, especialmente en época invernal, encuentran dificultades para cumplir con los controles programáticos. Además, la falta de conexión remota en estas áreas dificulta la prestación de un adecuado rescate telefónico, limitando así el seguimiento oportuno de los pacientes.
- **Falta de insumos para la aplicación de pruebas:** Este año se identificó una brecha en la disponibilidad de insumos, particularmente en los *Sets de EEDP* (Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor) y *TEPSI* (Test de Evaluación del Desarrollo del Niño) que se utilizan en nuestros centros. Esta carencia ha dificultado la aplicación de estas herramientas durante los controles programáticos. En respuesta, se ha levantado la necesidad de adquirir los insumos correspondientes para garantizar la continuidad y calidad de la atención.
- **Registro inadecuado de fichas clínicas:** Se ha observado un problema en el registro de las fichas clínicas. Este registro inadecuado afecta la trazabilidad de los controles y el seguimiento de los casos, lo que representa un área crítica que requiere ser corregida para asegurar una atención de calidad y sin errores

### **BUENAS PRÁCTICAS**

- **Jornada de educadoras en salud:** Este año se llevó a cabo la primera *Jornada de Educadoras en Salud*, organizada por el área de salud para todas las Educadoras de Párvulos de nuestra comuna. Durante esta jornada, se establecieron lazos colaborativos entre los diferentes actores del sector educativo y de salud. Además, cada establecimiento educativo presentó buenas prácticas implementadas en sus respectivos centros, con el fin de compartir experiencias y fomentar la replicación de estas prácticas en otros establecimientos. También se ofreció un taller teórico-práctico sobre cuidados preventivos, enfocado en la prevención de accidentes y en la reanimación cardiopulmonar (RCP) pediátrica

- **Capacitación programa odontología a equipo no odontológico:** Como parte del proceso de mejora continua, el equipo odontológico brindó capacitaciones al personal de salud infantil no odontológico. En estas capacitaciones se abordaron técnicas de cepillado dental adecuado y se instruyó sobre cómo detectar de manera temprana lesiones en la salud bucal de los niños, con el objetivo de mejorar la prevención y atención odontológica desde la infancia.
- **Establecer dentro del programa PAC capacitación al equipo de odontología y evaluación nutricional:** Como una buena práctica y mejora continua en las proyecciones 2025 este año se establece en trabajo conjunto con encargada de capacitación para incluir al programa PAC dos capacitaciones que serán certificadas.

### PROYECCIONES

Para el programa de salud infantil, abordar la salud mental y la nutrición, especialmente en relación con el sobrepeso y la obesidad, será de vital importancia en 2025. Estos aspectos son fundamentales para garantizar el bienestar integral de los niños. A continuación, se detallan las proyecciones y consideraciones clave para cada uno de estos temas:

#### Salud Mental Infantil:

- **Mejorar el acceso a prestaciones de salud mental:** Se trabajará en la mejora del acceso a la pesquisa de problemas de salud mental en niños, niñas y sus familias. Esto se logrará mediante la aplicación de pautas estandarizadas, como el *M-CHAT R/F*, la *Escala de Edimburgo* y las *Pautas de Cotejo de Señales de Autismo* para niños de 31 a 59 meses, así como a través de derivaciones efectivas y asistidas
- **Capacitación continúa para profesionales:** se impulsarán capacitaciones permanentes para profesionales del Programa de salud infantil y coordinación con Profesionales del área de salud mental, además, se promoverá una estrecha coordinación con los profesionales del área de salud mental, asegurando un enfoque integral.

#### Nutrición Infantil (Prevención de Sobrepeso y Obesidad)

- **Educación nutricional y actividad física:** Se implementarán talleres educativos dirigidos a padres y niños, con el fin de promover una alimentación saludable (incluyendo tipos de alimentos y porciones adecuadas) y la importancia de la actividad física diaria. Estos talleres se llevarán a cabo en coordinación con el programa *Elige Vida Sana*, fomentando el trabajo en equipo para alcanzar resultados sostenibles.
- **Monitoreo del estado nutricional:** Se establecerá un programa de monitoreo regular del estado nutricional de los niños, con especial atención a la identificación temprana de casos de sobrepeso y obesidad. En este sentido, se dará relevancia a los comités de malnutrición existentes, trabajando para mejorar su efectividad en la comunidad.

Para implementar con éxito un plan integral que aborde tanto la salud mental como la nutrición infantil, es fundamental un enfoque colaborativo y sostenido entre los diferentes actores involucrados: profesionales de la salud, educadores, padres y la comunidad en general. Será necesario coordinar acciones continuas entre los equipos de salud (promoción y participación, salud mental, programa infantil), las instituciones educativas (colegios y jardines infantiles) y la sociedad civil.

Establecer encuentros colaborativos entre estos actores será el primer paso para coordinar esfuerzos, fijar líneas de trabajo claras, eficientes, permanentes y evaluables, que aseguren un impacto positivo en la salud infantil a largo plazo, ayudando a mejorar las brechas de los años anteriores.

## **PROGRAMA CHILE CRECE MÁS**

**Profesional cargo** Nutricionista Valery Farías

### **Equipo**

- Enfermera María José Muñoz.
- Ed. de párvulos Vanessa Castro.
- Matrona Catalina Aliaga.
- Nutricionista Juana Valdés.
- Psicóloga Javiera Seguel.
- Trabajadora social Belén Pérez.
- Trabajadora social Rosa Salazar.
- Medico Bárbara Bravo

## **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA**

El subsistema de protección integral a la infancia, Chile Crece Más (ex Chile Crece Contigo), tiene como misión acompañar, proteger y apoyar a todos los niños, niñas y sus familias, a través de un sistema integrado de intervenciones sociales de carácter universal y otras prestaciones diferenciadas para niños, niñas en situación de vulnerabilidad.

La incorporación al subsistema es a través del primer control de embarazo en un centro de salud público, y lo realiza la matrona con la entrega de la guía de gestación y el nacimiento. Asimismo, pueden acceder niños y niñas en su primer control sano realizado por la enfermera o enfermero. Este acompañamiento se extiende hasta los nueve años.

Chile Crece Más, adicionalmente, apoya a las familias y comunidades donde los niños y niñas crecen y se desarrollan, de forma que existan las condiciones adecuadas en un entorno amigable, inclusivo y acogedor de las necesidades particulares de cada uno de ellos.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Garantizar el acompañamiento integral y la protección de los niños, niñas y sus familias, promoviendo su desarrollo saludable y brindando intervenciones sociales universales y diferenciadas, con el fin de asegurar un entorno seguro, inclusivo y adecuado para su crecimiento.

### **Objetivos específicos**

1. Acompañar, proteger y apoyar a niños, niñas y sus familias.
2. Favorecer el desarrollo de entornos familiares y comunitarios positivos.
3. Generar las condiciones adecuadas para que los niños y niñas crezcan en un entorno amigable, inclusivo y acogedor.

## **PROGRAMAS DE APOYO AL DESARROLLO BIOPSIICOSOCIAL (PADB)**

Es un programa del Gobierno de Chile que ofrece acompañamiento a la salud y desarrollo integral de los niños y niñas desde la gestación hasta los 4 años de edad. El PADBP ofrece prestaciones universales y diferenciadas para gestantes y niños y niñas que presenten riesgos en su desarrollo. Entre las prestaciones que ofrece se encuentran:

- **Talleres prenatales para la preparación de la madre y su acompañante:** Los talleres prenatales son actividades educativas que nuestro centro de salud ofrece en información sobre la gestación, el parto, la crianza, la lactancia, y otros temas. Estos talleres están dirigidos a mujeres embarazadas y sus parejas o acompañantes. Durante el año 2024 se llevaron a cabo talleres según periodo de gestación de grupo de gestantes y una jornada que involucraba diferentes profesionales con temáticas para entregar una mejora en los conocimientos de las gestantes y sus acompañantes. Durante este periodo de 14 ingresos de gestantes 11 participaron de talleres prenatales, mencionando que el otro grupo que no pudo participar fueron por diversas razones como ingreso en último trimestre casi termino o cambio de domicilio.
- **Promoción de una paternidad activa (Controles de salud que participa el padre):** En el porcentaje de controles de salud de la gestante realizando en presencia de pareja, familia u otra figura significativa enviados por el servicio de salud metropolitano sur oriente nos encontramos que, de 112 controles de gestantes, 82 fueron en presencia de algún acompañante lo que se cumple el indicador en un 73.2 %.
- **Control de salud del niño, niña y gestantes:** Los controles no solo se incluyen dentro del recinto de salud también se contemplan las intervenciones realizadas en el domicilio (VDI) y las intervenciones realizadas en salas de estimulación cuando existe una derivación por alteración del DSM y podemos contemplar el servicio itinerante que nos brinda apoyo en las atenciones con fonoaudióloga y terapeuta ocupacional.
  - **VDI gestantes:** Toda gestante en situación de riesgo psicosocial según EPSA se le priorizan tres visitas, para el año 2024 este indicador por parte de MINSAL se encuentra inactivo, pero al igual mencionamos que no contamos gestantes riesgo EPSA
  - **VDI a niños DSM alterado:** En el periodo octubre 2023 y septiembre 2024 de 5 niños ingresados por alteración del DSM se realizaron 15 visitas multiprofesional, lo cual involucra 3 vistas durante su periodo en sala de estimulación para evaluar riesgos, vivienda, y relaciones familiares.
  - **Intervenciones en sala de estimulación:** Las intervenciones realizadas en sala de estimulación Vertientes, San Gabriel contemplaron el ingreso de 25 niños y niñas de los cuales 17 fueron egresados de manera éxitos al recuperar su diagnóstico del DSM en la reevaluación.
  - **Servicio itinerante:** Es un servicio especializado en estimulación al desarrollo en primera infancia, aportado por uno o más profesionales que transitan por las localidades apartadas de la comuna, en las que no existe otra alternativa o cuando las

alternativas de atención son insuficientes, para el año 2024 se contó con fonoaudióloga la cual presto servicio de 40 atenciones y con una terapeuta ocupaciones que presto servicios de 24 atenciones, estas fueron multiprofesional en conjunto con educadora de párvulos.

- **Estimulación por medio de capacitación y espacios lúdicos:** En nuestros centros de salud aparte de los talleres para gestante se encuentran incorporados los talleres para niños y niñas hasta los 5 años 11 meses 29 días.
  - o **Talleres Nadie es perfecto:** consiste en encuentros grupales o asesorías personales, dirigidos a compartir experiencias de crianza en familia, aprender de otros y recibir orientaciones en problemas frecuentes para fortalecer el desarrollo de niños y niñas. Nuestro centro cuenta con dos facilitadoras de talleres NEP activas las cuales han desarrolla a la fecha 6 talleres con un total de 30 sesiones en las cuales se abordan diversos temas de crianzas.
  - o **Talleres promocional lenguaje y motor:** Estos talleres se encuentran siendo realizados en sala de estimulación y en conjunto con servicio itinerante se entregan las prestaciones en jardines infantiles de la comuna, este año se llevaron a cabo 5 talleres motores con 10 participantes cada uno y 2 talleres de lenguaje con 6 participantes cada uno, estos se rigen según las evaluación y necesidades detectadas en los menores.
- **Acompañamiento a las familias desde el ingreso a control prenatal (Controles diada):** Primer control del Recién Nacido y de la Madre que se realiza entre los 7 a 10 días postparto, se evalúa la evolución de este período, fomentando la lactancia materna exclusiva y los principales cuidados que se deben tener en consideración. En algunos casos ocasionalmente no se logra tener el control dentro de este tiempo por razones como hospitalización domiciliaria, hospitalización preventiva o por dificultad, y problemas con hospitalización de la madre. Los registros obtenidos podemos observar que de 13 recién nacidos 10 han obtenido la prestación dejando un 76.9% cumplimiento superando el indicador de un 70%.



## **BRECHAS**

- **Inasistencias a controles:** Uno de las principales brechas en la atención continua son las inasistencias estas están relacionadas con, problemas de lejanía, casos sociales, inasistencia de los niños y niñas por enfermedades y factores climáticos.
- **Contar con profesional directos de centro de salud:** falta de fonoaudióloga y terapeuta ocupacional desde el mismo centro de Salud. Al contar solo con estas prestaciones desde servicio itinerante se complican las atenciones por la fluidez y sesiones programas en sala de estimulación.

## **MEJORAS**

Durante el transcurso del año se fueron elaborando diversos protocolos los cuales facilitan las intervenciones, llevando más ordenado las atenciones con plazos correspondientes según intervención.

Se mejorar las intervenciones en establecimientos educacionales por talleres de motor y lenguaje los cuales se establecieron todos los viernes 5 jardines de la comuna durante el 2024

## **Intervención en los Jardines Infantiles VTF de la comuna de San José de Maipo:**

Trabajo multidisciplinario con Fonoaudióloga FIADI.

### **Objetivo General:**

Pesquisar desde el centro de educación alteraciones en el desarrollo de psicomotor u otra vulnerabilidad de los/as niños y niñas que no han asistido a las Postas de Salud Rural y no cuentan con sus controles niño sano al día.

### **Objetivo específico:**

- Fomentar la importancia de sus CNS en el centro de salud.
- Mejorar el trabajo en Red.
- Detectar casos donde se presenten factores de vulnerabilidad psicosocial.
- Estimular áreas del desarrollo psicomotor donde se observen alteraciones.
- Observar desde la relación con sus pares lenguaje, motricidad, sociabilización.

### **Planificación:**

Se trabajará en primera instancia con los Jardines Infantiles que estén más lejanos al centro de San José de Maipo. En conjunto con Fonoaudióloga FIADI se informa en la reunión comunal de la red de Chile Crece Más, sobre el trabajo que se quiere realizar en los jardines infantiles de la comuna y las

prestaciones. Las intervenciones en los Jardines Infantiles comienzan a partir de abril, durante el transcurso de marzo se reúnen los antecedentes de los menores donde se verifica su centro de salud en el cual pertenecen y si tienen sus controles de niño sano al día, en caso que no, se realiza rescate telefónico para agendar una hora con el profesional pendiente. Cada niño y niña que se observe alteraciones en su desarrollo psicomotor u otra vulnerabilidad se Ingresaran a sala de estimulación.

### **Proyecciones**

Para el programa Chile Crece Más, incrementar las prestaciones fuera del horario habitual y extender a horarios accesibles a todas las familias es una de las proyecciones que deben trabajar, el año 2024 se trabajó en realizar talleres promocionales de Nadie perfecto en los establecimientos educacionales en jornada de tardes noches y la asistencia de los padres fue considerablemente mayor que en horarios de la mañana. Es un desafío poder entregar los servicios de sala de estimulación en los horarios de extensión, pero viendo el aumento de nuestra población que la mayoría es trabajadora se debe contemplar para el próximo año.

Seguir manteniendo las reuniones de gestiones de casos mensuales ha brindado un apoyo a los profesionales y mejorado en las prontas soluciones de los niños y niñas, esta se quiere mantener en los próximos años para seguir mejorando en capacidades de las atenciones brindadas a nuestra población infantil.

Mantener las Ferias de lactancias y actividades promocionales en sala de espera cumpliendo con un mínimo esperado de 3 ferias al año, donde se puedan entregar servicio informaciones y ayudar a los padres madres y cuidadores a gestionar mejor los recursos ofrecidos en el centro de salud.

## CICLO VITAL ADOLESCENTE

- **Profesional a cargo:** Javiera Seguel Ríos, Psicóloga.
- **Equipo:** Catalina Aliaga Molina, Matrona - Juana Valdés Escobar, Nutricionista.

## OBJETIVOS

### **Objetivo general**

El programa de salud integral del adolescente busca mejorar el acceso y la participación de los adolescentes en servicios de salud integrales, con un enfoque especial en salud mental, salud sexual y reproductiva, y nutrición. Su finalidad es fomentar conductas saludables y un desarrollo óptimo, abordando de forma preventiva y oportuna factores y conductas de riesgo que puedan afectar su bienestar presente y futuro.

### **Objetivos Específicos**

- **Implementar estrategias de autocuidado y prevención:** Fomentar prácticas de autocuidado y prevención en salud mental, sexual, reproductiva y nutricional mediante actividades educativas, asegurando que los adolescentes mantengan al día sus fichas CLAP y controles de salud.
- **Fortalecer la participación juvenil en decisiones comunitarias:** Involucrar activamente a los adolescentes en diagnósticos y decisiones de salud que los afectan, promoviendo su sentido de pertenencia y asistencia regular al centro de salud.
- **Educar en el ciclo vital y crianza saludable:** Proveer a adolescentes y cuidadores de información sobre el ciclo de vida y crianza saludable, reforzando el vínculo con el centro de salud y promoviendo un entorno de apoyo familiar.

## DIAGNOSTICO LOCAL

La adolescencia, se comprende entre 10 y los 19 años, se divide en tres etapas: adolescencia temprana (10 a 13 años), adolescencia media (14 a 17 años) y adolescencia tardía (17 a 19 años). Cada fase tiene hitos cruciales para el desarrollo, las cuales ofrecen la oportunidad de formar hábitos de vida saludables y prevenir factores de riesgo que pueden impactar a largo del curso de vida. Al adaptar las intervenciones a las distintas etapas del desarrollo adolescente, es esencial integrar enfoques de derechos, género, interculturalidad, y diversidad para atender las necesidades e intereses específicos de esta población.

La adolescencia es una de las fases más complejas del desarrollo humano, tanto física como biopsicosocialmente, donde emergen temas como la sexualidad, la salud mental, la identidad, y la interacción social, con un aumento en las relaciones y prácticas de riesgo entre pares que pueden comprometer la salud.

En la comuna de San José de Maipo, la alta incidencia de ideación suicida entre adolescentes refleja una importante brecha a nivel local, esto sugiere una necesidad urgente de redes de apoyo sólidas y de promover un sentido de identidad y pertenencia entre los jóvenes. La falta de redes de apoyo adecuadas contribuye a que muchos adolescentes enfrenten desafíos emocionales sin recursos o acompañamiento, lo que aumenta la vulnerabilidad frente a problemas de salud mental. La evaluación

anual de salud integral para adolescentes, realizada en atención primaria, permite detectar factores de riesgo como problemas de salud mental, violencia, consumo de sustancias, y conductas sexuales de riesgo. Sin embargo, fortalecer estas intervenciones y la creación de redes de apoyo puede mejorar la detección y prevención de problemas graves, brindando a los adolescentes un respaldo crucial para su bienestar.

Tabla N°7: población inscrita validada por centro de salud.

GRUPO ETARIO	SAN JOSÉ DE MAIPO		TOTAL
	MRC	SG	
10 – 14 AÑOS	124	29	153
15 – 19 AÑOS	153	33	186
TOTAL	277	62	339

*Fuente: Servicio de salud M. Sur Oriente, Dpto. Atención Primaria 2024.*

Con respecto a la población adolescente inscrita validada por FONASA, en la tabla N°7, se puede observar que la posta de Salud Rural MRC posee la mayor población adolescentes entre ambas Postas, contando con 277 adolescentes, mientras que la Posta de San Gabriel cuenta con 62 adolescentes; en cuanto a la Posta El Volcán, no posee población adolescente validada debido a que no cuenta con sistema electrónico que regule la situación de los usuarios/as.

Tabla N°8: Cobertura control de salud integral adolescente de 10 a 19 años en CMSJM.

GRUPO ETARIO	SAN JOSÉ DE MAIPO			TOTAL
	MRC	SG	EV	
10 – 14 AÑOS	98	21	5	124
15 – 19 AÑOS	118	22	2	142
TOTAL	216	43	7	266

*Fuente: REM P-9 primer semestre 2024.*

La evaluación de control de salud integral del adolescente se realiza 1 vez al año a todos los niños, niñas y adolescentes inscritos en la atención primaria de salud, permitiendo evaluar el estado de salud, crecimiento y desarrollo. Esta evaluación otorga la posibilidad de pesquisar diversos riesgos de esta etapa, ya sean, riesgos biopsicosociales, de salud mental, violencia, consumo de tabaco, alcohol, drogas, prácticas sexuales de riesgo entre otras.

Respecto a la realización de las fichas CLAP, las intervenciones y evaluaciones se han mantenido en cuanto al rendimiento similar del año pasado.

Tabla N°9: Población bajo control según método de regulación de fertilidad y salud sexual en adolescentes de 10 a 19 años en CMSJM.

GRUPO ETARIO	SAN JOSÉ DE MAIPO			TOTAL
	MRC	SG	EV	
MENOR DE 15 AÑOS	13	1	0	14
15 – 19 AÑOS	53	11	0	54
TOTAL	66	12	0	78

*Fuente: REM P-9 primer semestre 2024.*

El análisis de la cobertura de métodos anticonceptivos en adolescentes de las Postas de Salud Rural de San José de Maipo, reflejada en la tabla, muestran que se atendió a 78 adolescentes: 14 menores de 15 años y 54 en el grupo de 15 a 19 años, con la mayor concentración en la Posta Rural MRC, seguida por la Posta de Salud Rural SG. Esta cobertura destaca la relevancia de la prevención de embarazo adolescente como objetivo prioritario, dada su importancia en la salud biopsicosocial de las y los adolescentes, además del impacto en sus entornos familiares y sociales. Estos esfuerzos buscan fortalecer el autocuidado y asegurar que los adolescentes puedan acceder de forma oportuna a estos métodos, contribuyendo a una educación sexual preventiva en un marco de acompañamiento profesional adecuado.

Tabla N°10: diagnósticos nutricionales en adolescentes de 10 a 14 años en CMSJM.

GRUPO ETARIO	DIAGNÓSTICO	SAN JOSÉ DE MAIPO			TOTAL
		MRC	SG	EV	
10 – 14 AÑOS	DESNUTRICIÓN	0	0	0	0
	BAJO PESO	3	0	0	3
	PESO NORMAL	76	14	4	94
	SOBREPESO	13	4	2	19
	OBESIDAD	5	3	1	9
	OBESIDAD SEVERA	1	0	0	1
TOTAL		98	21	7	126

*Fuente: REM P-9 primer semestre 2024.*

Tabla N°11: diagnósticos nutricionales en adolescentes de 15 a 19 años en CMSJM.

GRUPO ETARIO	DIAGNÓSTICO	SAN JOSÉ DE MAIPO			TOTAL
		MRC	SG	EV	
15 – 19 AÑOS	DESNUTRICIÓN	0	0	0	0
	BAJO PESO	5	1	0	6
	PESO NORMAL	76	16	2	94
	SOBREPESO	24	2	0	26
	OBESIDAD	11	1	0	12
	OBESIDAD SEVERA	2	1	0	3
TOTAL		118	22	2	142

*Fuente: REM P-9 primer semestre 2024.*

El análisis de los diagnósticos nutricionales en adolescentes de 10 a 19 años atendidos en las Postas Rurales de San José de Maipo muestra que el peso normal es el diagnóstico más frecuente en ambas franjas etarias, con 94 adolescentes en cada grupo. Sin embargo, también se registran tasas significativas de sobrepeso y obesidad, especialmente en adolescentes mayores: en el grupo de 10-14 años, el 15% tiene sobrepeso y el 7.1% obesidad, mientras que en el grupo de 15-19 años, el 18.3% tiene sobrepeso y el 8.5% obesidad. Estos índices sugieren un riesgo elevado de desarrollar enfermedades crónicas y subrayan la necesidad de intervenciones preventivas y de educación nutricional.

En el contexto latinoamericano, el 22.5% de la población enfrenta dificultades para acceder a una dieta saludable, agravando la desnutrición y anemia en poblaciones vulnerables (OPS, 2023). Para abordar estos problemas, el programa Espacios Amigables ha ampliado sus horarios de atención para adolescentes en riesgo nutricional, ofreciendo apoyo tanto para problemas de exceso como de déficit nutricional, y promoviendo así la prevención y el seguimiento para reducir la progresión de estos diagnósticos.

Tabla N°12: adolescentes de 10 a 19 años bajo control en programa de salud mental en CMSJM.

GRUPO ETARIO	SAN JOSÉ DE MAIPO			TOTAL
	MRC	SG	EV	
10 – 14 AÑOS	26	2	0	28
15 – 19 AÑOS	31	4	0	35
TOTAL	57	6	0	63

*Fuente: REM P-9 primer semestre 2024.*

Los datos de ingreso al programa de salud mental para adolescentes en 2023 y el primer semestre de 2024 revelan una situación que requiere atención urgente. De 63 adolescentes diagnosticados e ingresados en el programa de salud mental, 28 tienen entre 10 y 14 años, mientras que 35 están en el grupo de 15 a 19 años, lo que sugiere que la vulnerabilidad y el riesgo aumentan en la adolescencia tardía debido a presiones académicas y sociales. La mayoría de los diagnósticos corresponde al subgrupo de la Posta de Salud Rural MRC lo cual indica que muchos adolescentes enfrentan condiciones crónicas que requieren intervenciones sostenibles y de largo plazo para prevenir.

Este contexto muestra la necesidad de mejorar recursos y protocolos de evaluación para intervenir desde etapas tempranas y evitar que los problemas se conviertan en crónicos. UNICEF subraya que el apoyo a los jóvenes necesita políticas de salud mental accesibles, con especial atención a los adolescentes en situaciones vulnerables. En el caso de las Postas de Salud Rural de San José de Maipo, se visualiza un enfoque similar, el cuál podría ayudar a garantizar que los adolescentes en riesgo reciban apoyo continuo y herramientas para enfrentar los desafíos de esta etapa crucial.

**Tabla N°13: adolescentes de 10 a 19 años con conductas de riesgo en salud mental en CMSJM.**

GRUPO ETARIO	IDEACIÓN SUICIDA	INTENTO DE SUICIDIO	SAN JOSÉ DE MAIPO			TOTAL
			MRC	SG	EV	
10 – 14 AÑOS	12	2	12	0	0	12
15 – 19 AÑOS	18	14	18	3	0	21
TOTAL	30	16	30	3	0	33

*Fuente: REM P-9 primer semestre 2024.*

El análisis de los datos de ideación e intentos de suicidio en adolescentes de las Postas de Salud Rural de San José de Maipo durante el año 2023 y el primer semestre de 2024 muestra una situación preocupante en salud mental juvenil. De los 33 casos reportados, la mayoría se concentra en adolescentes de 15 a 19 años, con 18 casos de ideación y 14 intentos de suicidio. En el grupo de 10 a 14 años, se registraron 12 casos de ideación y 2 intentos.

Según UNICEF, uno de cada siete adolescentes en el mundo sufre trastornos mentales, con el suicidio como una de las cinco principales causas de muerte en esta etapa. En San José de Maipo, la mayoría de estos casos se atienden en la Posta de Salud Rural MRC, subrayando la urgencia de implementar intervenciones sostenibles que ofrezcan apoyo continuo y enfoques preventivos para atender a esta población vulnerable.

## **PROGRAMA ESPACIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES**

### **OBJETIVOS**

#### **Objetivo General**

Mejorar el acceso de los/las adolescentes a la atención de salud integral, fortalecer conductas protectoras y potenciar la Promoción de la salud para un desarrollo y crecimiento saludables.

#### **Objetivos Específicos**

1. Desarrollar actividades orientadas a fortalecer los factores protectores en los ámbitos de salud sexual, salud mental, estilos de vida saludable y autocuidado.
2. Promover la participación social de adolescentes y jóvenes en espacios como Centros de Alumnos, Consejos Consultivos, Consejos de Desarrollo Local, mesas territoriales, interculturales, diálogos ciudadanos y/u otros.
3. Desarrollar actividades orientadas al autocuidado y a la prevención de conductas o prácticas de riesgo en adolescentes en los ámbitos de la salud sexual y reproductiva, salud mental y nutricional.

### **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA**

El programa Espacios Amigables se inicia en el año 2014, estando activo a la fecha, este se encuentra operativo dentro de la comuna de San José de Maipo, en el cual se realizan talleres y actividades en las escuelas, liceo y colegios de la comuna, además de actividades comunitarias e intersectoriales con instituciones de la comuna.

El principal enfoque de este programa es la atención integral y de calidad a la población adolescente de 10 a 19 años que se atiende en establecimientos de Atención Primaria de salud, con el fin de que puedan acceder con mayor oportunidad a una atención cercana y acorde a sus necesidades, siendo mediante estrategias de fortalecimiento desde enfoques preventivos, promocionales, asistenciales y de control epidemiológico, basado en las orientaciones de Salud Familiar e Integral.

Dentro de las actividades realizadas se destacan: controles integrales de salud, intervenciones grupales promocionales y preventivas tanto en el sector de salud como de educación, actividades masivas para adolescentes como para sus padres, madres y cuidadores con enfoque en habilidades parentales, junto a esto, se suman las horas exclusivas de matrona, nutricionista y psicóloga, permitiendo otorgar una atención integral y en horarios preferentes a la población adolescente.

### **ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES**

La Atención de Salud Integral de Adolescentes incluye una variedad de servicios diseñados para abordar las necesidades de este grupo etario de forma integral y accesible. Entre las prestaciones se encuentran: controles de salud integral, consejerías en salud sexual y reproductiva, regulación de fecundidad, prevención de VIH e ITS, intervención motivacional para la prevención del consumo de sustancias, y consultas de salud mental. También se ofrecen talleres sobre salud sexual y reproductiva, alimentación saludable, autocuidado, bienestar psicosocial y habilidades parentales.

Estos servicios se han adaptado para realizar atenciones e intervenciones en horarios convenientes, ya sea en horario de mañana para intervención escolar, como en horario extendidos hasta las 19:00 horas en modalidades adaptadas al territorio, con un equipo capacitado para abordar las necesidades específicas de los adolescentes. Además, se articula un trabajo intersectorial con el sistema educativo, ofreciendo acciones preventivas y promocionales en escuelas.

**Promoción de la Salud y Participación Juvenil.**

La Promoción de la Salud y Participación Juvenil busca fortalecer los factores protectores y mejorar el acceso a servicios de salud para adolescentes, asimismo, trabajando con el sentido de pertenencia e identidad dentro del territorio, incluyendo la identificación de conductas de riesgo y creando factores protectores a nivel local e interaccional. Se capacita a padres y cuidadores en comunicación efectiva y habilidades parentales, y se emplean redes sociales para difundir información sobre temas de salud, servicios y actividades comunitarias.

Para fomentar la participación juvenil, se intervino en grupos de intervención de adolescentes escolar tanto como comunitarios, incentivando su implicación activa en la promoción de su salud. Además, las prestaciones de salud se trasladan a espacios frecuentados por adolescentes, como centros educativos facilitando el acceso y aumentando el impacto de las intervenciones preventivas.

**TALLERES EDUCATIVOS**

Tabla N°14: talleres realizados año 2024 por programa Espacios Amigables.

TEMÁTICA	CANTIDAD DE TALLERES
Talleres grupales según temática	14
Talleres de alimentación saludable	12
Talleres grupales en salud mental factores protectores	6
Talleres grupales en prevención de consumo de alcohol, drogas y prevención de conducta suicida	8
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>

La tabla presenta un resumen de los talleres realizados en 2024 en centro educacionales de la comuna de San José de Maipo, abordando temas esenciales como salud sexual y reproductiva, alimentación saludable, salud mental, prevención de ideación suicida y prevención del consumo de sustancias. Con un total de 40 talleres, se evidencia un cumplimiento del 100% de la meta establecida por el Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS), reflejando un compromiso sólido con la educación y prevención en salud adolescente.

El desglose de los talleres evidencia el énfasis que se realizó en temáticas del área de salud sexual y reproductiva, teniendo 14 sesiones, de intervención, lo cual destaca la importancia de informar a los adolescentes sobre prácticas sexuales seguras y métodos de prevención. Los talleres de alimentación saludable, con 12 sesiones, también son relevantes en un contexto donde el sobrepeso y la obesidad están en aumento entre los jóvenes. En cuanto a salud mental, se realizaron 6 talleres enfocados en fortalecer factores protectores, un área prioritaria debido al incremento de trastornos mentales en

adolescentes. Por último, se llevaron a cabo 8 talleres de prevención de consumo de alcohol, drogas y conducta suicida, temas críticos para reducir conductas de riesgo y mejorar el bienestar integral de los adolescentes.

En conjunto, estos talleres reflejan un enfoque integral de promoción de la salud, abordando las áreas más relevantes para el bienestar de los jóvenes en la comuna y subrayando la importancia de mantener y reforzar este tipo de intervenciones educativas en espacios escolares y comunitarios.



*Primera fotografía: taller factores protectores, Escuela San Alfonso, mayo 2024.*

*Segunda y tercera fotografía: taller de alimentación saludable y SSR, Escuela La Comarca, Julio, 2024.*

### **ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN**

En 2024, se implementaron siete actividades comunitarias de prevención y promoción de salud para adolescentes dentro de la comuna, con un enfoque en el fortalecimiento de factores protectores psicosociales. Estas actividades, realizadas en colaboración con diversos programas del sector salud y otras áreas de la comuna, fueron organizadas en todas las Postas Rurales, evitando la centralización en un único centro de salud y promoviendo una red de apoyo a lo largo de la comunidad. Durante las actividades de invierno y verano, se brindaron espacios de recreación y socialización para los jóvenes, fomentando la creación de redes de apoyo y permitiéndoles explorar nuevos lugares en su entorno.

Asimismo, se desarrollaron ferias educativas en colaboración con escuelas y liceo de la comuna, abordando temas clave para la promoción y prevención de la salud adolescente. Estas iniciativas reflejan el compromiso de la comunidad y los profesionales por crear entornos seguros y educativos

para los adolescentes, subrayando la importancia de brindarles espacios de aprendizaje y crecimiento en un contexto de apoyo y orientación positiva.



*Primera fotografía: actividad de verano – Trekking Queltehues, enero 2024.*

*Segunda fotografía: actividad de verano – visita zoológico. Buin Zoo, enero 2024.*

*Tercera fotografía: actividad de invierno – piscina temperada “Hostería Millahue”, julio 2024.*

*Cuarta fotografía: actividad de promoción y prevención de salud Liceo Polivalente SJM, agosto 2024.*

## **BRECHAS**

1. Persistente bajo cumplimiento en controles integrales de salud, especialmente en PSR San Gabriel y PSR El Volcán, lo que afecta la continuidad de la atención.
2. Desactualización de contactos telefónicos, dificultando la conexión y rescate de adolescentes con controles pendientes.
3. Limitada participación de hombres adolescentes (15-19 años) en servicios de regulación de fecundidad.

4. Dificultad para establecer un consejo consultivo de adolescentes debido a la baja participación de este grupo etario.

### **DESAFIOS**

1. Incrementar la participación en controles integrales de salud en todos los centros, con especial énfasis en PSR San Gabriel y PSR El Volcán.
2. Adaptar espacios dentro de las Postas de Salud Rural los cuales promuevan un ambiente acogedor y motivador, acorde a las necesidades de jóvenes de la comuna.
3. Fortalecer instancias de participación adolescentes, promoviendo su participación activa en la comunidad y ayudándolos a idear proyectos que reflejen sus intereses y necesidades.

### **INNOVACIONES**

1. Aumento de horas protegidas y flexibles para consultas con matrona, nutricionista y psicóloga en horarios que se adapten mejor a la disponibilidad de los adolescentes.
2. Actualización activa de una cuenta de Instagram dedicada a la difusión de contenidos educativos sobre el programa EEAA, alcanzando a los adolescentes en un formato amigable y accesible.
3. Implementación de actividades masivas preventivas para adolescentes y sus cuidadores, facilitando un espacio de aprendizaje y apoyo mutuo en temas de salud mental, sexualidad, y prevención de conductas de riesgo.

Estas estrategias y mejoras se han diseñado para afrontar no solo los problemas inmediatos de los adolescentes en la comuna, sino también para fomentar su bienestar a largo plazo. La creación de actividades específicas, talleres y un entorno accesible y amigable en cada posta no solo ayuda a construir redes de apoyo, sino que también contribuye a reducir estigmas y barreras, brindando espacios de participación activa y saludable para los jóvenes. Al fortalecer las redes de apoyo en cada posta y en el entorno educativo, el programa apunta a lograr que los adolescentes puedan desarrollarse en un ambiente de respeto, inclusión y autocuidado, reflejando un profundo compromiso con su bienestar integral.

Este compromiso se refleja también en otras áreas de atención como los talleres de salud mental y habilidades parentales, subraya la importancia de crear bases sólidas para el bienestar emocional y físico de los adolescentes de San José de Maipo, asegurando que puedan contar con un sistema de salud que responda de forma inclusiva y efectiva a sus necesidades.

## **PROGRAMA DEL ADULTO**

**Profesional a cargo:** EU. María José Muñoz Oyaneder

**Encargado de Eje MAIS prevención:** EU. Gonzalo Duarte Reyes

**Equipo:** Equipo Matronas, Equipo Nutricionistas, Equipo de enfermería, Equipo de Kinesiología.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Mejorar la calidad de vida y promover la salud general de los adultos a través de la promoción de hábitos de vida saludables, prevención de enfermedades y/o compensación de los factores de riesgos cardiovasculares con enfoque de atención integral de la salud.

### **Objetivos específicos**

- Mejorar el autocuidado de los pacientes pesquizados en examen de medicina preventivo.
- Mejorar el autocuidado de los pacientes ingresados en el programa de salud cardiovascular través de educación y compromisos consensuados con una mirada integral de salud
- Promover la adopción de hábitos de vida saludables como; alimentación saludable, la práctica regular de ejercicio, la reducción del consumo de tabaco y la moderación en el consumo de alcohol.
- Reducir la prevalencia, incidencia y descompensación de enfermedades cardiovasculares
- Apoyar a los/as usuarios a comprender la importancia de seguir tratamientos e indicaciones prescritos por profesionales de salud, asegurando acceso a la atención integral en el marco de la salud familiar.
- Establecer metas para aumentar y contribuir a la detección temprana de enfermedades con alta importancia de salud pública mediante examen de medicina preventiva (enfermedades crónicas no transmisibles).
- Mejorar el autocuidado de los pacientes ingresados en el programa de salud cardiovascular a través de educación y compromisos consensuados con una mirada integral de salud.

## **EMPA**

El examen de medicina preventivo del Adulto es una evaluación periódica de salud, de carácter gratuito y gratuito, que tiene por objetivo detectar tempranamente enfermedades p condicionantes prevenibles/modificables, y por lo tanto, reducir la morbilidad y mortalidad asociadas a ella mediante examen físico, entrevista, exámenes de laboratorio y aplicación de cuestionarios; asegurando en la práctica una respuesta significativamente mejor que el tratamiento aplicado cuando la persona esté sintomática.

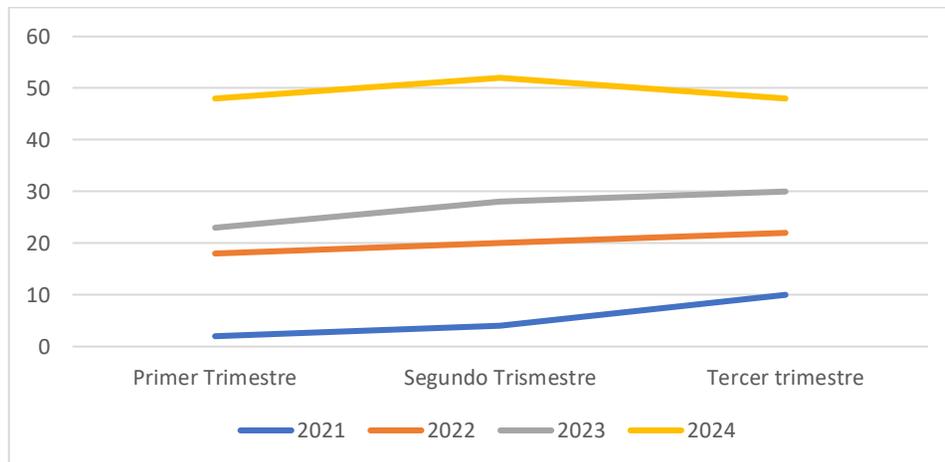
El EMP dirigido a adultos de 15 años y más, tiene por fin entonces, pesquisar específicamente los siguientes factores de riesgo y enfermedades (según especificidades generales o según rango etario y sexo):

- Beber problema
- Tabaquismo
- Sobrepeso- obesidad
- hipertensión Arterial
- Diabetes Mellitus
- Sífilis
- Tuberculosis
- Dislipidemia
- Ca. De Mama

### **CONTEXTO PANDEMIA**

En base a las planificaciones en cuanto a las prestaciones de salud, el número de EMP se vio afectado en relación con años anteriores, principalmente dado por el contexto pandémico que afectaba a la salud pública. Por lo tanto, una línea base de trabajo respecto a la prevención y promoción en salud es difusa y no representativa de cara a números efectuados durante aquellos periodos.

Gráfico N°12: EMP realizados según trimestre en periodo 2021-2023.



*Fuente: Rayen. Elaboración Propia.*

Como se puede observar en el anterior gráfico, la tendencia es que mientras avanzaba la época pandémica hacia el termino de alerta sanitaria de la misma, el aumento progresivo del examen se fue evidenciando; usuarios perdían paulatinamente el temor asociado al contagiarse en la atención presencial y empezó a utilizar más los dispositivos sanitarios; factor que es transversal a los programas.

## **BRECHAS**

Durante el 2024, los esfuerzos se vieron volcados en la recuperación de los usuarios de programa, como el cardiovascular, rescate de inasistencia y la implementación paulatina del ECICEP, por lo que los exámenes efectuados fueron realizados de forma espontánea por pesquisa en Postas de Salud Rural o su efecto por consulta del usuario; por lo que la incidencia práctica de la estrategia dependía principalmente de la voluntad usuaria espontánea y ocasiones de consulta por otras razones donde se es pertinente la evaluación. Por lo demás, a modo de brecha – y similar al caso de otros programas- el subregistro es una problemática importante arrastrada desde pandemia. Es por ello que un aumento sostenido a través de los últimos 3 años nos indica un paso positivo respecto a los procesos ciclo vital, pues se traduce en mayor cobertura e intervenciones en la población sana.

Por lo tanto, de las brechas durante el 2024 destacan:

- Reconversión de estrategias volcadas a la recuperación y compensación de usuarios/as con enfermedades diagnosticadas, principalmente, no transmisibles (Diabetes Mellitus, hipertensión, Dislipidemia, entre otras).
- Estrategia con encargado de estrategia fluctuante por rotación de personal
- Bajo interés de examen medicina preventiva en usuarios, pues consultas eran enfocadas con relación a consultas de morbilidad.

## **COMPROMISOS 2024**

- Como estrategia de examen de medicina preventiva en adultos, el compromiso referente a aquello es instaurar líneas base para reincorporar de forma efectiva el EMPA en población objetivo mediante el trabajo en equipo multidisciplinario con mirada integral, con el objetivo de realizar un trabajo de prevención, promoción y/o pesquisar antecedentes relacionados a la multimorbilidad del usuario/a de forma efectiva.
- Mantener consejerías breves en el contexto anti-tabaquico, alimentación saludable, actividad física y consumo responsable de bebidas alcohólicas en usuarios/as que sean parte del programa cardiovascular en control integral.
- Evaluación mensual de estrategias, cantidad de controles, rescates y efectividad de lo realizado
- Realización de actividades de promoción de la salud en contexto extramural, aportando otra puerta de entrada al usuario/a al examen de medicina preventivo.

## **DESAFÍOS 2025**

- Cumplir con orientaciones técnicas e indicadores de atención primaria en dicha estrategia, con la intención de fortalecer la salud comunal, con miras a una atención de calidad, oportuna y asegurando accesibilidad.
- Fortalecer la oferta de control de medicina preventivo en horario de extensión en vista y consideración de la fuerza laboral de la comuna que no puede acceder en horario laboral.

- Interiorizar y empoderar al usuario/a entregando las herramientas que tienen a su disposición y las estrategias relacionadas, pasando de un sistema paternalista desde el punto de vista de la salud, a uno integral y de la responsabilidad a su propia salud.
- Generar participación en salud

## **CICLO VITAL ADULTO MAYOR**

**Profesional a cargo:** Nutricionista Valery Farías Cañas

### **OBJETIVOS**

#### **Objetivo General**

Promover y contribuir un envejecimiento digno, activo y saludable mediante el fomento de la autonomía, independencia y participación de las personas mayores, ayudando a controlar su morbilidad directamente asociado a ECNT, contemplando la diversidad de experiencias en torno al envejecimiento y promoviendo la atención integral en base al modelo de salud familiar.

#### **Objetivos Específicos**

- Optimizar las oportunidades de bienestar físico, social y mental con enfoque comunitario, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas mayores, a través de acciones que fomenten su autovalencia y aborden la dependencia.
- Fomentar la autonomía y participación de las personas mayores, desde una mirada de prevención, realizando oportuna y anualmente el examen de medicina preventivo.
- Fomentar la funcionalidad de las personas mayores en población bajo control.

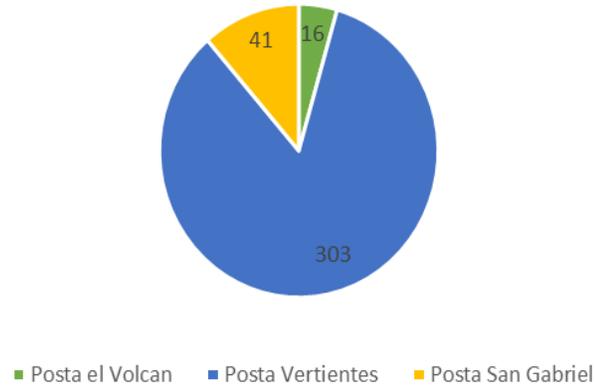
### **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA**

El Programa Nacional de Salud de las Personas Mayores tiene como propósito contribuir a mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de este grupo etario en Chile. Para el cumplimiento de dicho propósito, el programa desarrolla una serie de acciones para la promoción del envejecimiento activo y la prevención de la dependencia funcional. Esto lleva a la medición de la funcionalidad como un examen universal: Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), promoviendo el envejecimiento saludable. A partir de esta medición, donde cada persona mayor es clasificada según riesgo de perder la funcionalidad, se implementan acciones preventivas, de tratamiento y rehabilitadoras. Acciones que pueden referirse al riesgo cardiovascular, a la salud mental o al ámbito osteoarticular, además detectar redes de apoyo o existencia de maltrato. Por ende, el programa tiene como visión que las personas mayores permanezcan autónomas y autovalentes por el mayor tiempo posible y que sus problemas de salud sean resueltos en forma oportuna con una atención integral, asegurando de este modo una mejor calidad de vida.

### **DIAGNÓSTICO LOCAL**

En la actualidad contamos con 360 personas mayores inscritas y validadas por FONASA en la cual se distribuyen de la siguiente manera por Posta:

Gráfico N°13: Distribución de Población Adulto Mayor por Centro de Salud



*Fuente: FONASA 2024.*

### **PRESTACIONES REALIZADAS**

En las Postas Rurales de Salud, los adultos mayores pueden acceder a todas las atenciones que requieran, se busca una participación activa de estos usuarios, por lo que se generan diversos espacios donde ellos pueden participar, como lo son los talleres físicos y cognitivos, encabezados por 2 Kinesiólogos:

**Taller de Psicomotricidad:** 20 adultos mayores inscritos

- Taller de artrosis: 12 Adultos mayores inscritos
- Taller Cognitivo: 10 adultos mayores inscritos.
- Taller Adulto mayor en la localidad del Melocotón: 18 Adultos Mayores inscritos
- Taller Adulto mayor en la localidad de San Alfonso: 25 Adultos Mayores inscritos.

Todos los talleres tienen una alta convocatoria y se refleja la satisfacción de nuestros usuarios.



Según el programa nacional de inmunizaciones todas las personas mayores de 65 años deben recibir la vacuna Neumocócica polisacárida, por lo que todo el centro se encarga de realizar la derivación al vacunatorio cuando corresponda.

Las coberturas en prestaciones como retiro de productos PACAM y nuestro eje de promoción y prevención, han aumentado por diversas campañas de concientización y convenios que presenta nuestro centro de salud, fortaleciendo uno de nuestros objetivos principales en fomentar la autonomía y participación de las personas mayores, desde una mirada de prevención, realizando oportuna y anualmente los exámenes de medicina preventivo para personas mayores.

En programa de dependencia severa tenemos 15 personas mayores ingresadas las cuales se les otorga atenciones multiprofesionales garantizando visitas 2 veces por semestre de cada profesional y visitas para realización de procedimiento clínicos e inmunización a ellos y a sus cuidadores.

### **BRECHAS**

Al igual como los años anteriores el retorno de acudir a las prestaciones de salud establecidas como controles, siguen al alza al igual como el cumplimiento de la mayoría de las metas establecidas, pero se sigue interponiendo el empoderamiento ciudadano en la participación social de las personas. Mencionando en nuestro plan de salud 2023, uno de los desafíos propuesto para el año 2024 era : “generar estrategias preventivo-promocionales seguras que entreguen confianza a nuestras personas mayores y a su vez poner en práctica los nuevos conocimientos adquiridos adecuados a la contingencia, debemos por lo tanto entregar un servicio acorde a las nuevas exigencias que surgieron producto de la pandemia” podemos mencionar que se desarrollaron diversas actividades incentivando la participación, pero nos queda un gran camino por recorrer el 2025 para la participación ciudadana activa.

### **DESAFÍOS**

El abordaje de la salud de las personas mayores, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar y Comunitario, debe estar centrado en la promoción del envejecimiento saludable o activo, la prevención de la morbimortalidad, el control de enfermedades crónicas y mantención de la funcionalidad, con miras a prevenir discapacidad y dependencia, esto último es base fundamental para construir una vida satisfactoria en la vejez, en la cual como desafío a implementar se propone insertar en el centro de salud una valoración Geriátrica Integral (VGI), la cual corresponde a un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario cuyo propósito es reconocer y cuantificar las discapacidades y problemas biomédicos, funcionales, psicológicos y sociales de la persona mayor, con el fin de elaborar un plan exhaustivo de cuidados y seguimiento a largo plazo.

Se complementa con la evaluación de la funcionalidad como un indicador de salud para medir el resultado final de todos los programas sanitarios dirigidos a las personas mayores, y que tienen como fin último la mantención de la autonomía y la autovalencia. De este modo, se espera que las personas lleguen en las mejores condiciones de salud al denominado “Envejecimiento Activo”

## **INNOVACIONES**

En el Presente año se ha trabajado de manera transversal con los diferentes programas de nuestro centro de salud y con el intersector en actividades de promoción de un envejecimiento activo, donde se promueven actividades de diferentes temáticas de salud, generando un acompañamiento en su continuidad del cuidado.

Donde el trabajo en equipo y la convivencia ciudadana lleva a generar un empoderamiento de salud.

De las innovaciones más importantes, se encuentra la planificación y puesta en marcha de las Olimpiadas del adulto mayor en PSR Las vertientes, donde asistieron los grupos de adulto mayor nacidos en los talleres impartidos y grupos de otros centros de salud, como CECOF Las Lomas y CESFAM Bellavista, siendo una instancia de alta participación social.



## **MAIS (MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA)**

**Profesional a cargo:** Enfermero Rafael Cáceres Riquelme / Kinesiólogo Pablo Araya Contreras

**Equipo: Encargados por ámbitos:**

- **Ámbito APS:** Rafael Cáceres / Pablo Araya
- **Ámbito ECICEP:** Rodrigo Véliz
- **Ámbito Participación:** Rosa Salazar
- **Ámbito Promoción y Prevención:** Tomas Surhoff

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Cumplir con el modelo de salud familiar y comunitaria en sus cuatro ámbitos de salud en las Postas de Salud Rurales de la Corporación Municipal de San José de Maipo.

### **Objetivos específicos**

- Mejorar, facilitar y asegurar acceso y satisfacción del usuario en la atención de salud, estableciendo un trato de excelencia relacionada con una comunicación efectiva, respeto a la dignidad y derechos de las personas.
- Comprender y ampliar los puntos de vista respecto de las múltiples dimensiones de un problema de salud, para así planificar un cuidado integral del usuario, comprendiéndolo como un ser complejo que forma parte de la sociedad y sus diferentes interacciones y no enfocarse solo en su actual problema de salud.
- Responder de mejor manera a las necesidades y expectativas de las personas a través de todo el ciclo vital y familiar.

## **COMPROMISOS 2025**

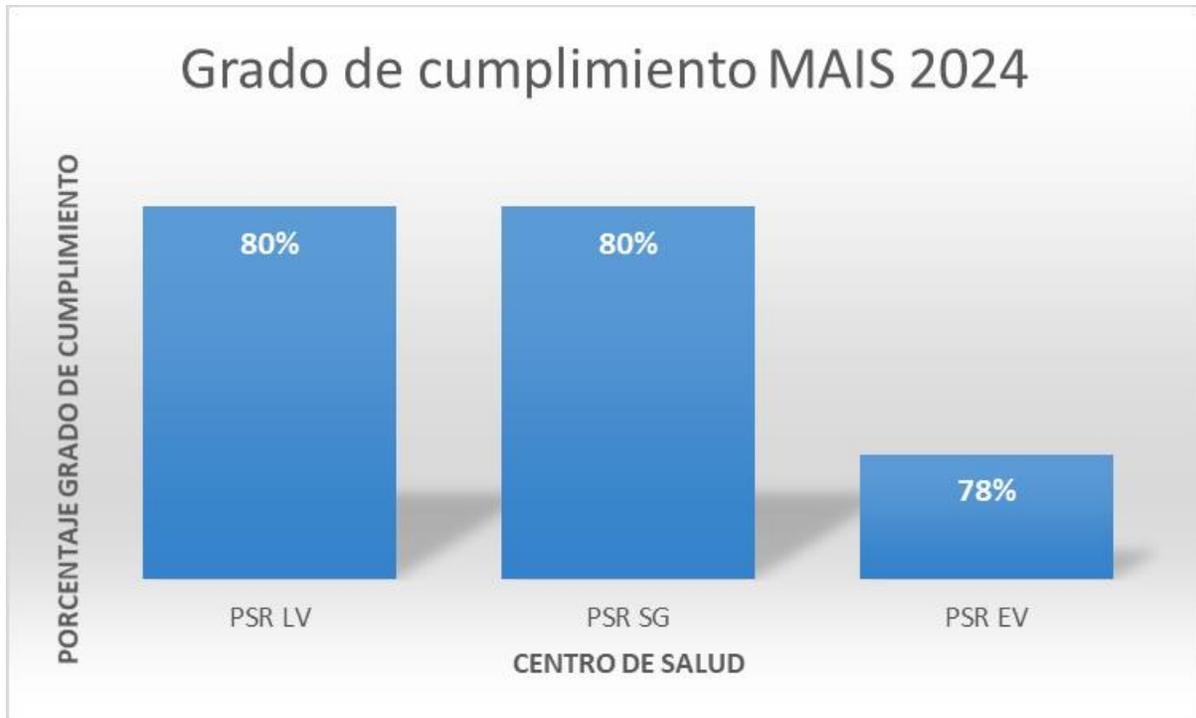
El principal compromiso para el periodo 2025, es trabajar en las brechas establecidas en el año 2024, con el fin de cumplir con lo mínimo establecido por el modelo de salud familiar en todas las postas de salud rural de la corporación municipal de San José de Maipo.

Si bien como Centros prestadores de Salud estamos acreditados para implementar el MAIS por los próximos 2 años, es importante generar autoevaluaciones de forma anual, para reconocer las brechas y generar un plan de acción para ir mejorando.

## **CUMPLIMIENTOS**

Los cumplimientos referentes al modelo de atención integral en salud son evaluados en base a la planilla que concreta los 3 principios irrenunciables (centrado en el usuario, integralidad y continuidad); y que dentro de ellos se encuentran los 4 ámbitos de salud, los cuales son: Ámbito APS, Ámbito ECICEP, Ámbito Participación y Ámbito Promoción y Prevención.

Gráfico N°14: Grado de cumplimiento MAIS 2024



*Fuente: SSMSO, 2024.*

Actualmente, las 3 Postas de Salud Rurales (Las Vertientes, San Gabriel y El Volcán) cuentan con una acreditación para la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria hasta el año 2026.

En el gráfico presentado, podemos observar los grados de cumplimiento por cada Posta de Salud, siendo en PSR San Gabriel la mejor evaluada con un 80% en conjunto con PSR Las Vertientes también con un 80%, y por último PSR El Volcán con un 78%.

Cabe destacar que en las evaluaciones de MAIS, varios ámbitos tienen que ver con el registro en fichas clínicas, por ejemplo, actividades, educacionales realizadas y que de cierto modo se realizaban en lo cotidiano, pero no se realizaba un registro exacto de lo realizado.

### **BRECHAS 2024**

- Una de las principales brechas está asociada al registro de las actividades en plataforma RAYEN, ya que se realizan auditorías de fichas para ver el cumplimiento de los distintos componentes que evalúa el modelo de salud familiar.
- La desactualización de los protocolos de los distintos programas de Salud.
- Poca participación por parte de los usuarios y la comunidad a asistir a muchos de los controles relacionados a exámenes preventivos, además de la asistencia a talleres recreativos y reuniones.
- Escasas reuniones de sector para generar conciencia sobre la importancia de la implementación de MAIS.

### **DESAFÍOS 2025**

- Nuestro principal desafío para el año 2025 es generar un plan de mejora continua para mejorar el nivel de cumplimientos de todas las postas de salud rural de la corporación de salud.
- Capacitar a los funcionarios sobre el correcto registro de actividades realizadas en plataforma RAYEN.
- Realizar capacitaciones a los funcionarios sobre el MAIS, Toma de Decisiones Compartidas y en ECICEP.
- Sensibilizar e interiorizar a los funcionarios de las postas acerca de MAIS y los requerimientos a cumplir, para poder aplicar de manera consciente y efectiva este modelo y no solo centrarse en el cumplimiento en base a números.
- Reintegración con la comunidad, estableciendo de forma periódica mesas de trabajo comunitarias, CDU, y reuniones de participación.
- Informar adecuadamente a los usuarios la necesidad de retomar los controles de salud preventivos (EMPA, EMPAM), además de retomar cualquier control o seguimiento pendiente.

### **INNOVACIONES**

- El 2024 se espera poder implementar un servicio de radio para la Posta de Salud Rural El Volcán, para así mantener una red de contacto.

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

- **Profesional a cargo:** Rodrigo Véliz Vivar, Químico Farmacéutico

### **OBJETIVOS**

#### **Objetivo General**

Promover una atención integral, utilizando como base la autonomía y la dignidad de cada usuario, su participación efectiva en la toma de decisiones, la comunicación efectiva y el trabajo transdisciplinario para contribuir al bienestar de los usuarios y mejorar su calidad de vida mediante una atención pertinente y ajustada a su realidad.

#### **Objetivos Específicos**

- Facilitar la incorporación de conductas saludables, mejorar el automanejo y autocuidado de las personas en relación a su estado de salud.
- Implementar acciones sanitarias que plasmen los principios irrenunciables del MAIS y un modelo de gestión en atención primaria basado en el riesgo de salud de la población a cargo.
- Lograr la compensación/control de las personas con condiciones crónicas no transmisibles en el corto plazo.
- Disminuir las complicaciones asociadas a la condición de cronicidad con énfasis en la anticipación al daño.
- Aportar a que las personas con enfermedades crónicas gestionen y tomen responsabilidad por su propia salud.

### **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA**

La Estrategia de Cuidado Integral Centrados en las personas (ECICEP) se enmarca en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria y brinda un marco de acción y condiciones para que las personas cuenten con cuidados integrales, integrados, continuos y centrados en ellas, garantizando la calidad de la atención y la eficiencia. De esta forma se busca dar respuestas más adecuadas a las necesidades que genera el fenómeno de la cronicidad en las personas, sus cuidadores, el equipo de salud y la población en general.

La multimorbilidad impacta en las personas de manera muy variada y comprende un alto riesgo para ellas. Uno de los múltiples factores que intervienen es la polifarmacia, con las consiguientes interacciones medicamentosas y efectos adversos, que llevan a baja adherencia al tratamiento. Produciendo a su vez otros daños que se agregan a las patologías crónicas de base, como son daño renal o hepático, e incluso deterioro cognitivo en algunos casos. Es así que la atención a personas con condiciones crónicas en el contexto de la multimorbilidad debe ser personalizada, considerando además que se enfrentan a situaciones de mayor necesidad y por lo tanto generan mayor demanda de atención, lo que las hace más vulnerables.

A partir de la evidencia disponible, se recomiendan el desarrollo de estrategias específicas que disminuyan estos efectos (discapacidad, mortalidad prematura, costos para el sistema, deterioro de la

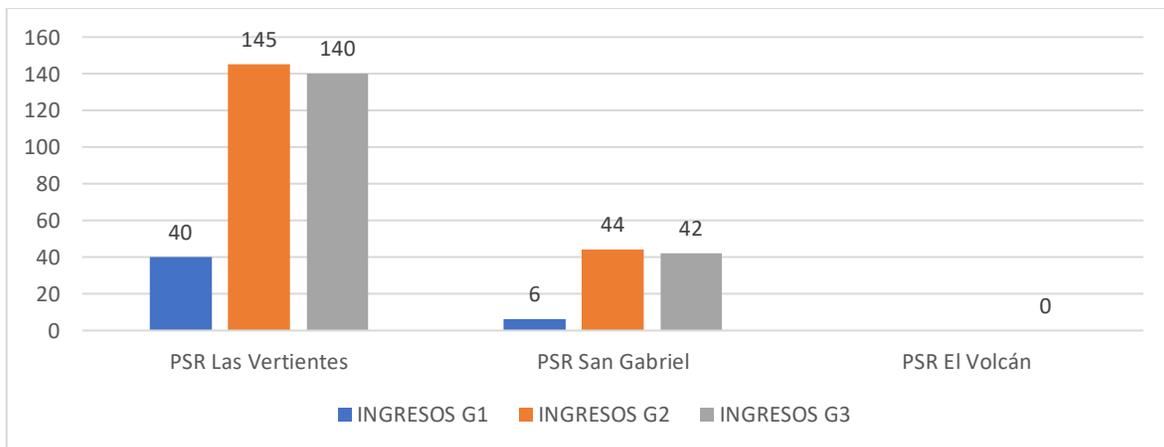
calidad de vida entre otros) y que tengan un impacto directo en la mejora de la calidad de la prestación a las personas con condiciones crónicas y una mayor eficiencia en el uso de los recursos disponibles. Así, se busca dar respuesta adecuada a las necesidades de las personas con condiciones crónicas, con integralidad y continuidad de los cuidados.

De esta manera, tras superar los embates de la pandemia por COVID-19, la estrategia ECICEP sufrió un duro revés quedando casi de lado como parte de los procesos sanitarios. Así, desde septiembre de 2023 se reinicia el trabajo en la estrategia en conjunto con el SSMSO y el Departamento de Salud con la finalidad de recuperar el camino avanzado con el piloto de implementación y, de esta manera, construir cimientos sólidos para la implementación de la estrategia como elemento central en el quehacer de los dispositivos sanitarios.

Con esto, se reconstituyó un equipo de cabecera y se realizaron instancias de capacitación dirigida que permitieron el reinicio de la estrategia, sumando gradualmente a la totalidad de prestadores para permitir un trabajo en línea con ECICEP en los centros informatizados, siendo particularmente complejo en PSR El Volcán, dado que la información manual disponible no permite una adecuada caracterización por complejidad, impidiendo el desarrollo de la estrategia, sumado a las dificultades de contactos remotos, personal, entre otras cosas.

En relación a los ingresos ejecutados a la estrategia, a la fecha del presente plan, se cuenta con un volumen de ingresos de 418 personas considerando todas las categorías de complejidad (G1 a G3) concentrados en PSR Las Vertientes con un 78,0% (326) y en PSR San Gabriel con un 22,0% (92), los que cuentan con su Plan Consensuado y, por lo tanto, una propuesta de manejo consensuada entre ambas partes. La complejidad estimada se distribuye en proporciones no piramidales, manteniendo una fuerte tendencia a ingresos G2 y G3 (Gráfico N°15).

Gráfico N°15: Distribución de personas ingresadas por complejidad estimada por centro de salud

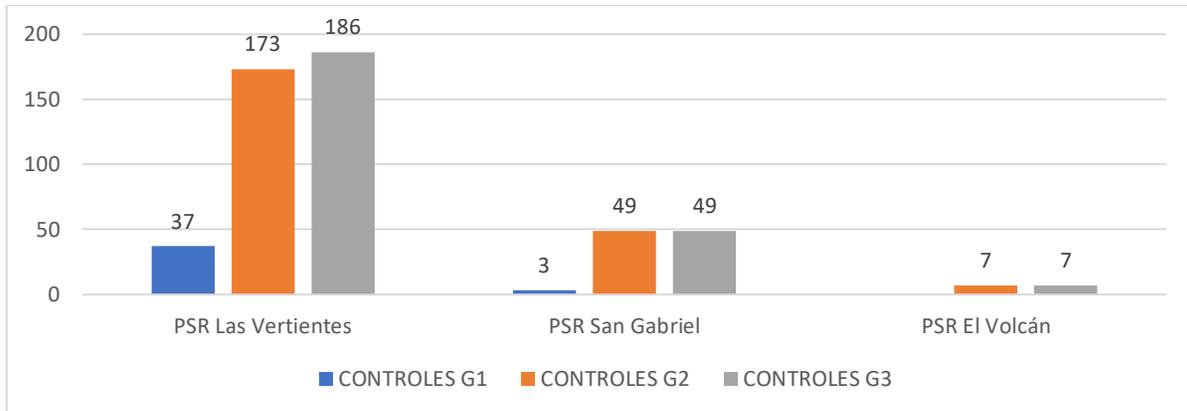


*Fuente: Registro estadístico mensual – año 2024.*

Respecto a los controles realizados por concepto de ECICEP, estos alcanzan una producción global de 511 controles distribuidos en todos los centros de salud, manteniendo la tendencia de producción

similar a los ingresos con un predominio de complejidad G3 y G2, a su vez de estar concentrados principalmente en PSR Las Vertientes y PSR San Gabriel. Sin embargo, existe un grupo reducido de usuarios que realizó el traslado hacia dependencias de PSR El Volcán, por lo que se mantuvo la continuidad de la estrategia a pesar de no estar implementados los ingresos, para mantener la coherencia de la atención (Gráfico N°16).

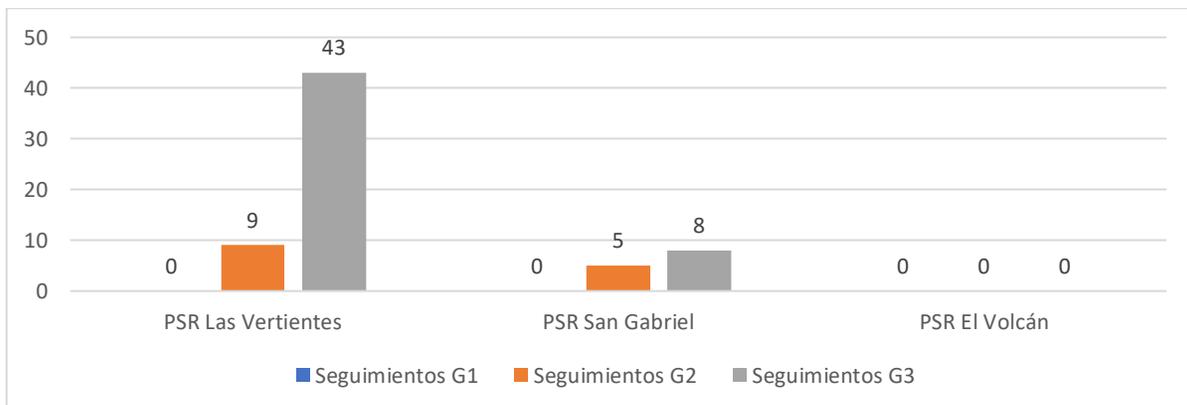
**Gráfico N°16: Distribución de personas ingresadas por complejidad estimada por centro de salud**



*Fuente: Registro estadístico mensual – año 2024.*

Respecto al componente de controles remotos, este se vio fuertemente afectado debido a elementos administrativos que dificultaron la posibilidad de establecer a un equipo estable que realizara dicha función, sumado a elementos como la no disponibilidad de líneas telefónicas durante una parte del año, lo que finalmente se tradujo en que la producción comenzara de manera tardía en los centros de salud (Gráfico N°17).

**Gráfico N°17: Distribución de personas ingresadas por complejidad estimada por centro de salud**



*Fuente: Registro estadístico mensual – año 2024.*

De esta manera, se mantuvo la tendencia de contactos remotos con especial énfasis en el grupo G3, dada la complejidad misma de los casos y la necesidad de mantener un control más cercano con los usuarios. Sin embargo, es un desafío el fortalecimiento de esta arista para entregar un servicio realmente integral a la comunidad.

#### **BRECHAS 2024**

- Dificultades con estabilidad del recurso humano debido a una alta rotación médica, sumado a la presencia de licencias recurrentes en estamentos técnicos, lo que impide el desarrollo integral de la estrategia.
- Alta resistencia al cambio de paradigma de pensamiento por parte de los prestadores nuevos del equipo de salud a la hora de ejecutar la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas.
- Complejidad en la implementación de la estrategia en el centro PSR El Volcán por dificultad en la categorización de los usuarios.
- Falta de actualización de la categorización ACG, que dificulta la gestión de agenda de manera correcta al subestimar en muchos casos la complejidad real de los usuarios, impidiendo la optimización de la primera atención.

#### **DESAFÍOS 2025**

- Implementar la estrategia en PSR El Volcán, haciendo frente a la brecha de la falta de informatización del recinto.
- Comenzar con la articulación del programa de Salud Mental como parte del ECICEP.
- Implementar totalmente la estrategia en los centros que reingresaron durante 2023 (PSR Marta Ríos Cofré y PSR San Gabriel) y mediar la eliminación de segmentos de agenda por programas.
- Convertir a la ECICEP en un modelo replicable, aplicable y permanente a nivel local.

## **SALUD MENTAL INTEGRAL**

- Profesional a cargo: Javiera Seguel Ríos, Psicóloga.
- Equipo: Rosa Salazar Reyes, Trabajadora Social – Belén Pérez Astudillo, Trabajadora social - Ricardo Garrido Garate, Psicólogo - Betzabé Inostroza Urtubia, Psicóloga - Javiera Seguel Ríos, psicóloga, Vanessa Castro Castro, Agente Comunitaria.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Establecer un programa de salud mental integral con un enfoque familiar y comunitario, que abarque acciones de prevención, promoción y tratamiento, orientado a mejorar el bienestar psicológico y emocional de los usuarios, fortaleciendo la cohesión y resiliencia de las familias y la comunidad, para así facilitar la creación de redes de apoyo comunitarias sostenibles en el tiempo, aportando a la reducción de sintomatología en salud mental.

### **Objetivos Específicos**

- **Reducir la incidencia de trastornos de salud mental** mediante actividades de concientización y prevención, enfocadas en grupos de riesgo y diseñadas para disminuir factores predisponentes en la comunidad.
- **Fortalecer la adherencia al programa de salud mental** mediante la creación de planes de intervención individualizados y específicos, priorizando enfoques de terapia breve y métodos de atención accesibles y resolutivos.
- **Disminuir la tasa de suicidios e ideación suicida, especialmente en adolescentes**, a través de un programa integral de prevención del suicidio, que incluya la identificación temprana de factores de riesgo y la intervención oportuna, además de talleres y grupos de apoyo orientados a promover habilidades de afrontamiento.
- **Promover estilos de vida saludables** mediante programas educativos sobre alternativas saludables y prácticas de autocuidado, para reducir la incidencia de conductas de riesgo en la comunidad.

## **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA**

El programa de salud mental está destinado al tratamiento integral de las personas durante todo su ciclo vital, realizando un acompañamiento y educación en el diagnóstico e intervención en trastornos mentales, factores de riesgo, factores protectores y/o condicionantes de la salud mental según las necesidades y pertinencia del tratamiento del usuario. Esto se realiza mediante las siguientes estrategias:

- Evaluación y confirmación diagnóstica integral (Trabajadora social, Psicóloga, Médico)
- Cuidados y visitas domiciliarias integrales.
- Derivación o referencia asistida.
- Seguimiento de casos clínicos, ya sea mediante rescate telefónico por trabajadora social o ingreso efectivo y controles mensuales con psicólogos.

- Consultorías por ciclo vital, basándose en la supervisión y apoyo del equipo consultor al equipo consultante respecto las inquietudes diagnósticas y/o de tratamiento de un caso clínico, asimismo, evaluando la pertinencia de la derivación al intersector y especialidad.
- Instancias de reunión con instituciones del intersector evaluando la coordinación y trabajo en redes, además de la pertinencia de sus derivaciones, evitando la sobre intervención.
- Capacitaciones asociadas al tratamiento y mejorar en la atención de usuarios de salud mental.
- Coordinación clínica y administrativa constando de reuniones de estamento y supervisiones de casos clínicos por dupla para coordinar un tratamiento transversal.

En cuanto a las acciones que se realizan, se cuenta con consultorías del ciclo vital adulto e infanto

adolescente de forma bimensual, las primeras se realizan con el equipo de intersector de COSAM San José de Maipo, realizando derivaciones a la misma institución, esto, debido al aumento de la complejidad de los casos con diagnósticos de trastornos de salud mental; mientras que las consultorías infanto adolescente se realizan en conjunto con el Complejo asistencial Sotero del Ríos (CASR), donde además de realizar derivaciones, se trabaja con conjunto para el tratamiento terapéutico y farmacológico de los niños, niñas y adolescentes.

A lo mencionado anteriormente se añade las reuniones de coordinación de casos clínicos con la oficina de protección de derecho de los niños, niñas y adolescentes (OPD) de San José de Maipo, la cual consta de reuniones bimensuales o trimestrales dependiendo de la cantidad y complejidad de los casos tratados, además de esto, se realizan reuniones intersectoriales por usuario individual dependiendo desde que arista se desea abordar la intervención, por ende, se trabaja con toda la red de la provincia cordillera, tales como: municipalidad, colegios, jardines infantiles, programas de la red SENAME, centro de la mujer Cordillera, carabineros, tribunales de familia y penales, PDI.

### **DIAGNOSTICO LOCAL**

El programa de salud mental integral en la comuna de San José de Maipo está diseñado para brindar atención en todos los ciclos vitales, con un enfoque en el acompañamiento psicosocial y consultas especializadas. Este programa se implementa en las postas de salud rural Marta Ríos Cofré, San Gabriel y El Volcán, y busca complementar tanto el desarrollo individual como la transición de etapas y generaciones.

En la comuna se observa una alta demanda de atención en salud mental, destacando una comorbilidad significativa entre diversos problemas psicosociales y psiquiátricos, que resaltan la necesidad de un trabajo coordinado y en red. Este panorama incluye tanto el abordaje individual como el enfoque comunitario para fortalecer la salud mental colectiva. Existe además una elevada incidencia de ideación e intentos suicidas, especialmente entre adolescentes, lo cual indica una brecha crítica en cuanto al apoyo y prevención en este grupo etario. Esta situación sugiere la urgencia de redes de apoyo sólidas y de estrategias que fomenten un sentido de identidad y pertenencia, especialmente entre los jóvenes.

La evaluación anual de salud mental en atención primaria ha identificado factores de riesgo predominantes en la comuna, tales como problemas de salud mental, exposición a violencia y consumo de sustancias. Entre los diagnósticos más comunes se encuentran el trastorno de estrés postraumático (TEPT), síntomas depresivos y ansiosos, así como trastornos del sueño. La prevalencia de estos diagnósticos muestra la necesidad de fortalecer las intervenciones, priorizando la creación de redes de apoyo que permitan una detección oportuna y brinden respaldo a los usuarios para su bienestar emocional y mental.

Este diagnóstico subraya que, para alcanzar un mayor impacto en la salud mental de la comunidad, el enfoque debe incluir tanto la intervención clínica como la movilización de recursos comunitarios que respalden una atención integral, accesible y efectiva.

Tabla N°15: Población bajo control por centro de salud

ESTABLECIMIENTO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
POSTAS MARTA RÍOS COFRE	136	268	404
POSTA SAN GABRIEL	5	34	39
POSTA EL VOLCÁN	7	12	19
<b>TOTAL</b>	<b>148</b>	<b>314</b>	<b>462</b>

*Fuente: Estadísticas de salud mental 2024, elaboración propia.*

De la tabla N°15 se observa que La población bajo control de salud mental en las postas de San José de Maipo presenta una notable disparidad entre centros y entre géneros. Este análisis resalta no solo la predominancia de mujeres en la asistencia a controles de salud mental, sino también las diferencias en demanda entre establecimientos. Los datos sugieren la necesidad de una revisión en la distribución de estrategias de intervención a nivel comunitario que puedan motivar una mayor adherencia de la población masculina y en las postas con menor afluencia, permitiendo así una atención más equitativa y accesible en toda la comuna.

Tabla N°16: población bajo control según grupo etario

GRUPO ETARIO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0 – 9 AÑOS	26	44	70
10 – 19 AÑOS	39	81	120
20 – 64 AÑOS	64	139	203
65 – 80 AÑOS	15	41	56
80 Y MÁS	4	9	13
<b>TOTAL</b>	<b>148</b>	<b>314</b>	<b>462</b>

*Fuente: Estadísticas de salud mental 2024, elaboración propia.*

La tabla N°16 muestra la población bajo control en salud mental según grupo etario y género, Dentro de los subgrupos con mayor población, destaca el grupo etario de adolescentes (10-19 años), que representa el 25.97% de la población total bajo control, con 120 personas (39 hombres y 81 mujeres). En este grupo, se están desarrollando estrategias en conjunto con el programa *Espacio Amigable*, orientadas a disminuir factores de riesgo para la salud mental, considerando la relevancia de esta etapa en el desarrollo personal. Por su parte, los adultos (20-64 años), que constituyen el 43.93% de la población bajo control con 203 personas (64 hombres y 139 mujeres), son el grupo mayoritario y el foco de talleres preventivos y manejo de diagnósticos, atendiendo las demandas asociadas a la vida laboral y familiar. Finalmente, la población adulta mayor (65 años y más), compuesta por 69 personas, está participando en talleres diseñados para la prevención y el manejo de trastornos mentales, reconociendo el impacto del envejecimiento en la salud mental. Estas intervenciones buscan fortalecer la atención integral y mejorar la calidad de vida de estas poblaciones prioritarias.

### **ANALISIS SANITARIO**

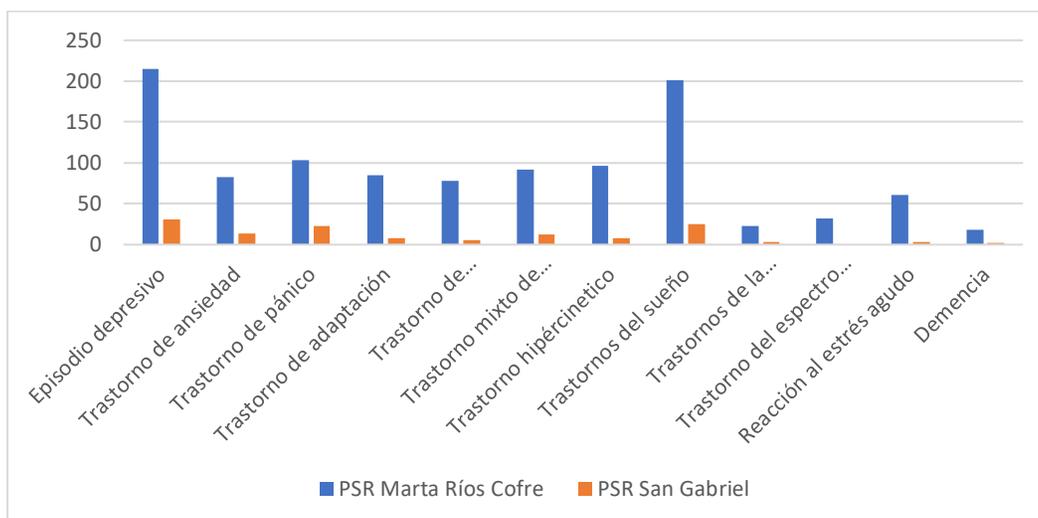
La salud mental, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un componente esencial del bienestar individual, las relaciones familiares y el desarrollo social y económico de las comunidades y países. A nivel global, la OMS subraya la importancia de integrar los servicios de salud mental en la atención primaria, reduciendo las barreras de acceso, particularmente para los grupos más vulnerables.

En Chile, la salud mental ha ganado relevancia como prioridad sanitaria debido al aumento sostenido de trastornos mentales en la población. Según el *Informe Nacional de Salud Mental* (2023), los principales diagnósticos corresponden a trastornos del ánimo, ansiedad y trastornos relacionados con el estrés. Además, la Encuesta Nacional de Salud (ENS) refleja que el 15.8% de la población chilena reporta haber recibido diagnóstico de algún problema de salud mental, con una prevalencia más alta en mujeres y adolescentes.

En el contexto local de la comuna de San José de Maipo, se observa una creciente demanda de atenciones en salud mental en las postas rurales. Los diagnósticos predominantes en la población bajo control incluyen trastornos ansiosos, del ánimo y del sueño, muchas veces asociados a factores psicosociales como problemas laborales, educacionales y familiares. Estos se manifiestan en episodios de estrés agudo, crisis de pánico y trastornos depresivos.

Dado este panorama, la estrategia sanitaria local se centra en fortalecer la prevención y el tratamiento a través de talleres comunitarios, intervenciones psicológicas personalizadas y programas enfocados en adolescentes, adultos y adultos mayores, buscando reducir los factores de riesgo y mejorar la calidad de vida de la población.

**Gráfico N°18: principales diagnósticos de usuarios de salud mental**



*Fuente: Estadísticas de salud mental 2024, elaboración propia.*

Del gráfico, se observa que la principal demanda en las Postas de la comuna de San José de Maipo se concentra en episodios depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos del sueño, siendo estos últimos los diagnósticos más prevalentes con cifras que superan las 200 atenciones. Estos datos reflejan una alta carga de malestar emocional y psicológico en la población atendida. Además, los trastornos de adaptación y los trastornos mixtos de ansiedad y depresión presentan una incidencia significativa, lo que podría estar asociado a factores psicosociales y eventos de estrés prolongado.

Es importante considerar que estos diagnósticos pueden presentar comorbilidad, especialmente entre los trastornos de ansiedad, episodios depresivos y los trastornos del sueño. Esta complejidad en los cuadros clínicos requiere un enfoque multidisciplinario, lo que ha llevado a priorizar talleres y actividades preventivas para usuarios y usuarias, enfocados en el manejo de emociones, estrategias de afrontamiento y promoción de hábitos saludables.

En cuanto a las patologías GES, las atenciones realizadas desde enero de 2023 hasta la fecha incluyen intervenciones tanto por sospecha como por confirmación diagnóstica, en las que participan médicos, psicólogos y trabajadores sociales, abordando de forma integral las necesidades de salud mental de la población.

**Tabla N°17: Cantidad de casos derivados a nivel secundario de enero a octubre 2024 (derivación asistida)**

DERIVACIÓN	TOTAL
Psiquiatría adulto COSAM	41
Psiquiatría infante juvenil CASR	14
Urgencia Salud mental adulto	3
Urgencia Salud mental infante juvenil	5
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>

*Fuente: Estadísticas de salud mental 2024, elaboración propia.*

A partir de la tabla, se observan 63 derivaciones realizadas, identificando un aumento en las **derivaciones** respecto al año pasado, esto indica un mayor reconocimiento de casos complejos y un incremento en la prevalencia de trastornos de salud mental, así como una mejor disponibilidad de servicios especializados. Se implementaron estrategias de **seguimiento telefónico** para reducir la deserción y promover la adherencia al tratamiento, especialmente en aquellos pacientes con solo tratamiento farmacológico. Este enfoque preventivo busca mitigar recaídas y disminuir la necesidad de urgencias.

En cuanto a las intervenciones, es clave poner foco en la población **adulta**, dado el mayor número de derivaciones en este grupo, y en los **adolescentes en crisis**, especialmente aquellos con ideación suicida. Además, se debe continuar y fortalecer el **seguimiento post-derivación** para garantizar un manejo integral y evitar la deserción, asegurando que los pacientes se mantengan en tratamiento.

### **BRECHAS**

- Desigualdad en la capacidad de atención entre postas, especialmente en San Gabriel y El Volcán.
- Carencia de estrategias comunitarias sostenibles que aborden los factores predisponentes.
- Falta de mecanismos de seguimiento sistemático para garantizar la continuidad del tratamiento, especialmente en derivaciones asistidas.
- Debilidad en el monitoreo de redes de apoyo y vinculación con programas intersectoriales.
- Necesidad de desarrollar programas específicos para adolescentes, adultos mayores y población masculina con barreras para acceder al sistema de salud mental.

### **DESAFÍOS**

- Mejorar el compromiso de usuarios con los planes de tratamiento integral, asegurando que sean interdisciplinarios y resolutivos para potenciar avances significativos.
- Reducir y clasificar los casos según urgencia y gravedad para optimizar los recursos.
- Fortalecer el monitoreo de usuarios, priorizando aquellos con mayor gravedad para asegurar su atención oportuna.
- Diseñar estrategias en colaboración con otros niveles de atención para fomentar la adherencia en servicios secundarios y terciarios.
- Asegurar horas de urgencia y protección para casos críticos.

## **SALUD MENTAL COMUNITARIA**

### **OBJETIVOS**

#### **Objetivo General**

Promover la salud mental en todas las etapas del ciclo vital en las Postas de Salud Rural, a través de talleres educativos, actividades preventivas y el fortalecimiento de habilidades personales y comunitarias que potencien el bienestar, creen redes de apoyo, incrementen los factores protectores y contribuyan al desarrollo integral de los usuarios en su entorno.

#### **Objetivos Específicos**

- Potenciar el desarrollo de habilidades de autocuidado, resiliencia y gestión emocional en los usuarios, promoviendo estilos de vida saludables y redes de apoyo comunitarias para mejorar el bienestar psicológico.
- Implementar intervenciones educativas y preventivas dirigidas a usuarios con factores de riesgo o trastornos de salud mental, adaptadas a las características generacionales, culturales y de género de la comunidad.
- Facilitar la creación de nuevos grupos de apoyo y fortalecer los existentes, promoviendo el desarrollo de espacios colaborativos como grupos de autoayuda, que refuercen el acompañamiento y el bienestar colectivo dentro de la comunidad.

### **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA**

El Programa de Salud Mental Comunitaria se desarrolla en el marco del modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en APS, con un enfoque en redes integradas de servicios de salud. Su objetivo principal es fortalecer y promover el bienestar mental de la comunidad, mejorando la capacidad individual y colectiva, fomentando factores protectores y previniendo riesgos asociados a trastornos de salud mental. El programa busca garantizar un acceso oportuno y equitativo a la atención en salud mental, entregando herramientas eficaces a los usuarios de las Postas de Salud Rural Marta Ríos Cofré, San Gabriel y El Volcán.

Durante el último año, el programa se enfocó en implementar actividades preventivas, talleres educativos y la promoción de estilos de vida saludables en todas las etapas del ciclo vital, generando avances significativos en la conformación y fortalecimiento de redes de apoyo comunitarias. Estas acciones incluyeron intervenciones adaptadas a las necesidades generacionales, culturales y de género de la comunidad, logrando un impacto positivo en los factores protectores y habilidades personales de los usuarios.

La estrategia implementadora se consolidó a través de talleres comunitarios, encuentros educativos y capacitaciones en colegios, escuelas y el Liceo de la comuna. Asimismo, se priorizó el trabajo en red con instituciones intersectoriales, lo que permitió generar espacios de autoayuda y colaboración que fortalecieron el apoyo comunitario desde diversas dimensiones. Este enfoque integral promovió la participación activa de la comunidad en el cuidado de su salud mental, sentando las bases para un nuevo año de continuidad y mejora en las acciones del programa.

## **IMPLEMENTACIÓN**

Durante el año 2024, se han consolidado y ampliado las actividades e intervenciones desarrolladas en años anteriores, con un enfoque en fortalecer espacios seguros dentro de la comunidad, promover redes de apoyo y potenciar la participación activa de las y los usuarios en iniciativas que fomenten su bienestar emocional y social. Estas acciones buscan mantener un enfoque preventivo e inclusivo, adaptado a las necesidades de los diferentes ciclos vitales.

En línea con la interculturalidad, se implementaron talleres con **lawentuchefe**, orientados a la conexión con prácticas ancestrales, como la rogativa y la promoción de factores protectores, creando un espacio que valora y rescata la sabiduría mapuche para el bienestar emocional y comunitario.

Otra intervención relevante ha sido la continuidad de las actividades en escuelas y colegios de la comuna, donde el equipo de salud mental ha desarrollado talleres de **autocuidado** tanto para el ciclo vital adulto y adulto mayor, como para niños, niñas y adolescentes, además de sesiones centradas en temas preventivos como el manejo de la ansiedad, autoconocimiento y prevención del suicidio. También se ofrecieron **consejerías psicosociales** para abordar factores de riesgo en el ámbito escolar.

En el ámbito adulto, se llevaron a cabo talleres de **manejo de ansiedad**, acuarela para adultos y arteterapia, además de sesiones de meditación adaptadas a la población infanto-juvenil. Para las personas mayores, se implementaron talleres de autocuidado que promueven la integración y el bienestar emocional.

Un logro significativo del año 2023 fue la organización de la Jornada **de Prevención del Suicidio**, realizada en conjunto con el programa de promoción de salud y Espacio Amigable. En esta jornada participaron representantes del sector educación, salud, centros de estudiantes y cuidadores, con el propósito de entregar cifras actualizadas sobre ideación suicida en la comuna y proporcionar herramientas prácticas para intervenir desde la familia y las redes cercanas. Asimismo, en el mes de diciembre, se replicará esta jornada enfocada en el ámbito preventivo y capacitaciones a agentes comunitarios y escolares.

Finalmente, se han intensificado las actividades en las Postas de Salud Rural de la comuna, con un aumento en la participación en talleres específicos como **reconocimiento de emociones** para población infanto-juvenil y sesiones de manejo de ansiedad dirigidas a adultos, consolidando así un enfoque integral de promoción de la salud mental y prevención de riesgos psicosociales.



### **BRECHAS**

- Disminución de la asistencia y participación en talleres en las Postas de Salud Rural, especialmente en poblaciones adultas y adultas mayores.
- Aumento en la demanda de atención individual y grupal en salud mental, sobrepasando la capacidad actual del equipo.
- Limitada difusión de las actividades comunitarias en sectores rurales más alejados, lo que afecta la equidad en el acceso a los servicios.

- Dificultades para consolidar redes de apoyo intersectoriales que respalden la continuidad de las iniciativas.

### **DESAFÍOS**

- Diseñar estrategias innovadoras de convocatoria que integren a usuarios/as de diferentes grupos etarios y generen interés sostenido.
- Crear nuevos talleres y grupos de apoyo que promuevan el bienestar emocional, adaptados a las necesidades específicas de cada ciclo vital.
- colaboraciones más sólidas con instituciones educativas, culturales y sociales, para aumentar la cobertura y diversidad de actividades.
- Implementar estrategias de promoción y difusión más inclusivas, como jornadas itinerantes, visitas domiciliarias o actividades en espacios públicos rurales.
- Diseñar estrategias de seguimiento para usuarios/as recurrentes y fortalecer su compromiso con las actividades ofrecidas en las postas y la comunidad.

## **PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL**

- **Profesional a cargo:** Belén Pérez Astudillo, Trabajadora Social.
- **Equipo:** Belén Pérez Astudillo, Trabajadora Social - Vanessa Castro Castro, Agente Comunitaria.

### **OBJETIVOS**

#### **Objetivo General**

Contribuir a elevar el nivel de salud mental de niños, niñas, adolescentes y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, garantizando su acceso oportuno y la calidad de la atención de salud mental, mediante un programa de acompañamiento que se centra en la vinculación, articulación, seguimiento y monitoreo, en el contexto del modelo de atención de salud integral con enfoque familiar y comunitario

#### **Objetivos Específicos**

- Desarrollar acciones de vinculación de niños, niñas, adolescentes y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, con los servicios de atención de salud mental integral del establecimiento y dispositivos de la red de salud y comunitaria.
- Realizar acciones de seguimiento, monitoreo y evaluación de niños, niñas, adolescentes y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial
- Establecer un sistema de coordinación efectivo que garantice la continuidad de cuidados y servicios para usuarios de alto riesgo psicosocial.

### **DESCRIPCION DEL PROGRAMA**

El **Programa de Acompañamiento Psicosocial en Atención Primaria de Salud** está orientado a fortalecer el vínculo entre los usuarios/as y el sistema de salud, promoviendo su integración en programas de atención integral y asegurando un acceso oportuno y continuo a prestaciones de salud, especialmente en el ámbito de la salud mental.

El programa está dirigido a usuarios/as entre 0 y 24 años que presentan factores de riesgo en contextos psicosociales, y ofrece un acompañamiento personalizado durante un periodo máximo de 12 meses. Las intervenciones están a cargo de un equipo especializado, que desarrolla un plan de salud familiar basado en un enfoque integral y comunitario, considerando al usuario/a como parte de un sistema más amplio que incluye su familia, redes cercanas y comunidad.

El programa se centra en abordar problemáticas psicosociales mediante:

- **Intervenciones personalizadas:** A través de contactos regulares, el equipo identifica necesidades y diseña estrategias para atenderlas de manera integral.
- **Gestión intersectorial:** Se busca conectar al usuario/a y su grupo familiar con redes de apoyo locales e intersectoriales, fomentando la integración social.

- **Fortalecimiento de redes comunitarias:** Se promueve la participación activa en recursos comunitarios existentes, como grupos de autoayuda, programas de promoción y actividades culturales.

El acompañamiento psicosocial tiene como objetivos principales potenciar la autonomía personal, fomentar la participación activa en la comunidad y garantizar el acceso a recursos que respondan a las necesidades específicas de cada usuario/a y su entorno. De esta forma, el programa no solo busca atender problemas inmediatos, sino también fortalecer factores protectores y construir redes de apoyo sostenibles que promuevan el bienestar integral del usuario/a.

### **POBLACION OBJETIVO**

Niños, niñas, adolescentes y jóvenes con alto riesgo psicosocial a nivel individual o familiar, que se encuentren ingresados en establecimientos de atención primaria de un rango etario entre 0 a 24 años. Se entenderá por familias de alto riesgo psicosocial aquellas con integrantes que presenten alguna de las siguientes condiciones en la Atención Primaria de Salud:

- Depresión perinatal; esto es mujeres adolescentes y jóvenes gestantes, y puérperas con hijos menores de 1 año.
- Situaciones de violencia; esto es NNA y jóvenes, víctimas de violencia, y/o maltrato.
- Situaciones abuso sexual; esto es en NNA, y jóvenes, víctimas de abuso sexual.
- Intentos de suicidio; NNA y jóvenes que consultan en urgencias, morbilidad médica, consultas y controles en general en el centro de salud de APS.
- Accidentes debido al consumo problemático y/o dependencia de Alcohol y/o drogas vistas en las urgencias de APS.
- Adolescentes gestantes.
- NNA con trastornos psiquiátricos severos (Incluye Trastornos del Desarrollo).
- NNA y jóvenes con vulneración de derechos (Incluye población de NNA con atención en SENAME).
- NNA y jóvenes migrantes en situación de vulnerabilidad (refugiados, víctimas de trata de personas, entre otros).
- NNA que no forman parte del sistema educativo y jóvenes que no se encuentran ni estudiando ni trabajando.
- NNA y jóvenes con condiciones priorizadas según diagnóstico local.

El programa de Acompañamiento Psicosocial en Posta de Salud rural Marta Ríos Cofre, durante el año 2024 dispone de un total de 37 plazas, donde como primer criterio de ingreso, las y los usuarios derivados deben estar inscritos en el Centro de Salud.

En lo que respecta a los ingresos, las derivaciones realizadas pueden provenir desde la red de SALUD, red comunitaria e Intersector. Estos se efectúan bajo visita domiciliaria integral para despeje de perfil de caso y se considera el criterio de voluntariedad de los usuarios mediante la firma de consentimiento

informado para iniciar un proceso de acompañamiento. Posterior a aquello se realiza seguimiento principalmente mediante contactos telefónicos y visitas domiciliarias según necesidades de cada caso.

### **CUMPLIMIENTOS**

- **Población bajo control durante el período 2024:** Se ha logrado un control del 100% de la población activa en las Postas de Salud Rural, con un total de 37 niños, niñas, adolescentes y jóvenes inscritos en el programa, cumpliendo con los requisitos de ingreso y seguimiento establecidos.
- **Componente N°1: Vinculación con la atención de salud mental, salud general y la red comunitaria:** Se ha identificado y evaluado a los 37 niños, niñas, adolescentes y jóvenes junto a sus grupos familiares, todos ellos cumpliendo con el perfil de ingreso basado en la presencia de factores de alto riesgo psicosocial. Las acciones incluyen evaluaciones iniciales, análisis de la situación de salud mental del núcleo familiar, dinámicas relacionales en el hogar y la creación de planes de acompañamiento personalizados para cada caso.
- **Componente N°2: Articulación intersectorial:** Se han fortalecido los vínculos con dispositivos de la red de salud y psicosocial ampliada, tales como OPD, PRM, COSAM, centros educativos, juntas de vecinos, organizaciones locales y la mesa de infancia. Estas acciones han permitido establecer derivaciones efectivas hacia los dispositivos pertinentes, realizar reuniones intersectoriales para coordinar estrategias y tomar medidas de protección frente a situaciones que vulneren los derechos de la infancia, incluyendo denuncias en casos de delitos detectados.
- **Componente N°3: Acompañamiento comunitario:** Durante este año, se han llevado a cabo acciones de seguimiento, monitoreo y evaluación continua a niños, niñas, adolescentes y jóvenes provenientes de familias en situación de alto riesgo psicosocial. Estas actividades incluyen visitas domiciliarias, contactos telefónicos y comunicación mediante mensajería, con un enfoque en garantizar la continuidad del acompañamiento y el cumplimiento de los objetivos establecidos en los planes de intervención.

### **BRECHAS**

- La reactivación de actividades laborales, educativas y ocupacionales de los usuarios y sus familias ha limitado la disponibilidad para realizar estas visitas domiciliarias.
- Las derivaciones no siempre cumplen con los criterios de ingreso o con la voluntariedad requerida, dificultando la focalización adecuada de los beneficiarios.
- Retraso en la realización de visitas domiciliarias e intervenciones comunitarias.
- Dificultades para captar la asistencia sostenida de los usuarios y sus familias en las actividades comunitarias programadas.

### **DESAFÍOS**

- Diseñar y aplicar mecanismos más flexibles que permitan mejorar el acceso de las familias a las visitas domiciliarias integrales, considerando sus realidades laborales y educativas.
- Realizar acciones de difusión más amplias con los sectores de salud e intersectoriales para identificar casos que cumplan con los criterios de ingreso y fomentar la colaboración en la captación de usuarios.

- Establecer alianzas más sólidas con organizaciones locales, instituciones educativas, juntas de vecinos y redes de apoyo intersectorial para ampliar el alcance del programa.
- Desarrollar estrategias que permitan una relación más cercana, basada en la confianza y la empatía, para fomentar la participación activa y sostenida en las actividades del programa.

## **PROGRAMA DETECCIÓN, INTERVENCIÓN Y REFERENCIA ASISTIDA PARA ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS (DIR) EN LA APS**

- Profesional a cargo: Betzabé Inostroza Urtubia, psicóloga.

### **OBJETIVOS**

#### **Objetivo General**

Elevar el nivel de salud de las personas, mejorando la capacidad individual para reducir el consumo riesgoso de alcohol, tabaco y otras drogas a través de la implementación de intervenciones de carácter preventivo, ayudando oportuna y eficazmente a las/los adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores, es decir, desde los 10 años en adelante.

#### **Objetivos Específicos**

- Aplicación de tamizaje para evaluar el nivel de riesgo de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes y adultos.
- Realizar intervenciones de carácter preventivo para reducir el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, conforme resultados de la evaluación previa de nivel de riesgo. Esto es, intervenciones breves en adultos e intervenciones motivacionales en adolescentes.
- Referencia asistida de personas detectadas con patrón de consumo de alto riesgo de alcohol y/o drogas (consumo perjudicial o dependencia).

*(Cita: "Orientaciones Técnico Administrativas para la Detección, Intervención Breve y Referencia Asistida para el consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas en Atención Primaria", Pág. 8)*

Por lo tanto, el programa tiene como objetivo reducir la carga de riesgo de enfermedades derivadas del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Estando destinado a la población perteneciente a nuestra Atención Primaria de la Salud, abarcando nuestras tres Postas de Salud Rural.

Esto enmarcado en el Modelo de Salud Familiar e integral, considerando una atención cercana e integral, considerando aspectos preventivos, promocionales, asistenciales y de referencia asistida.

En nuestra Corporación de Salud de San José de Maipo, la implementación del programa, se lleva a cabo en Posta Marta Ríos Cofré - Ex Las vertientes y en Posta San Gabriel, a través de un equipo multidisciplinario para la ejecución de tamizajes enfocados en la evaluación de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

En las cuales, participan principalmente quienes efectúan EMP (Examen de Medicina Preventiva del Adulto), EMPAM (Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor) y Fichas CLAP (instrumento para evaluar salud en adolescentes): matronas, nutricionistas, enfermeras/os, kinesiólogos, TENS, psicólogos/as y trabajadoras sociales, además de todos los profesionales que pueden realizar

intervenciones en prevención de consumo, entrevista motivacional y /o derivación asistida de ser requerido.

Junto con lo anterior, se efectúa seguimiento mensual de tamizajes realizados, además dentro de Programa Salud Mental, Espacios Amigables para Adolescentes y Programa Vida Sana, se efectúan talleres en establecimientos educacionales de la comuna, con énfasis en la promoción y prevención, en contexto de autocuidado.

De acuerdo al corte efectuado al 31 de octubre del año 2024, se encuentran superadas ampliamente las metas exigidas en cuanto a tamizajes aplicados, salvo en rango etario de 20 a 44 años, con cifra que es factible de cumplir en los dos últimos meses del año:

Tabla N°18: Estado de cumplimiento de metas programa DIR año 2024

REQUERIMIENTO	METAS 2024	CUMPLIMIENTO A LA FECHA / TOTAL	% CUMPLIMIENTO
N° de personas de 10 a 19 años, con instrumentos de tamizaje aplicados	27	30	111%
N° de personas de 20 a 44 años, con instrumentos de tamizaje aplicados	73	67	92%
N° de personas de 45 años en adelante, con instrumentos de tamizaje aplicados	85	154	181%

*Fuente: Estadísticas de salud mental 2024, elaboración propia.*

### **BRECHAS**

- La alta demanda ha obligado en varias ocasiones a utilizar el tiempo destinado al trabajo administrativo planificado para el programa DIR en la atención de controles de salud mental, limitando la gestión del programa.
- Existe una baja identificación y abordaje de problemas de drogodependencias en la población usuaria de las postas de salud rural.
- Aunque se proyectó como un desafío clave para 2024, la incorporación de una dupla psicosocial para trabajo conjunto no estuvo disponible desde el inicio del año, comenzando a considerarse recién en el segundo semestre, lo que ha retrasado el alcance de los objetivos planteados.

## **DESAFÍOS**

- Diseñar y aplicar estrategias que promuevan la identificación y abordaje temprano de problemáticas de drogodependencias en usuarios/as de las postas rurales, incluyendo campañas de sensibilización y tamizaje.
- Incrementar las capacitaciones al equipo general en áreas clave como el uso de tamizajes, la realización de entrevistas motivacionales, y el desarrollo de intervenciones terapéuticas efectivas para abordar el consumo problemático de sustancias.
- Garantizar que los espacios destinados al trabajo administrativo del programa no se vean interrumpidos por la alta demanda asistencial, mediante una mejor planificación y priorización de tareas.
- Coordinar con el Servicio Metropolitano Sur Oriente para obtener y distribuir material impreso relevante al programa DIR, facilitando su difusión y comprensión entre usuarios y equipos de salud.
- Acelerar la implementación de esta figura para garantizar un abordaje integral y colaborativo en el desarrollo de estrategias y actividades dirigidas a las necesidades psicosociales de los usuarios.

Dado que la aplicación de tamizajes se efectúa en contexto de evaluaciones EMP; EMPAM y Fichas CLAP, tal como se detalló anteriormente y se encuentran en su mayoría con metas superadas con amplitud, quedaría la dificultad asociada a la problematización de consumo, identificándose el siguiente abordaje:

**FIGURA N°8: PROPUESTA DE ABORDAJE**

<b>PROBLEMA PRIORIZADO</b>	<b>ACCIONES POR PROBLEMA</b>	<b>INDICADORES POR ACCIÓN</b>
Escasa problematización de consumo en población usuaria de nuestras postas de salud rural	Aumentar capacitaciones al equipo de salud, especialmente de quienes realizan tamizajes	Porcentaje de funcionarios capacitados en entrevista motivacional e intervenciones terapéuticas

## **PROGRAMA MEJOR NIÑEZ, EX SENAME**

**Profesional a Cargo:** Javiera Seguel Ríos, Psicóloga.

**Equipo:** Belén Pérez, Trabajadora social – Catalina Aliaga, Matrona – Rafael Cáceres, Enfermero Universitario.

### **OBJETIVOS**

#### **Objetivo General**

Fortalecer las condiciones de salud general y salud mental de niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ) vinculados al programa Mejor Niñez (ex SENAME), mediante la implementación de atenciones de salud oportunas, continuas, inclusivas e integradoras, con un enfoque que promueva el bienestar y el desarrollo integral.

#### **Objetivos Específicos**

- Desarrollar estrategias de intervención basadas en el Modelo de Atención Integral en Salud, con enfoque familiar y comunitario, que respondan a las necesidades específicas de los NNAJ vinculados al programa.
- Realizar atenciones educativas, preventivas y promocionales, orientadas a mejorar la calidad de vida y el autocuidado de los NNAJ, fortaleciendo su acceso y adherencia a los servicios de salud.
- Garantizar la ejecución de prestaciones del programa de manera coordinada y efectiva, que facilite el seguimiento y la continuidad del cuidado, promoviendo resultados sostenibles en la salud física y mental de los usuarios y usuarias.

### **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA**

El programa **Mejor Niñez** (ex SENAME) establece la necesidad de garantizar el acceso continuo y coordinado a las prestaciones de salud. Este programa, en línea con los lineamientos actualizados para el año 2024, refuerza la importancia de un enfoque inclusivo, centrado en el bienestar integral y la protección de los derechos de los NNAJ en la comuna de San José de Maipo.

El programa contempla acciones clave como el **seguimiento periódico** de los usuarios y usuarias, la **priorización de atenciones en salud**, la **activación de alertas de casos críticos**, y la **coordinación intersectorial** para garantizar la eficacia de las intervenciones. Asimismo, se enfatiza el trabajo colaborativo con la red de salud y las instituciones vinculadas para fortalecer la adherencia y la continuidad de los cuidados.

En cumplimiento del compromiso establecido con el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO), el programa asegura que los NNAJ reciban al menos una **prestación anual en Atención Primaria de Salud**, tanto en controles preventivos como en salud mental. Además, se incorporan estrategias actualizadas que promueven la participación activa de las familias y el entorno comunitario, consolidando un modelo de atención integral y sostenible acorde a los desafíos actuales.

## CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN SENAME

La población incluye a niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ) ya sea que se encuentren en residenciales, sean atendidos de forma ambulatoria o por medio de la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente (medio libre, CIP, entre otros).

Tabla N°19: Población Mejor Niñez, ex SENAME Bajo control en Postas de Salud rural

POBLACION BAJO CONTROL	N° USUARIOS/AS				TOTAL
	AMBULATORIO	SANCION MEDIO LIBRE	RESIDENCIALES	CIP – CRC	
PSR MRC	4	58	13	0	77
PSR SG	0	3	0	0	3
PSR EV	0	0	0	0	0
TOTAL	4	61	13	0	80

*Fuente: REM P13, primer semestre 2024.*

El total de usuarios/as bajo control en las tres postas de salud rural asciende a **80 personas**, distribuidas en atención ambulatoria, sanción en medio libre y residenciales; atendidos por un equipo multidisciplinario compuesto por matronas, médicos, enfermeros/as, psicólogos/as y asistentes sociales, entre otros. La **PSR MRC** concentra la mayor carga asistencial, con el **96,3% del total**, de los cuales 58 corresponden a atención ambulatoria y 13 a sanción en medio libre, destacándose como la posta con mayor demanda en comparación a la **PSR SG**, que atiende al 3,8% del total, y la **PSR EV**, que no registra usuarios/as bajo control. Por tipo de atención, el 76,3% de los usuarios/as están en modalidad ambulatoria, seguida de sanción en medio libre con el 16,3%, mientras que no hay registros en las categorías residenciales ni CIP-CRC.

Durante el primer semestre de 2024, se fortalecieron los contactos intersectoriales con centros como PPF, PAE Puente Alto, PRM Cordillera y OPD, permitiendo optimizar derivaciones y seguimiento de los usuarios/as del programa. Además, se realizó una actualización de datos y un cruce entre programas internos para priorizar las derivaciones en salud mental, donde trabajadoras sociales, psicólogas y médicos han desempeñado un rol esencial. Destaca que un porcentaje significativo de la población se encuentra bajo supervisión de programas de acompañamiento, lo que mejora el seguimiento y previene la pérdida de usuarios/as. En este contexto, la PSR MRC requiere priorización de recursos dada su alta demanda, mientras que las postas extremas, como la PSR SG y la PSR EV, podrían beneficiarse de estrategias para ampliar su cobertura y optimizar sus atenciones

## BRECHAS

- Baja asistencia a controles preventivos de salud, particularmente entre adolescentes del programa, asociada al desconocimiento por parte de padres, madres y/o cuidadores sobre la importancia de los controles del ciclo vital.
- Dificultades en la implementación de estrategias de rescate telefónico para usuarios/as inasistentes, tanto en controles del ciclo vital como de salud mental.

- Insuficiente comunicación y coordinación entre los equipos intersectoriales, lo que dificulta el seguimiento integral de los usuarios/as de la red.

### **DESAFÍOS**

- Implementar y mantener un flujograma efectivo que abarque la detección, rescate y seguimiento de casos dentro del programa, articulándose con iniciativas relacionadas como Salud Mental, ChCC y acompañamiento psicosocial.
- Diseñar e implementar estrategias para garantizar la programación adecuada de cupos y atenciones necesarias para cada NNAJ perteneciente al programa.
- Fortalecer la coordinación y gestión interinstitucional con centros vinculados a la red (OPD, PRM, entre otros), promoviendo un seguimiento continuo y efectivo de los usuarios/as.
- Aumentar la sensibilización y capacitación de los cuidadores respecto a la relevancia de los controles preventivos, especialmente en la etapa adolescente, para mejorar la adherencia al programa.

### **INNOVACIONES**

- Realización de reuniones periódicas con equipos de programas complementarios para fomentar un flujo de trabajo colaborativo, centrado en la derivación oportuna, activación y actualización de casos con los profesionales pertinentes.
- Desarrollo de estrategias piloto para el seguimiento activo de usuarios/as, incluyendo herramientas digitales y nuevos canales de comunicación, que faciliten la vinculación y rescate en casos de inasistencia.

## **PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

**Profesional a cargo:** Catalina Aliaga Molina, Matrona.

**Equipo:** Mat. Catalina Aliaga Molina.

### **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA**

Se define el término de salud sexual y reproductiva como “la posibilidad del ser humano de tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de enfermedad ni de un embarazo no deseado, de poder regular la fecundidad sin riesgo de efectos secundarios, desagradables o peligrosos; de tener un embarazo y parto seguros, de tener y criar hijos e hijas saludables”, la salud reproductiva se entrelaza con la salud sexual, reconociéndose el derecho de las personas a acceder a servicios de salud adecuados, independientemente de cuál sea su situación reproductiva.

### **OBJETIVOS**

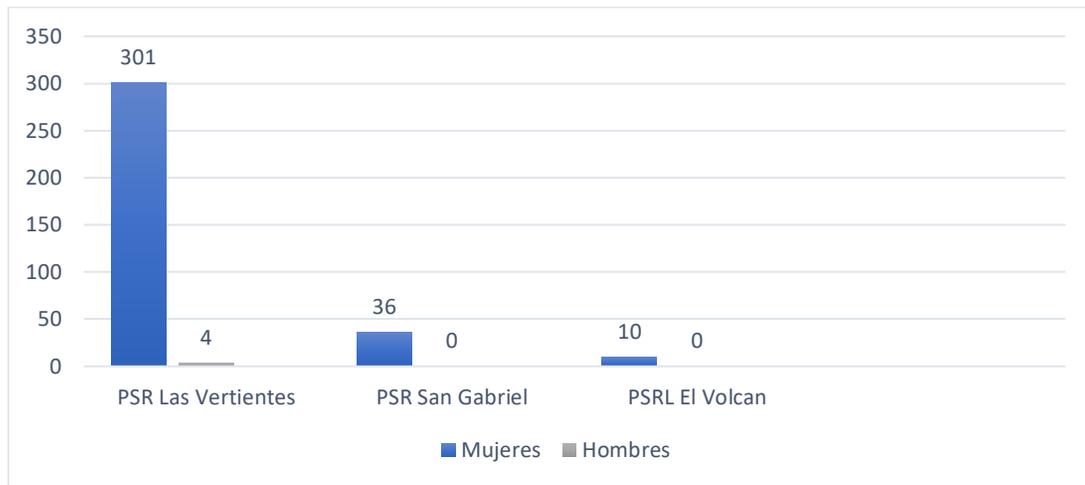
#### **Objetivo general**

Promover un modelo de salud integral que garantice que las personas puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos de manera informada, libre y responsable con enfoque de género.

#### **Objetivos específicos**

- Orientar a la mujer, la pareja y la familia para el ejercicio de una planificación familiar responsable y sexualidad saludable.
- Prevenir la aparición de afecciones que alteren la salud de la mujer, mediante la pesquisa y control oportuno de factores de riesgo y la prevención de daños específicos, a fin de mejorar la calidad de vida en las diferentes etapas del ciclo vital.
- Fomentar la mantención de las condiciones biológicas, psicoafectivas y sociales de la población femenina, preparándola para enfrentar adecuadamente las diferentes etapas de su ciclo vital, estimulando su participación como sujeto activo en el cuidado de su salud y la de su familia.
- Acentuar el enfoque preventivo y de riesgo en la ejecución de las actividades, con el fin de prevenir la aparición de afecciones que inciden en la salud de la mujer, garantizando la detección y tratamiento oportuno en los diferentes niveles de complejidad de atención.
- Prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH/SIDA, mediante el uso de métodos de barrera y exámenes preventivos.
- Coordinar acciones de salud con otros Programas que promuevan la salud de la mujer.

**Gráfico N°19: Población bajo control con métodos anticonceptivos según centro de inscripción**



*Fuente: Rem serie P1, año 2024*

Del gráfico N°19 se observa que la mayor población en control de métodos anticonceptivos se encuentra en la PSR Las vertientes que va relacionado con la cantidad de población inscrita en el centro. Dentro del gráfico podemos destacar la casi nula participación de hombres en el control de regulación de fecundidad, quienes también son considerados dentro del programa, sin embargo, se da énfasis en el ingreso de adolescentes de 15-19 años al uso de preservativos, logrando duplicar su ingreso en comparación al año 2023.

## **ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y SALUD CARDIOVASCULAR**

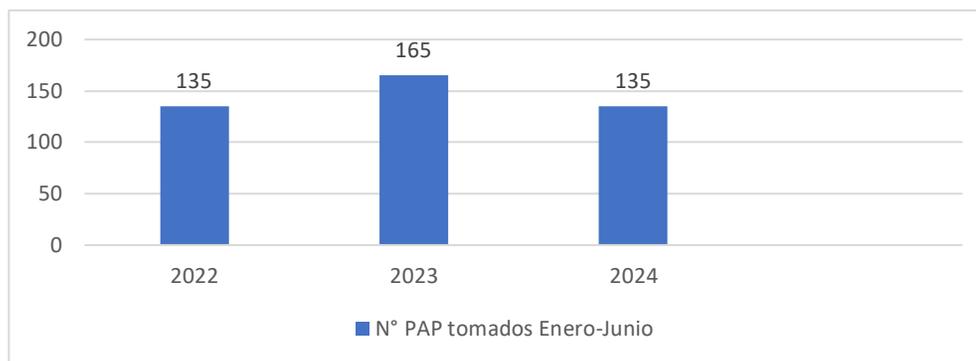
### **A. Cáncer Cervicouterino (CaCu):**

Seguir aumentando la cobertura de PAP vigente, en mujeres de 25 a 64 años; es una prioridad sanitaria ascendente ya que sigue siendo una de las principales causas de muerte en mujeres, pero que puede ser prevenible si se detecta a tiempo.

El compromiso del programa es la pesquisa precoz de neoplasia intraepitelial, con el objetivo de realizar la referencia correspondiente a nivel secundario para un tratamiento oportuno.

Durante el 2024 se implementó en PSR Las Vertientes el PRAPS de Continuidad de Cuidados, generando horas exclusivas para tamizaje (toma de PAP) en horario de extensión incluyendo los días sábados.

Gráfico N°20: Comparación exámenes citológicos tomados en enero-junio 2022, 2023 y 2024



*Fuente: Registros estadísticos periodos respectivos, 2024*

Se observa una disminución en la cantidad de tamizajes realizados en 2024 en comparación con 2023. Este descenso podría estar relacionado con la reducción de personal disponible, ya que en 2024 solo se cuenta con una matrona, quien tiene menos horas de atención clínica en comparación con el año anterior. Pese a lo anterior, se logró realizar una cobertura mayor al 80% de la población según lo establecido por MINSAL.

#### **B. Cáncer de mamas:**

Durante el año 2024 se esperaba potenciar el trabajo en red al igual que en el 2023, fortaleciendo los espacios de coordinación y focalizar adecuadamente el recurso disponible en mamografías y ecotomografías mamarias en los grupos de mayor riesgo, mejorando el seguimiento y la evaluación de los resultados, así como la referencia al nivel secundario en los casos que corresponda.

Para el desarrollo de este programa, se renovó el convenio con un prestador de servicios, garantizando la atención de nuestras usuarias conforme a los protocolos de derivación establecidos por la normativa ministerial. Sin embargo, debido a problemas administrativos, el inicio del convenio se retrasó hasta mediados del segundo semestre de 2024. A pesar de este retraso, se logró cumplir con los acuerdos establecidos con el servicio de salud.

#### **C. Enfermedades cardiovasculares:**

En el contexto del control ginecológico, uno de los principales desafíos en 2024 ha sido continuar con la identificación y seguimiento de mujeres en riesgo cardiovascular mediante el Examen de Salud Preventivo del Adulto (EMPA). La derivación interna a profesionales como médicos, enfermeras y/o nutricionistas ha sido clave para ofrecer un seguimiento adecuado a las usuarias con factores de riesgo cardiovascular. Sin embargo, la efectividad de esta estrategia se ve afectada por la falta de adherencia de algunas pacientes, quienes no regresan para la revisión de sus exámenes. Esto dificulta la continuidad y efectividad del control de medicina preventiva, ya que no se puede hacer un monitoreo adecuado ni implementar las intervenciones necesarias en tiempo y forma.

## **PROGRAMA DE LA MUJER**

El programa de la mujer contempla los mismos objetivos dentro del programa de salud sexual y reproductiva, enfocándose en este ítem en controles prenatales y post parto.

**Tabla N°20: Ingreso de embarazadas por edad y por centro de salud**

Edad	PSR Las Vertientes	PSR San Gabriel	PSR El Volcán	Total	%
<20 años	0	0	0	0	0
20-34 años	10	0	0	10	100
>35 años	0	0	0	0	0
Total	10	0	0	0	100

*Fuente: Registro estadístico, corte junio 2024.*

En la tabla anterior se resalta la ausencia de embarazos adolescentes en los tres centros de salud, situación que se repite tanto en 2022 como en 2023. Además, destaca la inexistencia de embarazos en mujeres mayores de 35 años, lo que conlleva a embarazos con menos factores de riesgo biológicos.

**Tabla N°21: Ingresos de embarazadas según edad gestacional y centro de salud**

Edad gestacional	PSR Las Vertientes	PSR San Gabriel	PSR El Volcán	Total	%
<14 semanas	9	0	0	9	90
>14 semanas	1	0	0	1	10
Total	10	0	0	10	100

*Fuente: Registro estadístico, corte junio 2024*

Según la tabla anterior, se observa que solo una gestante ingresó de manera tardía al control prenatal. Sin embargo, la usuaria recibió atención precoz en el sistema privado de atención en salud, lo que permitió un seguimiento adecuado de su gestación, ya que se realizaron todos los exámenes pertinentes según su edad gestacional.

**Tabla N°22: Características gestantes y centro de salud**

Características	PSR LV	PSR SG	PSR EV	Total
Primigesta	4	0	0	4
Múltipara	6	0	0	6
Migrante	1	0	0	1
Riesgo psicosocial	0	0	0	0
Embarazo planificado	5	0	0	5
Embarazo no planificado	5			5

*Fuente: Registro estadístico, corte junio 2024*

Del total de usuarias que ingresaron control prenatal en el primer semestre de 2024, el 50% no planificó su gestación. Sin embargo, el 100% de ellas aceptó su embarazo, sin que se registrara ningún caso de gestante con riesgo psicosocial.

**Tabla N°23: Ingresos de diadas según días de vida del RN y centro de salud**

Días de vida RN	PSR LV	PSR SG	PSR EV	Total
<10 días	5	1	0	6
11-28 días	2	0	0	2
Total	7	1	0	8

*Fuente: REM Enero-junio 2024*

Del total de diadas ingresadas durante el primer semestre, solo dos realizaron su control después de los 11 días de vida. Esto se debió a que uno de los recién nacidos recibió hospitalización domiciliaria por hiperbilirrubinemia, mientras que el otro fue hospitalizado por fisura labio-palatina. No obstante, en ambos casos se efectuó un seguimiento telefónico para monitorear el estado general de salud de la diada hasta su control presencial, gestionando oportunamente una cita adecuada para cada uno.

Registro primera jornada de talleres prenatales 2024.



**BRECHAS 2024**

- Disminución horas matrona, ya que solo se contó con una profesional.
- Convenio imágenes diagnosticas iniciado tardíamente (agosto 2024)
- Inasistencia de usuarias a horas exclusivas de tamizaje CaCu.

**INNOVACIONES 2024**

- Fomentar el acompañamiento significativo en control prenatal.
- Participación de acompañante en controles de rutina si la usuaria/o lo solicita.

- Jornadas prenatales para aumentar la participación de gestantes y sus familias optimizando sus tiempos
- Talleres multiprofesionales en distintas localidades de la comuna.
- Participación en actividades realizadas en la comuna otorgando prestaciones fuera de nuestro horario de atención.
- Intervención en lugares turísticos de la comuna fomentando prácticas sexuales seguras.
- Intervención en sala de espera con temáticas relevantes relacionadas con la salud sexual y reproductiva con enfoque de género y programa de la mujer incluyendo tanto a usuarios como funcionarios.

### **DESAFIOS 2025**

- Aumentar toma de PAP a usuarias cuyo examen esté sin vigencia.
- Aumentar número de mamografías en mujeres de 50-59 años.
- Aumentar ingreso de hombres al control de regulación de fecundidad.
- Realizar intervenciones en sectores de Postas Rurales más extremas.

### *Registro de actividades realizadas durante el 2024*



## **SALUD ORAL**

**Profesional a Cargo:** Daniel Díaz, Cirujano Dentista.

**Equipo Multidisciplinario:** Patricio Domínguez Warrington, Daniel Díaz Alfaro, Mayte Vicente, Daniela Araya, Manuel Gandarillas, Lilian Arriaza, Paulette Silva, Marta Villalón, Anggely Cortez.

## **PROGRAMAS SE REFOZAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

### **Acciones y Estrategias**

1. **Programa Mejoramiento de acceso odontológico**
2. **Programa "Sembrando Sonrisas":** Fluoración y entrega de kits de higiene bucal a niños de 2 a 5 años en jardines infantiles JUNJI e INTEGRA.
3. **Programa odontológico integral:** Ampliar la cobertura de atención para adultos de 20 años y más en situación de vulnerabilidad social, asegurando la rehabilitación protésica y tratamientos urgentes **a través de los programas Más sonrisas, Atención integral del hombre, Atención domiciliaria y Atención a estudiantes de enseñanza media**
4. **Programa Ges odontológico**

## **PROGRAMA MEJORAMIENTO DE ACCESO ODONTOLÓGICO**

1. **Fortalecimiento de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP)**

### **Objetivo**

Mejorar la calidad y eficiencia del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria (MAIS), con un enfoque proactivo en la atención de personas con cronicidad y múltiples condiciones.

### **Acciones Específicas para 2025:**

1. **Revisión y optimización de los procesos de atención y gestión:**
  - Rediseñar los protocolos de atención para facilitar el tránsito desde un modelo centrado en la enfermedad hacia un modelo colaborativo centrado en la persona.
  - Implementar un sistema de seguimiento y monitoreo remoto para el control de la cronicidad y el bienestar integral.
  - Integrar herramientas digitales para la coordinación entre los equipos de salud y los pacientes, asegurando el acceso a la información de salud relevante y el seguimiento en tiempo real.

## **2. Capacitación continua y especialización de los equipos de salud:**

- Implementar un programa de formación continua en enfoques de atención colaborativa centrada en la persona, garantizando que el personal de salud esté capacitado en las habilidades de comunicación, resolución de conflictos y manejo de la cronicidad.
- Fomentar el trabajo en equipo multidisciplinario, garantizando que los equipos de salud sean capaces de abordar las múltiples necesidades de la población con enfermedades crónicas.

## **3. Involucramiento activo de las personas en su cuidado:**

- Desarrollar programas de automanejo de la salud en colaboración con los pacientes, proporcionando herramientas digitales y capacitación para la toma de decisiones informadas.
- Impulsar la participación de la comunidad y las familias en el proceso de atención, fortaleciendo las redes de apoyo y educación comunitaria.

## **4. Atención diferenciada y equitativa según el nivel de riesgo:**

- Continuar implementando un sistema de estratificación de la población que permita ofrecer servicios diferenciados según el nivel de riesgo, y priorizar la atención preventiva.
- Asegurar que las personas con condiciones crónicas o multimorbilidad reciban atención continua y coordinada a lo largo del tiempo.

## **2. SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS**

### **Objetivo**

Garantizar el acceso equitativo y culturalmente pertinente a los servicios de salud para las poblaciones indígenas.

### **Acciones Específicas para 2025:**

#### **1. Desarrollo e implementación de un modelo de salud intercultural:**

- Diseñar un modelo de atención que combine prácticas tradicionales indígenas con los estándares de salud pública, respetando los saberes y prácticas culturales de cada pueblo indígena.
- Incluir en los protocolos de atención la capacitación sobre las tradiciones y prácticas de salud de los pueblos indígenas, así como la importancia de la medicina complementaria y alternativa.

## **2. Mejorar la accesibilidad de los servicios de salud en territorios rurales y aislados:**

- Implementar programas de atención móvil que ofrezcan servicios de salud en territorios indígenas, con especial énfasis en la prevención de enfermedades crónicas y la atención primaria.
- Aumentar la disponibilidad de servicios de telemedicina para facilitar el acceso a atención especializada, especialmente en áreas rurales.

## **3. Fortalecer la atención en salud mental y emocional:**

- Desarrollar servicios de salud mental que integren los enfoques comunitarios indígenas, asegurando que los terapeutas y profesionales de salud mental estén capacitados en los aspectos culturales de cada comunidad.

## **3. ATENCIÓN A PERSONAS MIGRANTES**

### **Objetivo**

Garantizar la inclusión de las personas migrantes en el sistema de salud pública con un enfoque en derechos humanos e interculturalidad.

### **Acciones Específicas para 2025**

#### **1. Mejorar el acceso a la atención para migrantes irregulares:**

- Reforzar las medidas para garantizar el acceso a la salud para migrantes sin documentos, implementando procesos de inscripción rápidos y accesibles en el sistema público de salud.
- Asegurar que los migrantes reciban atención en igualdad de condiciones que los ciudadanos nacionales, sin discriminación por su estatus migratorio.

#### **2. Sensibilización intercultural y lingüística en el personal de salud:**

- Implementar programas de capacitación intercultural para todo el personal de salud, con especial énfasis en la atención de migrantes y personas de diversas culturas, respetando sus tradiciones y necesidades.
- Crear materiales informativos multilingües sobre los servicios de salud, garantizando que los migrantes tengan acceso a la información relevante para su atención.

#### **4. MEJORA EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN APS**

##### **Objetivo**

Mejorar la disponibilidad y accesibilidad de la atención odontológica, especialmente en especialidades como endodoncia, prótesis removible y periodoncia.

##### **Acciones Específicas para 2025:**

###### **1. Ampliación del horario de atención odontológica:**

- Extender los horarios de atención en APS para cubrir a la población trabajadora y estudiantil, garantizando acceso a la atención odontológica en horarios fuera del horario laboral habitual, durante el año 2024 se amplió durante algunos meses la atención hasta las 22:00 hrs.

###### **2. Fortalecimiento de la resolución en APS:**

- Incorporar más especialidades odontológicas en los centros de APS, como la periodoncia y la endodoncia, para reducir las derivaciones y listas de espera.
- Desarrollar estrategias de promoción y prevención en salud bucal dirigidas a adultos, con un enfoque especial en las personas mayores y aquellas con enfermedades crónicas.

###### **3. Implementación de clínicas odontológicas móviles:**

- Aumentar el número de clínicas odontológicas móviles para atender a poblaciones en áreas rurales o de difícil acceso, proporcionando atención dental preventiva y correctiva en comunidades marginadas.

###### **4. Mejorar la calidad en el servicio odontológico:**

- Asegurar que los servicios odontológicos se ofrezcan con la máxima calidad y seguridad, implementando un sistema de evaluación y retroalimentación para mejorar continuamente los procesos y resultados.

## **SEMBRANDO SONRISAS**

El programa "Sembrando Sonrisas" tiene un impacto importante en la salud bucal de la población parvularia, pero siempre hay oportunidades para optimizar y ampliar su efectividad. A continuación, se presenta un plan de mejora que abarca diversas áreas clave para fortalecer la implementación y los resultados del programa:

### **1. Fortalecimiento del Enfoque Intersectorial**

#### **Objetivo**

Mejorar la colaboración entre los equipos de salud y educación, así como otros actores interinstitucionales.

### **2. Ampliación de la Cobertura y Monitoreo**

#### **Objetivo**

Aumentar la cobertura del programa y mejorar el seguimiento de los beneficiarios.

#### **Acciones:**

- **Ampliación de la cobertura:** Asegurar la inclusión de todos los establecimientos educativos en áreas rurales y en zonas de alta vulnerabilidad social, incrementando el alcance a más niños en situación de riesgo.
- **Implementación de un sistema de seguimiento y evaluación más robusto:** Utilizar plataformas digitales para registrar el índice CEOD (Caries, Extracciones, Obturaciones de dientes primarios) de cada niño y hacer un seguimiento continuo de la evolución de la salud bucal.

### **3. Mejoras en la Educación y Promoción de la Salud Bucal**

#### **Objetivo**

Mejorar la efectividad de las actividades educativas y la apropiación de hábitos de higiene bucal por parte de los niños, las educadoras y las familias.

#### **Acciones:**

- **Incorporar contenido educativo multimedia:** Desarrollar recursos visuales y digitales (videos, aplicaciones interactivas) que los educadores puedan usar para enseñar a los niños sobre salud bucal de manera atractiva y accesible.
- **Capacitar a los apoderados:** Ampliar la capacitación a los apoderados mediante charlas, folletos, y recursos digitales, sobre la importancia de los hábitos de higiene bucal y cómo mantenerlos en el hogar.
- **Campañas de sensibilización:** Organizar campañas de sensibilización sobre salud bucal en comunidades cercanas a los establecimientos educativos, usando estrategias de comunicación local y apoyándose en figuras clave de la comunidad.

#### 4. Evaluación y Ajustes de las Intervenciones Clínicas

##### Objetivo

Asegurar que las intervenciones clínicas sean más efectivas y personalizadas según las necesidades del niño.

##### Acciones:

- **Ajustes en la aplicación del barniz de flúor:** Evaluar la frecuencia y la técnica de aplicación del barniz de flúor para determinar si se pueden aumentar los beneficios, considerando factores como la cantidad de flúor aplicada, la técnica utilizada, y la cantidad de tiempo que los niños deben esperar después de la aplicación.
- **Personalización de la intervención odontológica:** Además de la aplicación de barniz de flúor, se podrían incluir intervenciones individuales más personalizadas para niños con alto riesgo de caries, como la aplicación de selladores de fisuras o el seguimiento clínico periódico.

#### 5. Evaluación y Monitoreo Continuo del Impacto

##### Objetivo

Medir el impacto del programa de manera integral y usar los resultados para mejorar la calidad de las intervenciones.

##### Acciones:

- **Diseño de un sistema de evaluación de impacto:** Implementar una evaluación periódica del impacto del programa sobre la salud bucal de la población parvularia, tanto en términos de la reducción de caries como en el cambio en los hábitos de higiene bucal.
- **Establecimiento de indicadores de calidad y eficiencia:** Definir indicadores de calidad para medir el desempeño del programa.
- **Revisión y retroalimentación continua:** Crear un mecanismo de retroalimentación que permita ajustes en tiempo real en base a los resultados obtenidos. Organizar reuniones periódicas con los equipos locales para revisar los avances y desafíos.

## **PROGRAMA ODONTOLÓGICO INTEGRAL**

### **1. Acción:**

Optimización del proceso de derivación y criterios de priorización

#### **Objetivo**

Mejorar la identificación de pacientes con mayor necesidad de atención mediante una evaluación más precisa de los niveles de daño.

#### **Acciones específicas:**

- Mejora de la coordinación interinstitucional: Aumentar la colaboración con las instituciones que derivan pacientes, como el SERNAMEG y PRODEMU, para asegurar que los beneficiarios sean correctamente priorizados según criterios de salud bucal.

### **2. Ampliación de la Cobertura de Tratamientos Preventivos**

#### **Acción: Fortalecimiento de la prevención temprana y educación continua**

**Objetivo:** Reducir la prevalencia de caries y enfermedades periodontales a través de acciones preventivas más efectivas y el aumento de la conciencia sobre la importancia de la salud bucal.

#### **Acciones específicas:**

- **Campañas de educación pública:** Implementar campañas educativas masivas sobre hábitos de higiene bucal, el impacto del tabaco y el alcohol en la salud dental, y la importancia de las revisiones odontológicas periódicas.
- **Mejoramiento de la atención preventiva:** Asegurar que cada beneficiario reciba atención preventiva antes de cualquier intervención curativa.

### **3. Fortalecimiento de la Capacitación y Actualización del Personal Odontológico**

#### **Acción: Capacitación continua para el personal de salud**

#### **Objetivo**

Asegurar que los profesionales odontológicos estén actualizados sobre las mejores prácticas y tecnologías en el tratamiento odontológico integral y rehabilitación protésica.

#### **Acciones específicas:**

- **Cursos de formación continua:** Desarrollar y ofrecer cursos de actualización sobre nuevas técnicas de restauración dental, endodoncia y prótesis removable, así como sobre gestión de pacientes con comorbilidades.
- **Entrenamiento en gestión de listas de espera:** Capacitar a los odontólogos y personal administrativo en la gestión eficiente de listas de espera, garantizando que los pacientes más vulnerables reciban atención prioritaria.

#### 4. Mejora en la Calidad del Servicio y Satisfacción del Usuario

##### Acción: Monitoreo de la calidad de atención mediante auditorías y encuestas

**Objetivo:**

Asegurar que los pacientes reciban una atención de calidad mediante un sistema de auditoría y retroalimentación eficiente.

**Acciones específicas:**

- **Seguimiento post-tratamiento:** Implementar un seguimiento post-tratamiento más exhaustivo para identificar posibles complicaciones o insatisfacciones a largo plazo.

#### 5. Implementación de Nuevas Tecnologías y Equipos

##### Acción: Modernización del equipamiento odontológico y de registro

**Objetivo:**

Mejorar la eficiencia y calidad del tratamiento mediante el uso de tecnologías más avanzadas.

#### 6. Fortalecimiento de la Coordinación Intersectorial y Comunitaria

##### Acción: Fomentar alianzas con otras instituciones y redes comunitarias

**Objetivo:**

Mejorar el acceso y la cobertura del programa mediante la colaboración con actores del sector público y privado.

**Acciones específicas:**

- **Alianzas con municipalidades y organizaciones sociales:** Establecer acuerdos con las municipalidades y organizaciones comunitarias para ampliar la cobertura y acercar el servicio a las poblaciones vulnerables.
- **Campañas de sensibilización y promoción en comunidades locales:** Realizar talleres y actividades educativas en centros comunitarios, hogares de adultos mayores y centros de rehabilitación para fomentar el autocuidado de la salud bucal.

## **PROGRAMA GES ODONTOLÓGICO**

### **Objetivos del Programa**

#### **Objetivo General**

Garantizar el acceso a atención odontológica integral a la población priorizada bajo el sistema GES, específicamente a mujeres embarazadas, niños de 6 años y adultos mayores de 60 años, con un enfoque de promoción, prevención y rehabilitación oral.

#### **Objetivos Específicos**

1. Realizar un diagnóstico completo, seguimiento preventivo, refuerzo educativo y tratamiento rehabilitador para embarazadas, niños de 6 años y adultos de 60 años.
2. Brindar tratamiento odontológico urgente e impostergable a los pacientes con necesidades inmediatas.
3. Implementar estrategias digitales y telemedicina para optimizar el acceso y seguimiento en zonas rurales y alejadas.
4. Incorporar nuevas tecnologías de diagnóstico temprano para la detección de enfermedades orales, como la caries y la gingivitis, con el objetivo de reducir los índices de morbilidad en los grupos vulnerables.

### **Salud Oral Integral de la Embarazada**

#### **Objetivo General**

Proporcionar atención odontológica integral a las mujeres embarazadas, orientada a la prevención, tratamiento y seguimiento de las enfermedades bucales durante el embarazo, con énfasis en la educación y autocuidado.

#### **Acciones y Estrategias**

- **Atención Odontológica Integral:** Desde el inicio del embarazo, con un enfoque en la prevención de enfermedades bucales que puedan afectar tanto a la madre como al bebé.
- **Educación y Promoción:** Charlas educativas sobre la relación entre la salud bucal y las complicaciones del embarazo, como la preeclampsia, bajo peso al nacer y parto prematuro.
- **Control Preventivo:** Dos visitas programadas, con control de higiene oral, fluoración tópica y tratamiento de ser necesario
- **Colaboración Intersectorial:** Coordinación estrecha con matronas y otros profesionales de la salud para garantizar la cobertura integral.

### **Cumplimiento y Desafíos 2025**

- **Cumplimientos:** Se mantendrán cupos exclusivos para embarazadas, garantizando la atención oportuna durante los 9 meses de gestación y 15 meses de garantía.

## **Salud Oral Integral del Adulto Mayor de 60 Años**

### **Objetivo General**

Ofrecer atención odontológica integral a personas mayores de 60 años, enfocada en la prevención de enfermedades orales y la rehabilitación protésica, mejorando la calidad de vida de este grupo etario.

### **Acciones y Estrategias**

- **Atención Preventiva y Educativa:** Evaluaciones periódicas de salud bucal, promoción de hábitos de higiene adecuados y medidas de prevención de caries y enfermedades periodontales.
- **Rehabilitación Protésica:** Reemplazo de dientes perdidos mediante prótesis removibles o fijas, según necesidad, y restauraciones dentales.
- **Atención de Urgencias Odontológicas:** Priorización de atención para tratar problemas dentales urgentes, como infecciones o dolor agudo.
- **Telemedicina y Consultas a Domicilio:** Implementación de consultas odontológicas virtuales y visitas domiciliarias para personas con movilidad reducida o en situaciones de dependencia.

### **Compromisos 2025**

- **Cumplimientos:** Al menos un 90% de los adultos mayores de 60 años deberán recibir atención preventiva y, en su caso, rehabilitación dental.
- **Desafíos:** Sensibilizar a la población sobre la importancia de la salud bucal en la vejez y aumentar la cobertura en zonas rurales y áreas con alta tasa de envejecimiento poblacional.

## **PROGRAMA CERO**

### **Objetivos del plan de mejora**

- **Fortalecer la prevención y detección temprana de caries y otras patologías bucales** en adolescentes.
- **Ampliar la cobertura del programa**, asegurando el acceso de adolescentes en áreas rurales y de difícil acceso.
- **Optimizar la coordinación interdisciplinaria** entre los equipos de salud bucal y general.
- Incorporar **tecnologías innovadoras y estrategias digitales** para educación y seguimiento.

### **Áreas de acción y estrategias**

#### **A. Cobertura y Acceso**

1. **Fortalecer la articulación con programas escolares y comunitarios:** Realizar tamizajes bucales masivos en instituciones educativas y promover derivaciones al programa.
2. **Extender horarios de atención:** Considerar horarios vespertinos y fines de semana para facilitar la asistencia de adolescentes que estudian o trabajan.

#### **B. Promoción de Hábitos Saludables**

1. **Uso de tecnologías digitales:**
  - Desarrollo de aplicaciones móviles y campañas en redes sociales con contenido educativo sobre higiene bucal, alimentación saludable y detección de riesgos.
  - Creación de una plataforma interactiva para adolescentes con recordatorios de citas y seguimiento de hábitos.
2. **Capacitaciones dirigidas a familias:** Talleres en centros de salud y escuelas para fomentar la corresponsabilidad en el cuidado de la salud bucal de los adolescentes.

#### **C. Innovación en Diagnóstico y Tratamiento**

1. **Adopción de herramientas digitales:**
  - Uso de cámaras intraorales para documentar y compartir imágenes con especialistas.
  - Incorporación de sistemas digitales para registrar y monitorear el riesgo cariogénico.
2. **Capacitación continua al personal odontológico:** Cursos sobre técnicas avanzadas de prevención, detección de patologías y manejo integral de adolescentes.

#### **D. Monitoreo y Evaluación**

1. **Retroalimentación constante:** Encuestas a usuarios adolescentes para evaluar satisfacción y recoger sugerencias.

#### **E. Integración con Salud General**

1. **Coordinación con equipos de salud integral adolescente:** Crear protocolos conjuntos para el manejo de adolescentes con patologías sistémicas que puedan afectar la salud bucal.
2. **Fortalecer la detección de alteraciones bucales asociadas a enfermedades sistémicas** (p. ej., infecciones de transmisión sexual, trastornos alimenticios) mediante capacitaciones interdisciplinarias.

### **3. RECURSOS NECESARIOS**

- **Recursos Humanos:** Contratación de personal odontológico adicional para extender horarios y atender en unidades móviles.
- **Infraestructura y Tecnología:** Adquisición de unidades móviles, cámaras intraorales, software de registro de datos y herramientas digitales.

### **4. PRODUCTOS ESPERADOS**

1. Incremento en la cobertura del programa a un 85% de la población adolescente objetivo.
2. Reducción de la prevalencia de caries severa en adolescentes en un 20% en comparación con 2024.
3. Mayor satisfacción de los usuarios del programa, con un nivel de satisfacción superior al 90%.
4. Establecimiento de al menos 1 unidad móviles odontológicas operativas en zonas prioritarias.

## **PROGRAMA DE REHABILITACIÓN**

**Profesional a Cargo:** kinesiólogo Pablo Araya Contreras.

**Equipo:** Kinesiólogos Pablo Araya, Vanessa Ahumada, Patricio Cusó, Fonoaudióloga Denisse Herrera.

## **PROPÓSITO DEL PROGRAMA**

Mejorar el funcionamiento y las condiciones socio-participativas para el adecuado desempeño en comunidad y mejoramiento en la calidad de vida de las personas afectadas, sus familias y el entorno y que, para ello, requieren prestaciones de rehabilitación.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Entregar prestaciones de rehabilitación de calidad, en forma oportuna y accesible, a las personas con problemas en el funcionamiento permanente o transitorio, mejorando la resolutiveidad a nivel de la atención primaria de salud.

### **Objetivos Específicos**

- Desarrollar estrategias de rehabilitación integradas funcionalmente a la atención primaria de salud, bajo un enfoque biopsicosocial y familiar.
- Aumentar la cobertura de rehabilitación física y sensorial en la red de atención primaria.
- Incluir al equipo de Rehabilitación las prestaciones de Fonoaudiología, cuyas prestaciones incluirán: Evaluación y tratamiento de los trastornos de deglución, habla, voz, lenguaje y audición, rehabilitación a todas aquellas personas que queden con secuelas asociadas al Covid 19 o síndrome post UCI/UTI y secuelas neurológicas, dentro de todo el ciclo vital.
- Fortalecer las atenciones integrales en las personas que presentan problemas en su funcionamiento, deterioro cognitivo, en el contexto familiar y comunitario.
- Desarrollar programas de prevención de discapacidades, mejorar el desempeño cognitivo, promoción de la actividad física y mantención de la funcionalidad a lo largo del ciclo vital.
- Contribuir a la generación de redes comunitarias e intersectoriales para el logro de la participación en comunidad (inclusión social) de las PsD (Personas en Situación de Discapacidad), o problemas de funcionamiento.
- Optimizar la derivación en red de salud comunal, en beneficio de los usuarios, con el fin de que su atención sea cercana y sin dificultades de acceso.

## **COMPROMISOS 2024**

- Aumentar los ingresos de pacientes que precisen de rehabilitación.
- Desarrollar las prestaciones de fonoaudiología como parte de la estrategia de mejora en la resolutiveidad local.
- Generación de protocolos de atención, resguardando la bioseguridad, tanto de los tratantes como de las y los usuarios.
- Generar nuevos lazos con el Intersector para favorecer la inclusión de las PsD.

- Generar protocolos de atención estandarizados para el manejo de pacientes y sus diversas necesidades según diagnósticos.
- Aumentar las atenciones para la valoración de la discapacidad y consecución de carnet de discapacidad.
- Priorizar las atenciones y favorecer la participación en comunidad de personas mayores.
- Desarrollar nuevos talleres grupales con objetivos de tratamiento y mantención de la autovalencia.
- Aumentar las altas kinésicas con objetivo de participación en comunidad.

### **CUMPLIMIENTOS**

- Se mantiene implementado el programa de rehabilitación integral en conjunto con los recursos municipales de rehabilitación, potenciando el área.
- Se incorpora al equipo de rehabilitación profesional Fonoaudióloga.
- Se aumentan las atenciones de rehabilitación en Postas de San Gabriel y El Volcán con Kinesióloga del programa Rehabilitación Integral, priorizando la Neurorehabilitación.
- Se realiza celebración del “Mes de Las Personas Mayores.
- Se generan talleres con la comunidad, destacando taller de huertos comunitarios, taller cognitivo, taller de artrosis y psicomotricidad para personas mayores. (Collage de fotos 1)

#### **Collage de Fotos 1:**



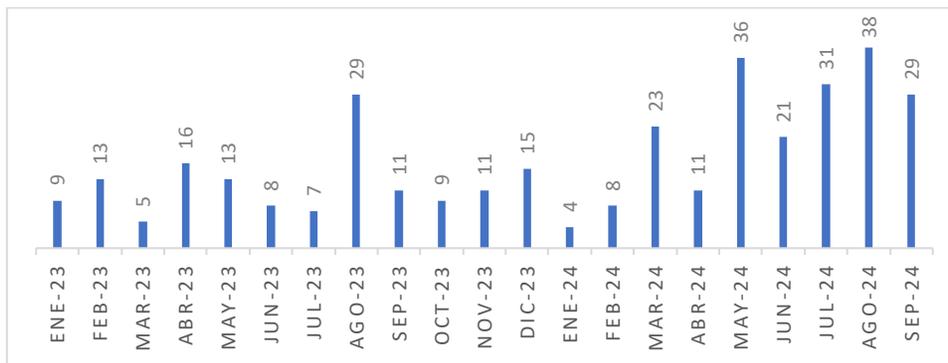
Tabla N°24: Resumen de las actividades realizadas el año 2023/2024

En la tabla se puede apreciar un aumento significativo de ingresos en el período octubre 2023 a septiembre 2024 en relación al mismo período 2022 al 2023. Tenemos un total de 233 ingresos desde al año 2022 a septiembre 2023.

PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACIÓN		
Ingresos estrategia de Rehabilitación Integral	de y	236
Ingresos Artrosis (cadera y/o rodilla)		33
Sesiones de Rehabilitación		2038
Ingresos Neurorehabilitación		64

Fuente: Registro estadístico local

Gráfico N°21: Tendencia de ingresos enero 2023 a septiembre 2024



Fuente: Datos estadísticos de REM

A diferencia de los datos presentados el año pasado, se observa un aumento significativo de los ingresos a la sala de rehabilitación, esto debido a la incorporación de fonoaudióloga al área y al aumento de las horas médicas en nuestros centros de salud, lo que se traduce en un aumento de derivaciones para tratamiento de rehabilitación.

### **BRECHAS 2024**

Las brechas del año 2024 tienen relación al aumento de la demanda de servicios de rehabilitación, lo que evidencia un déficit en el tamaño y cantidad de recursos del área.

- Metros cuadrados efectivos destinados a la sala de rehabilitación limitan la cantidad de usuarias y usuarios atendidos por hora.
- Los insumos para las atenciones se consumen con mayor rapidez.
- No existe estandarización en las derivaciones desde el estamento médico a rehabilitación.
- Poco egreso por alta kinésica en relación a los ingresos, lo que genera una merma en las horas kinésicas disponibles.
- Escasa oferta para continuidad de cuidados a pacientes dados de alta de rehabilitación.

## **COMPROMISOS 2025**

- Optimizar las prestaciones de rehabilitación, generando más talleres grupales estandarizados para las distintas necesidades de las y los usuarios.
- Generar monitores, dentro de la comunidad, para dar continuidad en el tratamiento fuera del centro de salud.
- Aumentar la oferta de talleres con temáticas en la prevención y promoción en salud.
- Ser partícipes en la toma de decisiones para la oferta de actividades ofertadas por el Intersector y que pudiesen beneficiar a las y los usuarios dados de alta de rehabilitación.
- Estandarizar y mejorar la comunicación con médicos para lograr derivaciones a rehabilitación coherentes y atingentes a la realidad local.

## **PROGRAMA RESPIRATORIO SALA IRA – ERA SAN JOSÉ DE MAIPO**

**Profesional a cargo:** Kinesióloga Yasna Rodríguez Sandoval

**Equipo:** Alejandra Acevedo Acevedo, TENS, Nicolas Tobar Guiñez, Medico, Yasna Rodríguez Sandoval, Kinesióloga.

### **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA**

En la comuna de San José de Maipo se establece la estrategia nacional de salud respiratoria implementando el dispositivo de Sala Mixta que reúne los Programas de enfermedades respiratorias IRA - ERA y el programa Oxígeno Domiciliario, constituido de esa forma para poblaciones de baja densidad. La Sala mixta brinda atenciones de salud respiratoria de manera transversal para las Postas De Salud Rural de la Cooperación Municipal de Salud y la Posta de Atención Primaria de salud del Complejo Hospital de San José de Maipo.

### **PROGRAMA IRA - ERA**

El programa IRA tiene como población objetivo a los usuarios entre 0 a 19 años y el programa ERA a los usuarios de 20 años o más que cursan con enfermedades respiratorias crónicas y/o agudas. Los usuarios son derivados desde atención abierta por médico, atención cerrada post hospitalización y desde el servicio de urgencia. Ambos programas realizan actividades de promoción, prevención, pesquisa precoz, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación respiratoria. El enfoque de sala mixta es a través del modelo de atención integral y familiar, coordinando con los diferentes niveles de la red de salud.

### **OBJETIVOS**

#### **Objetivo General**

Entregar atención oportuna y de calidad a los usuarios que cursan con infección respiratoria aguda y respiratoria crónica, favoreciendo la disminución de complicaciones y mortalidad prematura, a su vez contribuir en mejorar la calidad de vida de los usuarios.

#### **Objetivo Especifico**

- Disminuir la mortalidad prematura por enfermedades respiratorias agudas.
- Disminuir las hospitalizaciones por síndrome bronquial obstructivo con el fin de aumentar la resolutivez de APS.
- Favorecer el autocuidado en los usuarios con enfermedades respiratorias crónicas a través de las educaciones y consejerías individuales o grupales de los usuarios.
- Brindar atención oportuna y eficiente a la población con infecciones respiratorias agudas para evitar el colapso en los centros de urgencia y hospitalizados.
- Aumentar la pesquisa prematura de pacientes con EPOC, ASMA o LCFA para permitir una mejor calidad de vida en la vejes.
-

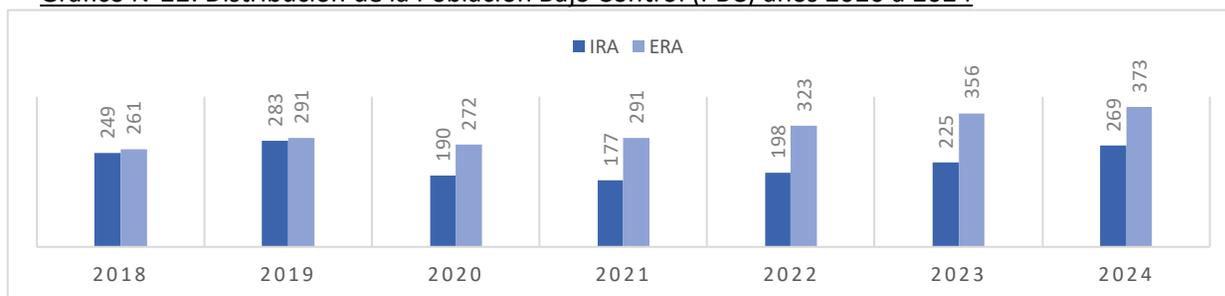
## **CUMPLIMIENTOS 2024**

### **INGRESOS ERA – IRA**

En el periodo 2024 en el corte de junio, el programa IRA presento un crecimiento del 16.3% representando un incremento mayor al logrado en el año 2023 y el programa ERA un incremento del 4.5%, según se muestra en el Grafico N°22. Registrando entre ambos programas un total de población bajo control (PBC) de 642 usuarios, dando cumplimiento a uno de los compromisos 2024 de ingresar un 12% de usuarios al programa.

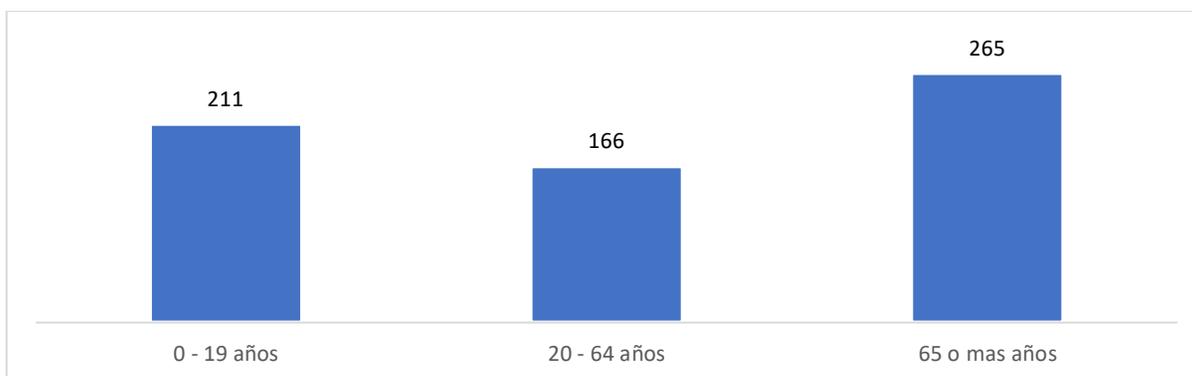
La PBC del programa IRA y ERA presenta una población según rango etario distribuida de la siguiente forma; entre los 0 – 19 año representa un 32.9% del total de la PBC, entre los 20 – 64 años representa un 25.9% y entre los 65 o más años equivale a un 41.3%, siendo este último el más significativo de los 3 rangos, observable en el Grafico N°23.

**Gráfico N°22: Distribución de la Población Bajo Control (PBC) años 2020 a 2024**



*Fuente Registro estadístico mensual (REM) corte junio 2024.*

**Gráfico N°23: Población Bajo control del Programa IRA – ERA según rango etario (corte junio 2024)**



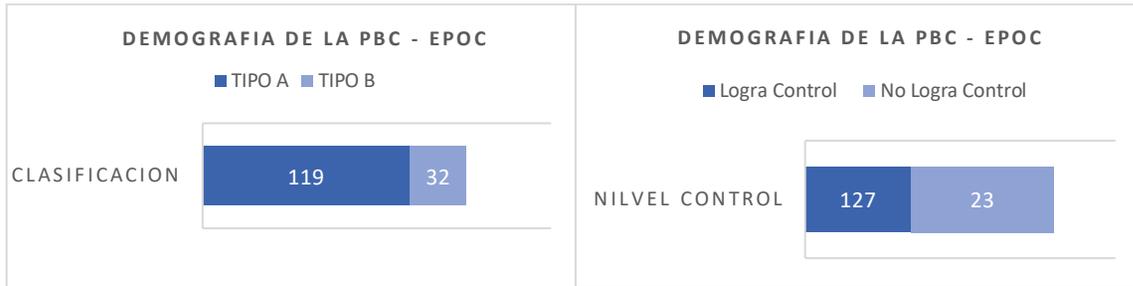
*Fuente Registro Estadístico Mensual*

### **EPOC**

El programa ERA/EPOC registrada hasta el corte de junio 2024 un total de 151 usuarios, los cuales se clasifican en Tipo A que equivalen a un 78,8% y Tipo B que son un 21,2% del total de la PBC/EPOC, entre ambas clasificaciones presentan un nivel de control de la patología respiratoria correspondiente

a Adecuado Control un 84.7% y No Logra Control Adecuado un 15,3% de los 151 usuarios, cifras muy similares a lo realizado en el 2023. Observable en el Grafico N°24. Cumpliendo uno de los compromisos del 2023 al mantener una mayor población con adecuado control de su patología.

**Gráfico N°24: Demografía de la PBC - EPOC**



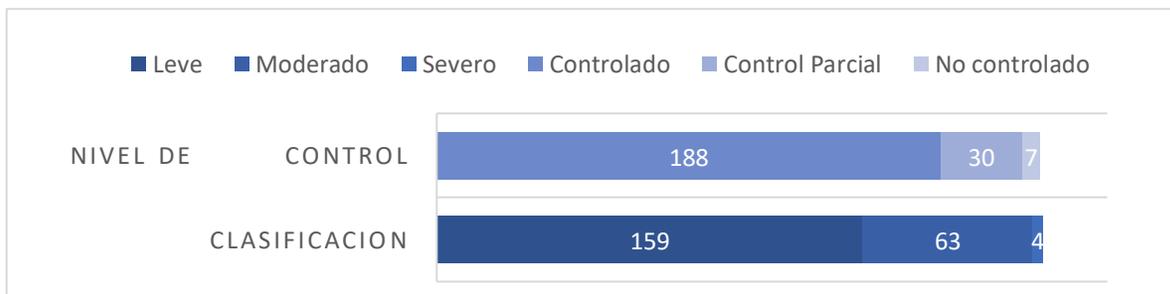
Fuente: Registro Estadístico Semestral Serie P3 año 2024.

**ASMA**

El programa IRA/Asma en el periodo 2024 tiene una población bajo control correspondiente a 226 usuarios, la cual se distribuyen por clasificación según gravedad en Leve corresponde a un 70.4%, Moderado un 27.9% y Severo un 1.8%. También esta segmentada por el nivel de control del asma correspondiente a Controlado 81.5%, Parcialmente Controlado 14.8% y No Controlado del 3.7%. cifras que en comparación al 2023 se mantiene en rangos muy similares con una variación de 1% o 2%. Observable en el Grafico N°25.

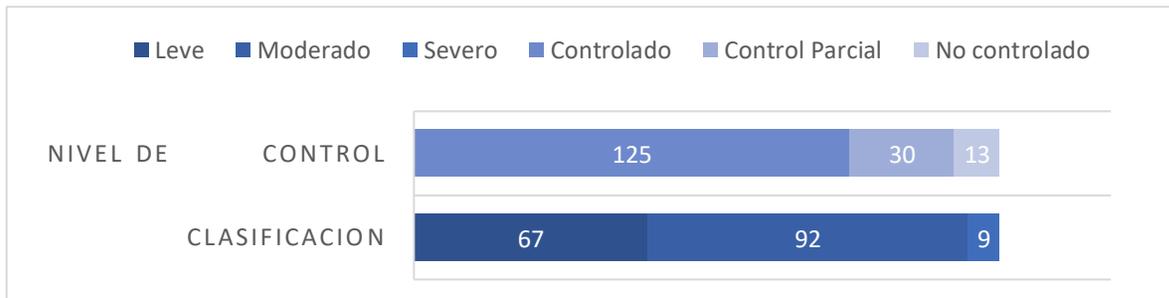
El programa ERA/Asma tiene una población bajo control correspondiente a 168 usuarios, los cuales se distribuyen por clasificación según gravedad en Leve un 39.9%, Moderado un 54.8% y Severo un 5.3%. El nivel de control del asma para el periodo 2024 corresponde a Controlado 74.4%, Parcialmente Controlado 17.8% y No Controlado del 7.8%. Observable en el Grafico N°26.

**Gráfico N°25: Demografía de la población bajo control IRA/ASMA**



Fuente: Registro Estadístico Semestral Serie P3 año 2024.

**Gráfico N°26: Demografía de la población bajo control ERA/ASMA**



Fuente: Registro Estadístico Semestral Serie P3 año 2024.

**IRA/SBOR**

El programa IRA/SBOR tiene una población bajo control correspondiente a 42 usuarios, los cuales se distribuyen por clasificación según gravedad en Leve un 52.4%, Moderado un 47.6% y Severo del 0% registrada al corte de junio 2024. Observable en el Grafico N°27.

**Gráfico N°27: Demografía de la población bajo control - SBOR**



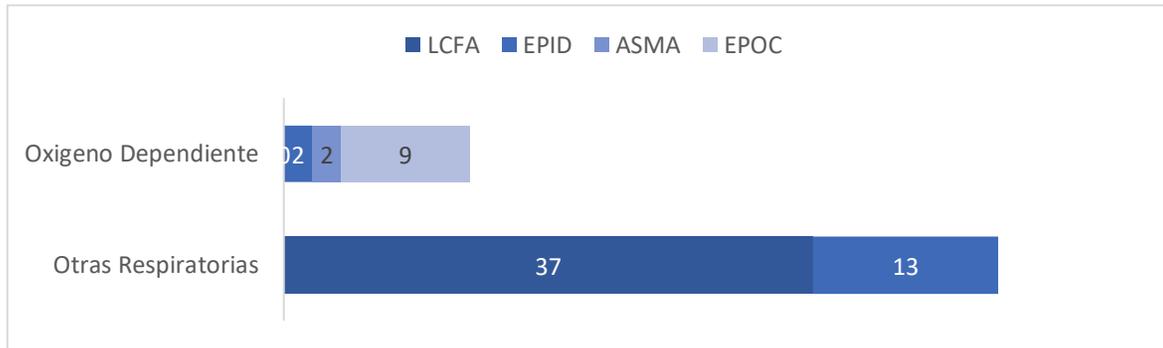
Fuente: Registro Estadístico Semestral Serie P3 año 2024.

**OTRAS RESPIRATORIAS**

Programa ERA/Otras Respiratorias compuestos por la limitación crónica del Flujo Aéreo (LCFA) y Enfermedad Pulmonar Difusa Intersticial (EPID) tiene una población bajo control de 50 usuarios al corte de junio 2023.

Programa ERA/Oxigeno Dependiente al corte de junio 2023 presenta una población bajo control total de 13 usuarios con diferentes patologías respiratorias crónicas de base. Observable en el Grafico N°28.

**Gráfico N°28: Demografía de la población bajo control de otras enfermedades respiratorias y oxígeno dependientes**

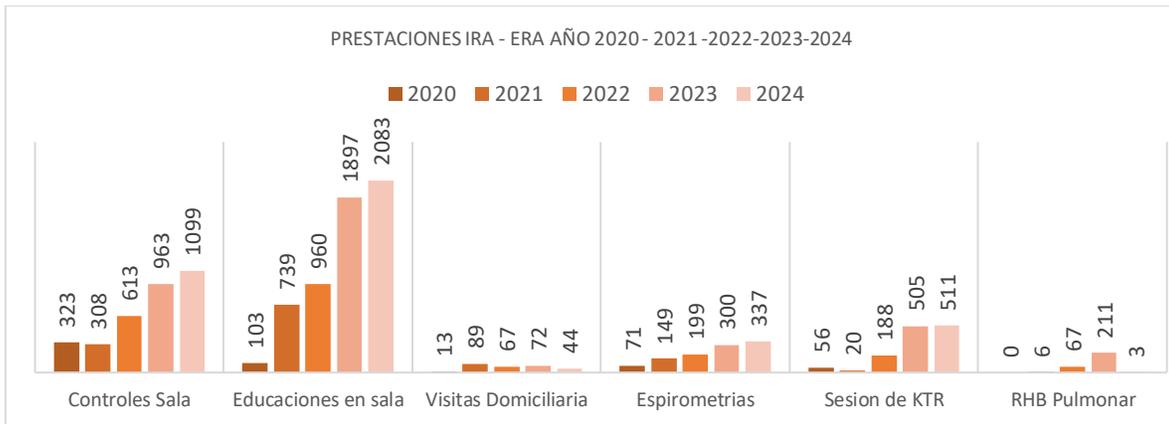


*Fuente: Registro Estadístico Semestral Serie P3 año 2024*

**PRESTACIONES PROGRAMA IRA – ERA**

Las prestaciones del programa IRA y ERA en su mayoría tuvieron un alza en comparación con el 2023 a excepción de las Visitas domiciliarias y RHB pulmonar que tuvieron una baja significativa para el periodo 2024, significando el no cumplimiento de uno de los compromisos del 2023. Ambas prestaciones se vieron afectadas por el alza en la demanda de cupos para sesiones de KTR (kinesioterapia respiratoria)

**Gráfico N°29: Prestaciones IRA – ERA AÑOS 2020 A 2024**



*Fuente: Registro Estadístico Mensual Julio 2023 a junio 2024*

### Taller Antitabaco 2024



Realizado en el mes de mayo 2024 donde se conmemoro el Día Mundial Sin Tabaco en conjunto con el equipo de promoción y participación.

### Taller Jardines Infantiles 2024



Taller Educación sobre cuidados respiratorios en la infancia dirigido para las cuidadoras y parvularias de los jardines infantiles

### META SANITARIA (MS7)

Durante el periodo 2024 se cumple la MS7 presentando una cobertura del 29.6% estando por sobre la meta establecida para el 2024 la cual corresponde a un 28.0%. para el periodo 2025 se fija la MS7 en un 34.6%.

Tabla N°25: Cobertura efectiva de tratamiento en enfermedades respiratorias crónicas (asma y EPOC) en personas de 5 años y más

PBC		Población inscrita Validada	
Asma Controlada	296	PBL >5 años	8973
EPOC Logra Control Adecuado	123	Prevalencia del Asma 10%	<b>897</b>
Total	419	PBL >40 años	4734
		Prevalencia del EPOC 11.7%	<b>554</b>
		Total	1415

*Fuente: Registro Estadístico Mensual 2024.*

Tabla N°26: Calculo de Meta Sanitaria de Enfermedades Respiratorias (MS7)

Numerador: Pacientes que logran Control en EPOC y ASMA según REM AP3 junio 2023.	419	29.6%
Denominador: Prevalencia de Asma 10% mayor de 5 años y EPOC 11.7% en mayor de 40años, según población validada 2023.	1415	

*Fuente: Registro Estadístico Mensual 2024*

### COMPROMISOS 2025

- Aumentar los ingresos del programa IRA – ERA en un 15% manteniendo la metodología realizada hasta ahora a través de la contante educación a los médicos sobre sospecha de patologías respiratorias y la derivación correspondiente según garantía GES.
- Mantener flujo de Ingreso primero con medico médico y al mes ingreso con kinesióloga para resguardar el correcto uso de la terapia, resolver dudas de los usuarios y afinar técnica inhalatoria.
- Lograr meta sanitaria 7 “Cobertura efectiva de tratamiento en enfermedades respiratorias crónicas (asma y EPOC) en personas de 5 años y más” para el 2025 que establece un porcentaje de crecimiento de un 34.6% según normativa del servicio de salud sur oriente.
- Mantener la rotativa Medico – Kinesiólogo en controles de la PBC por su efectividad en mantener síntomas respiratorios crónicos controlados a través del ajuste de tratamientos inhalatorios o derivaciones a nivel secundario.
- Garantizar nuevamente el cumplimiento de la Rehabilitación Pulmonar fomentando la derivación medica según flujos establecidos, pauta de ingreso y egreso, numero de sesiones, espacio físico e implementos de trabajo.
- Mantener Talleres Antitabaco, Infección Respiratoria Aguda y Hogar Libre de Humo en la comunidad infantil y de adultos mayores. Logra de 2 a 3 controles anuales.

- Mantener el nivel de control de la población bajo control por sobre el porcentaje logrado en el 2024 de un 80.0%.
- Cumplir trazadoras N°4 control de crónicos respiratorio sala IRA (10-19 años) y trazadora N° 17 control de crónicos respiratorios sala ERA por médico (población bajo control mayor de 20 años), la cual en el 2024 fue suspendida.

### **BRECHAS**

- Falta de cooperación de los padres en la asistencia regular a los controles de sala IRA y en la aplicación del tratamiento de forma permanente por desconocimiento del funcionamiento.
- Dificultad en la asistencia a los controles crónicos para los usuarios que habitan en las zonas más distantes de la comuna (Maitenes, Alfalfal, Volcán, San Gabriel, etc.)
- Dificultad en la comunicación y derivación entre Sala Mixta y las Postas de Salud Rural de la comuna afectando efectividad de la atención de los usuarios.
- Integración de nuevos miembros al equipo, durante su periodo de adaptación se genera alteración en el registro de rayen y registros internos alterando el registro estadístico.

### **DESAFÍOS**

- Incorporar visita domiciliaria con Trabajadora social por Score IRA Moderado y Grave.
- Fomentar la adherencia de los usuarios al Programa IRA – ERA.
- Favorece el autocontrol de las patologías respiratoria por cada uno de los usuarios.
- Mantener citas programadas con médico y kinesióloga desde SOME central.
- Disminuir visitas domiciliarias por rescate de usuarios insistentes.
- Capacitación continua entre los interceptores sobre correcta toma de signos vitales (Frecuencia respiratoria, Temperatura, PA en niños y adolescentes)

## **PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES**

**Profesional a cargo:** EU Gonzalo Duarte Reyes.

**Equipo:** EU María José Muñoz, EU Rafael Cáceres, EU Jacqueline Román, EU Esperanza Arancibia, TENS Victoria Medina, TENS Jerko Figueroa.

### **OBJETIVOS**

#### **Objetivo general**

Prevenir morbilidad, discapacidad y muertes secundarias a enfermedades inmunoprevenibles, a lo largo de todo el ciclo vital.

#### **Objetivos específicos:**

- Disminuir la mortalidad y morbilidad de las enfermedades prevenibles por vacunas que están contenidas en el MINSAL.
- Mantener los niveles de protección adecuada.
- Prevenir enfermedades como Eliminar el sarampión, el tétano neonatal y en el menor de 5 años, la meningitis tuberculosa. tos convulsiva, poliomielitis, difteria, Rubeola, Parotiditis, enfermedades invasivas producidas por haemophilus influenzae tipo b(Hib)

La inmunización es un derecho de toda la población. Se realizan campañas de vacunación contra influenza y escolares para otorgar un refuerzo en la inmunización en poblaciones de riesgo (niños, adulto mayor, crónicos, embarazadas, etc.)

### **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA**

El Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) existe en Chile desde el año 1978, siendo actualizado anualmente en función de la adquisición de nuevos y mejores conocimientos sobre la vacunación, introduciendo nuevas vacunas que actualmente protegen contra 16 enfermedades durante el ciclo de vida de la persona, previniendo la morbimortalidad de enfermedades inmunoprevenibles, mejorando las expectativas de vida de la población. Su fin es contribuir a mantener y mejorar la salud de la población y su propósito es controlar la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles prevenibles por vacunas (inmunoprevenibles) que han sido definidas como parte del PNI, en concordancia con recomendaciones internacionales.

El PNI cuenta con un calendario de vacunación, elaborado por el MINSAL de acuerdo con el contexto epidemiológico del país. Estas vacunas son gratuitas y de carácter obligatorio de acuerdo con el Decreto Exento N°6 del año 2010 del MINSAL.

### **CONTEXTO ACTUAL**

Desde que se inició la pandemia, ocurre un aumento de la población que requiere de inmunización, ya sea para recibir vacunas contra el SARS Cov-2, vacunas de campaña o vacunas programáticas, dada la necesidad de protección de la población. Por esta razón desde esa fecha se mantenía una enfermera con 44 horas. destinadas para la vacunación, además de dos enfermeros, los cuales tienen programado

apoyar en vacunatorio, uno de estos realiza sus funciones relacionadas con la inmunización en la Posta de salud Rural El Volcán y Posta de Salud rural San Gabriel, también se cuenta con dos TENS destinada para vacunación. En el presente año se ha visto una disminución de personas a vacunar específicamente vacuna covid, por lo que las funciones se han modificado. Se realizan rotaciones de los profesionales de enfermería para administrar vacunas programáticas por ciclo vital, y de campañas cuando sean solicitadas.

Estos profesionales fueron debidamente capacitados y están en constante capacitación para entregar un servicio de calidad a los usuarios.

Se continua con horario continuado hasta las 17:00 horas, con extensión horaria los lunes y jueves hasta las 19:00hrs, donde según calendario Ministerial se atienden a las personas que necesitan vacunas de la campaña contra el SARS CoV-2 por orden de llegada, además si se requieren otras vacunas como las programáticas, los usuarios son atendidos por otro profesional para ser inmunizados.

Con respecto a la inmunización de pacientes que se encuentran en el programa de dependencia severa, se realiza vacunación en domicilios, del mismo modo se puede solicitar visita domiciliaria para quienes no estén en el programa, pero no puedan movilizarse al punto de vacunación.

También se generan operativos en localidades como baños morales, melosas, el ingenio y melocotón, según campaña de vacunación, como la campaña anti-influenza desde marzo a la fecha (hasta alcanzar el 85% a nivel nacional y por grupo objetivo), campaña COVID que se encuentra vigente desde febrero de 2021 hasta la fecha, y campaña de vacunación virus sincicial desde el día 1 de abril del 2024 hasta el 30 de septiembre 2024. Además, se encuentra en curso la campaña de vacunación escolar que se partió en el mes de octubre y se finalizará en el mes de noviembre.

Se debe destacar que no se debe suspender la administración de vacunas del Plan nacional de inmunizaciones (PNI), ya que estas favorecen y estimulan la generación de anticuerpos, los que permanecen en el organismo y reaccionan logrando proteger a la población inoculada cuando existe una infección específica, de ahí la importancia de no interrumpir su administración.

### **CAMPAÑAS DE VACUNACIÓN**

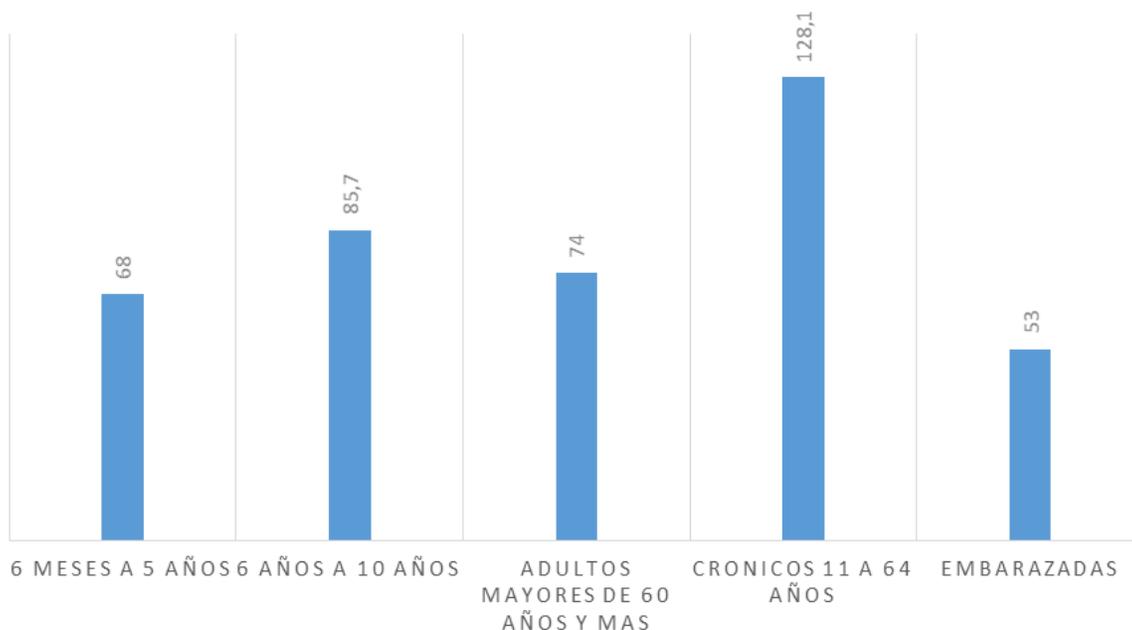
Con el fin de otorgar inmunización a la población nacional se realizan campañas de vacunación, las cuales pueden estar dirigidas tanto a una población objetivo, como a la totalidad de la población, siendo las principales las campañas contra la influenza y contra el COVID - 19 y vacunación escolar

#### **Cobertura campaña de inmunización anti-influenza**

Para el año 2024, la meta de vacunación contra influenza es de 85%, a nivel nacional y por grupo objetivo.

En el siguiente gráfico se expone la cobertura de vacunación alcanzada en los distintos grupos objetivos, la campaña de vacunación contra la influenza continúa activa hasta alcanzar la meta mencionada.

Gráfico n°30: cobertura campaña de vacunación anti-influenza 2024



*Fuente: SSMSO, corte noviembre 2024.*

### **Cobertura campaña inmunización contra SARS CoV-2**

Desde febrero del 2021 se inicia la vacunación contra SARS Cov-2, la cual está dirigida a la totalidad de la población, donde se implementan estrategias de vacunación tales como:

- Calendario de vacunación según edad para evitar aglomeraciones.
- Ida a terreno para vacunación en lugares de difícil acceso
- Visitas domiciliarias para vacunación a los usuarios con dependencia severa y a sus familiares según corresponda.
- implementación de profesionales de salud fijos para puntos de vacunación.

A partir del 5 de mayo de 2023, debido a la disminución de las muertes por COVID-19, las hospitalizaciones, los ingresos a la unidad de cuidados intensivos, y a los altos niveles de inmunidad de la población al SARS-CoV-2, el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló que el COVID-19 es actualmente un problema de salud establecido y persistente, que ya no constituye una **emergencia de salud pública de importancia internacional** (ESPII), debido a la coordinación internacional y al compromiso de la salud mundial de cada uno de los países.

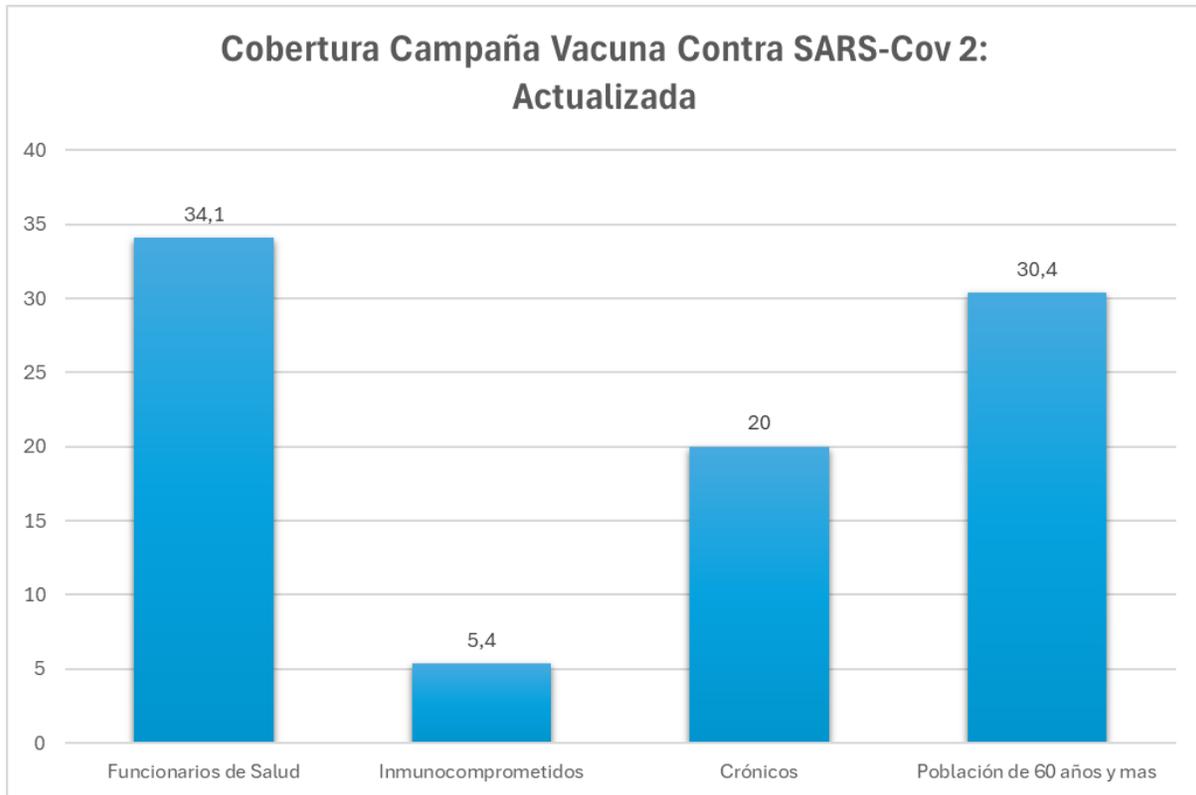
Es por esto que se realiza una modificación en la estrategia de vacunación, donde se aprueba la vacuna monovalente XBB.1.5 (COVID ACTUALIZADA) por el Instituto de Salud Pública de Chile y a la recomendación, tanto internacional por parte del Grupo Asesor Estratégico de Expertos en Inmunización de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

**Población de riesgo determinada para la implementación de la estrategia con la incorporación de la vacuna monovalente actualizada (2023-2024):**

1. 1.-Adultos de 60 años en adelante, embarazadas, personal de salud, personas con enfermedades crónicas de 12 años a 59 años.
2. 2.-Personas con enfermedades crónicas desde 6 meses a 11 años.
3. 3.-Personas inmunocomprometidas desde los 6 meses en adelante.

Durante el transcurso y la implementación de la nueva estrategia, se observa un estancamiento de la población a nivel nacional, por lo que se presenta una baja cobertura, en caso de la comuna de San José de Maipo, se presenta:

Gráfico n°31: cobertura campaña contra sars cov-2: vacuna actualizada



*Fuente: SSMSO, corte noviembre 2024.*

**Cobertura campaña contra el Virus Respiratorio Sincial (VRS)**

El virus respiratorio sincial (VRS) es reconocido como una de las causas más comunes de enfermedades infantiles y es la causa más común de hospitalización en los lactantes. Este virus causa brotes anuales de enfermedades respiratorias en todos los grupos de edad.

Según el informe de circulación de virus respiratorios de la Semana Epidemiológica N°52 emitido por el Instituto de Salud Pública, durante el año 2023 el porcentaje de detección de virus respiratorios obtenidos fue de: VRS (25,5%), adenovirus (16,6%), parainfluenza (15,2%), influenza A (13,2%), metapneumovirus (12,5%), SARS-CoV-2 (11,7%) e influenza B (5,2%). Siendo el VRS el más detectado.

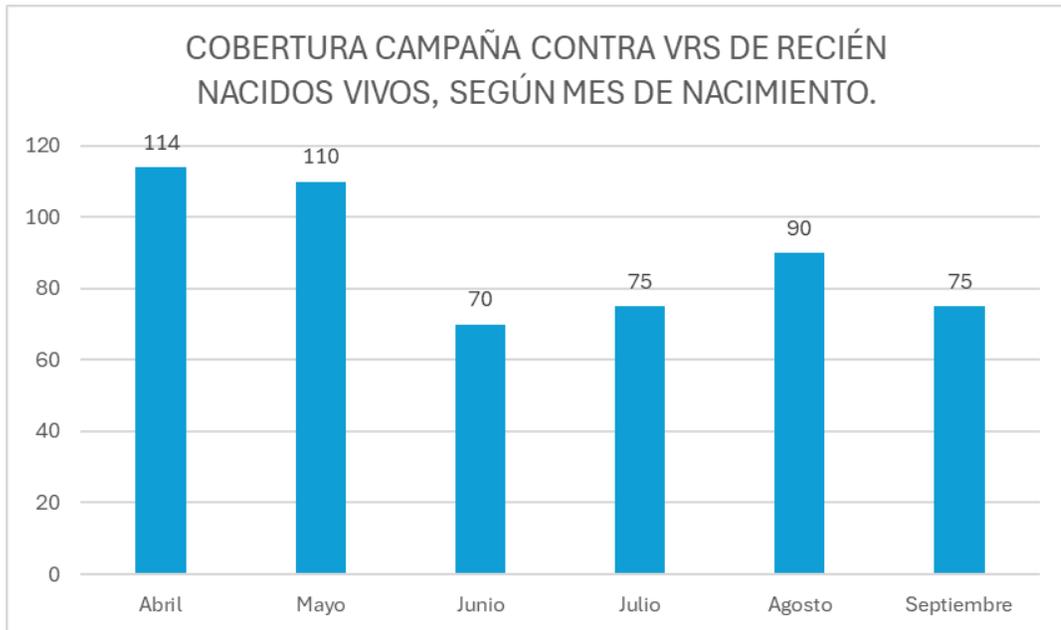
Por lo que la Estrategia se implementa con el objetivo de prevenir la morbilidad grave y mortalidad por el Virus Respiratorio Sincicial (VRS) en población objetivo que vive en Chile a través de la inmunoprofilaxis con la vacuna NIRSEVIMAB, desde el mes de abril a septiembre del año 2024.

#### **Población Objetivo:**

- Recién nacidos.
- Lactantes nacidos a partir del 01 de octubre del año 2023.
- Lactantes que en años anteriores eran beneficiados por la Ley Ricarte Soto (LRS)28,29 para palivizumab, hasta los 24 meses de vida (según edad cronológica):
  - Prematuros menores de 32 semanas o <1500g de peso al nacer y su hermano gemelo.
  - Lactantes con cardiopatías congénitas hemodinámicamente significativas no resueltas o cardiopatía cianótica secundaria a cardiopatía de alta complejidad.
- Lactantes beneficiarios para Palivizumab en campaña de invierno 2023, hasta los 24 meses de vida (según edad cronológica):
  - De 32 a 34+6 semanas de edad gestacional y con peso de nacimiento entre 1500g y 2500g
- Otras prioridades definidas por la autoridad.

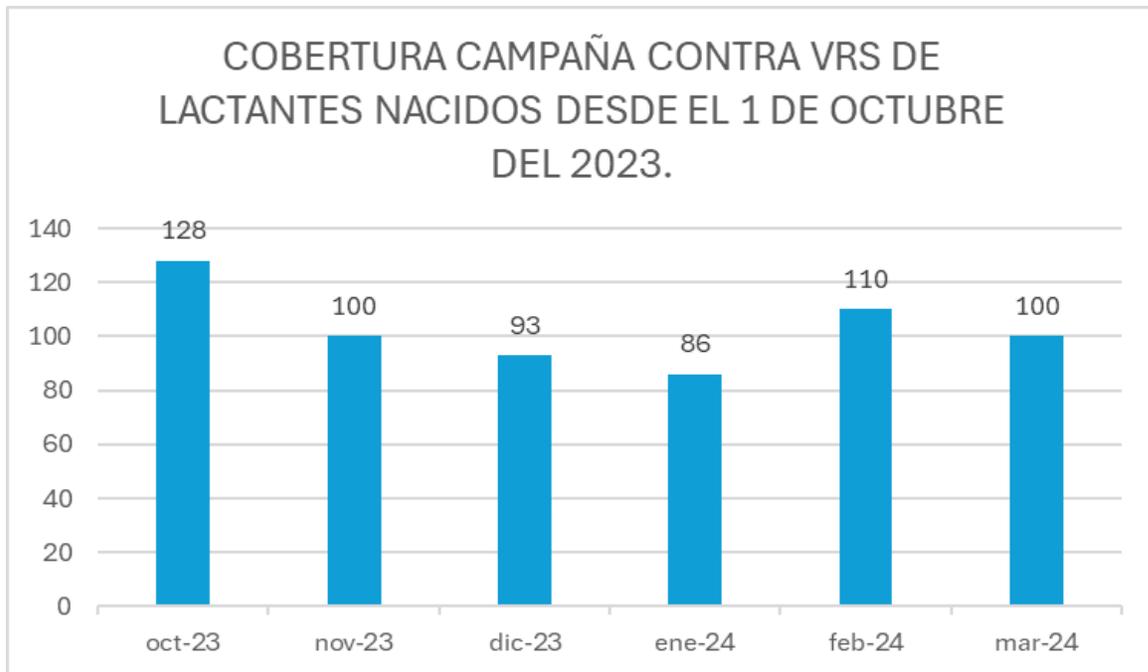
A la fecha ya se encuentra finalizada la campaña y las coberturas alcanzadas en la comuna de San José de Maipo son las siguientes:

Gráfico n°32: cobertura campaña contra vrs de recién nacidos vivos, según mes de nacimiento.



Fuente: SSMSO, corte octubre 2024.

Gráfico n°33: cobertura campaña contra vrs de lactantes nacidos desde el 1 de octubre del 2023.



Fuente: SSMSO, corte octubre 2024.

### **Vacunación escolar:**

Las estrategias de vacunación a los escolares de la comuna de San José de Maipo se mantienen desde el año 2021, tras el SARS-Cov 2:

- Vacunación en establecimientos educacionales, con horarios diferenciados por curso, previo agendamiento, para evitar aglomeraciones
- El personal de salud contará con todos los elementos de protección personal.
- Al momento de ingreso el estudiante debe ser acompañado por una sola persona, ambos serán encuestados con preguntas epidemiológicas y se les realizará control de temperatura.

En el presente año se incorpora una nueva vacuna a la campaña de vacunación: VPH nonavalente, esta vacuna es de dosis única por lo que se administra a todos los niños y niñas que cursan 4to años básico, dejando de lado VPH tetravalente como primera dosis, esta última solo se le administra como segunda dosis a los niños de 5to año básico.

En octubre de 2024 se da inició la vacunación escolar en los establecimientos educacionales, se cuenta con equipo de profesionales para la realización de operativos a colegios.

La meta esperada es alcanzar un 90% de cobertura de la población objetivo para cada vacuna.

A continuación, se expone en las siguientes tablas la cobertura de vacunación alcanzada hasta el 30 de octubre del presente año, si bien, son bajos los porcentajes alcanzados, aún se está en proceso de vacunación y se espera alcanzar la meta del 90% de cobertura mencionada.

**Tabla N°27: 1° Básico Cobertura Vacuna Dtp (Difteria, Tétanos y Tos convulsiva)**

<b>VACUNA DTP</b>		
<b>TOTAL MATRÍCULA</b>	<b>VACUNADOS</b>	<b>COBERTURA</b>
130	67	59%

*Fuente: SSMSO, corte octubre 2024.*

**Tabla N°28: 4° Básico Cobertura vacuna VPH Nonavalente (Virus del Papiloma Humano)**

<b>VACUNA VPH</b>		
<b>TOTAL MATRÍCULA</b>	<b>VACUNADOS</b>	<b>COBERTURA</b>
119	72	52%

*Fuente: SSMSO, corte octubre 2024.*

Tabla N°29: 5° Básico Cobertura 2° dosis vacuna VPH Tetravalente (Virus del Papiloma Humano)

VACUNA VPH		
TOTAL MATRÍCULA	VACUNADOS	COBERTURA
124	88	71%

Fuente: SSMSO, corte octubre 2024.

Tabla N°30: 8° Básico Cobertura Vacuna Dtp (Difteria, Tétanos y Tos convulsiva)

VACUNA DTP		
TOTAL MATRÍCULA	VACUNADOS	COBERTURA
137	88	64%

Fuente: SSMSO, corte octubre 2024.

### **BRECHAS**

- Dificultad de acceso por geografía en proceso de vacunación en domicilio y territorios lejanos.
- Registro de inmunización en plataforma RNI por dificultades al acceso a internet en territorios lejanos.
- Desconocimiento de la población sobre la importancia de las vacunas contra el COVID, en especial vacuna bivalente, con rechazos por parte de los usuarios.

### **DESAFÍOS**

- Cobertura superior a la designada por ministerio en vacunación influenza 2024
- Cobertura 100% vacunación escolar 2024
- Continuar con el cumplimiento de metas de vacunación contra el SARS CoV-2
- Aumentar la cobertura de vacunación Bivalente a usuarios de 12 años en adelante.

### **INNOVACIONES:**

- Incorporación de vacunación a adultos en el programa de dependencia con un Enfermero a cargo, el cual tiene capacitación en el programa de vacunación nacional.
- Rescate de niños para vacunación programática en controles con profesionales de salud, distintos a enfermeros o en entrega de alimentos.
- Rescate telefónico a usuarios con vacunas pendientes.

## **PROGRAMA DE SALUD ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA Y CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES**

**Profesional a Cargo:** Rafael Cáceres Riquelme, Enfermero.

**Equipo:** Enfermería, Médico, Nutrición, Kinesiología, Social, Psicología, Fonoaudióloga, Dental.

### **OBJETIVOS**

#### **Objetivo general**

Entregar atención integral en salud a toda persona con diagnóstico de dependencia severa y cuidados paliativos no oncológicos, incluyendo a su cuidador y/o familiar, en su domicilio, potenciando su recuperación, rehabilitación, y acompañamiento a las personas, en coordinación con la red de salud.

#### **Objetivos específicos**

- Atender de manera integral a personas que presentan dependencia severa, cuidados paliativos y su cuidadora/or, considerando sus necesidades biopsicosociales y espirituales.
- Generar instancias de continuidad en la atención de los pacientes de dependencia severa, cuidados paliativos y de sus cuidadores.
- Entregar a cuidadores y familias, las herramientas necesarias para asumir el cuidado integral de la persona con dependencia severa y con cuidados paliativos.
- Coordinar gestiones oportunas y pertinentes respecto al cuidado del usuario del programa de dependencia severa y del programa de cuidados paliativos universales.
- Implementar un modelo de atención de cuidados paliativos universales basado en el cuidado de las personas, principalmente en su domicilio.
- Alivio de los síntomas de los usuarios que estén en Cuidados Paliativos Universales.

### **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA**

El Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, constituye una estrategia sanitaria, que comenzó a ser ejecutada a nivel país desde el año 2006, que surge de la necesidad de generar una red de cobertura estatal hacia las personas en situación de dependencia severa, sus familias y/o cuidadores.

Este programa corresponde a una estrategia de atención de salud que incorpora los ámbitos promocional, preventivo y curativo de la salud, así como también los ámbitos de seguimiento y acompañamiento, centrado en la persona con dependencia severa y su cuidadora/or.

Para ingresar al programa es necesaria una atención ya sea en box o en domicilio, en donde el Profesional de Salud deberá aplicar el Índice de Barthel, demostrando un puntaje igual o inferior a 35 puntos.

El resultado de este programa se ve reflejado en disminución de tiempos de espera entre una visita a otra. Atención más cercana a los usuarios, familiares y cuidadores entendidos en el programa,

atenciones más resolutivas y, por último, asegurar al paciente una atención continua y de calidad integral. Cabe destacar que este programa tiene convenio para entregar pañales talla M y G para todo usuario inscrito en el programa y que requiera uso de pañal.

El programa de Cuidados Paliativos Universales tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas que enfrentan padecimientos relacionados con una enfermedad terminal o grave, mediante la prevención y alivio de tales padecimientos a través de la identificación temprana, adecuada evaluación y tratamiento de problemas de salud de orden físico o psicológico.

Los cuidados paliativos universales se enfocan en usuarios con enfermedades crónicas no oncológicas, en etapas avanzadas en el contexto más amplio de multimorbilidad, dependencia y fragilidad.

Cabe destacar que un usuario puede estar inscrito en ambos programas de forma simultánea, ya sea presentando dependencia severa y que necesite cuidados paliativos, por lo que no perderá las prestaciones de ambos programas.

### **POBLACIÓN DEL PROGRAMA DEPENDENCIA SEVERA**

En la siguiente tabla, se expone la cantidad de usuarios inscritos en el programa de visita domiciliaria a personas con dependencia severa hasta el mes de septiembre del año 2024. En ella se puede apreciar que en total hay 17 personas inscritas en el programa, siendo en la PSR MRC la totalidad de población inscrita, siendo 13 adultos mayores y 4 adultos jóvenes.

Actualmente en las postas más lejanas como San Gabriel y El Volcán no se cuenta con población inscrita requirentes para el programa de dependencia severa.

Tabla N°31: Distribución de pacientes de dependencia severa por edad durante el año 2024.

Centro	Sexo	0 - 19 años	20 - 64 años	>= 65 años	TOTAL	Porcentaje
PSR LV	Hombre	0	2	1	3	17.65%
	Mujer	0	2	12	14	82.35%
PSR SG	Hombre	0	0	0	0	0
	Mujer	0	0	0	0	0
PSR EV	Hombre	0	0	0	0	0
	Mujer	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>		0	4	13	17	100%

*Fuente: Registro estadístico local, año 2024.*

La realización de postulaciones a estipendio 2024 se realiza de forma conjunta con equipo social, las que son enviadas, sujetas a revisión y aprobación en plataforma del Ministerio de Desarrollo Social.

De la totalidad de usuarios inscritos al programa, solo x usuarios cuentan con el beneficio de estipendio, a comparación de los x usuarios beneficiarios el año pasado. Cabe destacar que no todos los usuarios pueden optar a este beneficio y para otorgar el beneficio es un proceso que puede demorar varios meses. Actualmente, se está realizando el trámite para obtención del beneficio para los demás usuarios.

Tabla N°32: usuarios con dependencia severa y estipendio durante el año 2024

CENTRO	TOTAL DE USUARIOS EN PROGRAMA DE DEPENDENCIA SEVERA.	HOMBRES	%	MUJERES	%	RECIBEN ESTIPENDIO	%
PSR MRC	17	3	17.65%	14	82.35%	4	23.5%
PSR SG	0	0	0%	0	0%	0	-%
PSR EV	0	0	0%	0	0%	0	-%

Fuente: Registro estadístico local, año 2024.

El programa de dependencia severa garantiza como mínimo 2 Visitas Domiciliarias Integrales al año, 8 visitas de tratamiento al año y capacitaciones al cuidador anualmente.

Cabe destacar que las visitas reales realizadas son hasta el mes de septiembre del año 2024.

En cuanto a la capacitación al cuidador, se realiza una jornada anual de capacitaciones, en donde este año participo el equipo completo de dependencia severa los cuales fueron: Enfermero, Médico, Nutricionista, Psicóloga, Trabajadora Social, Kinesióloga, Fonoaudióloga y Dental

Tabla N°33: Cantidad de visitas realizadas a usuarios de dependencia severa por mes durante el año 2024

MES	Nº VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRALES	Nº DE PROCEDIMIENTOS Y/O TRATAMIENTOS
ENERO	0	17
FEBRERO	2	12
MARZO	2	12

<b>ABRIL</b>	3	25
<b>MAYO</b>	2	29
<b>JUNIO</b>	2	6
<b>JULIO</b>	9	19
<b>AGOSTO</b>	2	12
<b>SEPTIEMBRE</b>	3	6
<b>TOTAL</b>	25	138

*Fuente: Registros Rayen, corte septiembre 2024.*

### **POBLACIÓN CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES**

En la siguiente tabla, se expone la cantidad de usuarios que fueron inscritos en el programa de Cuidados Paliativos Universales hasta el mes de septiembre del año 2024. En ella se puede apreciar que en total 2 personas estuvieron/están inscritas en el programa, siendo en su totalidad en PSR MRC.

Tabla N°34: distribución de pacientes de cuidados paliativos universales por género y centro durante el año 2024

<b>Centro</b>	<b>Sexo</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>PSR MRC</b>	<b>Hombre</b>	0	-%
	<b>Mujer</b>	2	100%
<b>PSR SG</b>	<b>Hombre</b>	0	-%
	<b>Mujer</b>	0	-%
<b>PSR EV</b>	<b>Hombre</b>	0	-%
	<b>Mujer</b>	0	-%
<b>TOTAL</b>		2	100%

*Fuente: Registros Rayen, corte septiembre 2024.*

Durante el año 2024, ha habido un total de 2 usuarios en calidad de Cuidados Paliativos Universales, de los cuales 2 han fallecido.

Para los usuarios que están inscritos en el programa de Cuidados Paliativos Universales, se realizan Visitas Integrales, en donde en conjunto con los familiares, se genera un plan de cuidado consensuado, además de visitas domiciliarias de seguimiento, para ver el cumplimiento de este plan.

Tabla N°35: Cantidad de visitas domiciliarias realizadas a usuarios de Cuidados Paliativos 2024.

CENTRO	Nº VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRALES	Nº DE VISITAS DOMICILIARIAS DE SEGUIMIENTO
PSR LV	2	9

*Fuente: Registro estadístico local, año 2024.*

### **BRECHAS**

- No se cuentan con horas protegidas de médico para las morbilidades de los usuarios que van surgiendo a lo largo del año.
- Dificultad en la comunicación con los cuidadores de los usuarios para agendar visitas.

### **DESAFÍOS**

- Contar con teléfono exclusivo para el programa, para así facilitar la comunicación con los cuidadores y más facilidad para agendar visitas.
- Continuar con la realización de capacitación a cuidadores.
- Contar con horas protegidas de médico para las morbilidades de los usuarios que van surgiendo a lo largo del año.
- Aumentar la cantidad de visitas domiciliarias integrales a los usuarios.
- Generación de espacio de autocuidado a los cuidadores de usuarios con dependencia severa, ya que es sabido que su condición de cuidador puede mermar su salud mental, por lo que es importante generar estos espacios

### **INNOVACIONES**

- Realización de reuniones mensuales con el equipo del programa, para comentar intervenciones implementadas a los usuarios y mejorar los planes a seguir.
- Capacitación a los cuidadores vía zoom o presencial, según contingencia. La educación a los cuidadores es muy importante para así mantener una salud óptima a los usuarios inscritos al programa. Esto permitirá a los cuidadores realizar cuidados a través del fundamento.
- Educar a los cuidadores sobre la prevención de Neumonías aspirativas en conjunto con la Fonoaudióloga. Es importante saber cómo prevenir estas complicaciones, ya que, para un adulto mayor con dependencia severa, en la mayoría de los casos los llevan a la hospitalización, lugar que descompensan aún más a los usuarios.
- Capacitación al personal de acuerdo a los registros correspondientes.

## **PROGRAMA ELIGE VIDA SANA: INTERVENCION EN FACTORES DE RIESGO ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES**

**Profesional a cargo:** Nutricionista Juana Valdés Escobar

<b>Equipo EVS</b>	
<b>Psicóloga</b>	Ricardo Garrido
<b>Kinesiólogo</b>	Patricio Cuso
<b>Nutricionista</b>	Juana Valdés
<b>Prof. De Ed. Física</b>	Andrea Recio

### **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA**

El propósito del Programa es contribuir a reducir los factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares en los niños, niñas, adolescentes, adultos y mujeres postparto a través de una intervención en los hábitos de alimentación y actividad física.

El programa interviene en distintos ciclos vitales desde los 2 a 64 años, incluida a mujeres post parto. Asimismo, el programa EVS tiene un enfoque comunitario e interdisciplinario, realizando las actividades en el entorno educativo u otras organizaciones distintas al centro de salud, para lo cual se requieren alianzas estratégicas con diferentes instituciones públicas y privadas.

### **OBJETIVOS**

#### **Objetivo General**

Disminuir la malnutrición por exceso en usuarios/as entre 2 y 64 años de edad inscritos/as en el sistema de atención primaria de salud.

#### **Objetivos Específicos**

- Mejorar condición nutricional.
- Mejorar condición física.

### **DESARROLLO DEL PROGRAMA**

El programa Elige vida sana comienza en el 2015 con 71 ingresos, luego en el 2016 se incrementa la población de ingreso de adultos en un total de 159 cupos. En el 2019 los cupos fueron asignados según la población de la comuna por lo cual resalta mayormente la infantil y se obtiene 200 cupos con un mayor porcentaje en población infantil desde los 6 meses en adelante, esto producto del aumento de la malnutrición por exceso a nivel país en esos grupos etarios. Para el año 2021 se aumentaron los cupos a 250, siguiendo con la tendencia de ingresos según grupo etario con mayor porcentaje en la población infantil y juvenil.

En los inicios del programa, las intervenciones incluyeron a jardines JUNJI, Área de educación de la Corporación Municipal de San José de Maipo y derivaciones de los distintos profesionales del área de Salud. En el transcurso de los años se han realizado alianzas con el área de deportes de la Ilustre

Municipalidad de San José de Maipo. En el año 2017 se incorpora la herramienta de la aplicación digital del programa elige vida sana, en la cual se puede obtener mayor registro y seguimiento de la población, sin embargo, se descontinuo en los años siguientes.

Desde el año 2019 se incorporan niños desde los 6 meses (lactante mayor), aumentando el rango etario y siguiendo la estrategia de fomento de estilos de vida saludable y estimulación temprana para el adecuado desempeño de las actividades deportivas y recreativas. En el año 2020 dada la contingencia sanitaria por COVID-19 se pausaron los ingresos en establecimientos deportivos y educacionales y solo se realizaron ingresos de la población que asiste al centro de salud. En el año 2021 se mantuvo esta estrategia debido a la continuidad de la pandemia. Durante el año 2022 si bien continuaban algunas restricciones por la pandemia se reincorporaron las evaluaciones en los establecimientos educacionales de la comuna y en el año 2023 se normalizaron en su totalidad las actividades establecidas por la orientación técnica del PEVS, evaluaciones en establecimientos educacionales y jardines JUNJI e INTEGRAL, además de participar en las distintas actividades con enfoque comunitario en la comuna (Escuela de verano-invierno, efemérides, talleres deportivos, operativos de salud, entre otros). Por otra parte, desde el 2023 se reformula la edad de ingresos al programa, considerando a niños/as desde los 2 años de edad.

En la actualidad, se mantienen las mismas intervenciones y cupos de ingreso al programa. Sin embargo, desde este año se reincorpora la herramienta de la aplicación digital del programa elige vida sana

Tabla N36°: indicadores de cumplimiento del programa año 2024

Componente	Indicador	Numerador	Denominador	Numerador	Denominador	Resultado Abril	Meta Agosto	Cumplimiento Agosto	Peso Relativo por Indicador	Peso Relativo por Indicador cumplido	Peso Relativo Componente	Peso Relativo por Componente cumplido
Contratación de RRHH	% de horas de RR.HH. contratadas	N° de horas profesionales contratadas	N° de horas profesionales programadas	119	104	114%	100%	100%	100%	100,00%	15%	15%
Número de usuarios ingresados	Porcentaje de usuarios de 2 a 19 años ingresados	(N° de usuarios de 2 a 19 años 11 meses y 29 días con control de ingreso realizado (nutricionista- profesional actividad física y psicólogo)	N° de usuarios de 2 a 19 años comprometidos	114	175	65,14%	80%	81%	50%	40,71%	75%	68,04%
Porcentaje de usuarios de 20 a 64 años ingresados	Porcentaje de usuarios de 20 a 64 años ingresados	N° de usuarios de 20 a 64 años con control de ingreso realizado (nutricionista- profesional actividad física y psicólogo)	N° de usuarios de 20 a 64 años comprometidos	63	75	84,00%	70%	100%	50%	50,00%		
Buenas prácticas	Dos experiencias exitosas del programa realizadas con el intersector y/o con la comunidad subidas a la plataforma			2	2	100%	100%	100%	100%	100%	10%	10,00%
<b>TOTAL</b>												<b>93,04%</b>

*Fuente: Servicio de Salud Metro Sur Oriente.*

Como se observa en la tabla N°36, el programa EVS al corte del 31 de agosto, tiene un cumplimiento del 93,04% asegurando los recursos destinados para el periodo 2024.



Círculo vida sana, Escuela Básica El Manzano 2024.

## **COMPROMISOS 2024**

- Para el año 2024 se logró cumplir con el mínimo de indicadores solicitados, alcanzando así más del 60% de cumplimiento del PEVS hasta el corte del 31 de agosto (93%), asimismo, el propósito para diciembre 2024 es lograr el cumplimiento de indicadores finales del programa.
- Se logra cumplir al 100% la intervención de las buenas prácticas, realizándose en total 2, las cuales fueron realizadas sin dificultades y aprobadas por el servicio de salud.
- Se logra la contratación del equipo completo para el programa, contando con Kinesiólogo, Prof. de Ed. Física, Nutricionista y Psicólogo, además de cumplir con las horas requeridas en la planificación del programa.
- Se retoma las sesiones de actividad física EVS y las evaluaciones en Jardines infantiles.
- Dentro de las actividades que se replica año a año y que es considerada una buena práctica es la Escuela de Verano e Inverno 2024, donde se coordinó de manera intersectorial con otras organizaciones o programas de salud (Departamento de deporte de SJM, Programa Espacios amigables, promoción de salud, SENDA previene, entre otros). Esta actividad se llevó a cabo de manera satisfactoria para niños, niñas y/o adolescentes de la comuna.

## **DESAFÍOS**

Desde que se retomó con normalidad la ejecución del programa, incluyendo operativos de ingresos, actividades masivas con enfoque comunitario y convenios con escuelas, liceo y jardines de la comuna, se ha evidenciado posterior a la pandemia un aumento de malnutrición por exceso (MNE) en niños, niñas y adolescentes según las estadísticas a nivel comunal y nacional. Por este motivo, nuestra mayor intervención como programa EVS 2024 es en este sector para contribuir a disminuir la MNE y generar hábitos saludables.

## **COMPROMISOS 2024**

- En el transcurso del 2024 se espera continuar con la asignación de 250 ingresos al programa EVS. Para llevar a cabo este indicador, se mantendrá los convenios con jardines, escuelas de la comuna, además, de generar alianzas con otras instituciones y organizaciones de la comuna (SENDA previene, Departamento de Deportes comunal, IND, entre otros). Asimismo, se espera fomentar las actividades masivas para la comunidad.
- En cuanto a la contratación del equipo para el programa Elige Vida Sana, se espera volver a contar con el recurso humano completo y dar continuidad al equipo ya formado el 2024.



Círculos de Vida Sana, PEVS 2024

## **FARMACIA**

La unidad de farmacia, dentro de las denominadas unidades transversales de apoyo clínico, desempeña un papel esencial en el funcionamiento del sistema de salud y en el mantenimiento del bienestar de la población. Esta unidad actúa como el punto de acceso de los usuarios a tratamientos farmacológicos necesarios para el manejo y control de enfermedades tanto agudas como crónicas. Además, se encarga de gestionar el abastecimiento de medicamentos e insumos indispensables para las prestaciones clínicas, lo que contribuye directamente a la salud pública y el bienestar de la comunidad.

Cada centro de salud cuenta con un botiquín que asegura la entrega oportuna y segura de medicamentos e insumos tanto a pacientes internos como externos. Asimismo, existe una bodega comunal de medicamentos que centraliza las funciones de almacenamiento y distribución de insumos y medicamentos, garantizando un abastecimiento eficiente y coordinado para toda la red de salud municipal.

### **Equipo de farmacia**

<b>PSR Marta Ríos Cofré</b>	<b>PSR San Gabriel</b>	<b>PSR Volcán</b>
TENS Nicole Guardia G.	TENS Luz Aguirre (Residente)	TENS Pamela Andrade (Residente)
TENS Mario Núñez N.		
TENS Magdalena Jorquera L.		
Encargado Comunal: Químico Farmacéutico Rodrigo Véliz Vivar		

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Participar de manera activa en los procesos biomédicos para lograr una mejor compensación y calidad de vida en los usuarios de cada centro de salud, mediante la gestión integral de los procesos relacionados con el medicamento y el uso adecuado de insumos.

### **Objetivos específicos**

- Asegurar la disponibilidad de medicamentos e insumos médicos, garantizando su entrega segura y oportuna a la población atendida en los centros de salud.
- Ofrecer una atención integral a los requerimientos de los usuarios, contribuyendo a su proceso de salud.
- Colaborar con el equipo de la Estrategia de Cuidados Centrados en la Persona con Multimorbilidad Crónica y con el equipo de Salud Mental, utilizando herramientas de atención farmacéutica para mejorar los niveles de compensación y calidad de vida de los usuarios.

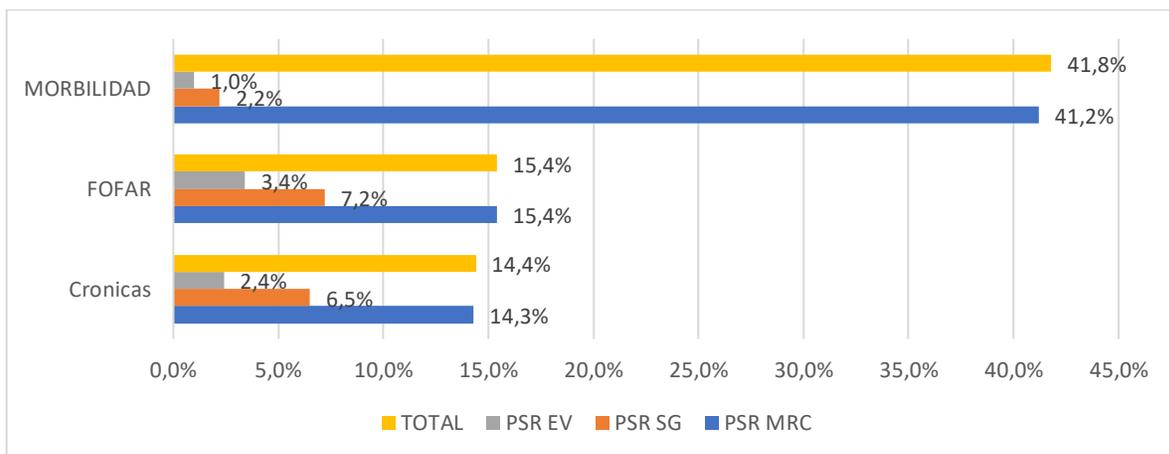
## **ANÁLISIS DE LA DEMANDA**

En los últimos cinco años, se ha observado un aumento continuo en la cantidad de recetas despachadas por la unidad, reflejando un crecimiento del 24,1% en el total de prescripciones. Este incremento abarca todos los tipos de recetas, destacándose especialmente en PSR Marta Ríos Cofré con un 14,3%. Este fenómeno está directamente relacionado con una mayor oferta médica relacionada con rotaciones de médicos EDF. Además, se ha registrado un crecimiento significativo de enfermedades de salud mental, que ha generado una mayor necesidad de intervención farmacológica, lo que, a su vez, ha impactado positivamente en la producción bruta de la unidad.

En cuanto a las recetas del Programa Cardiovascular, que se encuentran bajo el marco del Programa Fondo de Farmacia (FOFAR), la tendencia al alza sigue siendo similar a la observada en las recetas crónicas. Esto probablemente se debe a las iniciativas de acercar medicamentos a la comunidad, especialmente para los adultos mayores. También se ha notado un aumento en la morbilidad cardiovascular de los usuarios, lo que ha generado un mayor número de prescripciones debido a la complejidad de los diagnósticos, así como la aparición de nuevas patologías y complicaciones, como accidente cerebrovascular (AVE), infarto agudo de miocardio (IAM) y enfermedad renal crónica (ERC), entre otras. Estos casos son de particular relevancia para la salud de nuestra comunidad y deben ser monitoreados de cerca en programas como el ECICEP.

Por último, las recetas asociadas a morbilidad aguda han seguido una tendencia creciente, al igual que en años anteriores. Este aumento se debe principalmente a la mayor demanda de atención para enfermedades agudas en los centros de salud, así como a una mayor oferta de servicios de este tipo por parte de los prestadores habilitados y la estrategia de hospital digital rural, sumado al aumento de horas médicas gracias a la rotación de médicos EDF desde distintas comunas de la red sur oriente con la finalidad de fortalecer nuestra oferta local en épocas de escasez del recurso médico propio. Como resultado, se ha registrado un incremento del 41% en las recetas de morbilidad aguda con respecto al año anterior.

**Gráfico N°34: Variación porcentual de recetas despachadas respecto al año anterior (2023)**

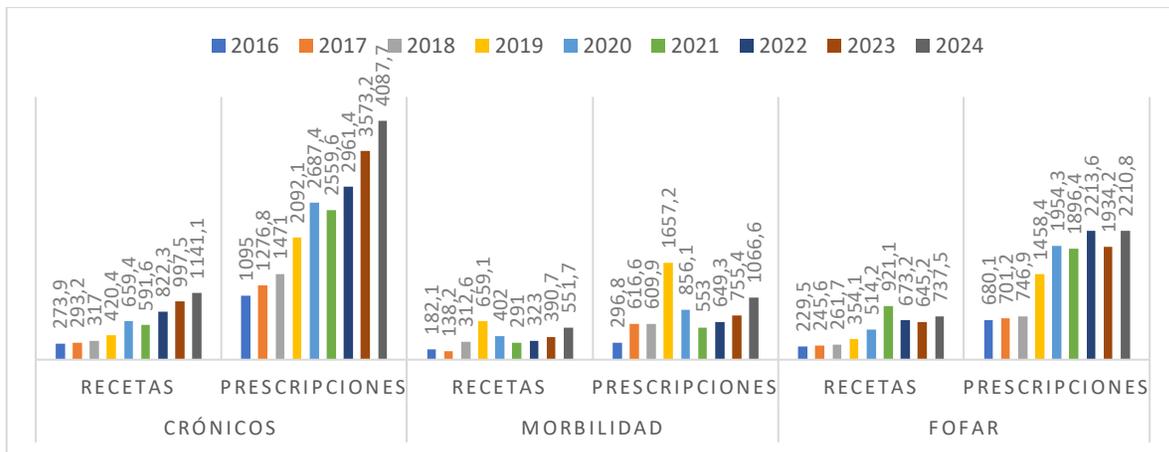


*Fuente: Estadística Unidad de Farmacia 2024.*

En relación con la evolución histórica de los despachos de recetas, y específicamente en el último año, como se mencionó anteriormente, se ha registrado un aumento en la cantidad de recetas despachadas de todo tipo, lo que se acompaña de un incremento en el número de prescripciones y, a su vez, de la población atendida en otros programas. Este fenómeno sugiere que la demanda de atención ha aumentado, en parte, como consecuencia de la contracción en la oferta médica durante ciertos periodos del año. Este déficit en la atención médica ha afectado el grado de compensación de los pacientes, lo que, a su vez, ha incrementado la necesidad de recursos sanitarios para restaurar su estado de salud o alcanzar nuevos niveles de compensación.

Además, este aumento en la demanda está influenciado por factores demográficos, como el movimiento de personas hacia la comuna, lo que incrementa la población que requiere atención. No obstante, también es relevante considerar el deterioro en la salud de los pacientes ya atendidos en nuestros centros, que ha sido impulsado por la disminución en la tasa de consultas para aquellos con diagnósticos previos, así como por la reducción en los índices de compensación de los usuarios pertenecientes a otros programas de salud.

**Gráfico N°35: Variación Histórica de Recetas y Prescripciones a nivel comunal**



*Fuente: Estadística Unidad de Farmacia 2023.*

Derivado de esto, el análisis de medicamentos individual, mantiene un predominio de consumo de medicamentos de tipo cardiovascular enmarcados en la canasta del programa FOFAR, con alzas marcadas en antihipertensivos principalmente. Sin embargo, como ya se viene viendo durante el transcurso de la pandemia, los fármacos del programa de salud mental, principalmente medicamentos de tipo antidepresivo experimentaron una fuerte alza en su tasa de uso, alza que se gesta desde inicios de la pandemia y los fenómenos sociales que aquejaron al país, que al día de hoy se mantiene presumiblemente por el nivel de deterioro de los niveles de salud mental vistos en la población, que se transforma finalmente en una preocupación prioritaria de salud pública y, por ello, también para nuestros centros.

## **ACCIONES 2024**

### **Atenciones farmacéuticas**

Las funciones de atención farmacéutica se vieron limitadas por diversos factores ajenos al ámbito de la unidad, como la necesidad de compartir responsabilidades en el asesoramiento técnico a otras unidades y programas, así como por la falta de recursos físicos, como el espacio adecuado para realizar la atención de manera óptima.

No obstante, durante el año, y aprovechando las jornadas de extensión horaria, se mantuvo la estrategia de atención farmacéutica para los usuarios incluidos en la estrategia ECICEP, alcanzando una producción mensual de entre 30 y 40 atenciones de diferentes tipos. Esto refleja el fortalecimiento del posicionamiento de este servicio dentro del equipo de salud.

En el último trimestre, se incorporó a estas atenciones la gestión de casos bajo la misma estrategia, consolidando al farmacéutico como un líder clave en la implementación del programa. En este rol, se trabajó para garantizar la integración efectiva de todos los prestadores, con el objetivo de ampliar la cobertura del programa. Uno de los ejes principales fue la atención farmacéutica, centrada en el seguimiento farmacoterapéutico de pacientes con mayor complejidad.

De cara a 2025, uno de los retos pendientes será retomar la atención farmacéutica a pacientes con patologías de salud mental, con el fin de contribuir de manera integral a los programas de salud vigentes en los centros.

### **Despachos y manejo de existencias**

Durante el año 2024, se registraron algunos quiebres de stock de medicamentos en la unidad, principalmente debido a problemas administrativos a nivel central que afectaron la continuidad del suministro de insumos y medicamentos, sumado a contingencias sanitarias derivadas de alertas recurrentes que implicaron cuarentenas o retiros del mercado. No obstante, gracias a las gestiones realizadas con otros dispositivos de la red y el apoyo del Servicio de Salud, pudimos subsanar rápidamente estas faltas de stock, asegurando que en ningún momento se comprometiera el despacho de medicamentos a los usuarios de nuestros centros.

En la actualidad, debido a las contingencias y la situación corporativa, se ha optado por trabajar con un mayor margen de seguridad en la compra directa de medicamentos, lo que ha resultado en un aumento del stock disponible, aunque ha reducido el espacio dentro de las bodegas. A pesar de esto, se llevan a cabo gestiones constantes de control de existencias para asegurar que los medicamentos tengan periodos de vigencia adecuados, gestionando la rotación del inventario para minimizar la merma por vencimiento. Además, se garantiza una capacidad de respuesta eficiente ante posibles contingencias derivadas de problemas logísticos en la distribución o situaciones de quiebres y alertas sanitarias.

## **Coordinación territorial**

La coordinación territorial ha sido una de las estrategias más duraderas y exitosas implementadas en los centros de salud de la CMSJM, adaptándose a lo largo del tiempo a las necesidades cambiantes de la población y a los avances en la gestión de servicios sanitarios. Esta estrategia comenzó con la gestión de recetas para pacientes inscritos y validados en nuestros centros de salud, pero ha evolucionado considerablemente, ampliando su cobertura y alcance para atender a un mayor número de usuarios con distintos tipos de necesidades.

Una de las transformaciones clave ha sido la incorporación de la autogestión de recetas para pacientes FONASA de la comuna, habilitada a través del Portal del Paciente, lo que permite que los usuarios gestionen sus propias recetas de manera ágil y eficiente. Este portal centraliza tanto la recepción como el despacho de recetas en PSR Las Vertientes, independientemente del centro de inscripción del paciente (ya sea municipal u hospital), lo que mejora la eficiencia del proceso y garantiza la disponibilidad de los medicamentos en el menor tiempo posible. Además, para aquellos pacientes que requieren un mayor nivel de apoyo, se ha incorporado la estrategia de despacho domiciliario, asegurando que aquellos con movilidad reducida o que se encuentren en situaciones especiales puedan recibir sus medicamentos directamente en su hogar, sin necesidad de desplazarse.

A lo largo del tiempo, la cobertura de la estrategia de coordinación territorial ha ido ampliándose para incluir una variedad de recetas especializadas, lo que ha permitido ofrecer un acceso más equitativo y oportuno a tratamientos de alta complejidad. De igual manera, se han integrado terapias más específicas, como los tratamientos de reemplazo hormonal para pacientes en proceso de transición de género, lo que ha permitido a este grupo de usuarios acceder a medicamentos y terapias de manera oportuna, reduciendo barreras y favoreciendo su bienestar.

Gracias a esta red de servicios, se ha logrado brindar cobertura a cerca de 100 usuarios de la comuna que, de otro modo, podrían haber tenido dificultades para acceder a estos tratamientos de especialidad. Este sistema no solo mejora el acceso a los medicamentos, sino que también contribuye significativamente a la calidad de vida de los pacientes, al reducir el tiempo invertido en desplazamientos y los costos asociados al transporte, lo que resulta en una mayor eficiencia tanto para los usuarios como para el sistema de salud en general.

Además, el impacto de esta estrategia va más allá de la mejora en el acceso a los tratamientos. Al facilitar la gestión de recetas y la entrega de medicamentos de manera más eficiente, se contribuye a mejorar la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes, lo que se traduce en mejores resultados clínicos.

En resumen, la coordinación territorial, a través de su evolución hacia la autogestión de recetas y la integración de servicios especializados, ha demostrado ser una herramienta eficaz para mejorar el acceso a la salud en nuestra comuna. Esta estrategia, centrada en la integración de servicios y en la optimización de recursos, no solo ha permitido un acceso más rápido y conveniente a tratamientos de especialidad, sino que también ha reducido las barreras geográficas, económicas y sociales que enfrentan nuestros usuarios, contribuyendo de manera integral a la mejora de la salud pública y el bienestar de la comunidad.

## **Medicamentos sujetos a control legal**

Durante el periodo 2023-2024, el control de medicamentos sujetos a control legal se mantuvo, a pesar de las dificultades derivadas de la condición dual del Químico Farmacéutico entre trabajo de gestión técnico-administrativa y gestión propia de la unidad. A pesar de ello, el control de stock y de recetas no incrementó los niveles de descuadre que se arrastraban en la comuna.

El proceso de prescripción y dispensación de medicamentos sujetos a control legal en los centros más alejados se ha reestructurado y actualmente se basa en un sistema de despacho contra receta, abandonando de manera definitiva el sistema de maletín. Esta decisión se tomó debido a los altos riesgos asociados, tales como las pérdidas o desviaciones en el proceso legal de despacho, lo que representaba una vulnerabilidad en cuanto al cumplimiento de los procedimientos establecidos.

Si bien al inicio hubo cierta resistencia por parte de algunos usuarios y profesionales de la salud ante este cambio, con el tiempo, la nueva modalidad ha sido gradualmente aceptada y adoptada por la comunidad. La adaptación a este sistema ha sido más fluida conforme se ha consolidado y los beneficios del nuevo modelo se han ido evidenciando, tales como una mayor seguridad en el manejo de los medicamentos y un control más riguroso en su distribución.

Sin embargo, a pesar de los avances en la implementación de este nuevo sistema, el proceso general de prescripción y dispensación de estos medicamentos se ha visto afectado por algunos quiebres de stock, lo que ha comprometido la continuidad de ciertos tratamientos. Estos quiebres de stock, que son un desafío recurrente, han generado dificultades para garantizar la disponibilidad de medicamentos en momentos críticos, afectando directamente a los pacientes que dependen de estos tratamientos para el manejo de sus condiciones de salud. Aunque se han tomado medidas para mitigar estos problemas, como la coordinación con otros dispositivos de la red de salud para reabastecer los medicamentos, los quiebres de stock continúan representando un desafío importante que requiere soluciones estructurales y un monitoreo más riguroso de la disponibilidad de estos productos.

En resumen, aunque la transición hacia el despacho contra receta ha sido exitosa y ha mejorado la seguridad y el control en la dispensación de medicamentos sujetos a control legal, los quiebres de stock continúan siendo un obstáculo que impacta la continuidad de los tratamientos. Es fundamental continuar implementando estrategias para optimizar el suministro de medicamentos, mejorar la gestión de inventarios y reducir los tiempos de reposición para evitar interrupciones en el tratamiento de los pacientes.

Por otro lado, las nuevas disposiciones espaciales en el centro de salud generaron desafíos adicionales en cuanto al almacenamiento y el registro de existencias de estos medicamentos, situación que está siendo actualmente abordada y regularizada por las autoridades locales y las instituciones competentes.

Uno de los principales retos pendientes para la unidad es implementar un sistema de modernización de despachos y digitalización de existencias, con el fin de mejorar la gestión y el control de estos tratamientos. Este enfoque permitiría optimizar el manejo de medicamentos sujetos a control legal y reducir los riesgos asociados con el sistema de gestión actual basado aun en el registro manual. Este

proceso ha avanzado de manera muy discreta en PSR Las Vertientes, existiendo gran resistencia de los equipos de prescriptores, sobretodo en los centros más extremos.

### **Registros**

Desde el año 2022, el registro de recetas emitidas y el control de movimientos de existencias entre las dependencias de los centros de salud y entre los diferentes centros de la red se considera prácticamente cerrado, alcanzando actualmente una tasa de cumplimiento cercana al 100% para todo tipo de recetas emitidas por nuestros prestadores. Este proceso tomó aproximadamente cuatro años de ejecución en el PSR Las Vertientes, y solo un año de trabajo en el PSR San Gabriel, lo que ha permitido obtener información precisa y actualizada sobre el uso de medicamentos, basada en el sistema de registro clínico electrónico.

Sin embargo, la gestión de medicamentos sujetos a control legal, que requiere el uso de recetas en formato papel, ha sido un desafío para lograr el cierre definitivo del proceso de receta manual en los centros que ya están informatizados. Esta brecha tecnológica persiste incluso en 2024, lo que ha complicado la integración completa de los procesos. A esto se suma la problemática relacionada con las teleconsultas, especialmente dentro de la estrategia de Hospital Digital Rural, que aún no está completamente integrada al sistema Rayen APS, lo que dificulta su sincronización con el registro electrónico de recetas.

A pesar de estas dificultades, el control del flujo de tratamientos no se ha visto comprometido. No obstante, la **\*\*gestión manual de recetas\*\*** presenta **\*\*riesgos adicionales\*\***, como la **\*\*pérdida de información\*\*** debido al almacenamiento físico de las recetas o, en algunos casos, por errores en la digitación de las mismas por parte de terceros. Estos riesgos destacan la necesidad urgente de continuar con el esfuerzo de integración total del sistema, tanto para garantizar la seguridad de la información como para optimizar la eficiencia de los procesos administrativos y clínicos en la red de salud.

### **Farmacovigilancia**

Durante 2022, la labor de farmacovigilancia en la unidad de farmacia estuvo prácticamente paralizada debido a una serie de factores ajenos al control de la unidad. Esta situación se ha mantenido, en parte, debido a la mezcla de funciones asumidas por el profesional Químico Farmacéutico, la alta rotación de personal clínico asistencial sin la debida capacitación en farmacovigilancia, y las ausencias de los mismos en periodos críticos. Como resultado, la farmacovigilancia se ha relegado a un plano secundario dentro de las prioridades de los prestadores de salud.

A lo largo de 2024, se implementaron estrategias para fortalecer el proceso de notificación de eventos adversos. Sin embargo, la rotación constante de personal médico, junto con las estrategias de mitigación de la disminuida oferta de profesionales, como las rotaciones de 30 médicos EDF, dificultaron el avance sustantivo de la farmacovigilancia en la comuna. Esta falta de continuidad y estabilidad en los equipos de salud ha impedido una implementación efectiva y sostenida de la labor de farmacovigilancia.

De cara a 2025, se hace urgente implementar una estrategia renovada y más efectiva para impulsar la farmacovigilancia en los centros de salud. Esta estrategia debe garantizar el cumplimiento de la normativa legal vigente por parte de los prestadores de salud y concienciar de manera efectiva a todo el personal sobre la importancia de la vigilancia de los efectos nocivos no intencionados de los medicamentos. Es esencial que los equipos de salud comprendan el impacto potencial de los medicamentos comunes en la población usuaria, no solo para cumplir con la legislación, sino también para mejorar la seguridad de los tratamientos y reducir los riesgos asociados al uso de fármacos en la comunidad. Solo con un enfoque más riguroso y sistemático se podrá fortalecer la farmacovigilancia, garantizar la seguridad del paciente y mejorar la calidad de la atención en los centros de salud.

### **BRECHAS**

- Inexistencia de un sistema de abastecimiento y el establecimiento de convenios de segundos prestadores para garantizar la cadena de abastecimiento.
- Inexistencia de informes de existencias de medicamentos sujetos a control legal.
- Presentación de unidad de bodega y botiquín al proceso de acreditación.
- Retroceso de los procesos de farmacovigilancia en los centros de salud dependientes de la Corporación Municipal de San José de Maipo.
- Regularizar la situación de autorización sanitaria de la unidad.

### **DESAFÍOS 2025**

- Mejorar el sistema de abastecimiento y el establecimiento de convenios de segundos prestadores para garantizar la cadena de abastecimiento.
- Regularizar la periodicidad de informes de existencias de medicamentos sujetos a control legal
- Implementar un nuevo sistema de farmacovigilancia con participación activa del equipo de salud.
- Regularizar el proceso de autorización sanitaria de la unidad de farmacia de PSR Marta Ríos Cofré.

## **PROGRAMAS ALIMENTARIOS**

**Profesional a cargo:** Juana Valdés Escobar, Nutricionista Dietista.

**Equipo:**

<b>Funcionarios (TENS)</b>	<b>Lugar de trabajo</b>
Rotación de TENS (Nicole Guardia, Victoria Medina, Pamela Ortega, Jerko Figueroa, Fabiola Salfate, Claudia Cisternas)	PSR Marta Ríos Cofre
Luz Aguirre Gonzáles	PSR San Gabriel
Pamela Andrade	PSR El Volcán



Equipo programas alimentarios, 2024.

## **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA**

Los programas Alimentarios (PPAA) son un conjunto de programas y subprogramas, que consideran actividades de apoyo nutricional de tipo preventivo y de recuperación, a través de los cuales se distribuyen gratuitamente alimentos destinados a la población infantil, gestantes y madres que amamantan, personas mayores, población con diagnóstico de algún error innato del metabolismo y alergia a la proteína de leche de vaca. Este programa se encuentra destinado a realizar acciones de prevención y promoción de la salud, teniendo un alcance en todo el ciclo de vida de la población.

Los PPAA contemplan el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), con sus respectivos subprogramas, y el Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM). En la siguiente ilustración se presenta los distintos programas y subprogramas.

**FIGURA N°9: ESTRUCTURA PPAA.**



### **PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (PNAC)**

El PNAC es un programa de carácter universal que considera un conjunto de actividades de apoyo nutricional de tipo preventivo y de recuperación, a través del cual se distribuyen, de acuerdo con los criterios que se establecen para cada subprograma, alimentos destinados a la población infantil menor a 6 años, gestantes, mujeres que amamantan, personas con diagnóstico de algún error innato del metabolismo que requiera tratamiento nutricional.

### **OBJETIVOS**

- Promover la lactancia materna.
- Promover las potencialidades de crecimiento y desarrollo de niños/as desde la gestación.
- Proteger la salud de la mujer durante la gestación y lactancia.
- Disminuir la incidencia de bajo peso al nacer.
- Prevenir y corregir el déficit nutricional de los niños y gestantes.
- Fomentar la adherencia a las acciones de salud impulsadas en los centros de atención primaria de salud.

**Tabla N°37: Distribución de productos PNAC en kilos por centro de salud enero – octubre 2024**

Producto	PSR MRC	PSR San Gabriel	PSR El Volcán	Total
Purita + pro 1	329	16	0	345
Formula de Inicio	74,4	0,9	0	75,3
Purita + pro 2	422	70	16	508
Purita Mamá	83,5	4	0	87,5
Mi Sopita	24	0	0	24
Fórmula para Prematuro	3,2	0	0	3,2
Fórmula extensamente hidrolizada	0	0	0	0
Fórmula Aminoacídica	40,4	0	0	40,4

*Fuente: Registro estadísticos interno 2024.*

Actualmente existe una cobertura en la prestación de entrega de alimentos a 213 usuarios beneficiarios de PNAC (gestantes, nodrizas, menores de 6 años, prematuros y niños menores de dos años con diagnóstico de alergia a la proteína de leche de vaca) en las Tres Postas de Salud Rural de la CMSJM.

Recordar que desde junio de 2023 se incorporó a la canasta de productos alimentarios en nuestras dependencias, la Purita + pro1 en reemplazo de la icónica leche purita fortificada y la purita + pro 2 en reemplazo de la bebida láctea Purita Cereal como parte de la reformulación del PNAC, específicamente en los subprogramas Básico y Refuerzo. A partir de la incorporación de estos nuevos productos, se ha evidenciado en el presente año, un aumento del 18% en el retiro de purita + pro-1 y un aumento del 14% en el retiro de purita + pro-2 en nuestras Postas de Salud Rural.

Cabe destacar que, durante el 2024, la fórmula de inicio disminuyó la cantidad de kg retirados en un 70% con respecto al año anterior. Dicha cifra, se asocia directamente a las intervenciones realizadas por el equipo de salud sobre la lactancia materna, realizando talleres pre y post natal a las usuarias, clínicas de lactancia de alerta y seguimiento, degustaciones de leche purita mamá, stand de lactancia, entre otros, con el fin de aumentar el porcentaje de lactancia materna exclusiva en nuestra población y recurrir a la incorporación de fórmula de inicio solo cuando sea necesario (Requerimiento del niño y/o la madre).

Por otra parte, hasta la fecha existen tres beneficiarios del subprograma de Alergia a la proteína de leche de vaca (APLV), quienes retiran cada mes el producto (Fórmula aminoacídica/ Fórmula Extensamente Hidrolizada) prescrito por especialista. En cuanto al subprograma prematuro, en la actualidad no hay ningún beneficiario.

Tabla N°38: Total de kilos distribuidos en los últimos 5 años: programa nacional de alimentación complementaria (PNAC)

Año	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Kilos distribuidos</b>	2809	2830	2850	2900	3000 (Proyectado a diciembre 2024).

*Fuente: Registro internos de distribución de PNAC en PSR CMSJM,2024.*

Según los datos mencionados en la tabla, durante los últimos años ha ido aumentando la distribución de kilos de alimentos (leche, formulas y sopas), lo cual se relaciona principalmente con el aumento de población de niños y niñas menores de 6 años y gestantes inscritos en los centros de salud de CMSJM, además, de las estrategias para aumentar el porcentaje de LME en los niños y niñas menores de 6 meses.

### **PROGRAMA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA ADULTO MAYOR (PACAM)**

El PACAM es parte de un conjunto de actividades de apoyo alimentario nutricional de carácter preventivo y de recuperación que distribuye alimentos fortificados con micronutrientes a las personas mayores, en los establecimientos de Atención Primaria de salud (APS). A su vez, es un componente integral del Programa de Salud Integral para Personas Mayores y se vincula con otras actividades de medicina preventiva y curativa, como la promoción del envejecimiento saludable y el mantenimiento y mejoramiento de la funcionalidad física y cognitiva.

A través de PACAM se espera que la entrega de alimentación complementaria sea preventiva y trate carencias de micronutrientes, mejore la detección de patologías crónicas a través de una mejor adherencia a programas de salud y promueva un trabajo integral con el adulto mayor.

### **OBJETIVOS**

- Contribuir a prevenir y tratar carencias nutricionales de las personas mayores mediante la entrega de un complemento alimentario especialmente diseñado para sus necesidades.
- Contribuir a mantener o mejorar la funcionalidad física y psíquica de las personas mayores.
- Incentivar una mayor adherencia a las actividades del programa de salud del adulto mayor en establecimientos APS.
- Promover en los establecimientos de APS una modalidad de trabajo integral con relación a personas mayores, con participación de profesionales del área de atención médica, nutricional, asistencia social, de la familia y de las organizaciones de la propia comunidad.

**Tabla N°39: Distribución de productos PACAM en kilos por centro de salud, enero – octubre 2024**

Producto	PSR MRC	PSR San Gabriel	PSR El Volcán	Total
Bebida Láctea	633	190	157	980
Crema Años Dorados	633	190	157	980

*Fuente: Registro estadístico interno 2024.*

Según nuestros registros existe una cobertura en la prestación de PACAM a 306 usuarios en las tres Postas de Salud Rural de la CMSJM.

Recordar que, durante el año 2023, se realizó una reformulación en el PACAM por medio del cambio de la marca Años Dorados por Nutra Max. Ambos productos de la canasta (Bebida Láctea y Sopa Crema) se vieron modificados favorablemente en su composición nutricional y organoléptica. A partir de esta reformulación, se ha observado un aumento del 38% en el retiro de productos por parte de las personas mayores en nuestros centros de salud con respecto al año anterior.

**Tabla N°40: Total de kilos distribuidos en los últimos 5 años: programa de alimentación complementaria adulto mayor (PACAM)**

Año	2020	2021	2022	2023	2024
Kilos distribuidos	1531	1942	1650	1800	1960
					(Proyectado a diciembre 2024).

*Fuente: Registro internos de distribución de PACAM en PSR CMSJM,2024.*

Como se visualiza en la tabla N°40, la distribución de productos para personas mayores (Bebida Láctea y sopa crema Nutra Max), hubo un aumento en los kilos distribuidos en la proyección de diciembre 2024 con respecto al año anterior, debido a varios factores, dentro de ellos, destacan los siguientes:

- Reformulación de los productos de la canasta del PACAM
- Controles de salud (Refuerzo de su retiro)
- Promoción de los productos del PACAM (Educación sobre beneficios de los productos del PACAM, entrega de recetarios, entre otros).
- Rescate de pacientes inasistentes (Vía telefónica y atenciones de salud por parte de los profesionales).
- Visitas domiciliarias.

#### **COMPROMISOS Y CUMPLIMIENTOS 2024**

Entrega oportuna de los productos a los beneficiarios que cumplan con los requisitos solicitados según la norma vigente.

Los PPAA son una iniciativa de gran relevancia para las personas y ayudan a mejorar la calidad de vida de los usuarios ya que contribuyen al óptimo estado nutricional, evitando tanto la malnutrición por déficit, como por exceso.

### **CUMPLIMIENTOS**

- El PACAM tiene una cobertura del 90% con respecto a la población inscrita en nuestros centros de salud 2024.
- Se mantiene el registro estadístico RAYEN WEB y MIDAS para programas alimentarios en dos de las tres Postas de Salud Rural de la CMSJM (PSR Marta Ríos Cofre y PSR San Gabriel), existiendo registros manuales y digitales que ayudan a la logística de los PPAA.
- Promoción y educación de la canasta de alimentos de los programas alimentarios, para fomentar el retiro y consumo de los mismos. Se realizó material educativo (Afiches, dípticos), degustaciones en talleres de lactancia, operativos de salud, entre otras.
- Cuenta con nutricionista subrogante: Valery Farias.

### **BRECHAS**

- No existe funcionario encargado de distribución fijo en Posta de Salud Rural Marta Ríos Cofre.
- La bodega de almacenamiento y sala de distribución no cuenta con todos los requisitos de la normativa vigente (Infraestructura principalmente).
- No existe acceso a internet en Posta de salud Rural El Volcán, por lo tanto, no se puede implementar el registro digital RAYEN WEB y plataforma MIDAS.
- No hay un panel exclusivo de programa alimentario para información a los usuarios en las distintas Postas de la CMSJM.

### **DESAFÍOS**

- Cumplir con normativa vigente de los programas alimentarios, principalmente en lo que compete a recurso humano e infraestructura de bodega de almacenamiento y sala de distribución de alimentos.
- Contar con funcionaria encargada de distribución fija en Posta de Salud Rural Marta Ríos Cofre.
- Mantener promoción y educación constante de los distintos productos de los programas alimentarios, para promover su retiro y consumo de los mismo. Estas intervenciones se pueden realizar a través de apoyo audiovisual, panel informativo, dípticos, afiches, degustaciones, entre otras.
- Entregar guías anticipatorias en autocuidado.

### **CONTINGENCIA Y DIFICULTADES**

Una de las dificultades que se nos ha presentado el último tiempo, tiene relación con la entrega a domicilio de los productos del PACAM (Bebida láctea y sopa crema) en usuarios de dependencia severa realizados en periodo de pandemia y que actualmente no se permite según la norma vigente.

### **ESTRATEGIAS**

La principal estrategia para la distribución de alimentos de los PPAA es realizar rescate de pacientes inasistentes a través de llamados telefónicos y/o mediante las atenciones de salud (Control sano, control de salud cardiovascular, control prenatal, etc.) por parte de los distintos profesionales del área de salud.

Otra estrategia fundamental, es establecer funcionaria fija encargada de la distribución en Posta de Salud Rural Marta Ríos Cofre, para asegurar la correcta entrega y registro de los programas alimentarios.

Realizar capacitaciones constantes al equipo de Programas Alimentarios para asegurar la correcta ejecución de la Norma de los PPAA.

## **CONVENIOS DE RESOLUTIVIDAD E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS**

**Profesional a Cargo:** Gonzalo Duarte Reyes, Enfermero.

### **OBJETIVOS**

#### **Objetivo General**

Mejorar la capacidad resolutive de la APS, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica en atenciones de especialidad en la atención primaria, considerando los aspectos promocionales, preventivos, asistenciales, curativos, y de control epidemiológico, con un enfoque de salud familiar e integral, contribuyendo a la detección precoz y tratamiento oportuno.

#### **Objetivos específicos**

- Otorgar prestaciones de especialidad ambulatoria con calidad, favoreciendo el acceso en forma oportuna a especialidades de gran demanda en la APS y que presentan listas y tiempos de espera significativos, y que por otra parte pueden ser resueltas en este nivel, obteniendo impacto sanitario y satisfacción usuaria.
- Otorgar prestaciones de gastroenterología, otorrinolaringología, ginecología (Canasta climaterio) y oftalmología de acuerdo con el tiempo de espera que poseen los usuarios
- Permitir la detección de Cáncer de Mama en estadios más precoces de la enfermedad a través de un Programa de Tamizaje.
- Favorecer el diagnóstico precoz de Displasia Luxante de Caderas mediante tamizaje de lactantes de 3 meses de vida.
- Contribuir a la detección precoz de Patología Biliar y Cáncer de Vesícula en grupos de riesgo.
- Facilitar el diagnóstico y tratamiento oportuno de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC), Asma en adultos y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en Atención Primaria.
- Disminuir progresivamente los tiempos de espera mediante la implementación de plataformas y protocolos otorgados por el SSMSO.

### **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA**

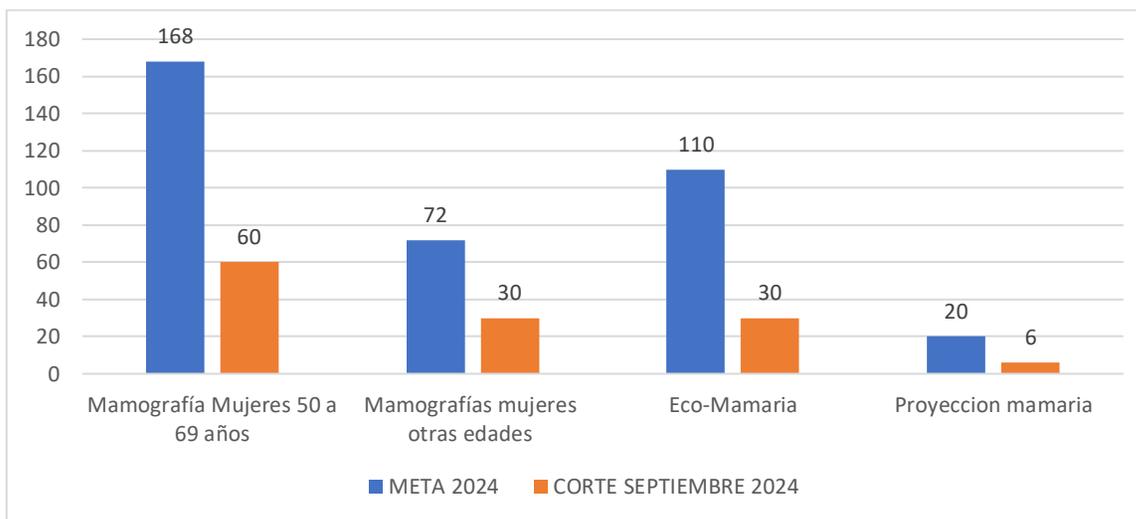
El programa de resolutive y imágenes diagnosticas están enfocados a la población que se atiende en establecimientos de la Atención Primaria de Salud, para que puedan acceder con mayor oportunidad a una atención cercana, integral, y de calidad, a través de estrategias de fortalecimiento, considerando aspectos preventivos, promocionales, asistenciales, curativos, y de control epidemiológico, basado en las orientaciones de Salud Familiar e Integral. Este programa se refuerza mediante el convenio de resolutive y imágenes diagnosticas con el compromiso de efectuar y cumplir con la totalidad de las prestaciones enviadas desde el SSMSO.

## **PRESTACIONES IMÁGENES DIAGNÓSTICAS**

### **Componente N°1: Detección precoz y oportuna de cáncer de mama en etapas In Situ, I y II.**

Estas derivaciones son realizadas en conjunto encargada de ciclo vital de la Mujer, mediante lista de espera.

**Gráfico N°36: Detección precoz y oportuno de Ca. De Mama en PSR SJM**



*Fuente: Lista de rutificados enviados mediante REM, 2024. Elaboración propia*

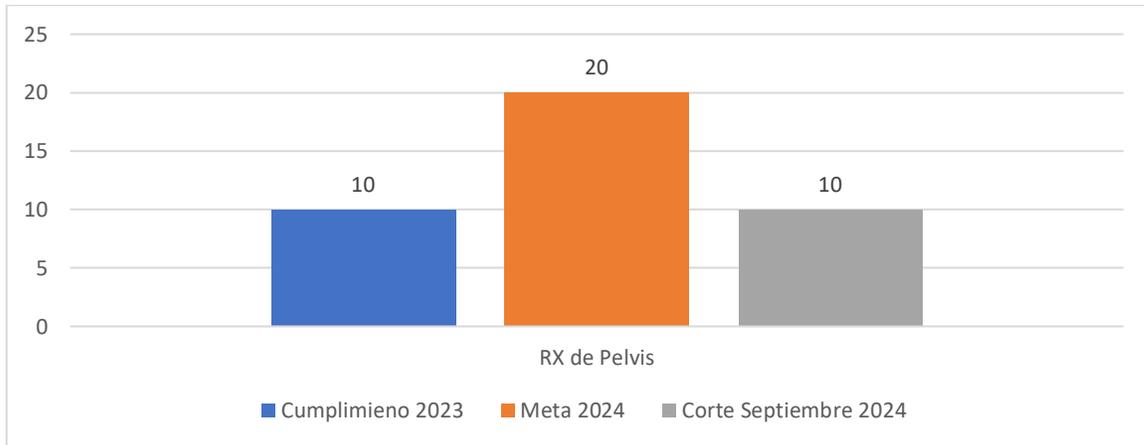
En el gráfico N°36 se logran observar los siguientes porcentajes de cumplimiento, tomando en cuenta el corte al 31 de septiembre del 2023:

- Mamografías 50 - 69 años: se realizaron 32 atenciones las que corresponden a un 20% de cumplimiento
- Mamografías mujeres en otras edades: se realizaron 29 atenciones las que corresponden a un 26,4% de cumplimiento.
- Proyecciones: se realizaron un total de 6 procedimientos las que corresponden a un 30% de cumplimiento.
- Ecotomografías mamarias: se realizaron 35 atenciones, las cuales corresponden a un 31,8% de cumplimiento.
- Destaca que las mamografías, con respecto al año anterior se sigue manteniendo el panorama respecto a baja en la asistencia de las usuarias al centro externo a realizarse el procedimiento. Por el mismo lado, se ve que el procedimiento de proyecciones mamarias aumentó levemente en comparación al año pasado, por una pesquisa atingente de las profesionales de equipo de matronas (Comparación datos Rayen 2023)
- Asimismo, se ha visto una baja en la utilización de cupos para ecotomografías mamarias, las cuales son derivadas luego de la realización de la mamografía.

**Componente N°2: Detección precoz y derivación oportuna de displasia de cadera en niños y niñas de 3 a 6 meses.**

La prestación de radiografía de caderas otorgada por el programa de Imágenes diagnósticas se gestiona a los dos meses de vida del niño o niña en su control sano, mediante interconsulta interna con el centro externo.

**Gráfico N°37: Detección precoz y oportuno de displasia de Cadera en PSR SJM.**



*Fuente: Lista de rutificados enviados mediante REM, 2024. Elaboración propia*

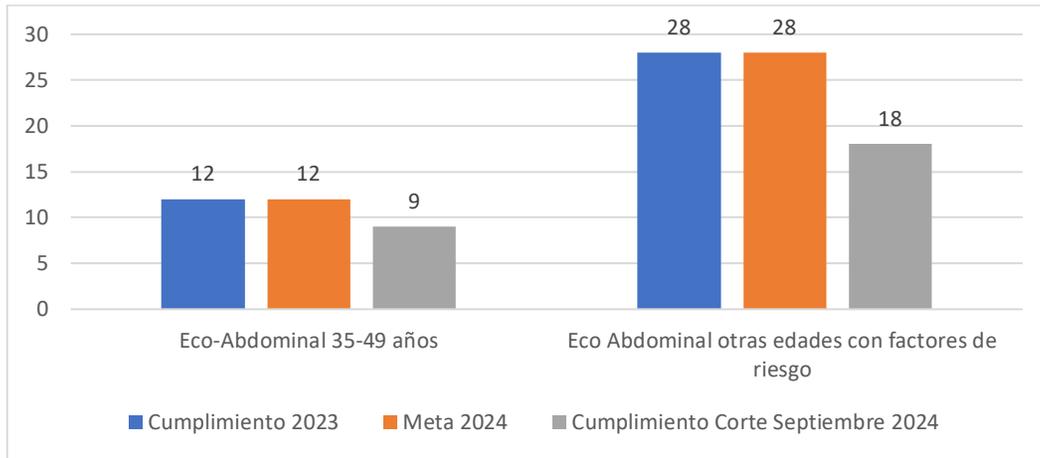
Esta prestación se ha visto en un alza, en comparación al año 2023, pues a la altura de septiembre ya se posee lo alcanzado en 2023. En el corte de septiembre actual se ve un cumplimiento de 50%. El cumplimiento de esta componente se relaciona directamente con la visualización y control GES al ser una garantía explícita, por lo que cada usuario ingresado al centro que tenga entre 3 a 6 meses, debe tener su atención al día, por lo cual la meta depende directamente de niños menores de 3 meses bajo.

El cumplimiento de esta componente se relaciona directamente con la visualización y control GES al ser una garantía explícita, por lo que cada usuario ingresado al centro que tenga entre 3 a 6 meses, debe tener su atención al día.

**Componente N°3: Detección precoz y derivación oportuna de patología biliar y cáncer de vesícula**

La mayor parte de usuarios y usuarias con requerimiento de ecografías abdominales son vistos mediante atenciones de morbilidad con médico de base. De estas atenciones se ha estado gestionando la lista de espera (LE) desde el año 2019 a presente. Destaca:

**Gráfico N°38: Detección precoz y oportuno de patologías Biliares en PSR SJM**



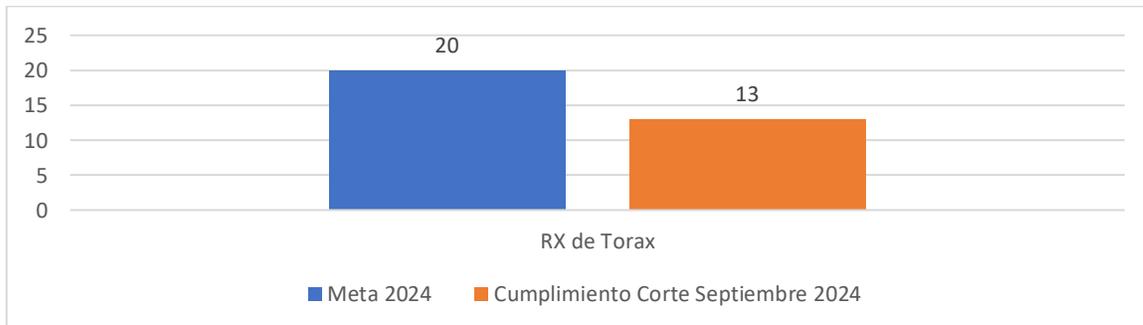
*Fuente: Lista de rutificados enviados a REM, 2023 - septiembre 2024. Elaboración propia.*

*Estas prestaciones comenzaron a realizarse desde agosto del presente año por parte del centro externo, en donde se han realizado 27 atenciones de las 40 pactadas con SSMSO, cumpliendo hasta el corte de septiembre de 2024 con un 67%.*

**Componente N°4: Mejorar la resolutivez en el diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad y enfermedades respiratorias crónicas.**

Este procedimiento, al igual que el anterior, va estrechamente relacionado con las atenciones de morbilidad y requerimiento del paciente, según observación y análisis del profesional. La prestación se obtiene desde agosto del presente año.

**Gráfico N°39: Detección precoz y oportuno de NAC y enfermedades respiratorias crónicas en PSR SJM**



*Fuente: Lista de rutificados enviados a REM, 2023 - septiembre 2024. Elaboración propia.*

Estas prestaciones comenzaron a realizarse desde agosto del presente año por parte del centro externo, en donde se han realizado 12 atenciones de las 20 pactadas con SSMSO, cumpliendo hasta el corte de septiembre de 2024 con un 60%.

### **PRESTACIONES RESOLUTIVIDAD**

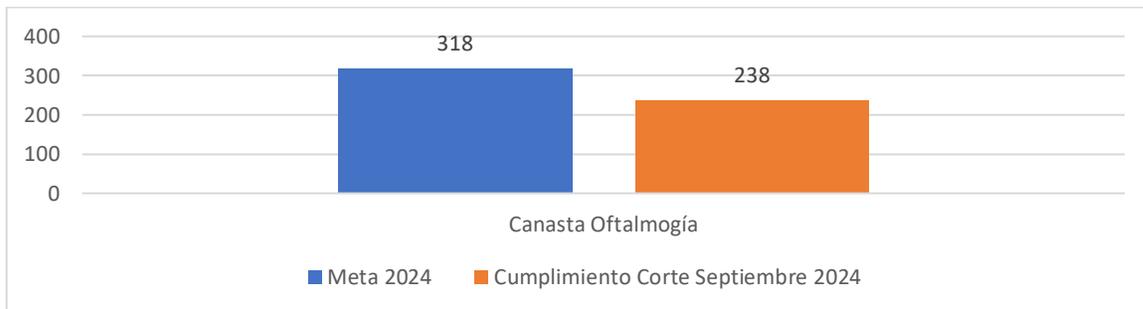
Dentro del programa de Resolutividad, se realizan otras prestaciones enfocadas en diversas especialidades médicas, entre las cuales se encuentran:

- Canasta integral Oftalmología
- Canasta integral Otorrinolaringología
- Canasta integral Gastroenterología
- Canasta Integral Climaterio
- Canasta Integral Tele dermatología

#### **Componente N°1.1 Canasta Integral Oftalmología**

Está orientado al diagnóstico y tratamiento de los siguientes problemas de salud ocular: Vicios de Refracción No GES, calificación de urgencia oftalmológica, ojo rojo, glaucoma, sospecha de cataratas, procedimientos quirúrgicos menores y evaluación o tamizaje de fondo de ojo en personas con diabetes.

**Gráfico N°40: Cumplimiento de prestaciones de Oftalmología en programa de Resolutividad 2024**



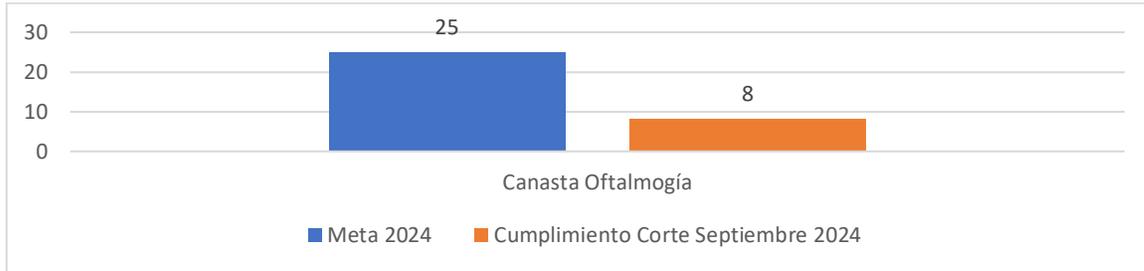
*Fuente: Lista de rutificados enviados a REM septiembre 2024. Elaboración propia.*

Respecto a la prestación de Oftalmología, se cuenta con un convenio realizado con una óptica externa, la cual realiza operativos en las postas de Vertientes, San Gabriel y El Volcán según la necesidad desde el mes de Mayo de 2024, se comenzaron a realizar operativos oftalmológicos, en los cuales se obtuvo al corte de septiembre de 238 usuarios y usuarias beneficiados/as, dando un porcentaje de cumplimiento de un 74,8%; lo cual, en comparación a años anteriores, se enmarca en un cumplimiento adecuado según fechas y cronograma esperado.

### **Componente N°1.3 Canasta Integral Otorrinolaringología**

Está orientado al diagnóstico y tratamiento de la hipoacusia en personas hasta los 64 años, síndrome vertiginoso, epistaxis, otitis aguda y crónica (personas de 15 y más años).

**Gráfico N°41: Cumplimiento de prestaciones de Otorrinolaringología en programa de Resolutividad 2024**



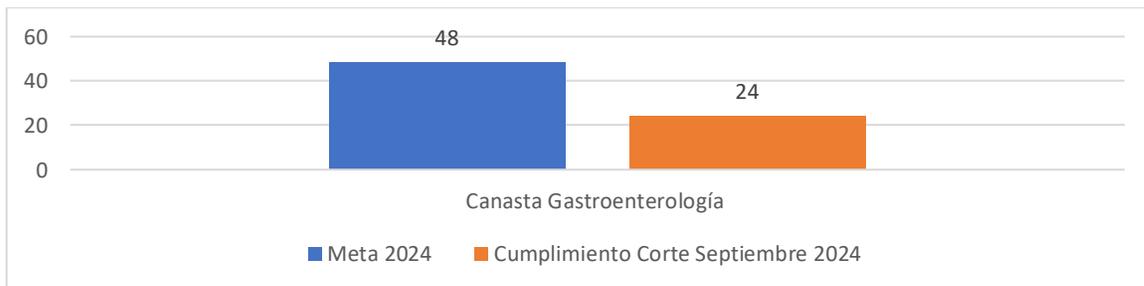
*Fuente: Lista de rutificados enviados a REM, septiembre 2024. Elaboración propia.*

Respecto a la prestación de Otorrinolaringología, se cuenta con un convenio realizado con centro clínico POLICENTER, la cual realiza prestación siempre y cuando medico realice interconsulta a este centro y mediante agendamiento interno se citan los usuarios. Este convenio comenzó en agosto de 2024, lo que significó un atraso relevante a la altura del año para derivación de usuarios de forma efectiva. Al corte de septiembre de 2024, un porcentaje de cumplimiento de un 32%, lo cual, en comparación a años anteriores, se enmarca en una mejoría del cumplimiento según fechas y cronograma esperado.

### **Componente N°1.4 Canasta Integral Gastroenterología**

Busca erradicar la infección por *Helicobacter pylori* cuando se asocie a esofagitis, úlcera duodenal, úlcera gástrica, gastritis linfonodular, gastritis atrófica en personas de 15 y más años, como método de prevención y/o detección precoz del cáncer gástrico.

**Gráfico N°42: Cumplimiento de prestaciones de Gastroenterología en programa de Resolutividad 2024**



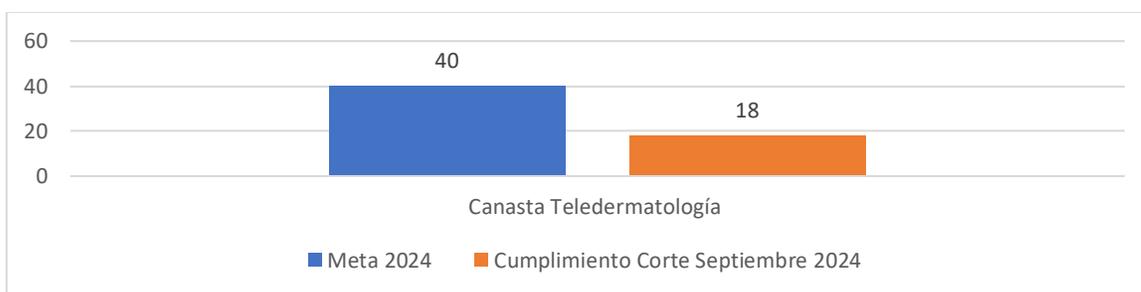
*Fuente: Lista de rutificados enviados a REM, septiembre 2024. Elaboración propia.*

Respecto a la prestación de Gastroenterología, se cuenta con un convenio realizado con centro clínico POLICENTER, la cual realiza prestación siempre y cuando medico realice interconsulta a este centro y mediante agendamiento interno se citan los usuarios. Este convenio comenzó en agosto de 2024, lo que significó un atraso relevante a la altura del año para derivación de usuarios de forma efectiva. Al corte de septiembre de 2024, un porcentaje de cumplimiento de un 50%, lo cual, en comparación a años anteriores, se enmarca en una mejoría del cumplimiento según fechas y cronograma esperado.

### **Componente N°1.5 Canasta Integral Tele dermatología**

Las prestaciones de esta especialidad están orientadas a la evaluación y tratamiento de pacientes de toda edad con patología dermatológica, a través de la estrategia de Tele dermatología. Para ello, los establecimientos de atención primaria u hospitales de familia y comunidad contarán con una programación de atenciones y una canasta de fármacos establecida por la División de Atención Primaria del MINSAL, para el tratamiento de las personas, de acuerdo con la indicación entregada por el especialista.

**Gráfico N°43: Cumplimiento de prestaciones de Tele dermatología en programa de Resolutividad 2024**



*Fuente: Lista de rutificados enviados a REM, septiembre 2024. Elaboración propia.*

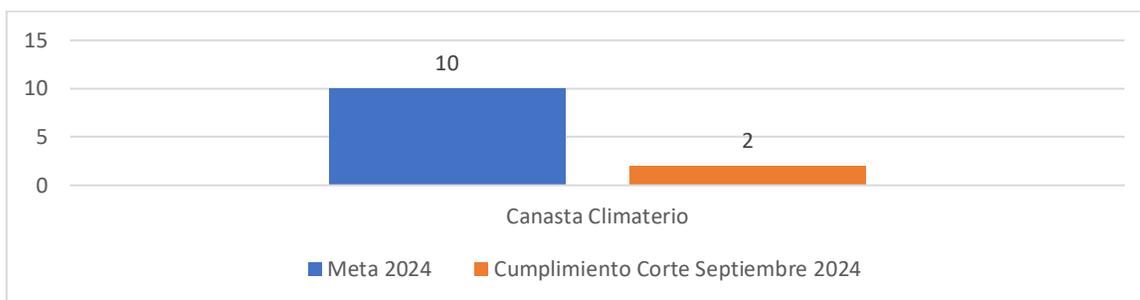
Desde la llegada de médicos en etapa de formación, quienes están familiarizados con plataformas de hospital digital, es que la digitación y resolución mediante Tele dermatología han demostrado un aumento circunstancial en comparación a años anteriores. Al momento del corte de septiembre de 2024, en esta canasta existe un grado de cumplimiento de 45%.

### **Componente N°3 Canasta Integral Climaterio**

Considera una “canasta integral” para la especialidad de ginecología, que busca fortalecer los procesos de soporte para mejorar la atención integral a personas en etapa de climaterio, para mejorar su calidad de vida y, complementariamente, colaborar en la prevención de patologías crónicas de alta morbimortalidad.

Este componente considera la compra o entrega de la prestación de canasta integral ginecológica, por médico especialista ginecólogo a mujeres entre 45 y 64 años que estén en etapa de climaterio, de acuerdo a los criterios de derivación a especialidad vigentes en Programas de Salud y/o protocolos de referencia y contra referencia locales de los respectivos Servicios de Salud.

**Gráfico N°44: Cumplimiento de prestaciones de Climaterio en programa de Resolutividad 2024**



*Fuente: Lista de rutificados enviados a REM, septiembre 2024. Elaboración propia.*

Respecto a la prestación de Climaterio integral, se cuenta con un convenio realizado con centro clínico Policenter, la cual realiza prestación siempre y cuando médico o matrona realice interconsulta a este centro y mediante agendamiento interno se citan los usuarios. Este convenio comenzó en agosto de 2024, lo que significó un atraso relevante a la altura del año para derivación de usuarios de forma efectiva. Al corte de septiembre de 2024, un porcentaje de cumplimiento de un 20%, esto relacionado a que la población que puede ser atendida en esta cartera debe tener ciertos requisitos específicos detallados en convenio del programa; esto último también se relaciona los cupos de meta (10 cupos) entregados a la comuna.

#### **BRECHAS 2024**

Como panorama inicial, se destaca la demora de regularización de cobros asociados a proveedores del periodo 2023; lo que retrasa el inicio el convenio a mediados de agosto de 2024. Esto impactó directamente en atenciones relacionadas, principalmente, las canastas de Gastroenterología, Otorrinolaringología, climaterio e imágenes diagnósticas.

Persiste la dificultad de comunicación con usuarios (no contesta, números desactualizados, o señal deficiente). Por lo tanto, dificulta el rescate para citación a horas de procedimientos e incide a rescates presenciales.

Se destaca el contexto socio territorial de la comuna. El ausentismo por distancias entre San José de Maipo y los centros donde se derivan componen una distancia considerable para los pacientes; teniendo en algunas jornadas (con agenda y hora tomada con centro resolutor) entre el 10 a 20% de ausentismo de usuarios agendados a centro externo Policenter (ciertos usuarios/as que registraron inasistencia en el centro externo, estos refirieron que sigue persistiendo la dificultad en la movilización hacia centros fuera de la comuna debido a escasa locomoción y contexto socioeconómico).

#### **DESAFÍOS Y COMPROMISOS 2025**

- Fortalecer y mejorar la capacidad resolutiva para las diversas patologías incluidas en la canasta del programa, luego de la activación de los convenios con los centros externos.

- Apoyar al usuario a comprender los beneficios obtenidos mediante los programas, siendo esto definido en flujogramas.
- Mejorar la organización y gestión de cupos en los centros externos de acuerdo con la necesidad de los usuarios, para realizar las prestaciones de manera oportuna y así ir reduciendo progresivamente las listas de espera.
- Mantener actualizada y organizada la planilla de rutificados, para ser enviados con fines estadísticos (Corporación y SSMSO).
- Implementar en mayor medida, instancias de educación a la población relacionadas a estas prestaciones.
- Rescates según etapa del ciclo vital según profesional.
- Revisar y conformar lista de espera para atención oftalmológica, generando fechas específicas mensuales y asegurar un mínimo de atenciones para cumplir meta establecida para septiembre/octubre.
- Entregar Directrices (o capacitación) a personal médico respecto a interconsultas internas respecto a canastas de gastroenterología, canasta oftalmológica, canasta otorrinolaringología; especificando prestaciones y exámenes relacionados.
- Rescate o pesquisa población transversal mediante encargados de ciclo vital.

## **UNIDAD GES**

**Encargada:** Yeraldine Aguilar Bórquez, Matrona

**Equipo a cargo:** Esperanza Arancibia, Enfermera, Constanza Luna, Digitadora GES PSR Las Vertientes, Camila González, Digitadora GES PSR San Gabriel

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

La unidad de Garantías Explícitas en Salud (GES) tiene como objetivo principal controlar, monitorear y favorecer el registro oportuno y de calidad de las atenciones asociadas a patologías GES en nuestras Postas Rurales de Salud: Las Vertientes, San Gabriel, El Volcán.

### **Objetivos Específicos**

- Coordinar los servicios clínicos para gestionar la demanda GES a nivel local.
- Coordinar los servicios clínicos para gestión de la demanda a nivel de red de salud.
- Asegurar correcto registro y cumplimiento de las garantías GES ingresadas en nuestros establecimientos.
- Promover los cumplimientos oportunos y de calidad de las garantías GES.
- Monitorear periódicamente las garantías vigentes, vencidas y exceptuadas en nuestros establecimientos.
- Elaboración de indicadores de cumplimiento GES locales.

## **DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD GES**

El régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), entrega actualmente garantías explícitas para 87 problemas de Salud establecidos por ley, que deben ser cumplidas para todos nuestros usuarios, sean FONASA o ISAPRES.

Estas garantías constituyen derechos de las personas, que deben cumplirse cada vez que se diagnostica alguna patología incorporada y se cumplen los requisitos que cada una de ellas establece.

Las garantías exigibles por ley para los beneficiarios son:

- Acceso
- Oportunidad
- Protección financiera
- Calidad

Para ser beneficiario de las garantías GES hay que presentar una enfermedad o problema de salud incluido en el listado de patologías AUGE, cumplir con condiciones especiales para atenderse en la red

de prestadores determinada por FONASA y no estar afiliado a instituciones de seguridad social de las Fuerzas Armadas y Carabineros.

Nuestro equipo de GES se encarga de garantizar el cumplimiento de las garantías, el Referente GES es quien entrega los lineamientos por parte del SSMSO y Minsal a nuestros establecimientos, así también es quien monitorea a diario el estado de las garantías GES, realizando gestiones administrativas y clínicas para asegurar la atención oportuna y de calidad, gestión realizada en constante coordinación con el digitador quien registra la información en la plataforma SIGGES la cual está destinada para ello.

### **CUMPLIMIENTO DE LA GARANTÍA GES**

Durante el año 2024 se implementaron estrategias administrativas y clínicas que permitieron mejorar el trabajo sistémico que implica GES, se coordinó una mejora orientada a elevar índices de cumplimiento y rendimiento con respecto a los años anteriores. Dichas modificaciones significaron cambio de funciones en el equipo, reestructuración completa de la unidad de GES y Servicio de Orientación Medico Estadístico (SOME).

Además, se realizaron capacitaciones al personal de la unidad y equipo clínico (GES y Ayudas técnicas GES) con la finalidad de mejorar la calidad de atención a nuestros usuarios, así también la oportunidad de acceso a beneficiarios de esta ley.

El cumplimiento de las garantías de oportunidad en nuestras Postas Rurales de Salud desde al 30 de septiembre del presente año (*tabla n°41*), muestran un evidente aumento en la resolutivez y coordinación de los casos tratados en APS, en conjunto con la significativa disminución de garantías exceptuadas que tenían estado pendiente desde el año 2016 (*tabla n°42*), dicha gestión tiene gran relevancia en indicadores respecto a patologías GES, lo que conllevó una ardua tarea administrativa en conjunto con el equipo clínico.

Tabla N°41: Cumplimiento GES a septiembre del 2024

<b>ESTADO GO</b>	<b>APS SAN JOSÉ DE MAIPO</b>
<b>Cumplida</b>	560
<b>Exceptuada</b>	3
<b>Incumplida Atendida</b>	84
<b>Incumplida no atendida</b>	13
<b>Retrasadas</b>	8
<b>TOTAL</b>	668
<b>Numerador</b>	647
<b>Denominador</b>	668
<b>Cumplimiento</b>	96,86
<b>% Retrasos</b>	1,2
<b>% Exceptuadas</b>	0,45

*Fuente: Plataforma SIGGES, 2024.*

Se muestra las garantías de oportunidad en estado de cumplida, exceptuada, incumplida atendida e incumplida no atendida y retrasadas en nuestras Postas Rurales de Salud de San José de Maipo, destacando el porcentaje de cumplimiento 2024

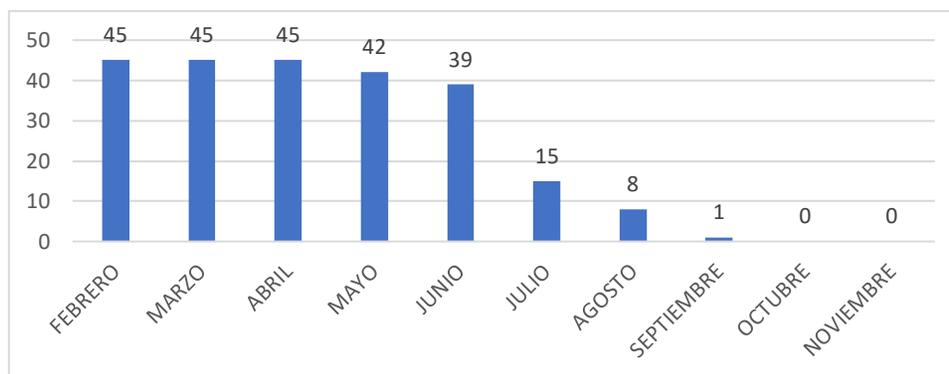
Las garantías exceptuadas en nuestros establecimientos de atención primaria han permanecido pendientes desde el año 2016, por lo que, como equipo, se tomó la decisión de llevar a cabo gestiones específicas para resolver esta situación de manera definitiva, lo cual se evidencia en el *grafico n°45* que abarca los meses de febrero a noviembre 2024.

Tabla N°42: Garantías de Oportunidad exceptuadas transitorias

ESTABLECIMIENTO	TOTAL EXCEPTUADAS AL 28 FEBRERO 2022	TOTAL EXCEPTUADAS AL 30 SEPTIEMBRE 2024	DIFERENCIA
APS SAN JOSÉ DE MAIPO	45	0	-45

Fuente: Plataforma SIGGES, 2024.

Gráfico N°45: Garantías exceptuadas transitorias entre los meses de febrero, marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre, octubre y noviembre del presente año.



Fuente: Plataforma SIGGES, 2024.

En la unidad se lleva a cabo la digitación de las patologías GES, incluyendo las prestaciones asociadas a cada una de ellas, de manera oportuna y dentro de los plazos establecidos, logrando un cumplimiento del 100% de este indicador, lo cual se evidencia en la *tabla n°43*.

Tabla N°43: Indicador de cumplimiento de oportunidad de digitalización

Establecimiento	N° de Días hábiles entre la fecha de inicio de la GO y su correspondiente fecha de digitación en SIGGES								Total Garantías	Promedio de días de digitación	Mediana de días de digitación	Máximo de días de digitación	% Cumplimiento Indicador
	<= 5 días	% <=5 días	Entre 6 y 30 días	Entre 31 y 60 días	Entre 61 y 90 días	Entre 91 y 120 días	121 y más	N° de días nulo					
POSTA DE SALUD RURAL LAS VERTIENTES	446	90,47%	45	0	0	0	2	0	493	3,52	2	151	100,00%

Fuente: Plataforma SIGGES, 2024.

### **BRECHAS 2024**

- Intermitencia de servicios de internet para realización de registro oportuno en plataforma SIGGES.

- Reducción de personal digitador de plataforma SIGGES en nuestras Postas Rurales de Salud.
- Cambios en la dotación del equipo GES y sus funciones.
- Falta de capacitaciones continuas al equipo de unidad GES.
- Escasez de personal médico y no médico en nuestras Postas Rurales de San José de Maipo.
- Dificultad de acceso para nuestros usuarios debido a la geografía de nuestra comuna.

### **INNOVACIONES 2024**

- Mantener y fortalecer las coordinaciones con el SMMSO, el Complejo Hospitalario Sotero del Río, el Complejo Hospitalario San José de Maipo y las Postas Rurales, optimizando recursos para mejorar el acceso y la oportunidad de atención para nuestros usuarios.
- Capacitación del personal médico y no médico flujogramas de patologías GES en APS.
- Realización de inducción para nuevos referentes comunales GES.
- Reuniones mensuales de unidad GES local y SSMSO.
- Capacitación por parte del SSMSO al personal de nuestras Postas de Salud de San José de Maipo.
- Fortalecer el equipo GES para mejorar el manejo de las garantías, especialmente en lo que respecta a la oportunidad, orientado a cumplir en un 100% los indicadores.
- Realizar inducciones y capacitaciones al personal de salud sobre GES, estableciendo flujos locales para patologías más comunes en nuestras Postas de Salud.

### **DESAFÍOS 2025**

- Realizar constantes actualizaciones al equipo respecto a SIGGES y Normas vigentes.
- Comunicar fluidamente la información y lineamientos por parte de MINSAL y el SSMSO a todos nuestros funcionarios.
- Reforzar capacidad de adaptación del equipo al cambio de plataforma SIGGES 2.0.
- Reforzar y fomentar la actualización y registro de datos de usuarios en sus fichas clínicas a través de la Unidad de Atención de Usuarios (UAU), garantizando contacto efectivo para informar sobre interconsultas, listas de espera, citaciones, etc.
- Implementar protocolos de trazabilidad para interconsultas GES, asegurando el cumplimiento de los plazos legales en conjunto con contraloría médica.
- Mantener en constante capacitación al equipo de unidad GES.
- Mantener la colaboración constante con el equipo gestor para mejorar y evaluar estrategias, optimizar procesos y cumplir con los objetivos planteados por el departamento de salud de la Corporación Municipal de Salud de San José de Maipo.
- Aumentar la participación y generar estrategias en actividades de prevención y promoción de la salud, informando a los usuarios sobre sus derechos y las garantías GES.
- Implementar nuevos oficios y lineamientos por parte del SSMSO en relación a patologías comunes en APS.
- Establecer lineamientos claros para la correcta gestión por parte de nuestro personal administrativo y clínico.

- Aumentar la revisión aleatoria de fichas clínicas mediante un protocolo de registro para corregir errores y mejorar la calidad de los datos registrados.

## **UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO (UAU)**

**Profesional a cargo:** Yeralding Aguilar Bórquez, Matrona, Constanza Luna, Administrativa, Camila González, Administrativa, Verónica Contreras, Administrativa.

## **UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO**

La Unidad de Atención al Usuario (UAU) es una unidad administrativa y de gestión que tiene como misión garantizar que las personas que se atienden en las Postas de Salud Rural de San José de Maipo reciban un servicio que respete y cumpla con sus derechos y deberes como usuarios de la Atención Primaria de Salud. Entre los servicios que ofrece se incluyen la entrega de citas diarias con los profesionales de las Postas, la provisión de la información solicitada por los usuarios y la gestión ordenada y priorizada de sus requerimientos.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Garantizar que los usuarios reciban el cumplimiento de sus derechos y deberes, a través de la recepción y gestión de reclamos, sugerencias y felicitaciones, siempre respondiendo dentro de los plazos establecidos. La unidad orienta y facilita la información necesaria para los usuarios que visitan el Área de Salud, realizando la gestión de citas, inscripciones, regularizaciones y traslados, actuando como un órgano de primer contacto eficiente y resolutivo. Además, se fomenta la mejora continua de los procesos sanitarios mediante la recopilación de la opinión de los usuarios, asegurando una atención de calidad integral.

### **Objetivos específicos:**

- Atender al usuario con enfoque en la priorización de sus necesidades.
- Desarrollar e implementar estrategias para que el equipo de la UAU logre cumplir y aplicar de manera efectiva los procesos para una atención óptima.
- Velar por el cumplimiento de los derechos y deberes de los pacientes, garantizando una atención equitativa y respetuosa.
- Mejorar la percepción del usuario externo e interno respecto a la calidad en la atención recibida en las Postas de San José de Maipo.

## **COMPROMISOS 2025**

- Incrementar el número de usuarios inscritos en nuestros tres centros de salud, alcanzando un total de 2.450 inscripciones validadas por FONASA a 30 de octubre de 2024.
- Promover espacios de reunión periódicos con el equipo de la Unidad de Atención al Usuario (UAU) para fomentar la colaboración y mejorar la coordinación.

- Realizar un análisis de las actividades de los profesionales según la programación anual, con el fin de identificar y resolver de manera proactiva los posibles nodos críticos.
- Brindar capacitación continua al personal administrativo sobre los protocolos de buen trato al usuario, reforzando el compromiso con una atención de calidad.
- Desarrollar y distribuir material informativo para los usuarios de las postas, detallando la cartera de servicios disponibles, horarios de atención y operativos de salud
- Trabajar de manera conjunta con el equipo de la UAU para identificar y analizar las necesidades de la población atendida, tomando en cuenta las observaciones y sugerencias de los usuarios.

Tabla N°44: Inscritos Validados por FONASA en nuestras Postas Rurales de San José de Maipo al 30 de octubre 2024.

Postas Rurales de Salud San José de Maipo	N° Inscritos validados por FONASA
Posta Las Vertientes	2.164
Posta San Gabriel	286
<b>Total</b>	<b>2.450</b>

*\*Se estima que en PSR El Volcán cuenta con aproximadamente 70 inscritos*

### BRECHAS

- **Inexistencia de confirmación de horas médicas y no médicas:** Debido a la escasez de personal administrativo en la unidad, no fue posible realizar de manera constante la confirmación de las horas médicas, lo que generó inasistencias sin la opción de cancelar o cubrir esos cupos.
- **Cambio constante de personal administrativo en la unidad:** A lo largo de 2024, se llevó a cabo una reestructuración integral en la unidad del Servicio de Orientación Médico-Estadística (SOME), lo que resultó en un alto nivel de rotación del personal administrativo. Este cambio frecuente afectó la continuidad de los procesos y generó desafíos adicionales en la gestión eficiente de las tareas administrativas.
- **Descoordinación en la asignación de horas médicas:** A pesar de los esfuerzos realizados para coordinar las agendas, se presentaron demoras durante la apertura de las mismas, lo que provocó la formación de filas y tiempos de espera que promediaban los 20 minutos. Esta situación causó incomodidad a los usuarios y una sobrecarga en el personal administrativo durante los días de apertura de las agendas, afectando la eficiencia del proceso.
- **Hasta el mes de abril 2024, la unidad de SOME no contaba con extensión horaria:** A partir de ese mes, se implementó una jornada laboral completa en la unidad, extendiendo la atención continua hasta las 20 horas. Esta medida permitió mejorar la disponibilidad para nuestros usuarios, brindando un servicio más eficiente, con mayor apoyo y orientación en horarios más convenientes

### DESAFÍOS 2025

- Desarrollar un plan de gestión de la demanda adaptado a las necesidades específicas de cada centro de salud en coordinación con nuestra planificación 2025.
- Incrementar la inscripción de usuarios en las postas generando nuevas oportunidades de inscripción durante el 2025, apoyados en material informativo sobre la cartera de servicios de

cada centro y acompañamiento administrativo en nuestros operativos de salud en las Postas Rurales de San José de Maipo.

- Continuar con la implementación de listas de espera para cada profesional, con el fin de optimizar la asignación de citas y coordinar mejor los requerimientos de los usuarios.
- Ampliar la cobertura en atención telefónica, garantizando una atención de calidad a distancia para los usuarios.
- Asegurar la confirmación oportuna de las citas médicas, minimizando la pérdida de consultas y mejorando la eficiencia en la programación y atenciones de salud.
- **Mantener la atención continua en horario extendido hasta las 20 horas en la unidad de SOME** asegurando la disponibilidad de servicios durante todo el día, proporcionando atención ininterrumpida para responder de manera más eficaz a las necesidades de los usuarios, mejorando así la accesibilidad y calidad del servicio.

## **ENFOQUE DE SEGURIDAD Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN:**

**Profesional a cargo:** Denisse Tamara Herrera Montecinos

La calidad y seguridad en la atención son principios fundamentales en la provisión de servicios de salud, y constituyen tanto un deber ético como un derecho reconocido por la legislación. Las instituciones de salud tienen la responsabilidad moral de garantizar que la atención brindada a los pacientes minimice los riesgos, maximice los beneficios y respete su dignidad.

En este contexto, la Corporación Municipal de San José de Maipo, en su compromiso con la mejora continua, busca la acreditación institucional de la Posta de Salud Rural de “Las Vertientes”, con el objetivo de facilitar y garantizar mayores niveles de salud y bienestar a la población. Para ello, es esencial adoptar un enfoque sistemático y coordinado que garantice que los servicios proporcionados sean de calidad, seguros y siempre orientados al bienestar de los usuarios.

Durante el año 2024 la Unidad de Calidad continúa avanzando en la gestión y proceso de acreditación de la posta de las vertientes, donde destaca:

→ **Elaboración de una política de calidad institucional y comunal:**

Se ha actualizado una política clara y coherente que define los compromisos y principios de la institución y la comunidad. Esta nueva política establece estrategias que buscan la mejora continua, equidad, calidad y seguridad de la atención de nuestros usuarios. Conforme al modelo de salud familiar, las normativas vigentes y los estándares de acreditación de los servicios de salud.

→ **Definición de una estructura responsable de la gestión de calidad:**

Se ha conformado un nuevo equipo de calidad:

- Incorporación de un administrativo en apoyo al proceso documental por 22 horas semanales.
- Se ha designado un nuevo profesional encargado de calidad por 44 horas semanales, quien cuenta con formación de calidad y acreditación en APS, guiado por el equipo directivo en apoyo de la correcta gestión.

→ **Elaboración e implementación del programa de calidad institucional:**

Se elaboró el programa de calidad institucional, que busca promover la cultura de calidad a través de la formación continua, la sensibilización y evaluación de cumplimiento. Se ha establecido una planificación de actividades con metas y resultados medibles acorde a la normativa vigente. Este programa inicia a partir de octubre del 2024 con vigencia de un año para su implementación.

→ **Sistemas de monitoreo de la calidad y seguridad**

Se han llevado a cabo monitoreos y evaluaciones por parte del SSMSO, los cuales han permitido identificar las principales necesidades de la institución en relación con el cumplimiento de las normas técnicas básicas establecidas por la autoridad sanitaria, así como la correcta ejecución de procedimientos y la atención a los usuarios. Estos resultados han

evidenciado la necesidad de establecer nuevos protocolos de atención, alineados con las normativas vigentes y los estándares de calidad. Además, se ha identificado la importancia de realizar capacitaciones a todos los funcionarios que prestan servicios a la comunidad, con el fin de asegurar la adecuada implementación de estos protocolos. Actualmente y conforme a la elaboración de protocolos, se llevarán a cabo procesos de evaluación internos que permitan mejorar los procesos de atención y dar continuidad al proceso de acreditación.

→ **Elaboración y actualización de protocolos institucionales:**

Se encuentra en desarrollo la elaboración y actualización de protocolos orientados a la mejora continua de los procesos de atención en salud, alineados con los estándares establecidos por el Ministerio de Salud. Con el objetivo de unificar criterios que aseguren una gestión adecuada y una atención eficiente por parte de los funcionarios que prestan servicios en los establecimientos, garantizando así una atención segura y de calidad para nuestros usuarios.

→ **Firma convenio PMI**

Este año se firmó el convenio PMI entre el Servicio Metropolitano Sur Oriente y la Ilustre Municipalidad de San José de Maipo, dando inicio al primer proyecto: Construcción de rampa de acceso a la sala de Residuos (REAS) de la Posta de Salud Rural "Las Vertientes", respondiendo a la necesidad de asegurar un acceso adecuado y seguro para el manejo de residuos generados en el establecimiento.

Actualmente seguimos trabajando y fomentando la consolidación del programa de calidad, a través de un trabajo colaborativo con apoyo del SSMSO.

**BRECHAS 2024**

- Recursos financieros.
- Fortalecer equipo de calidad.
- Gestión documental de carácter institucional validados y actualizados.
- Gestionar capacitaciones a todos los funcionarios en torno a la acreditación, calidad y seguridad asistencial integral.
- Autorización sanitaria del establecimiento y las ambulancias.
- Mejoramiento de la infraestructura y equipamiento.

**PLANIFICACIÓN 2025**

Los desafíos planteados para el año 2025 están dirigidos a asegurar una atención de salud segura y de calidad tanto para nuestros usuarios/as como para nuestros equipos de salud. Continuar avanzando en el proceso de acreditación y de la normalización de las autorizaciones sanitarias pendientes, dando cumplimiento a los plazos establecidos.

## **Objetivos**

### **Objetivo General:**

Lograr el cumplimiento de las metas establecidas en el programa de calidad y seguridad, a través del monitoreo y mejora continua de la atención en salud en los establecimientos de la comuna de San José de Maipo, en conformidad con el proceso de acreditación, la normativa vigente y realidad local.

### **Objetivos específicos:**

1. Construir actividades de trabajo relacionadas al programa de calidad y seguridad en la atención. Para dar cumplimiento con las exigencias del proceso de acreditación de prestadores institucionales en salud.

<b>Actividad N°1</b>	<b>Actividad N°2</b>	<b>Actividad N°3</b>
Conformar el equipo de trabajo del programa de calidad y seguridad en la atención en salud.	Revisión y actualización de documentos de carácter local existentes y no vigentes, de la o las características obligatorias del manual estándar de acreditación de atención abierta.	Proceso de autoevaluación de características obligatorias acorde al manual estándar de Calidad y seguridad vigente.
Meta: Coordinar el 100% de las actividades, para la ejecución del trabajo del programa de calidad y seguridad en la atención en salud en el paciente durante el año 2025.		

2. Realizar evaluaciones periódicas programadas de los estándares de acreditación a través de la pauta de cotejo para prestadores de atención abierta.

<b>Actividad N°1</b>	<b>Actividad N°2</b>	<b>Actividad N°3</b>
Nombrar e indicar los cargos responsables de sector y/o unidad.	Realizar inducciones sobre los cumplimientos de las características obligatorias a los responsables de sectores y/o unidades.	Realizar simulaciones de acreditación por el equipo de calidad.
Meta: Cumplir con el 100 % de las características de carácter obligatorio del Manual estándar de Atención Abierta.		

3. Establecer un sistema de monitoreo del cumplimiento de los ámbitos organizacionales de equipamiento e infraestructura requeridos en la norma técnica básica y exigidos por la autorización sanitaria.

Actividad N°1	Actividad N°2
Aplicación de pauta NTB con reporte actualizado de brechas.	Elaboración de un sistema de registro de notificación y seguimiento del estado de avance de la gestión y cierre de brechas de la NTB.
Meta: Cumplir un mínimo un 50% de las actividades programadas relacionadas con la gestión y requerimientos de la Normas Técnicas Básicas.	

4. Desarrollar planes de intervención para la mejora continua del programa de calidad y seguridad en la atención de salud en el paciente.

Actividad
Idear planes de mejoras y/o actualizaciones al programa de calidad, en cuanto a carácter de inicio, o complemento de los procesos del programa de calidad y seguridad acorde a la normativa vigente.
Meta: Cumplir con el 100 % de intervenciones para la mejora continua en el programa de calidad y seguridad en la atención de salud en el paciente.

## **INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD**

**Profesional a cargo:** EU Gonzalo Duarte Reyes

Las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) son un problema de salud pública que aumenta la morbilidad y mortalidad de los usuarios internos y externos, además de aumentar los costos de la atención. Una proporción significativa de las infecciones pueden ser prevenidas con medidas conocidas, siendo los principales factores de riesgo las condiciones propias de los usuarios y sus patologías, las intervenciones y procedimientos asistenciales que conllevan riesgo y algunos aspectos ambientales.

Durante el periodo 2023-2024, el área de control y vigilancia de IAAS, ha sido enfocada en dar pie inicio a la planificación y seguimiento del plan anual de IAAS, teniendo como figuras de acompañamiento del proceso al departamento de calidad del Servicio Metropolitano Sur Oriente.

De dicho plan destacan los siguientes ámbitos a trabajar de cara a 2025:

**Ámbito N°1 de Organización**, el cual evalúa si el establecimiento tiene una organización para realizar las actividades de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) y ha desarrollado un programa para el cumplimiento de sus tareas. Destacan las siguientes actividades en plan de trabajo durante 2024:

**Tabla N°45: Actividades relacionadas al Ámbito de Organización**

Actividades	Responsables	Plazo	Verificador
Evaluar si el establecimiento tiene una organización para realizar las actividades de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) y ha desarrollado un programa para el cumplimiento de sus tareas	IAAS	Agosto - Septiembre 2024	Programa Anual
Actividades que incluyan prevención de IAAS paciente, personal de Salud y acompañantes	IAAS	Marzo a diciembre 2024	Protocolo
Resolución de encargados de IAAS comunal y local con horas asignadas y funciones	IAAS Dirección de Salud	ago-24	Nombramiento/ Resoluciones
Conformación de comité de IAAS comunal o local	IAAS Dirección de Salud	ago-24	Protocolo
Generar reuniones del comité local	IAAS Dirección de Salud	Segundo semestre 2024	Protocolo

*Fuente: SSMSO. Elaboración Propia.*

**Ámbito N°2 de Directrices Técnicas**, el cual Evaluar la existencia de directrices técnicas institucionales oficiales (Existencia de un grupo de normas, guías y otras directrices técnicas institucionales actualizadas para la prevención y control de IAAS). Destacan las siguientes actividades en plan de trabajo durante 2024:

Tabla N°46: Actividades relacionadas al Ámbito de Directrices Técnicas

Actividades	Responsables	Plazo	Verificador
Elaborar Precauciones estándar, precauciones de aislamiento para las patologías infecciosas de importancia.	IAAS	Agosto - septiembre 2024	Programa Anual
Elaborar procedimientos clínicos preventivos que incluyan al menos: punción venosa, instalación y manejo de catéteres, urinarios, y otros procedimientos invasivos.	IAAS	sept-24	Protocolo
Manejo de residuos hospitalarios de riesgo	IAAS	sept-24	Protocolo
Elaborar protocolo de aseo y desinfección	IAAS	sept-24	Protocolo
Contar con un documento institucional Programa de vacunación y conocer las coberturas en hepatitis B, influenza en el personal.	Encargado PNI	sept-24	Protocolo

Fuente: SSMSO. Elaboración Propia

**Ámbito N°3 de Recursos Humanos**, que refiere la evaluación de la capacitación que se ha realizado a todo el estamento funcionario con relación a materias de prevención y control de IAAS y en materias relacionadas, esto visado mediante el programa de capacitación general al personal en prevención y control de IAAS y capacitaciones en materias relacionadas con iaas en el personal de salud. Destacan las siguientes actividades en plan de trabajo durante 2024:

Tabla N°47: Actividades relacionadas al Ámbito de Recursos Humanos

Actividades	Responsables	Plazo	Verificador
Profesional encargado de IAAS contar con curso vigente y actualización en el tema.	Dirección de Salud - Calidad	Anual	Contar con nómina/certificación
Personal de salud que brinda atención directa a pacientes deberá recibir inducción sobre normas institucionales, de IAAS, responsabilidades y metas, con quien comunicarse y IAAS 27 hrs	Dirección de Salud - Calidad	Anual	Contar con nómina/certificación
Personal administrativo deberá recibir inducción sobre normas institucionales, de IAAS, responsabilidades y metas, con quien comunicarse.	Dirección de Salud - Calidad	Anual	Contar con nómina/certificación
Personal de salud de urgencia (COMGES) contar con curso de precaución estándar de 20 hrs vigente, no superior a 5 años, contenidos mínimos.	Dirección de Salud - Calidad	Anual	Contar con nómina/certificación

Personal de salud del establecimiento cuenta con curso de IAAS de 20 horas precauciones estándares	Dirección de Salud - Calidad	Anual	Contar con nómina/certificación
Profesionales del establecimiento cuenta con curso de IAAS de 80 horas	Dirección de Salud - Calidad	Anual	Contar con nómina/certificación

Fuente: SSMSO. Elaboración Propia

**Ámbito N°4 de Vigilancia de IAAS y Supervisión**, el cual refiere evaluar si el establecimiento posee un sistema de vigilancia epidemiológica efectivo que permita conocer: situación de infecciones asociadas a la atención en salud y sistema de información sobre el nivel de cumplimiento de las medidas de prevención.

Tabla N°48: Actividades relacionadas al Ámbito de Vigilancia de IAAS y Supervisión, Destacan las siguientes actividades en plan de trabajo durante 2024:

Actividades	Responsables	Plazo	Verificador
Vigilancia de infección de herida operatoria/Catéter urinario a permanencia.	IAAS	Mensual	Pautas de vigilancia – Informes de cumplimiento
Supervisión de prácticas a lo menos lavados de manos, aislamiento, aseos y desinfección, manipulación de antisépticos, instalación de EPP y manejo área limpia y sucia y almacenamiento de material estéril.	IAAS	Mensual	Pautas de vigilancia – Informes de cumplimiento
Los establecimientos que cuenten con laboratorio contar con nómina de cultivos corriente, urocultivos etc. que exista un ARAISP.	IAAS – Equipo PROA	Mensual	Nómina consolidada de cultivos

Fuente: SSMSO. Elaboración Propia

#### **Ámbito N°6 de Ambiente físico**

Está orientado en asegurar que el establecimiento tenga incorporado dentro de sus políticas la participación de IAAS en las decisiones sobre cualquier situación relacionada con el ambiente y de planta física que incida en la prevención y control de IAAS.

Tabla N°49: Actividades relacionadas al Ámbito de Ambiente Físico, destaca la siguiente actividad vertida en plan de trabajo durante 2024:

Actividades	Responsables	Plazo	Verificador
Existencia de evaluación en las medidas de mitigación en lugares de construcción.	Prevención de riesgos	Según demanda	Informe técnico prevención de riesgos

*Fuente: SSMSO. Elaboración Propia*

**Ámbito N°7 Monitorización y evaluación de IAAS.**

Evaluar que el PCI del establecimiento ha monitorizado, evaluado e identificado aspectos que requieren mejoría en: el cumplimiento de las metas programadas y el desarrollo de las actividades de prevención y control

Tabla N°50: Actividades relacionadas al Ámbito de Monitorización y Evaluación de IAAS, destaca la siguiente actividad vertida en plan de trabajo durante 2024

Actividades	Responsables	Plazo	Verificador
Existencia de evaluación en las medidas de mitigación en lugares de construcción.	Prevención de riesgos	Según demanda	Informe técnico prevención de riesgos
Evaluar brotes epidémicos	Epidemiología - IAAS	Anual según demanda	Documento de análisis
Generar informe epidemiológico.	Epidemiología - IAAS	Anual según demanda	Informe
Supervisión en unidades clínicas y generar informe de medidas correctivas	Epidemiología - IAAS	Anual según demanda	Pautas de vigilancia – Informes de cumplimiento
Integrar y coordinarse en actividades del comité de PROA	IAAS – Equipo PROA	Anual	Resolución de conformación – Actas de reuniones
Generar informe de supervisión	IAAS – Equipo PROA	Trimestral	Informes
Difundir información a la dirección del establecimiento	IAAS – Equipo PROA	Trimestral	Actas de reuniones – nóminas de asistencia

*Fuente: SSMSO. Elaboración Propia*

Este plan y sus componentes, nos permiten tener una línea base de trabajo como equipo de salud, teniendo con qué trabajar en la actualidad respecto a actividades de calidad e IAAS. Independiente del cumplimiento efectivo de plan en su totalidad, el plan nos orienta en trabajo con mirada a futuro y de mejora continua de los procesos.

## **BRECHAS 2024**

- Los recursos para mantener niveles adecuados de higiene y control de infecciones pueden ser limitados. Esto incluye la falta de espacios de aislamiento, sistemas de ventilación adecuados o infraestructura no adecuada.
- La falta de infraestructura adecuada para la limpieza y desinfección aumenta el riesgo de transmisión de infecciones entre pacientes y personal de salud.
- Los profesionales de salud en atención primaria pueden no estar suficientemente capacitados en prácticas de control de infecciones, manejo de residuos biológicos, y uso adecuado de equipos de protección, lo que impacta en las normas básicas de control de infecciones, como el lavado adecuado de manos, el manejo de dispositivos médicos, y la prevención de la transmisión cruzada entre pacientes
- Actualmente está en trabajo una serie de documentos relacionados a IAAS, sin embargo no existen sistemas eficaces para registrar, monitorear o reportar las infecciones adquiridas en el entorno de atención, lo que impide la identificación temprana de brotes y la implementación de medidas preventivas adecuadas, impactando directamente en la falta de vigilancia activa puede dar lugar a brotes de infecciones no detectados, aumentando el riesgo de propagación dentro de la comunidad y dificultando la evaluación del impacto de las políticas de control de infecciones.

## **CUMPLIMIENTOS Y DESAFÍOS 2025**

- Fortalecer la formación continua del personal sanitario en prácticas de control de infecciones, manejo de antibióticos y uso adecuado de equipos de protección personal.
- Implementar protocolos claros de aislamiento y control de infecciones en todas las instalaciones de APS, incluyendo la identificación temprana de infecciones y el manejo adecuado de pacientes con enfermedades contagiosas.
- Mejorar la infraestructura de los centros de atención primaria, asegurando que cuenten con instalaciones adecuadas para la higiene, ventilación, y manejo de residuos biológicos.
- Incrementar la disponibilidad de recursos diagnósticos y de tratamiento adecuado para las infecciones comunes en APS.
- Promover la vacunación y el manejo adecuado de enfermedades prevenibles para reducir la carga de infecciones transmisibles en la comunidad.
- Fortalecer los sistemas de monitoreo y reporte de infecciones para detectar brotes y facilitar la intervención temprana.
- Fomentar la accesibilidad y equidad en el acceso a la atención sanitaria, especialmente para poblaciones vulnerables, asegurando que todas las personas tengan acceso a servicios preventivos y tratamiento adecuado.

## **PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD**

**Profesional a Cargo:** Trabajadora Social, Rosa Salazar

**Equipo:** Psicóloga, Betzabé Inostroza, Administrativa, Constanza Luna, Kinesióloga, Vanessa Ahumada, Sociólogo, Tomás Surhoff, Periodista, Karin Ligeti

### **OBJETIVOS**

#### **Objetivo General**

Facilitar el proceso de la inclusión de prácticas que promuevan la equidad en Salud Rural por medio de la Participación ciudadana en salud.

#### **Objetivos específicos**

- Gestionar que la Participación Social sea un eje transversal en Salud y para todas las prácticas internas de los centros de salud rural administradas por la Corporación Municipal de San José de Maipo.
- Fortalecer y favorecer la Participación social como herramienta de promoción y prevención de Salud para la comunidad.
- Ejecutar plan de participación social procurando desarrollo transversal y articulando con Unidad y/o Programas y/o Proyectos que tengan como componente la participación social.
- Involucramiento en los procesos, incorporando la mirada de los usuarios, en especial en la gestión clínica y toma de decisiones.
- Incorporar el enfoque dirigido a inclusión de grupos específicos (identidad de género, migrantes, PRAIS, SENAME).
- Asegurar acceso y calidad de información a ciudadanía.

### **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA**

El Programa de Participación Social en Salud en las Postas de Salud Rural de San José de Maipo es una estrategia orientada a habilitar a las personas para que ejerzan su derecho a decidir sobre temas de salud que impactan directamente en sus vidas, tanto a nivel individual como colectivo. Este enfoque se basa en la creación de espacios formales de participación y colaboración, donde los usuarios y la comunidad tienen un papel activo en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas y servicios de salud.

La participación social permite a los habitantes de nuestra comuna y usuarios de nuestros centros de salud, tomar decisiones informadas en torno a las problemáticas socio-sanitarias que afectan a su comunidad, contribuyendo al Control Social de la gestión pública. A través de esta participación, se facilita el monitoreo y la supervisión de nuestros centros de salud, asegurando que se mantenga un adecuado funcionamiento y se den respuestas efectivas a las demandas de la población.

Este programa también busca promover una acción intersectorial efectiva, que no solo se enfoque en la atención sanitaria, sino el fortalecimiento de la calidad de vida y el refuerzo de las redes de protección social. Esto implica trabajar de manera conjunta con diversas organizaciones, instituciones y actores locales para generar un entorno que favorezca el bienestar de la comunidad en su totalidad.

Las instancias participativas son esenciales para el intercambio de información, la reflexión y el análisis de la situación local de salud. Al involucrar a los usuarios y miembros de la comunidad en la toma de decisiones, se promueve la generación conjunta de soluciones, la creación de estrategias de acción basadas en las necesidades reales y el fortalecimiento de alianzas y redes con diversos actores del territorio.

Por esto el Programa de Participación Social en Atención Primaria de Salud en las Postas de Salud Rural de San José de Maipo busca fomentar la participación activa de la comunidad en todos los niveles, contribuyendo a la mejora de la atención sanitaria, a la promoción de la salud y al fortalecimiento de una red de apoyo social sólida y efectiva, que garantice una respuesta integral y adecuada a las necesidades de salud de nuestra comunidad.

### **CUMPLIMIENTOS PARTICIPACIÓN SOCIAL**

Durante el año 2023 y año 2024, se ha trabajado activamente en el cumplimiento de los objetivos establecidos en el Programa de Participación Social en Salud, con especial énfasis en la elaboración y ejecución del Plan Trienal de Participación Social 2024-2026. Este plan se construyó de manera conjunta con diversas organizaciones sociales, quienes aportaron sus demandas, opiniones y sugerencias, las cuales fueron fundamentales para la definición de las estrategias a seguir.

### **Elaboración del Plan Estratégico 2024-2026**

El Plan Trienal de Participación Social se estructuró en base a tres líneas estratégicas clave, resultantes del análisis diagnóstico realizado en 2023:

- 1. Intersectorialidad**
- 2. Gestión participativa**
- 3. Juventudes**

Estas líneas estratégicas se establecieron con el objetivo de fortalecer la participación activa de la comunidad en la toma de decisiones en torno a los procesos de salud, ampliando la presencia de los servicios fuera de los recintos de las postas y acercando los cuidados a los sectores más alejados de la comuna. Para ello, se definió un cronograma anual que incluyó diversas actividades orientadas a incrementar la participación comunitaria en los asuntos de salud pública.

## Actores Involucrados

Se trabajó de manera directa con diversas organizaciones y actores locales, incluyendo:

- **Juntas de Vecinos:** Las Vertientes, La Obra, El Canelo, El Manzano, San Alfonso, El Melocotón, El Ingenio, Miembros de la comunidad de San Gabriel, JVV, Comunidad del Volcán y Baños Morales.
- **Clubes y asociaciones locales:** Club de Adultos Mayores, Club Deportivo Unión Libertad de Las Vertientes, Asociación Tejedoras de Sueños de Las Vertientes.
- **Instituciones educativas:** Colegios de la comuna.
- **Organismos y servicios municipales:** DIDECO / DASI
- **Cuerpos de seguridad y emergencias:** Compañías de Bomberos, Carabineros de la comuna.
- **Centros de Salud:** CDU Volcán y CDU Las Vertientes.

## Avances y Cumplimiento

Se ha logrado un cumplimiento del 80% de las actividades propuestas en el Plan Anual, lo que refleja un avance significativo en la consolidación de los objetivos planteados para este periodo. Entre los logros más relevantes:

- **Fortalecimiento del Consejo de Usuarios (CDU):** Se ha trabajado intensamente en fortalecer el Consejo de Usuarios en el sector El Volcán, promoviendo una mayor participación comunitaria en las decisiones relacionadas con los servicios de salud.
- **Creación del CDU de Las Vertientes:** Se logró conformar el Consejo de Usuarios en Las Vertientes, ampliando las instancias de participación social en este sector y permitiendo a la comunidad tener un espacio formal para el involucramiento directo en los procesos de salud.
- **Operativos de Salud:** Se realizaron operativos de salud en sectores alejados como Baños Morales, San Gabriel, y otros sectores más céntricos de la comuna como La Obra, Canelo entre otros.
- **Mesas Territoriales:** Implementación de mesas de diálogo en diversos sectores y grupos de la comuna.
- **Cuenta Pública Participativa:** Presentación de la cuenta pública el 14 de mayo de 2024, con una activa y alta participación de la comunidad y autoridades, dando a conocer las actividades realizadas y las brechas y oportunidades para el futuro.
- **Reuniones con organizaciones sociales:** Actividades de coordinación con Juntas de Vecinos, clubes de adultos mayores, y grupos comunitarios para articular la participación en salud.
- **Huerta Comunitaria de Las Vertientes:** Fortalecimiento de la huerta comunitaria como opción terapéutica alternativa a la medicina tradicional, promoviendo la salud mental y el trabajo

colaborativo, mejorando los espacios de centro de salud, con la plantación de hierbas medicinales y plantas, creando también un estanque en Posta de salud las Vertientes techado, abriendo este espacio a la comunidad donde se han realizado diversas actividades comunitarias donde se pretende que continúe evolucionando como un espacio terapéutico, educativo y social dentro de la Posta de Salud Las Vertientes.

### **BRECHAS IDENTIFICADAS**

A pesar de los avances logrados en la implementación del Programa de Participación Social en Salud, se han identificado diversas brechas que deben ser abordadas para lograr una mayor inclusión, equidad y efectividad en la participación comunitaria. A continuación, se detallan las principales dificultades y desafíos:

- **Espacios físicos limitados:** Falta de equipamiento y lugares adecuados para actividades
- **Participación limitada y repetitiva:** Aunque la comunidad muestra interés en participar en las actividades del programa, muchas veces se observa que son siempre las mismas personas las que asumen el compromiso. Esto genera una falta de diversidad en los participantes, lo que limita la representatividad y la riqueza de las opiniones y propuestas que se recogen. Es necesario promover la participación de otros sectores de la comunidad, especialmente aquellos menos comprometidos o involucrados hasta el momento.
- **Falta de empoderamiento en la toma de decisiones:** Si bien se ha logrado fomentar la participación de algunos sectores de la población, aún persiste una falta de empoderamiento de la comunidad en relación con el ejercicio de su derecho a decidir sobre su salud. Es fundamental que más actores de la comunidad se involucren de manera activa en la toma de decisiones, entendiendo que su voz y su opinión son esenciales para mejorar los servicios y políticas de salud en la comuna.
- **Ausencia de un Consejo de Usuarios (CDU) en San Gabriel:** La falta de un CDU en San Gabriel representa una brecha significativa, ya que este sector de la comuna no tiene un espacio formal de participación que permita a la población expresar sus necesidades y colaborar en la toma de decisiones relacionadas con los servicios de salud. Este vacío debe ser llenado con la creación e implementación de un Consejo de Usuarios en esta localidad.
- **Dificultades para generar nexos con algunas Juntas de Vecinos:** El establecimiento de relaciones sólidas con las Juntas de Vecinos ha resultado ser un desafío en algunos sectores.
- **Falta de participación juvenil:** La participación de los jóvenes en las actividades comunitarias y en los espacios de participación social sigue siendo baja. Este grupo etario, clave para la renovación de la participación social, se muestra en general desinteresado o desconectado de las acciones de salud y bienestar comunitario. Es necesario diseñar actividades, eventos y estrategias que sean atractivas para los jóvenes y que los motiven a involucrarse activamente en los procesos de salud.

- **Dificultades para acceder a la población adulta mayor:** A pesar de que existen esfuerzos por involucrar a la población adulta mayor, la participación para parte de este grupo sigue siendo compleja. Las barreras pueden ser diversas, como problemas de movilidad, falta de transporte adecuado o barreras sociales y culturales que dificultan su acceso a los espacios de participación. Se deben crear alternativas que faciliten su integración, como actividades en horarios más accesibles, transporte o espacios más cercanos a sus residencias.
- **Dispersión geográfica de la comuna:** La dispersión geográfica de la comuna de San José de Maipo representa una de las principales barreras para la participación activa de los habitantes en las actividades comunitarias. Las grandes distancias entre los diferentes sectores dificultan el acceso a los centros de salud y a las actividades organizadas.

### **DESAFÍOS Y ACCIONES PROPUESTAS**

A partir de las brechas identificadas en el Programa de Participación Social en Salud, es necesario afrontar una serie de desafíos que permitirán mejorar la participación y fortalecer la inclusión de todos los sectores de la comunidad en los procesos de toma de decisiones relacionadas con la salud. A continuación, se detallan los principales desafíos y las acciones propuestas para superarlos:

- **Desafío:** Espacios Físicos Limitados para Actividades Comunitarias  
**Brecha Identificada:** La falta de equipamiento adecuado y de espacios adecuados para llevar a cabo actividades comunitarias limita las posibilidades de realizar encuentros masivos y de mayor alcance.  
**Acciones Propuestas:**
  - Mejorar y adecuar los espacios disponibles en las postas y centros comunitarios, habilitando áreas específicas para actividades sociales, talleres, y reuniones.
  - Fomentar el uso de espacios abiertos y áreas comunitarias al aire libre para actividades que involucren a la comunidad, como ferias de salud, operativos y encuentros informativos.

**Desafío:** Participación Limitada y Repetitiva

**Brecha Identificada:** La participación en las actividades está concentrada en un número reducido de personas, lo que limita la representatividad de los sectores más amplios de la comunidad.

**Acciones Propuestas:**

- Diseñar estrategias de convocatoria más inclusivas, utilizando canales de comunicación variados (digitales, radiales, impresos) que lleguen a diferentes grupos de la comunidad.
- Fomentar la participación de grupos no comprometidos mediante el diseño de actividades dirigidas a sectores específicos que no suelen participar, como jóvenes, adultos mayores y sectores rurales alejados.
- Rotar los roles de liderazgo dentro de los espacios participativos, promoviendo la rotación de cargos en los Consejos de Usuarios (CDU) y otras instancias de participación para garantizar que más personas tengan la oportunidad de involucrarse activamente.

- Reforzar las redes de apoyo comunitario mediante el trabajo conjunto con organizaciones locales, incentivando su participación y que puedan compartir experiencias y propuestas para el bienestar colectivo.

**Desafío:** Falta de Empoderamiento en la Toma de Decisiones

**Brecha Identificada:** A pesar de los esfuerzos, persiste una falta de empoderamiento en la comunidad, lo que impide que más personas se involucren activamente en la toma de decisiones sobre su salud.

**Acciones Propuestas:**

- Implementar talleres de formación y empoderamiento para los usuarios y líderes comunitarios, con el fin de brindarles herramientas que les permitan participar activamente en la toma de decisiones.
- Crear espacios de capacitación en liderazgo y toma de decisiones para miembros de los Consejos de Usuarios (CDU), así como para nuevos participantes interesados en colaborar en la gestión de salud comunitaria.
- Fomentar la participación a través de actividades de retroalimentación, donde la comunidad pueda ver los resultados de su participación y cómo sus opiniones impactan en la gestión de los servicios de salud.

**Desafío:** Ausencia de un Consejo de Usuarios en San Gabriel

**Brecha Identificada:** La falta de un Consejo de Usuarios en San Gabriel impide que este sector de la comuna tenga un espacio formal para la participación y la toma de decisiones.

**Acciones Propuestas:**

- Crear y consolidar un Consejo de Usuarios en San Gabriel, impulsando un proceso de participación inclusiva donde los usuarios puedan expresar sus necesidades y colaborar en el diseño de estrategias de salud.
- Realizar actividades de sensibilización y convocatorias en San Gabriel para involucrar a la comunidad local en la creación del CDU, garantizando que los actores clave estén representados y comprometidos desde el inicio.
- Establecer canales de comunicación efectivos entre San Gabriel y las otras postas de salud, asegurando que la población de esta localidad esté informada sobre los avances y acciones del programa.

**Desafío:** Dificultades para Generar Nexos con Juntas de Vecinos

**Brecha Identificada:** La falta de relaciones fuertes con algunas Juntas de Vecinos limita la participación y la colaboración intersectorial en algunas áreas de la comuna.

**Acciones Propuestas:**

- Establecer una estrategia de acercamiento personalizada con cada Junta de Vecinos, con el objetivo de comprender sus necesidades y establecer puntos de colaboración mutua.
- Organizar reuniones periódicas con las Juntas de Vecinos para generar confianza y fortalecer las relaciones, involucrándolas activamente en el diseño y ejecución de actividades relacionadas con la salud.

- Fomentar la colaboración entre Juntas de Vecinos y otras organizaciones sociales que estén activas en la comuna, creando redes de apoyo y cooperación interinstitucional.
- Establecer una agenda de trabajo regular con las organizaciones locales, fomentando alianzas estratégicas que fortalezcan la red de apoyo y promuevan la colaboración interinstitucional para la ejecución de actividades de participación social en salud.

**Desafío:** Baja Participación Juvenil

**Brecha Identificada:** La participación juvenil sigue siendo baja, a pesar de que los jóvenes son un grupo clave para la renovación de la participación social.

**Acciones Propuestas:**

- Diseñar actividades y espacios específicos para jóvenes, como talleres creativos, concursos de ideas, actividades deportivas y culturales, y mesas de diálogo que promuevan el interés por la participación en salud.
- Integrar temas de salud juvenil en el programa, abordando problemas específicos que afectan a los jóvenes, como salud mental, adicciones, prevención de enfermedades y sexualidad responsable.
- Crear canales de comunicación digitales (como redes sociales) que permitan a los jóvenes involucrarse de manera más activa en la toma de decisiones y en la promoción de la salud.

**Desafío:** Dificultades para Acceder a la Población Adulta Mayor

**Brecha Identificada:** Las barreras de movilidad y sociales dificultan que una parte de la población adulta mayor participe en las actividades comunitarias.

**Acciones Propuestas:**

- Desarrollar estrategias de accesibilidad para facilitar que los adultos mayores puedan asistir a las actividades organizadas.
- Organizar actividades específicas para adultos mayores dentro de sus comunidades, en lugares cercanos a sus residencias, y en horarios accesibles.
- Crear programas de acompañamiento y apoyo que faciliten la integración de los adultos mayores a los espacios participativos, fomentando su bienestar emocional y social.

**Desafío:** Dispersión Geográfica de la Comuna

**Brecha Identificada:** La dispersión geográfica de la comuna dificulta el acceso a las actividades y servicios de salud, especialmente en las zonas más alejadas.

**Acciones Propuestas:**

- Descentralizar las actividades y servicios de salud, organizando operativos y eventos en las zonas rurales y más alejadas de la comuna, como San Gabriel, Baños Morales y El Volcán.
- Implementar actividades virtuales o híbridas para facilitar la participación de las comunidades más alejadas que no pueden asistir físicamente a los encuentros.
- Aumentar la frecuencia de las visitas y actividades descentralizadas de los equipos de salud, estableciendo puntos de encuentro en diferentes sectores para acercar los servicios a la comunidad.

**Desafío:** Asegurar que el Plan Trienal de Participación Social se ajuste a las necesidades locales y que efectivamente promueva la equidad en salud para todos los sectores de la comuna.

**Brecha:** Implementación del Plan Trienal de Participación Social

**Acción Propuesta:**

- Realizar un proceso de retroalimentación continua con la comunidad para ajustar el plan a las realidades locales, asegurando que las estrategias de participación social respondan a las demandas y particularidades de los diferentes grupos poblacionales

**Desafío:** Mantener y fortalecer la estructura del equipo de participación social, asegurando la estabilidad y protección de horarios para el equipo, lo cual es fundamental para dar continuidad a las actividades y objetivos del programa.

**Brecha:** Continuidad del Equipo de Participación Social

**Acción Propuesta:**

- Establecer un sistema de respaldo para los miembros del equipo de participación social, garantizando recursos suficientes y espacios de trabajo adecuados que aseguren la permanencia y el rendimiento del equipo a largo plazo.

**Desafío:** Mejorar la comunicación y visibilidad de las actividades del programa, asegurando que la comunidad esté bien informada sobre las iniciativas de participación social y salud.

**Brecha:** Comunicación y Visibilidad de Actividades.

**Acción Propuesta:**

- Desarrollar campañas de difusión en conjunto con la Unidad de Promoción de Salud, utilizando diferentes plataformas (digitales, radiales, impresas) para aumentar la visibilidad de las actividades, fortalecer la participación y promover la equidad en salud

Para superar las brechas identificadas, se requieren acciones específicas y sostenidas que involucren a todos los sectores de la comunidad, garantizando que la participación social en salud sea inclusiva, equitativa y efectiva. El desafío es promover una mayor diversidad de participantes, empoderar a la comunidad para la toma de decisiones y garantizar que todos los grupos, especialmente los más vulnerables, tengan la oportunidad de formar parte activa en el diseño y gestión de los servicios de salud.

## **RELACION ASISTENCIAL DOCENTE (RAD)**

**Profesional a cargo:** Karin Ligeti Stuardo

**Equipo:** Dr. Daniel Díaz, Gonzalo Duarte

### **OBJETIVOS**

#### **Objetivo General**

Mantener y establecer convenios con entidades educativas públicas y privadas para fortalecer la atención de salud.

#### **Objetivos específicos**

- Conservar los convenios existentes.
- Identificar entidades educacionales con programas de salud estratégicos para mejorar los servicios de salud de nuestra comuna.
- Fomentar la relación entre docentes (profesionales de salud comunales) y entidades educativas para mantener a nuestros profesionales actualizados en conocimientos y protocolos de salud.

### **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA**

La Relación Asistencial Docente (RAD) representa una sinergia entre la salud pública y las instituciones de educación superior. Esta colaboración tiene como objetivo fomentar futuros profesionales y técnicos, mejorando así la atención a los pacientes y ampliando la oferta de servicios seguros, bajo la tutela de docentes especializados.

Una RAD efectiva proporciona oportunidades de aprendizaje mutuo, permitiendo que las entidades educativas ofrezcan pasantías, cursos y actualizaciones a los profesionales de la salud pública. A su vez, estos profesionales contribuyen a la formación de individuos más capacitados y confiados en sus futuras carreras.

### **SITUACIÓN ACTUAL**

A lo largo de estos años, se establecieron convenios con las siguientes universidades públicas y privadas en colaboración con la comuna:

- Universidad Autónoma
- Universidad Diego Portales
- Universidad USACH-Iberoamericana
- Universidad Finis Terrae
- Universidad de los Andes
- Instituto de Nivel Superior DUOC

Estos convenios abarcan diversas disciplinas como odontología, enfermería, kinesiología, psicología, TENS, TONS, y Técnico en química en farmacia, mejorando los procesos de los centros de salud y enriqueciendo la experiencia de los internos.

### **BRECHAS Y DESAFÍOS**

- Mejora de espacios físicos para garantizar el bienestar de los profesionales e internos.
- Incorporar casilleros para pertenencias de internos.
- Mantenimiento de cupos para entidades interesadas en realizar internados en nuestras instalaciones. La falta de personal o faltas en mejoras en infraestructura podría limitar la capacidad formadora.
- Mejorar la comunicación y retroalimentación con los centros formadores acerca del desempeño de los alumnos.
- Continuar con las capacitaciones a nuestros profesionales en tutorías clínicas.
- Actualizar convenios e incorporar políticas y normativa sobre prevención, investigación y sanción del acoso sexual, la violencia y la discriminación de género, según lo establecido en la ley 21.369 en el ámbito de la educación.

### **INNOVACIONES**

Para el año 2025, se tiene prevista la implementación de protocolos de inducción para los practicantes, los cuales se presentarán a través de cápsulas multimedia. Esta estrategia busca facilitar la integración de los estudiantes al entorno clínico de manera efectiva y dinámica.

Además, se desarrollará una pauta de cotejo aplicada de manera aleatoria dos veces al año, que permitirá evaluar el cumplimiento de los procedimientos clínicos por parte de los alumnos. Dichas pautas serán entregadas a los centros de formación correspondientes, con el fin de implementar acciones correctivas en caso de que los resultados obtenidos sean deficientes, garantizando así una mejora continua en la formación práctica.

### **ORDINARIO Nº 2791 21/10/2024**

Respecto las consultas por prórroga de vigencia de convenios asistencial docente, la Subsecretaría de Redes Asistenciales señala lo siguiente:

Que los avances en la tramitación legislativa de la nueva Ley de Establecimiento Asistencial Docente hacen prever una próxima modificación en los procesos, por lo que, con la intención de no extender obligaciones anteriores a la nueva regulación más allá de lo estrictamente necesario, se ha evaluado la necesidad de dictar orientaciones sobre la materia en orden a prorrogar la vigencia de los actuales convenios asistenciales docentes que lo requieran ( que estén con fecha de termino cumplida o por cumplirse), por un plazo no superior a diciembre del año 2025.

Que, sin perjuicio de lo anterior, en caso de existir capacidad formadora remanente, establecida pero no asignada, se podrá realizar la asignación conforme lo prescribe la norma actual y cumpliendo con un proceso de selección objetivo, público y transparente, que sea de conocimiento y/o incluya a los centros formadores con los cuales el establecimiento mantenga convenios vigentes, y se valide a través del COLDAS respectivo.

Que la norma vigente sigue siendo la NGTA N°254, que regula fundamentalmente el pregrado y los procesos de estimación y asignación de la capacidad formadora. En este contexto, la formación de postgrado o de especialidad no tiene las restricciones que el pregrado presenta, por lo que, existiendo capacidad formadora acreditada disponible, las partes pueden celebrar los convenios asistenciales docentes que sean necesarios para optimizar el uso de dicha capacidad.

## **PROGRAMA CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA RED ASISTENCIAL**

**Profesional a cargo:** Kinesióloga Vanessa Ahumada Donoso.

### **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA:**

El programa de capacitación se enmarca bajo la ley 19.378, de la carrera funcionaria de los trabajadores y trabajadoras de la Atención Primaria Municipal. Donde se debe garantizar la igualdad de oportunidades para el ingreso y acceso a la capacitación, la objetividad de las calificaciones y la estabilidad del empleo, reconocer la experiencia, el perfeccionamiento y el mérito del funcionario. Dado esto se planifica cada año un Plan de Capacitación Anual (PAC) con el fin de dar cumplimiento a dicha ley y contribuir al desarrollo de las capacidades y competencias laborales necesarias para implementar los objetivos sectoriales.

### **OBJETIVOS**

#### **Objetivo General**

Implementar un programa de capacitación que permita el fortalecimiento y desarrollo de capacidades profesionales de los funcionarios y las funcionarias que desarrollan funciones en los establecimientos de Atención Primaria de Salud de la Corporación Municipal de Salud de San José de Maipo, buscando mejorar las habilidades y conocimientos del personal para brindar una atención de calidad a los usuarios bajo el enfoque del modelo de Salud Familiar y Comunitaria.

#### **Objetivos Específicos**

- Entregar herramientas teórico-prácticas que favorezcan la consolidación del proceso de implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, incluyendo el desarrollo y fortalecimiento de las habilidades en la gestión y en la capacidad resolutoria para la obtención y mejoramiento en la calidad de los Servicios, en los establecimientos de salud de la administración municipal.
- Entregar herramientas teórico-prácticas que permitan cerrar brechas de conocimientos entre funcionarios de la misma categoría.
- Dar cumplimiento a la Ley 19.378 a través de las capacitaciones contenidas en el Plan Anual de Capacitación (PAC) 2025.

### **SITUACIÓN ACTUAL**

El Programa de Capacitación se ha orientado durante el año 2024 dentro de los ejes estratégicos del plan nacional de salud, donde los objetivos sanitarios para la década 2021-2030 son: Mejorar la salud y el bienestar de la población, disminuir las inequidades, asegurar la calidad de la atención en salud y avanzar hacia la construcción de comunidades y entornos saludables. Todo lo anteriormente

mencionado se ha cumplido parcialmente en las capacitaciones impartidas desde el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente y sus universidades en convenio hacia nuestros funcionarios. Como se explica en las siguientes tablas:

Tabla N°51: Resumen de la cantidad de funcionarios por estamento que han cumplido las capacitaciones obligatorias para dar cumplimientos a los requerimientos de MAIS, ECICEP y Proceso de Acreditación.

Capacitaciones MAIS/ECICEP SJM 2024	A	B	C	D	E	F	Total de funcionarios capacitados
Modelo Salud Familiar Básico	0	8	5	1	0	0	14
Modelo Salud Familiar Intermedio	0	3	3	0	0	0	6
Introducción Estrategia ECICEP	3	14	4	0	1	0	22
Toma decisiones compartidas	2	4	1	0	0	0	7
IAAS	0	9	6	1	1	0	17
RCP + Uso DEA	2	0	0	0	0	0	2

*Fuente: Registro Local, área de Capacitación CMSJM 2024*

Tabla N°52: Resumen comparativo de los ejes priorizados desde el MINSAL de la programación del PAC 2024 con las capacitaciones cumplidas hasta el mes de noviembre del 2024.

Capacitaciones Ejes Priorizados 2024	A	B	C	D	E	F	Total al 11-nov.	PAC 2024	
Manejo y resolución de conflictos / manejo de crisis	0	0	0	0	0	0	0	19	
Capacitación MHGAP	0	1	0	0	0	0	1	1	
Sensibilización y formación respetuosa LGBTH+	0	3	1	0	1	0	5	12	
Marco normativo y legal en Salud sexual y reproductiva	0	2	0	0	0	0	2	4	
Manejo clínico infecciones respiratorias agudas	0	1	0	0	0	0	1	9	
Implementación del cuidado integral centrado en la persona	2	14	4	0	1	0	21	7	
Capacitación Hearts	0	0	0	0	0	0	0	9	
Gestión de desastre y emergencias en el territorio nacional	0	0	0	0	0	0	0	12	
Formación y utilización en salud digital	0	1	2	0	1	0	4	10	
Participación social y comunitaria	0	2	0	0	1	0	3	4	
Capacitación a TENS rurales (RCP-Triage-heridas)	0	0	1	0	0	0	1	6	
							TOTAL	38	93

*Fuente: Registro Local, área de Capacitación CMSJM 2024*

## **BRECHAS**

- Pocos cupos destinados desde el SSMSO hacia nuestra dotación de funcionarios.
- Baja adherencia de los funcionarios y funcionarias a las instancias de capacitación presencial, por motivos de accesibilidad a los lugares que se imparten dichas capacitaciones.
- El nulo acceso a la tecnología en Posta El Volcán, dificulta la capacitación continua de los funcionarios y funcionarias que desempeñan funciones en dicho establecimiento de Salud.
- Debido a la falta de capacitaciones orientadas hacia los auxiliares de servicio (categoría F), no han podido escalar en su carrera funcionaria.
- Falta de espacios para replicar capacitaciones a otros estamentos.

## **INNOVACIONES**

- Creación de planilla Excel con capacitaciones sistematizadas desde el año 2010 de cada funcionario hasta agosto del 2024, dando mayor fluidez a RRHH en la entrega de certificados de capacitación.
- Creación de base de datos de los funcionarios y funcionarias generando mayor fluidez en la inscripción a cursos y envío de nóminas al SSMSO.

## **DESAFÍOS 2025**

- Crear un reglamento interno de capacitación, con el fin de objetivar el acceso a las capacitaciones de concurso interno, normar las directrices de inasistencia a los cursos presenciales asignados por jefatura.
- Trabajar junto a RRHH en la creación de una planilla maestra para el cálculo digital de la carrera funcionaria.
- Mejorar el nivel de acceso y adherencia de los funcionarios a las instancias de capacitación, fomentando la conciencia por el uso eficiente de los recursos y la importancia del proceso de aprendizaje continuo de los funcionarios y funcionarias, para mejorar y perfeccionar herramientas y recursos útiles para la ejecución de sus funciones asistenciales y relaciones interpersonales.
- Reducir la brecha de acceso de funcionarios y funcionarias, a servicios de capacitación a estamentos no profesionales y técnicos, fomentando estrategias de acompañamiento para facilitar el acceso y ejecución de las instancias de capacitación.
- Que los profesionales repliquen temáticas de cursos enviados desde el SSMSO a los demás funcionarios, generando horas de capacitación y dar cumplimiento a la Ley 19.378 a aquellos estamentos que no han podido hacer carrera funcionaria.

## **PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD PARA PUEBLOS INDÍGENAS (PESPI)**

**Profesional a cargo:** Kinesióloga Vanessa Ahumada Donoso.

**Equipo:** Lawentuchefe Alejandra Espinoza, Ps Javiera Seguel, Directora y TS Silvia Lathrop

### **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA**

Dentro del marco del convenio nº169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales en países independientes, vigente en Chile desde el 15 de septiembre del 2009, así como también teniendo presente la reforma de salud , cuyos principios son la Equidad, la Participación, Descentralización y Satisfacción de los usuarios, el programa especial de salud para pueblos indígenas (PESPI) viene a impulsar diversas estrategias para incorporar el enfoque intercultural a los programas de salud. Por lo tanto, el estado chileno debe disponer de servicios de salud adecuados o proporcionarles los medios para organizar y prestar dichos servicios, como sus propios métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales que son propios a su cosmovisión y cultura.

El programa tiene como propósito contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de los pueblos indígenas, a través del desarrollo progresivo de Modelos de Salud Intercultural destinado a asegurar la pertinencia cultural en la atención de salud con enfoque de derechos humanos en el sistema público de salud.

### **OBJETIVO**

#### **Objetivo General**

Desarrolla procesos de mejora continua en la atención de salud de los pueblos indígenas basados en la implementación de un modelo de salud intercultural en la red pública destinados a mejorar la pertinencia cultural de las intervenciones en salud.

#### **Objetivos específicos:**

- Reforzar estrategias de acceso, equidad y oportunidad en la atención destinada a lograr una mejoraría de la condición de salud de los pueblos indígenas, asegurando la identificación de la variable indígena en los registros de información de salud.
- Impulsar la transversalización del enfoque intercultural de los programas asistenciales y otorgar atención de salud con pertinencia cultural conforme a modelos de salud intercultural establecidos.
- Promover actividades de promoción y prevención en salud con enfoque intercultural de pueblos originarios.

- Apoyar las acciones de los sistemas de salud indígena y complementariedad entre sistemas médicos, mediante el desarrollo de planes, estrategias de coordinación y protocolos de derivación.
- Garantizar la participación de los pueblos indígenas mediante la formalización de instancias participativas en los establecimientos de salud en coordinación con otros actores institucionales públicos.

## **SITUACIÓN ACTUAL**

Cabe señalar que es el primer año que se entregan recursos para el trabajo del Programa Especial de Salud para Pueblos Indígenas, y en base a las actividades planificadas para el año 2024, uno de los objetivos es poder sensibilizar sobre la medicina ancestral mapuche a la población inscrita y a los funcionarios de Posta Las Vertientes, además de dar a conocer a la población indígena que reside en nuestra comuna sobre las prestaciones que se van a dar en el marco del programa PESPI.

Durante el año en curso se han cumplido los siguientes componentes: Participación y Atenciones de Salud Indígena.

1. **Componente Participación:** Tiene como objetivo estratégico actividades o acciones en salud de carácter intercultural, intersectorial en espacios comunitarios de participación social indígena.

1.1 **Celebración Wiñol Tripantu:** Mediante una ceremonia espiritual mapuche se celebró el Wiñol Tripantu el viernes 20 junio desde las 8:00 am hasta alrededor de las 16:00hrs invitando a toda la comunidad indígena y no indígena de la comuna de San José de Maipo y sus alrededores. Contamos con la Longko Marta Porma Alonso de la asociación We Dakin Püllü de la comuna de Peñalolén, quién dirigió la ceremonia junto a nuestra Lawentuchefe Alejandra Espinoza Wayunkura.



*Fuente: Verificadores, registro fotográfico 2024*

*Fotos de Izquierda a derecha: (1) La llegada Longko Marta Porma (2) Celebración Wiñol Wetripantu.*

1.2 Realización Trafkintun: En el marco de las celebraciones y conmemoraciones del año nuevo mapuche durante el mes de junio, se realiza un Trafkintun, espacio socio espiritual donde se comparten conocimientos de los bienes a intercambiar, reforzando la economía comunitaria local y establecer vínculos. Actividad que se realiza el viernes 12 de julio en la biblioteca Kimün de 14:00 a 16:00, ubicada en las inmediaciones de la plaza de armas de la Comuna de San José de Maipo.



Fuente: Verificadores, registro fotográfico 2024

Fotos de Izquierda a derecha: (1) Bienvenida Trafkintun (2) Bienes a intercambiar.

1.3 Realización Conversatorio sobre la Cosmovisión Mapuche: En el marco de la celebración del mes Intercultural de Pueblos Originarios, se realizó un conversatorio en la biblioteca Kimün de San José de Maipo, convocando a toda la comunidad local pertenecientes o no a pueblos indígenas para hablar sobre la cosmovisión mapuche.

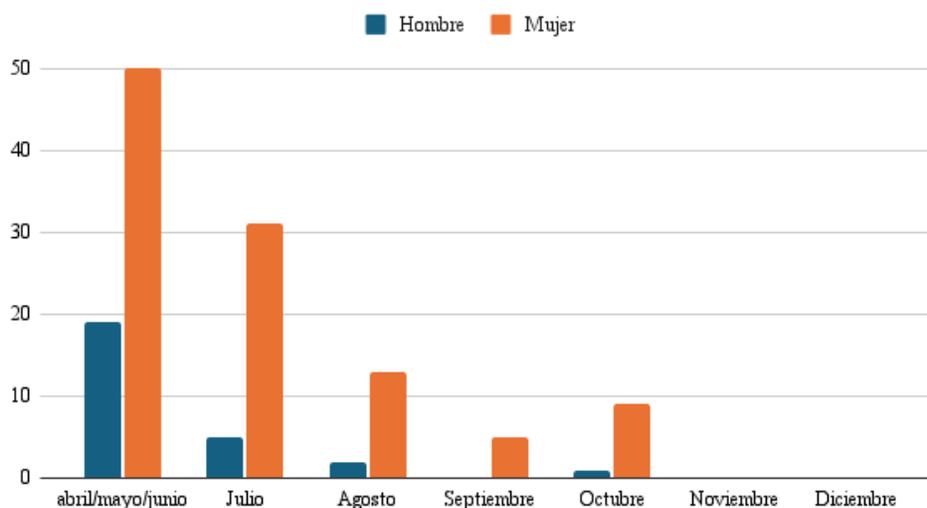


Fuente: Verificadores, registro fotográfico 2024

Fotos de Izquierda a derecha: (1) y (2) Conversatorio en la Biblioteca Kimun.

2. **Componente de Atenciones de Salud Indígena:** Entrega de prestaciones realizadas por agentes de medicina indígena en el establecimiento de salud y/o espacios comunitarios. La corporación municipal de salud, a través de sus postas rurales de San José de Maipo, se compromete a realizar 1080 prestaciones relacionadas a medicina indígena a través de nuestra Lawentuchefe Alejandra Espinoza, que se componen en ingresos, controles y entrega de Lawen, como se muestra en los siguientes gráficos.

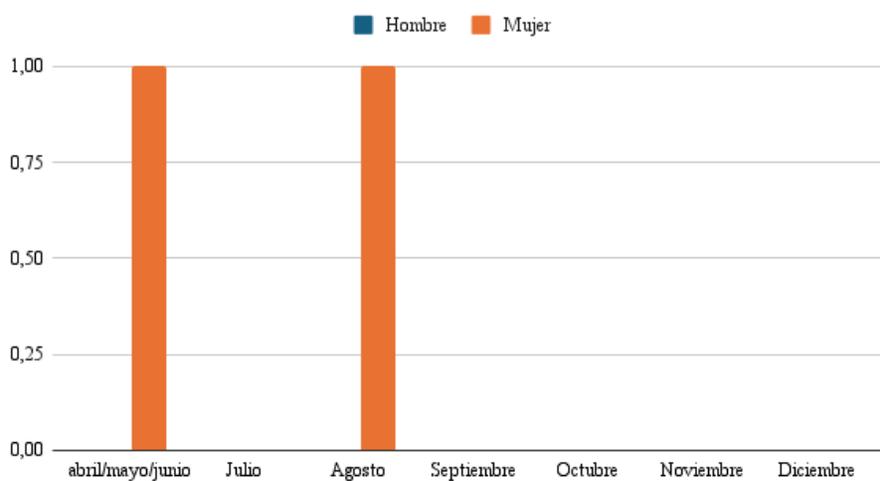
Gráfico N°46: Ingresos no pertenecientes a pueblos originarios



Fuente: Registro Local PESPI, SSMSO 2024.

Gráfico N°46: Muestra los ingresos según género, realizados por Lawentuchefe desde abril hasta octubre del 2024 de usuarios que no se sienten pertenecientes a Pueblo Indígena.

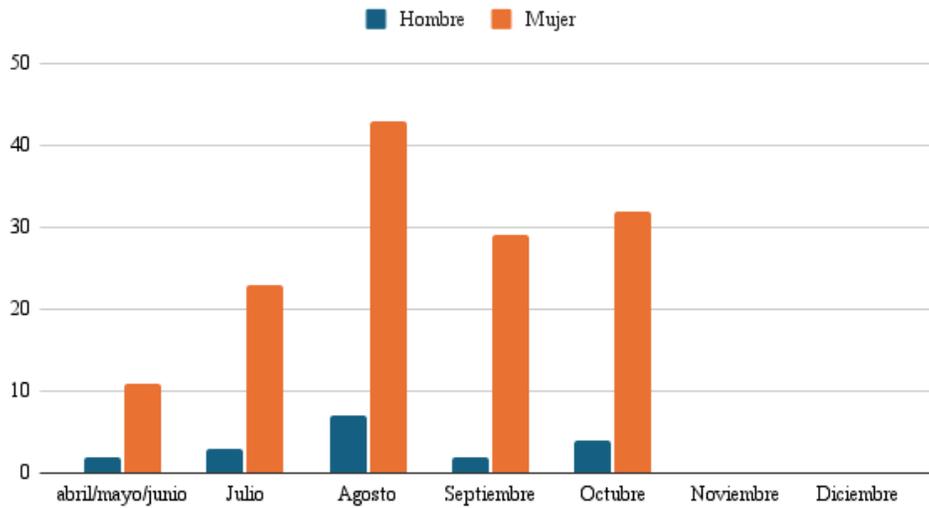
Gráfico N°46: Ingresos pertenecientes a pueblos originarios



Fuente: Registro Local PESPI, SSMSO 2024.

Gráfico N°46: Muestra los ingresos según género, realizados por Lawentuchefe desde abril hasta octubre del 2024 de usuarios que se sienten pertenecientes a Pueblo Indígena.

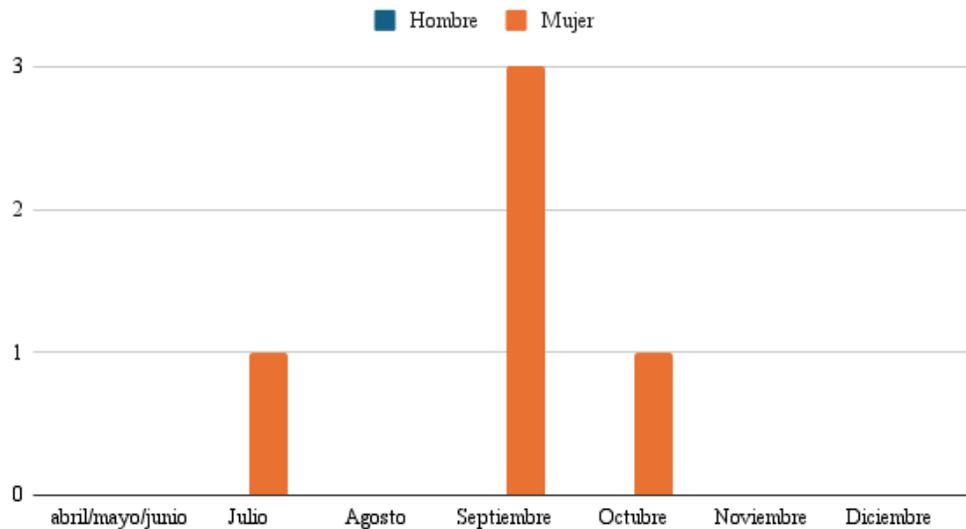
**Gráfico N°47: Controles no pertenecientes a pueblo originario**



Fuente: Registro Local PESPI, SSMSO 2024.

Gráfico N°47: Muestra los controles según género, realizados por Lawentuchefe desde abril hasta octubre del 2024 de usuarios que no se sienten pertenecientes a Pueblo Indígena.

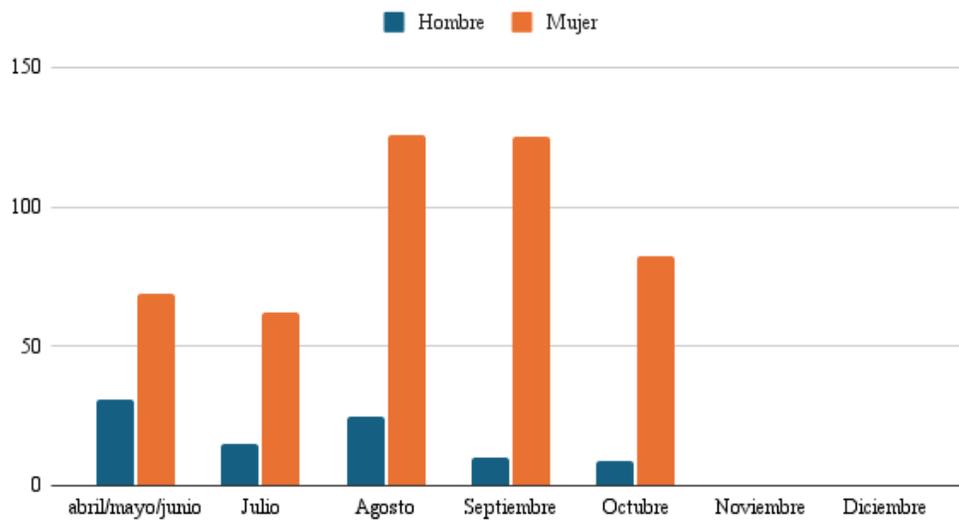
**Gráfico N°48: Controles pertenecientes a pueblo originario**



Fuente: Registro Local PESPI, SSMSO 2024.

Gráfico N°48: Muestra los controles según género, realizados por Lawentuchefe desde abril hasta octubre del 2024 de usuarios que no se sienten pertenecientes a Pueblo Indígena.

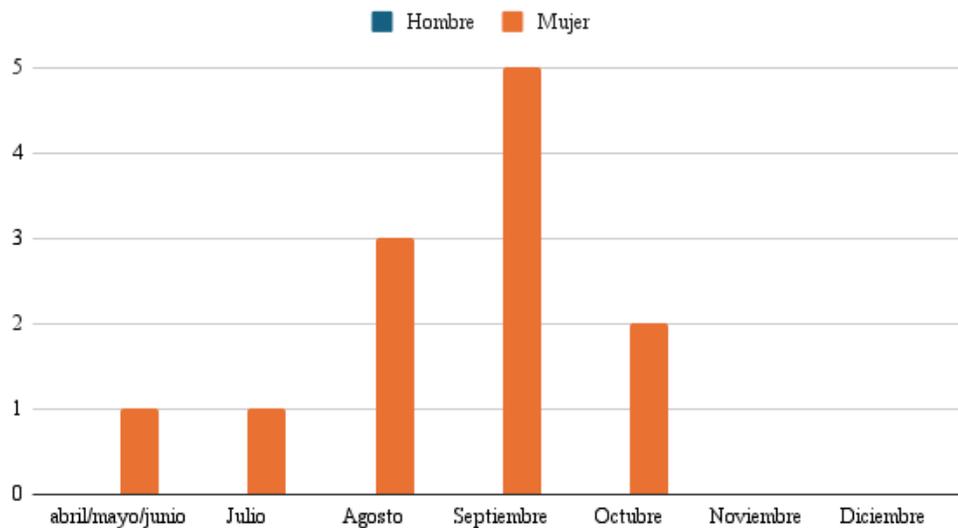
**Gráfico N°49: Entrega Lawen no perteneciente a pueblo originario**



Fuente: Registro Local PESPI, SSMSO 2024.

*Gráfico N°49: Muestra las entregas de Lawen según género, realizados por Lawentuchefe desde abril hasta octubre del 2024, de usuarios que no se sienten pertenecientes a Pueblo Indígena.*

**Gráfico N°50: Entrega Lawen perteneciente a pueblo originario**



Fuente: Registro Local PESPI, SSMSO 2024.

*Gráfico N°50: Muestra la entrega de Lawen según género, realizados por Lawentuchefe desde abril hasta octubre del 2024, de usuarios que no se sienten pertenecientes a Pueblo Indígena.*

Tabla N°53: Resumen de brecha y cumplimiento actividades programadas para el presente año.

ACTIVIDADES	META PROGRAMADA	Ab	Ma	Ju	Jul	Ag	Se	Oc	No	Di	Tot	Brec	Cumplimie
		r	y	n		o	pt	t	v	c	al	ha	nto
INGRESO	180			70	36	16	5	10			137	43	76%
CONTROL	180			13	27	50	34	37			161	19	89%
ENTREGA DE LAWEN	720			10		15	14				567	153	79%
				1	78	4	0	94					
<b>TOTAL</b>	<b>1080</b>			<b>18</b>	<b>14</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>14</b>			<b>865</b>		<b>81%</b>
				<b>4</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>1</b>					

Fuente: Registro Local PESPI, SSMSO 2024.

### **BRECHAS**

- Bajo o nulo registro al momento de la inscripción en las Postas Rurales de San José de Maipo, para realizar la pregunta: ¿Se considera perteneciente a algún pueblo indígena u originario?
- La salud intercultural indígena no se encuentra como eje priorizado de capacitación para poder instruir a los equipos en salud con pertinencia cultural.
- La población indígena de la comuna no se logra visualizar a pesar de la difusión comunal de nuestros programas de interculturalidad para pueblos originarios.
- Por recursos limitados que llegan del programa, las atenciones con Lawentuchefe solo alcanzan para cubrir la población de la Posta Las Vertientes y no las Postas extremas (San Gabriel y EL Volcán).

### **INNOVACIONES**

1. Creación de talleres de Autocuidado para usuarios de Salud Mental:

Nuestra Lawentuchefe realiza todos los lunes desde septiembre a la fecha talleres de autocuidado con enfoque de salud con pertinencia cultural, donde se genera un espacio de conversación, reflexión, meditación, clases de psiconutrición, intercambio de saberes y alimentos, con el objetivo de poder hacer un acompañamiento a su tratamiento psicológico convencional y controles a los ingresos con medicina indígena.



*Fuente: Verificadores, registro fotográfico 2024*

*Fotos de Izquierda a derecha: (1) Entrega de Lawen (2) Taller psiconutrición, (3) Taller de trafikintun.*

## 2. Creación de Autocuidado para funcionarios con enfoque intercultural mapuche:

Se realiza una jornada de autocuidado para los funcionarios que realizaron ingresos con Lawentuchefe, en dicha actividad se realiza sahumerios y masajes. Entrega de Lawen durante la jornada laboral.



*Fuente: Verificadores, registro fotográfico 2024*

*Fotos de Izquierda a derecha: (1) Sahumerio para funcionarios (2) Confección de sopaipilla recepta mapuche, (3) Entrega de Lawen en horario laboral, Posta Las Vertientes.*

3. Consolidación del espacio de la Huerta que se convierte en un lugar para distintas actividades de ocio para funcionarios y terapéutico para los usuarios, logrando hermosear, plantar hierbas medicinales de uso frecuente para la medicina entregada por nuestra agente de medicina indígena.



*Fuente: Verificadores, registro fotográfico 2024.*

*Fotos de Izquierda a derecha: (1) Espacio de la Huerta Comunitaria Las Vertientes (2) Confección de regalos para jornada ChCC, (3) Taller de autocuidado usuarios.*

### **DESAFÍOS 2025**

- Capacitar a las y los funcionarios de las Postas Rurales de San José de Maipo respecto a la variable indígena, cosmovisión mapuche y a los médicos sobre tipos de medicina que se pueden complementar con la farmacología tradicional.
- Aumentar la cobertura de atenciones de medicina indígena hacia las postas de San Gabriel y El Volcán.
- Lograr un trabajo colaborativo entre las Huertas de Las Vertientes y San Gabriel, convirtiéndolas en Ruka Lawen para ir en apoyo de las hierbas medicinales que nuestra Lawentuchefe indique como tratamiento a los usuarios y usuarias.
- Lograr la validación por parte de las asociaciones mapuches de la comuna hacia la Lawentuchefe.

## **ANEXOS**

1. Proyecto prepuestario año 2025
2. Dotación año 2025
3. Plan Anual de Capacitación año 2025
4. Plan de Cuidados Comunal año 2025

## 1. PROYECTO PREPUESTARIO AÑO 2025

PROYECTO PRESUPUESTO AÑO 2025 AREA DE SALUD				
INGRESOS	DENOMINACION	Monto	Subtotal	Presupuesto Final
05.00.000.000.000	TRANSFERENCIAS CORRIENTES			
05.01.000.000.000	Del Sector Privado (Municipal)		\$333.636.932	
05.03.006.000.000	Del Servicio de Salud		\$1.246.062.870	
05.03.006..001000	Atención Primaria	\$738.199.476		
05.03.006.002.000	Aportes Afectados	\$507.863.394		
08.00.000.000.000	OTROS INGRESOS CORRIENTES		\$30.000.000	
08.01.000.000.000	Recuperación por Licencias	\$30.000.000		
08.99.999.000.000	Otros			
	TOTAL INGRESOS			1.609.699.802
GASTOS		M\$	M\$	M\$
21.01.000.000.000	PERSONAL DE PLANTA		\$462.701.169	
21.01.001.001.000	Sueldo Base	\$180.395.019		
21.01.001.003.001	Asignación Profesional	\$0		
21.01.001.007.001	Asignación Municipal	\$47.236.134		
21.01.001.011.001	Asignación de Movilización	\$6.436.710		
21.01.001.014.999	Otras Asig. Compensatorias	\$7.579.058		
21.01.001.019.002	Asuig. De Responsabilidad DIR.	\$5.569.817		
21.01.001.028.002	Asig. Desempeño Dificil	\$35.089.412		
21,01,001.044.001	Asig. De Atención Primaria	\$180.395.019		
21.01.002.000.000	APORTE DEL EMPLEADOR		\$7.512.947	
21.01.002.002.000	Otras Cotizaciones Prev	\$7.512.947		
21.01.000.000.000	ASIGNACIONES POR DESEMP.		\$61.766.191	
21.01.003.002.003	Asig. Desemp- Colectivo	\$61.766.191		
21.01.003.003.003	Asignación Especial de Incentivo Prof.	\$0		
21.01.004.000.000	REMUNERACIONES VARIABLES		\$33.609.262	
21.01.004.005.000	Trabajos Extraordinarios	\$13.568.791		
	Aguinaldos y Bonos	\$20.040.471		
21.02.000.000.000	PERSONAL A CONTRATA		\$392.151.756	
21.02.001.001.000	Sueldo Base	\$133.358.255		
21.02.001.005.000	Asignac. Profesional	\$0		
21.02.001.011.000	Asignac. De Movilización	\$6.006.420		
21.02.001.013.999	Otras Asignac. Compensatorias	\$3.824.371		
21.02.001.018.000	Asignac. De Responsab. Direct.	\$15.503.456		
21.02.001.027.001	Asig. Desemp. Dificil	\$25.625.457		
21.02.001.042.000	Asignac. De Atención Primaria	\$133.358.255		
21.02.002.002.000	Otras Cotizac. Previs.	\$3.895.213		
21.02.003.002.002	Asig. Variable por Desempeño Colectivo	\$38.452.169		
21.02.003.003.004	Asignación de Mérito	\$12.698.952		
21.02.004.005.000	Trabajos Extraordinarios	\$19.429.208		
21.03.000.000.000	OTRAS REMUNERACIONES		\$301.542.642	
21.00.002.000.000	Honorario Asimilado a Grado	\$294.000.000		
	Aguinaldos y Bonos	\$7.542.642		
22.03.000-000.000	CUMBUSTIBLE Y LUBRICANTES		\$21.000.000	

22.03.001.000.000	Para Vehículos	\$21.000.000		
22.04.000.000.000	MATERIALES DE USO Y CONS		\$123.638.770	
22.04.001.000.000	Materiales de Oficina	\$9.845.000		
22.04.004.000.000	Fármacos	\$58.000.000		
22.04.005.000.000	Materiales y Ut. Quirúrgicos	\$28.769.937		
22.04.007.000.000	Materiales y Útiles de Aseo	\$9.678.000		
22,04,999,000,000	Exámenes de Laboratorio	\$17.345.833		
22.05.000.000.000	SERVICIOS BASICOS		\$39.568.763	
22.05.001.000.000	Electricidad	\$19.670.100		
22.05.002.000.000	Agua	\$8.349.999		
22.05.003.000.000	Gas	\$3.145.000		
22.05.005.000.000	Teléfono Fijo y celulares	\$8.403.664		
22.06.000.000.000	MANTENCION Y REPARACIONES		\$51.645.000	
22.06.001.000.000	Mant. y Reparación edificios	\$28.300.000		
22.06.002.000.000	Reparación de Vehículos	\$11.345.000		
22.06.004.000.000	Reparación equipos boxes	\$12.000.000		
22.07.000.000.000	PUBLICIDAD Y DIFUSION		\$3.000.000	
22.07.001.000.000	Servicios de Publicidad	\$3.000.000		
22.08.000.000.000	SERVICIOS GENERALES		\$9.512.000	
22.08.007.000.000	Pasajes, Fletes y Bodegajes	\$9.512.000		
22.11.000.000.000	SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES		\$3.200.000	
22.11.003.000.000	Servicios Informáticos	\$3.200.000		
22.12.000.000.000	OTROS GASTOS EN BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO		\$4.389.122	
22.12.003.000.000	Gastos de Rep., Protocolo y Ceremonial	\$4.389.122		
	PROYECTOS		\$76.362.180	
	Proyectos	\$76.362.180		
	ADQUISIC. ACTIVOS NO FINANCIEROS		\$18.100.000	
29.04.000.000.000	Mobiliario y otros	\$9.700.000		
29.05.000.000.000	Máquinas y equipos	\$8.400.000		
	<b>TOTAL DE GASTOS</b>			<b>\$1.609.699.802</b>

## 2. DOTACIÓN AÑO 2025

DOTACION COMUNAL											
DOTACION GESTION y ADMINISTRATIVA											
Categoría funcionaria	Estamento	Dotación Regular			Dotación PRAPS			Dotación TOTAL			
		Nº funcionarios	Nº horas semanal	Jornadas semanales	Nº funcionarios	Nº horas semanal	Jornadas semanales	Nº funcionarios	Nº horas semanal	Jornadas semanales	
Gestión Directiva	Directivos	Jefatura de Área	1	44	1				1	44	1
	Dirección Salud	Subdirección Técnica									
		Subdirección Clínica	1	44	1				1	44	1
	Directivos	Dirección CESFAM	Director de Centros	1	44	1				1	44
Gestión administrativa		Encargado de Gestión Administrativa	1	44	1				1	44	1
		Encargado de Gestión de las Personas	1	22	0,5				1	22	0,5
		Encargado UAU y Estadísticas	1	44	1				1	44	1
		Encargado de Calidad	1	44	1				1	44	1
		Encargado de Promoción de Salud	1	44	1				1	44	1
		Encargado MAIS	1	22	0,5				1	22	0,5
<b>Sub Total</b>			5	209	8				5	209	8
DOTACION ASISTENCIAL											
Categoría funcionaria	Estamento	Dotación Regular			Dotación PRAPS			Dotación TOTAL			
		Nº funcionarios	Nº horas semanal	Jornadas semanales	Nº funcionarios	Nº horas semanal	Jornadas semanales	Nº funcionarios	Nº horas semanal	Jornadas semanales	
Categoría A		Médicos	2	88	2	0	0	0	2	88	2
		Odontólogos	2	88	2	2	88	2	4	176	4
		Químicos Farmacéuticos	1	44	1	1	44	1	2	88	2
Categoría B		Enfermera	2	88	2	3	132	3	5	220	5
		Nutricionista	1	44	1	1	44	1	2	88	2
		Matrona	1	44	1	1	44	1	2	88	2
		Asistente Social	1	44	1	1	44	1	2	88	2
		Psicólogo	2	88	2	2	88	2,00	4	176	4
		Kinesiólogo	2	88	2	1	44	1	3	132	3
		Terapeuta Ocupacional	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Tecnólogo médico	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Educadora Párvulo	1	22	0,5				1	22	0,5
	Profesor Educación Física y/o Gestor comunitario	0	0	0	1	22	0,5	1	22	0,5	

	Fonoaudióloga	0	0	0	1	22	0,5	1	22	0,5
	Facilitador intercultural	1	22	0,5	0	0	0	1	22	0,5
	Otro. Especificar	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Categoría C	TENS	6	264	6	3	1320	3	9	1584	9
	TANS	1	44	1	0	0	0	1	44	1
	TONS	2	88	2	2	88	2	4	176	4
	Tec. Rehabilitación	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Tec. Servicio Social	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Otro. Especificar	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Categoría D	Paramédico	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Categoría E	Administrativos	3	132	3	1	44	1	4	176	4
Categoría F	Conductores	2	88	2	0	0	0	2	88	2
	Auxiliares de servicio guardias	4	172	4	0	0	0	4	172	4
	guardias	1	44	1	0	0	0	1	44	1
Sub Total		35	1492	34	20	2024	19	55	3516	53
<b>DOTACION TOTAL</b>		<b>40</b>	<b>1701</b>	<b>42</b>	<b>20</b>	<b>2024</b>	<b>19</b>	<b>60</b>	<b>3725</b>	<b>61</b>

### 3. PLAN ANUAL DE CAPACITACIÓN AÑO 2025

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO				ORGANISMO EJECUTOR	COORDINADOR	FECHA DE EJECUCIÓN
			A (Médicos, Odont, Q, etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)	TOTAL		ITEM CAPACITACION	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL, PRESUPUESTO ESTIMADO			
EJE ESTRATEGICO 1: Medio Ambiente y entornos Saludables	Actualización en el Modelo de Salud Familiar y Comunitario	Los funcionarios serán capaces de conocer y aplicar el cuidado de la salud centrado en las personas, familias y comunidades.	2	6	2	1	1	0	12		0	0	0	0	SSMSO	Referente ECICEP	Anual
	Salud Ocupacional	Los funcionarios serán capaces de conocer y aplicar herramientas para mejorar la comunicación efectiva, trabajo en equipo, relaciones interpersonales.	2	10	3	2	3	4	24		0	0	0	0	SSMSO	SSMSO/PREVENICIONISTA DE RIESGO	Anual
	Manejo y resolución de conflictos/manejo de situaciones en crisis.	Los funcionarios serán capaces de priorizar y reforzar el cuidado de la salud mental en el equipo de trabajo, manejo de conflictos y resolución de los mismos.	2	6	4	1	3	4	20		0	0	0	0	SSMSO	Referente Capacitación CMSJM	Anual

	Herramientas para la implementación del cuidado integral centrado en la persona, con énfasis en la multimorbilidad	Los funcionarios serán capaces de apoyar a las personas y sus familias en el manejo de sus condiciones crónicas de salud.	2	5	2	1	0	0	10	0	0	0	0	SSMSO	Referente ECICEP	Anual
EJE ESTRATEGICO 2: Estilos de Vida	Capacitación MHGAP.	Los funcionarios serán capaces de adquirir herramientas con el fin de desarrollar estrategias para el abordaje de los problemas de salud mental, neurológicos y por abuso de sustancias.	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	SSMSO	Referente Salud Mental	Anual
	Sensibilización y formación del personal de salud para la atención respetuosa a población con género no conforme y LGBT+.	Los funcionarios serán capaces de generar actitudes acogedoras en cualquier punto de contacto que exista entre las personas trans y GNC.	1	3	1	1	3	4	13	0	0	0	0	SSMSO	Referente Capacitación CMSJM	Anual
	Marco normativo y legal en salud sexual y reproductiva	Los funcionarios serán capaces de difundir marcos normativos y legales que aseguren el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	SSMSO	Referente Salud Sexual y Reproductiva	Anual
	Capacitación técnica para la valoración Antropométrica de niñas	Los funcionarios serán capaces de interpretar los resultados antropométricos	2	4	3	0	0	0	9	0	0	0	0	SSMSO	Referente Programa Infantil y Nutrición	Primer Semestre

	y Niños de 0 a 10 años	os de manera correcta, mejorar la técnica de medición para un correcto diagnóstico nutricional.															
	Incontinencia Urinaria y rehabilitación de piso pélvico para profesionales de APS	Los funcionarios serán capaces de reconocer los factores de riesgo y protectores para la prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria y rehabilitación de piso pélvico.	0	2	1	0	0	0	3	0	0	0	0	SSMSO	Referente Salud Sexual y Reproductiva	Anual	
	Salud sexual y reproductiva: climaterio y terapia hormonal de reemplazo.	Los funcionarios serán capaces comprender e identificar los cambios asociados al climaterio y evaluar los beneficios y riesgos de la THR.	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	SSMSO	Referente Salud Sexual y Reproductiva	Anual	
<b>EJE ESTRATEGICO 3: Enfermedades Transmisibles</b>	<b>Manejo clínico de infecciones respiratorias agudas</b>	Los funcionarios serán capaces de actualizar sus competencias en aspectos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos.	2	4	1	0	0	0	7	0	0	0	0	SSMSO	Director clínico	Primer Semestre	
<b>EJE ESTRATEGICO 4: Enfermedades Crónicas no transmisibles y Violencia</b>	Trastornos bucodentales: Capacitación en herramientas técnicas de mejora en favor de la atención odontológica en equipos no	Los funcionarios serán capaces de identificar factores de riesgo y factores protectores en los hábitos de higiene de salud oral en la población infantil.	2	7	2	0	0	0	11	0	0	0	0	SSMSO	Referente programa Infantil	Primer Semestre	

	odontológicos infantiles.																
	Implementación del cuidado integral centrado en la persona, con énfasis en la multimorbilidad.	Los funcionarios serán capaces de fortalecer competencias para el manejo de condiciones de salud crónicas, así como prevenir y disminuir sus complicaciones.	2	7	2	1	0	0	12	0	0	0	0	SSMSO	Referente ECICEP	Anual	
	Capacitación HEARTS	Los funcionarios serán capaces de saber hacer tratamiento efectivo para las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares.	1	3	1	1	0	0	6	0	0	0	0	SSMSO	Referente ECICEP	Anual	
	Prevención en Violencia.	Los funcionarios serán capaces de adquirir herramientas que logren disminuir la prevalencia de violencia que afecta a las personas, familias y comunidades.	0	4	1	0	0	0	5	0	0	0	0	SSMSO	Referente Salud Mental	Anual	
	Trastornos Mentales.	Los funcionarios serán capaces de identificar factores de riesgo asociados a la salud mental de la población a lo largo del curso de la vida con enfoque de equidad.	1	4	1	0	0	0	6	0	0	0	0	SSMSO	Referente Salud Mental	Anual	
<b>EJE ESTRATEGICO 5: Funcionamiento</b>	Medicina complementaria para los equipos de	Los funcionarios serán capaces de identificar y	0	3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	SSMSO	Referente Rehabilitación	Anual	

ento y discapacidad	rehabilitación.	adquirir técnicas complementarias para el manejo del dolor crónico de patologías musculoesqueléticas.																
	Manejo Integral en usuarios en dependencia severa.	Los funcionarios serán capaces de conocer los factores de riesgo que aumentan la prevalencia de dependencia severa en la población en todo el curso de la vida.	1	5	1	1	0	0	8		0	0	0	0	SSMSO	Referente Dependencia Severa/Cuidados Paliativos	Anual	
EJE ESTRATEGICO 6: Emergencias y desastres	Gestión de emergencia y desastres en el territorio nacional.	Los funcionarios serán capaces de adquirir conocimientos en gestión del riesgo de emergencias y desastres	1	3	1	1	1	3	10		0	0	0	0	SSMSO	Encargado Calidad/PREVENICIONISTA DE RIESGOS	Anual	
EJE ESTRATEGICO 7: Gestión, Calidad e Innovación	Participación Social y Comunitaria	Los funcionarios serán capaces de adquirir conocimientos en el fortalecimiento del modelo en gestión y planificación participativa en el área de la salud.	0	5	1	1	1	1	9		0	0	0	0	SSMSO	Referente Participación	Anual	
	Reforzamiento del acceso a la capacitación de los técnicos en enfermería de nivel superior de salud rural.	Los funcionarios serán capaces de adquirir conocimientos técnicos atinentes a su quehacer clínico, disminuyendo las brechas de competencias laborales dentro del	0	0	8	2	0	0	10		0	0	0	0	SSMSO	Director clínico	Anual	

		mismo estamento.															
	Formación y utilización de la plataforma en Salud Digital.	Los funcionarios serán capaces de adquirir herramientas en atención de telemedicina asincrónica y sincrónica.	1	2	2	1	3	0	9	0	0	0	0	SSMSO	Director clínico	Anual	
	Curso de Planificación y programación estratégica.	Los funcionarios serán capaces de adquirir herramientas para planificar, programar y evaluar resultados a través de instrumentos de gestión. Creación de indicadores.	0	5	1	1	0	0	7	0	0	0	0	SSMSO	Director clínico	Anual	
	Capacitación en gestión de recursos públicos, usos de plataformas de compra ágil.	Los funcionarios serán capaces de adquirir herramientas para optimizar el financiamiento público destinado a salud.	0	5	1	1	1	1	9	0	0	0	0	SSMSO	Director clínico	Anual	
EJE ESTRATEGICO 8: Equidad	Capacitación en formación de interculturalidad indígena a los trabajadores de la salud.	Los funcionarios serán capaces de adquirir herramientas planificación e interculturalidad con enfoque de derecho, género y territorialidad.	3	10	4	2	3	4	26	0	0	0	0	SSMSO	Referente Interculturalidad	Anual	
	Capacitación de salud integral de la población migrante a los trabajadores de la salud.	Los funcionarios serán capaces de adquirir herramientas planificación e	3	10	4	2	3	4	26	0	0	0	0	SSMSO	Referente Participación	Anual	

		interculturalidad con enfoque de derecho, género y equidad.															
<b>Totales</b>			28	118	47	20	22	25	260		0	0	0	0	SSMSO	Referente Capacitación CMSJM	Anual

**4. PLAN DE CUIDADOS COMUNAL AÑO 2025**

Subsecretaría de Redes Asistenciales  
División de Atención Primaria (DIVAP)

**PLANIFICACIÓN 2025  
SERVICIO DE SALUD  
Cuidado de Ambientes Laborales Saludables y Salud Mental del Personal de Salud  
Saludablemente APS**

SERVICIO DE SALUD	METROPOLITANOSURORIENTE	COMUNA	SAN JOSÉ DE MAIPO
NOMBRE RESPONSABLE(S) COMUNAL	Señale nombre gestora	OBJETIVO ESTRATÉGICOS NIVEL CENTRAL	Instalar una política institucional de cuidado para los equipos de salud que favorezca ambientes laborales saludables, promoviendo la salud mental de los trabajadores en la administración de salud municipal y dependiente de SS (APS) en el marco del modelo MAIS.

**PLANIFICACIÓN 2025**

<b>INSTRUCCIONES</b>  Para realizar la planificación 2025, siga estas indicaciones: - Seleccione al menos dos objetivos para trabajar, incluyendo al menos uno establecido por el Servicio de Salud correspondiente. - Para cada objetivo, identifique: Componente (Prevención, Promoción del Buen Trato, Salud Mental Organizacional, o Participación y Articulación Local), Factor psicosocial (elija entre los 12 factores listados, como Carga de trabajo, Exigencias emocionales, etc.), Objetivo específico, Actividad, Establecimientos de salud involucrados, Verificadores, Indicador (opcional) y Meta. Es importante que cada objetivo debe ser trabajado en sus cuatro componentes, por lo que se solicita un compromiso de 8 actividades considerando al menos el 60% de establecimientos de salud de cada comuna.	<b>OBJETIVOS ESTRATÉGICOS SERVICIO DE SALUD</b>  Fortalecer la cultura del cuidado de los y las trabajadoras de la salud municipal, considerando sus distintos niveles: autocuidado, cuidado mutuo y organizacional Potenciar estrategias para el desarrollo de Ambientes laborales saludables con los equipos de la salud
	<b>OBJETIVOS ESTRATÉGICOS COMUNAL</b>  Fortalecer la respuesta emocional del personal de salud ante situaciones adversas para mejorar el manejo del estrés y la resiliencia laboral  Fortalecer el liderazgo y la gestión de equipos para mejorar el rendimiento y disminuir la sobrecarga

**CARTA GANTT 2025**

COMPONENTE	FACTOR PSICOSOCIAL	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE(S)	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD OBJETIVO	OTROS ESTABLECIMIENTOS	VERIFICADORES	INDICADOR	META	CARTA GANTT 2025											
											ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
PREVENCIÓN	Reconocimiento y Claridad de Rol	Potenciar estrategias para el desarrollo de Ambientes laborales saludables con los equipos de la salud	Fortalecer el reconocimiento y la claridad del rol de cada miembro del equipo de salud en la articulación local para mejorar la colaboración y la efectividad en la atención.	Reevaluación y entrega de perfiles de roles y cargos relacionados a la actividad o cargo designado; acompañado de socialización de organigrama actualizado para gestión 2025	JEFA DE SALUD, SUBDIRECCIÓN TÉCNICA, ENCARGADA DE CALDIAD	Posta de Salud Rural Las Vertientes		Entrega firmada de perfil de cargos, coordinaciónes o referencia, firmas de asistencia a reunión de equipo ampliada	(Objetivos(temas) abordados/ Total de objetivos temas propuestos) x 100	>90 %	x	x										
PROMOCIÓN	Carga de Trabajo	Potenciar estrategias	Fomentar la colaboración y	Realización de jornadas en el	JEFA DE SALUD,	Posta de Salud Rural		Lista de asistencia a	(Participantes/Total de la gente	>90 %										x	x	x





