ILUSTRE MUNICIPALIDAD
VILLA ALEMANA

VILLA ALEMANA, 30 de noviembre de 2021

**DECRETO ALCALDICIO Nº 2485 /**

Con esta misma fecha la Srta. Alcaldesa ha emitido el siguiente Decreto:

**VISTOS:**

El Acuerdo adoptado por el H. Concejo Municipal, en Sesión Ordinaria N°16, celebrado el 29 de noviembre de 2021, según consta en Certificado N°298, emitido por el Secretario Municipal;

Lo dispuesto en el Artículo 12°, del Reglamento General de la Ley N°19.378, sobre Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, del Ministerio de Salud;

Las facultades que me confiere la Ley 18.695, de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus modificaciones;

**DECRETO:**

1. **APRUEBASE** el **PLAN ANUAL DE SALUD MUNICIPAL,** correspondiente al año 2022, de acuerdo al documento elaborado por la Corporación Municipal para el Desarrollo Social de Villa Alemana, según antecedentes adjuntos, los cuales forma parte integrante del presente Decreto Alcaldicio.

2. **PUBLÍQUESE** el presente Decreto Alcaldicio en la página web municipal.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE Y ARCHÍVESE.**

**JAVIERA TOLEDO MUÑOZ**
**Alcaldesa**

**SERGIO CASTRO QUIROZ**
**Secretario Municipal (S)**

DISTRIBUCIÓN:
1. Depto. de Control.
2. Alcaldía.
3. Administración Municipal.
4. Secretaría Municipal.
5. Corporación Municipal (2)
6. Departamento de Salud
7. Of. de Partes (Archivo)

JTM/SCQ/kkl



# PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

Corporación Municipal

Villa Alemana

# ÍNDICE

1. Índice ..... 1
2. Presentación del Director de Salud ..... 3
3. Misión, visión y valores del Área de Salud de la Corporación Municipal de Villa Alemana (CMVA) .. 4
4. Diagnóstico de la situación comunal ..... 5
4.1. Diagnóstico sanitario ..... 5
4.1.1. Caracterización de la red asistencial ..... 5
4.1.1.1. Generalidades de la salud en Chile ..... 5
4.1.1.1.1. Reforma al sector salud ..... 6
4.1.1.1.2. Régimen General de Garantías Explícitas en Salud ..... 7
4.1.1.1.3. Ley de derechos y deberes de los pacientes ..... 9
4.1.1.2. Generalidades de la red asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar–Quillota ..... 10
4.1.1.3. Red Municipal de Atención Primaria de Salud de Villa Alemana ..... 12
4.1.1.3.1. Autoridades de la Ilustre Municipalidad de Villa Alemana ..... 12
4.1.1.3.2. Autoridades de la Corporación Municipal de Villa Alemana ..... 13
4.1.1.3.3. Equipo directivo del Área Salud de la CMVA ..... 13
4.1.1.3.4. Organigrama Año 2022 de la Dirección de Salud ..... 14
4.1.1.3.5. Centros de Salud Familiar (CESFAM) ..... 15
4.1.1.3.6. Población inscrita y asignada ..... 15
4.1.1.3.7. Distribución territorial de los Centros de Salud ..... 16
4.1.1.3.8. Unidades y equipamiento tecnológico comunal ..... 16
4.1.1.3.9. Financiamiento ..... 18
4.1.1.3.9.1. Ingresos ..... 19
4.1.1.3.9.2. Egresos ..... 20
4.1.1.3.10. Dotación comunal Año 2022 ..... 21
4.1.2. Caracterización de la oferta de prestaciones de salud ..... 22
4.1.2.1. Cartera de prestaciones de salud ..... 22
4.2. Diagnóstico Epidemiológico ..... 26
4.2.1. Indicadores básicos de salud ..... 26
4.2.1.1. Natalidad ..... 26
4.2.1.2. Mortalidad ..... 26
4.2.1.2.1. Mortalidad Infantil ..... 26
4.2.1.2.2. Mortalidad General ..... 27
4.2.1.2.3. Mortalidad Atribuible a COVID-19 ..... 27
4.2.2. Determinantes Sociales de la Salud ..... 27
4.2.2.1. Perfil demográfico ..... 27
4.2.2.1.1. Caracterización de la población ..... 27

4.2.2.1.1.1. Distribución territorial de la población ..... 29
4.2.2.1.2. Pueblos originarios ..... 29
4.2.2.2. Factores geográficos ..... 30
4.2.2.2.1. Medioambiente y naturaleza ..... 31
4.2.2.2.2. Clima ..... 32
4.2.2.3. Desarrollo económico ..... 33
4.2.2.4. Educación ..... 35
4.2.2.5. Vivienda y saneamiento ..... 36
4.2.2.5.1. Asentamientos precarios urbanos ..... 37
4.2.2.6. Acceso, transporte y comunicaciones ..... 37
4.2.2.6.1. Autopistas de acceso ..... 37
4.2.2.6.2. Medios de comunicación escritos ..... 38
4.2.2.6.3. Medios de comunicación radial ..... 38
4.2.2.7. Seguridad Social ..... 39
4.2.2.8. Cultura ..... 40
4.2.2.9. Desarrollo comunitario ..... 40
4.2.3. Políticas de salud pública para la década 2021-2030 ..... 41
4.3. Diagnóstico Ciudadano ..... 44
4.3.1. Temas priorizados en los Objetivos Sanitarios de la Década 2021-2030 ..... 45
4.3.2. Temas priorizados en Consulta Ciudadana 2019 ..... 46
5. Plan de cuidados de salud de la población según ciclo vital ..... 48
5.1. Salud en la infancia ..... 48
5.2. Salud en la adolescencia y juventud ..... 57
5.3. Salud en la edad adulta ..... 65
5.4. Salud en el adulto mayor ..... 71
5.5. Estrategias transversales ..... 78
6. Programa anual de capacitación comunal (PAC) ..... 98
7. Plan estratégico para el desarrollo del Área de Salud de la CMVA ..... 99
7.1. Análisis FODA ..... 99
7.2. Líneas estratégicas y desafíos para el año 2022 ..... 101
7.2.1. Ejes de acción para el año 2022 ..... 101
7.2.2. Desafíos del área salud para el año 2022 ..... 105
8. Conclusiones finales ..... 109
9. Anexos ..... 110

## 2. PRESENTACIÓN DEL DIRECTOR DE SALUD

La salud se presenta como uno de los derechos humanos fundamentales, y es nuestro deber reconocer el derecho a la atención de salud, respetando la autonomía y la autodeterminación de las personas. Además de generar condiciones de seguridad en salud durante todo el curso de su vida.

En este contexto, y en concordancia con las necesidades visibilizadas por las elecciones municipales que pusieron de manifiesto una necesidad de cambios respecto al tipo de liderazgo y trabajo, ingresa en julio de este año una nueva Alcaldía, la cual trae bajo el brazo un plan de trabajo que se enfoca en potenciar las actividades de salud desde la promoción, participación, con un fuerte contenido de trabajo en el territorio, enfocado en reactivar el modelo de salud familiar de acuerdo a los recursos físicos y humanos disponibles.

Dentro del proceso de creación del nuevo Plan de Salud Comunal 2022, se fueron integrando necesidades de la comunidad que no podemos seguir posponiendo, tales como la integración de las diversidades funcionales, las dificultades de acceso a salud, situación de la salud mental en pandemia entre otros.

En este orden de cosas, este año se reactivaron las redes intersectoriales con nuestra educación municipal, logrando un trabajo colaborativo que esperamos reforzar y replicar en otros equipos de trabajo presentes en el municipio y la comunidad. Está reactivación ha sido muy valorada por los equipos participantes, toda vez que cada uno de ellos comprende la necesidad del trabajo colaborativo para lograr intereses comunitarios.

Otro eje central del Plan de Salud son nuestros trabajadores, y centrados en la carta compromiso de Buenas Prácticas Laborales, se ha promovido la participación laboral, creación de espacios de autocuidado, estabilidad laboral, permitir la propuesta de ideas innovadoras que contribuyan a lograr objetivos sanitarios, abordar ciclos vitales de manera más efectiva.

La salud es, de acuerdo con este enfoque, el resultado de una cadena de asociaciones múltiples que se dan entre las condiciones de vida y de trabajo, del ambiente y de las oportunidades que tengan las personas para desarrollar su potencial.

Bajo el enfoque de curso de vida, la atención primaria, se presenta como el mejor escenario para implementar acciones desde etapas tempranas de la vida, continuidad en el cuidado y otros factores que determinen un envejecimiento saludable y activo. El enfoque de curso de vida, provee una visión integral de la salud y sus determinantes, por lo que exhorta al desarrollo de redes de servicios de salud, centrados en las necesidades de sus usuarios, en cada etapa de su vida. Al adoptar este enfoque se procura lograr un impacto positivo y sostenible para la salud de la población actual y futura de nuestra comuna.

## 3. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DEL ÁREA DE SALUD DE LA CORPORACIÓN MUNICIPAL DE VILLA ALEMANA (CMVA)

### o MISIÓN

"Entregar a la comunidad una atención de salud oportuna y de calidad, con un enfoque biopsicosocial centrado en el usuario y su ecosistema comunitario, a través de un trabajo multidisciplinario que realiza acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; fomentando el autocuidado comunitario y la inclusión de las diversidades existentes en nuestra sociedad."

### o VISIÓN

"Ser una Red de Salud Comunal integral y resolutiva, que promueva el autocuidado como un pilar fundamental de la salud, que contribuya a mejorar la calidad de vida del usuario, con un enfoque familiar, comunitario y desde un enfoque de derechos."

### o VALORES INSTITUCIONALES

En concordancia con las nuevas misión y visión declaradas por la Dirección de Salud de la CMVA, surge la necesidad de declarar los valores institucionales, que serán la base y fundamento de nuestro quehacer clínico, administrativo y social:

- Integralidad
- Resolutividad
- Accesibilidad
- Eficiencia
- Compromiso
- Respeto
- Empatía
- Solidaridad social
- Responsabilidad
- Equidad
- Calidad
- Trabajo en equipo

# 4. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN COMUNAL

## 4.1. DIAGNÓSTICO SANITARIO

### 4.1.1. Caracterización de la red asistencial

#### 4.1.1.1. Generalidades de la salud en Chile

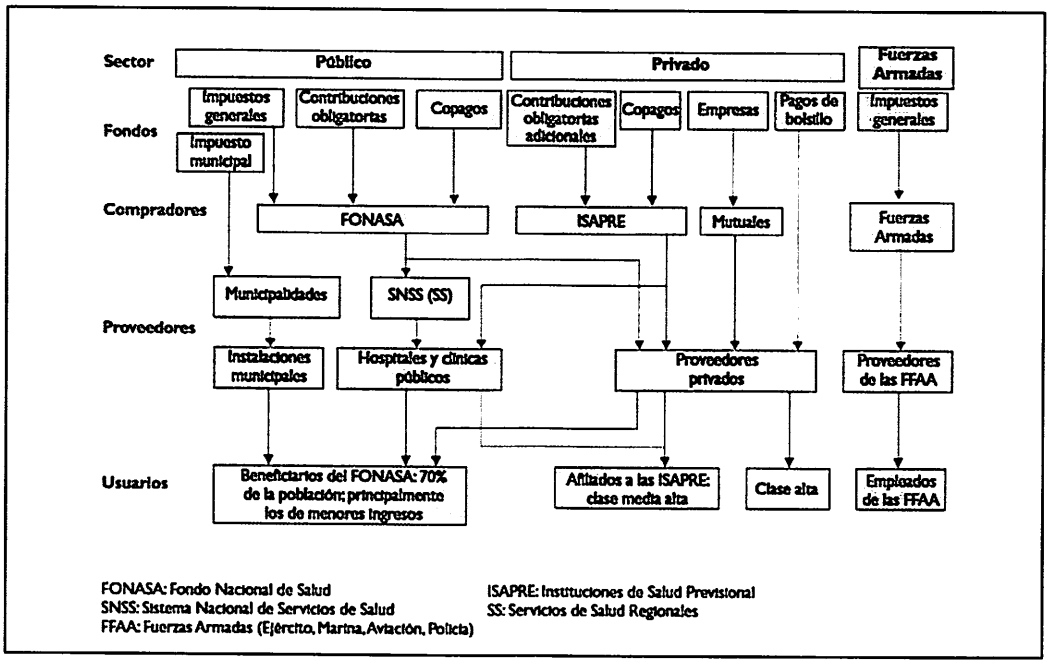
Desde 1990 a 2010 y desde 2014 a 2018, los gobiernos de una concertación de partidos de centro izquierda se concentraron en recuperar paulatinamente la protección social en salud, recuperar parcialmente la crisis financiera, de otros recursos y de gestión del Sistema Nacional de Servicios de Salud. En ese período, se logró realizar inversiones y establecer o fortalecer programas basados en los derechos y necesidades principales de la población, con énfasis en los más desfavorecidos, vulnerables y necesitados en materias relativas a salud, como lo es la promulgación de la ley de Garantías Explícitas en Salud.

Desde el año 2010 a 2014 y desde el 2018 al presente, el manejo sectorial de salud estuvo bajo la responsabilidad de un gobierno de partidos de centroderecha. El sistema de salud fue administrado bajo las mismas condiciones originales de estructura y funcionamiento establecidas en la década de 1980, con énfasis del rol subsidiario del Estado y en la privatización directa o indirecta, lo que incluye los convenios de inversión y la gestión de centros asistenciales más complejos.

El marco normativo y político imperante desde la década de 1980 no permite que se produzcan cambios o reformas sustanciales que den posibilidad de mejorar financiamiento, distribución de recursos, fortalecer el desempeño o adaptarse de modo más dinámico a responder en forma adecuada a las nuevas y diversas necesidades de salud de la población.

A continuación, en la Figura Nº1 se presenta un esquema abreviado del actual sistema de salud chileno.

Figura Nº1: Esquema del Sistema de Salud Chileno



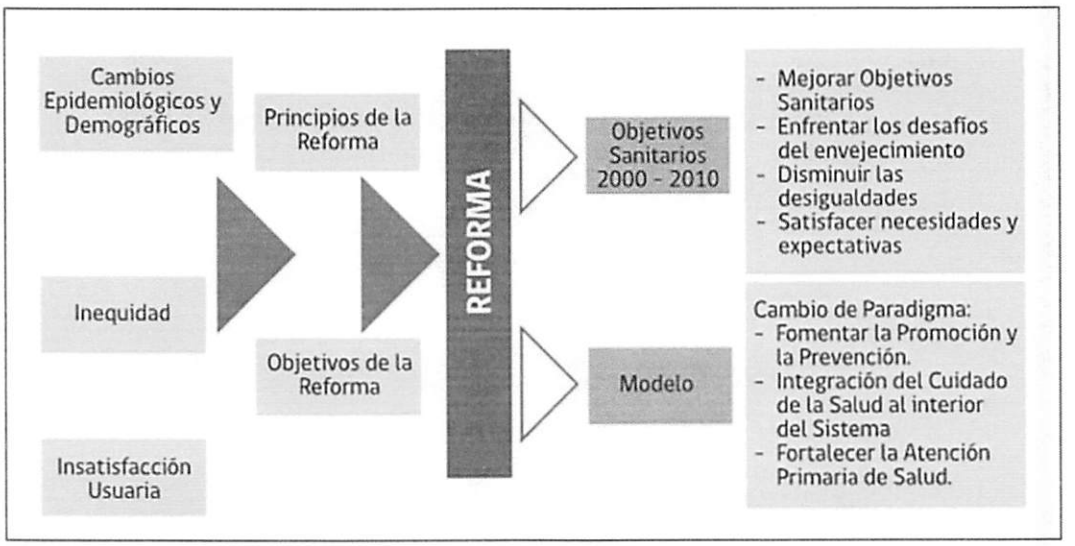

*Fuente: Revista Mexicana de Salud Pública, 2011*

4.1.1.1.1. Reforma al sector salud

A principios del nuevo milenio, poco menos del 66% de la población tenía como seguro de salud al FONASA, alrededor del 20% tenía como seguro a alguna ISAPRE, y el resto tenía otro tipo de aseguramiento o no poseía ninguno. Esta distribución, sin embargo, escondía un fuerte patrón socio-económico: los sectores de altos ingresos relativos estaban en su mayoría enrolados en el sector privado, mientras que los sectores con ingresos relativamente bajos tenían una participación virtualmente nula en el mismo.

Las reformas de salud, pueden ser definidas como procesos orientados a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias, niveles y funciones del sector, a través de estrategias y acciones, con el fin último de satisfacer mejor las necesidades de salud de la población. En Chile, la implementación de una nueva Reforma de Salud en el año 2005 marcó la necesidad por parte del sector de buscar un sistema que permitiera realizar un monitoreo continuo y evaluación periódica de los cambios impulsados, a fin de ir perfeccionándolos y adecuándolos a los requerimientos propios del sistema de salud chileno. En la Figura Nº1 se puede apreciar de manera abreviada el proceso de reforma al sector salud, el cual se inició a comienzo de la década del 2000, para comenzar su implementación en el año 2005.

Figura Nº1: Esquema del Proceso de Reforma Sistema de Salud Chileno




*Fuente: Diseño e implementación de una Metodología de Evaluación, Seguimiento y Acompañamiento de la Reforma de la Salud de Chile*

La Reforma de Salud se basó en cinco ejes o pilares estratégicos:

I. Ley Nº 19.888 (2003): Establece financiamiento necesario para asegurar los objetivos sociales prioritarios del gobierno
II. Leyes Nº 19.895 (2003) y Nº 20.015 (2005): Corta y Larga de ISAPRES
III. Ley Nº 19.937 (2004): Autoridad Sanitaria y Gestión
IV. Ley Nº 19.966 (2005): Establece un Régimen General de Garantías en Salud
V. Ley Nº 20.584 (2012): Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud

Debido a la relevancia que tienen para el desarrollo de este Plan de Salud, a continuación, se profundizará en las leyes Nº 19.966 que "Establece un Régimen General de Garantías en Salud" y Nº 20.584 que "Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud".

4.1.1.1.2. Régimen General de Garantías Explícitas en Salud

Como parte de una reforma iniciada en el año 2000, se promulga en 2004 la Ley 19.966 que Establece un Régimen de Garantías en Salud (conocido también como AUGE/GES). Este régimen permite el acceso a cualquier centro público o privado que esté abierto al mercado, según lo que respalde la garantía explícita, para cada una de las enfermedades o problemas de salud cubiertos por ese sistema.

Se sustenta en un Plan Universal de Salud, cuyos beneficios se aplican a toda la población chilena y extranjera residente en el territorio nacional, a todas las enfermedades o condiciones de salud, considerando además sus distintas fases de evolución clínica, y a todas las acciones o prestaciones asociadas al ciclo de salud – enfermedad.

Desde 2005, esta ley establece las garantías de acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud establecidas. En su cobertura, se ha definido una serie de problemas de salud priorizados, que han ido aumentando gradualmente desde 2005 y que representan más de 70% de la carga de enfermedad del país.

La Garantía Explícita de Acceso se refiere a la garantía de recibir las actividades de salud, de acuerdo a las directrices que fije la Autoridad Sanitaria. Dichas directrices estarán vinculadas a grupos poblacionales y a la forma de entrar a una red de servicios de salud, condicionada por la capacidad de resolución y derivación de cada nivel. La Garantía Explícita de Calidad se refiere al otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, por un prestador registrado o acreditado, bajo estándares y guías clínicas establecido por la Autoridad Sanitaria. La Garantía Explícita de Oportunidad implica un plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto ley correspondiente. La Garantía de Protección Financiera implica garantizar el financiamiento del Plan de Salud, con el fin de que todas las personas puedan acceder a las acciones y prestaciones del mismo, bajo condiciones explícitas de entrega y conocidas por todos. Con esta protección en términos del financiamiento, se pretende que la restricción para contribuir total o parcialmente a financiar las prestaciones necesarias no sea un obstáculo al acceso a los servicios, para que ni el trabajador ni su familia caiga en la pobreza o se mantenga en ésta como resultado de afrontar el gasto de mantener, recuperar o rehabilitar su salud.

El AUGE/GES también tiene un componente de Salud Pública, que corresponde al conjunto sistemático de acciones de salud, consideradas "bienes de salud pública", destinadas a proteger la salud de las personas de los riesgos del ambiente y a promover comportamientos que mantengan sana a la población. Algunas de las acciones son de carácter ambiental, colectivo o poblacional y otras son aplicadas a los individuos, por ejemplo, vacunas. Este componente del plan se financia mediante aporte fiscal y es administrado por la autoridad sanitaria. Su ejecución está a cargo, en un ámbito sectorial o intersectorial, de instituciones públicas y privadas.

La aplicación progresiva del AUGE/GES ha significado un importante cambio cultural no sólo en los beneficiarios y aseguradores, obligados a velar por el cumplimiento de las garantías explicitadas, sino que también por parte de los prestadores, apremiados a adecuar su oferta a los términos establecidos por los protocolos y guías clínicas definidos para cada uno de los problemas de salud garantizados. Se ha

continuado aumentando la lista de las garantías explícitas, alcanzando 69 en 2010, 80 en 2013 y 85 en 2019.

4.1.1.1.3. Ley de derechos y deberes de los pacientes

El 1 de octubre de 2012 entró en vigencia Ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud La iniciativa legal resguarda principios básicos de atención en salud, disposiciones que se aplican tanto en el sector público como privado. Esta ley viene a fortalecer el eje principal de la salud pública en nuestro país: los usuarios. Los derechos y deberes establecidos en esta ley deben estar plasmados de manera visible y clara en la "Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes" (Ilustración Nº3) en donde se especifica cada uno de los aspectos señalados en la nueva ley, la cual debe estar presente y visible en instituciones tales como: consultorios, hospitales y clínicas del país.

Los derechos y deberes incluidos en la Ley 20.584 son los siguientes:

a) Derechos

I. Derecho al acceso oportuno y sin discriminación a las acciones de salud
II. Atención de las personas con discapacidad física o mental o privadas de libertad
III. Derecho a la seguridad en la atención de salud
IV. Derecho a un trato digno
V. Derecho a tener compañía y asistencia espiritual
VI. Derecho a la información
VII. Derecho a la reserva de la información de la ficha clínica
VIII. Derecho a la autonomía de las personas en su atención de salud
i. Consentimiento Informado
ii. Estado de salud terminal y la voluntad manifestada previamente
iii. Comités de ética
IX. Derecho a la protección de la autonomía de las personas que participan en una investigación científica
X. Derechos de las personas con discapacidad psíquica o intelectual
XI. Derecho a la participación de las personas usuarias
XII. Derechos relacionados a los medicamentos e insumos

b) Deberes

I. Respeto a la normativa vigente en materia de salud
II. Respeto al reglamento interno de un lugar
III. Informarse sobre el funcionamiento del establecimiento
IV. Cuidar las instalaciones y equipamiento
V. Respeto en el trato a los integrantes del equipo de salud
VI. Deber de colaborar con el equipo de salud

Figura Nº2: Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes




*Fuente: Ministerio de Salud. Gobierno de Chile*

4.1.1.2. Generalidades de la red asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota

El Servicio de Salud Viña del Mar Quillota (SSVQ) es uno de los servicios de mayor extensión geográfica del país, con una superficie 7.506 $Km^2$ y una densidad de 144 $Hab/Km^2$, abarcando un total de 18 comunas. Tiene una población asignada para el año 2021 de 1.153.358 habitantes, que en su gran mayoría es urbana, y una población beneficiaria del FONASA inscrita en la Atención Primaria de Salud (APS) de 856.190 usuarios.

La extensión geográfica y volumen poblacional del SSVQ es mayor que la de los otros dos Servicios de Salud de la región; considera alrededor de un 57% de la población total de la Región, un 55% de la población regional beneficiaria de FONASA y un 58% de la población regional inscrita en la APS.

La Red del SSVQ cuenta con una amplia oferta de servicios, tanto institucionales como privados (compra de servicios). A continuación, sólo se abordará la red pública de salud, compuesta por la red de hospitales que está integrada por 11 establecimientos, tres de alta complejidad que son: Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar (HDGF), Hospital San Martín de Quillota (HSMQ) y Hospital de Quilpué (HQPE); 8 hospitales de baja complejidad: Quintero, La Calera, Limache, Cabildo, Petorca, La Ligua, Hospital Geriátrico Paz de la Tarde y Hospital de Peñablanca; y un hospital en fase de implementación: Hospital Biprovincial Quillota-Petorca. A estos establecimientos se agrega una red de establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS) en todas las comunas, la mayoría de dependencia municipal y algunos dependientes de los hospitales de baja complejidad. Existe además la red de urgencia, que va desde las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH), de mayor complejidad, hasta los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), los SAPU de Alta Resolución (SAR) y los Servicios de Urgencia Rural (SUR), con prestaciones más acotadas y de menor complejidad.

Figura Nº3: Establecimientos de la Red del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota

| Tipo Atención / Área | Atención Cerrada | | Atención Abierta | |
|---|---|---|---|---|
| | **Baja** | **Alta** | **Baja (N° por comunas)** | **Media** |
| **Borde Costero** | **Hospital Quintero** | Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar | Viña del Mar: 10 CESFAM, 4 CECOF, Módulo Odontopediátrico Simón Bolivar<br>Concón: 1 CESFAM<br>Quintero: 1 PSR<br>Puchuncaví: 2 CESFAM; 2 PSR | CESAM Concón |
| **Marga Marga** | **Hospital de Peñablanca (Villa Alemana); Hospital de Limache, Hospital Geriátrico Paz de la Tarde (Limache)** | **Hospital Quilpué** | **Limache: 1 CESFAM**<br>**Villa Alemana: 4 CESFAM**<br>**Olmué: 1 CESFAM; 3 PSR**<br>**Quilpué: 1 CESFAM; 3 CES; 1 CECOSF; 1 PSR** | **CESAM Limache** |
| **Quillota Petorca** | **Hospital La Ligua; Hospital Cabildo; Hospital de Petorca; Hospital de Calera** | Hospital Santo Martinde Quillota | Cabildo: 4 PSR<br>Calera: 1 CESFAM; 1 CES, 1 CECOSF; 3 PSR<br>Hijuelas: 1 CESFAM; 1 PSR<br>La Cruz: 1 CES<br>La Ligua: 9 PSR<br>Nogales: 2 CESFAM; 1 CECOSF<br>Papudo: 1 CESFAM, 1 PSR<br>Petorca: 1 CESFAM, 1 CECOSF; 2 PSR<br>Quillota: 3 CESFAM; 2 CES; 2 CECOSF; 1 PSR<br>Zapallar: 2 CESFAM | |
| **Total** | **8 Hospitales de baja complejidad** | **3 Hospitales de Alta complejidad** | **30 CESFAM;7 CES;29 PSR;**<br>**10 CECOSF;1 Módulo Odontológico** | **2 Centros de salud mental** |

*Fuente: Adaptado del documento "Diseño de la Red Asistencial del SSVQ, 2015"*

4.1.1.3. Red Municipal de Atención Primaria de Salud de Villa Alemana

Nuestra comuna cuenta con cuatro CESFAM, un SAPU y, a partir de enero de 2022 se contará con un CECOSF que estará ubicado en avenida Cien Águilas. La red de derivación base de cada uno de los Centros de Salud de la comuna, tienen como flujo de derivación la unidad de Emergencia del Hospital de Peñablanca para las patologías de urgencia adultos y la unidad de Emergencia del Hospital de Quilpué para las patologías agudas infantiles y ginecobstétricas.

Las redes de derivación de interconsultas están definidas y normadas por un mapa de derivación creado elaborado por el SSVQ.

Existe una red de derivación interna, la cual da un alto nivel de resolutividad a las actividades de atención primaria, existiendo unidades y equipamiento de carácter comunal: Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO), Laboratorio Clínico, Unidad de Imagenología, Cirugía menor, Salas de Rehabilitación, Estrategia CESFAM A Tu Puerta, SAPU, Centro Vida Activa, entre otros.

4.1.1.3.1. Autoridades de la Ilustre Municipalidad de Villa Alemana

| | |
|---|---|
| **ALCALDESA** | Javiera Toledo Muñoz |
| **DIRECCIÓN** | Buenos Aires 850, Villa Alemana |
| **TELÉFONO** | (32) 3140100 |
| **WEB** | www.villalemana.cl |
| **MAIL** | alcaldia@villalemana.cl |

| **CONCEJO MUNICIPAL** |
|---|
| Alonso Fierro Reguera |
| Cecilia Quinteros Díaz |
| Edith Alvear Guerra |
| Guillermo Barra Arancibia |
| Kesia Navarro Cueto |
| Marcelo Valderrama Magna |
| Marcelo Góngora Carvajal |
| María Fernanda Ternicier Andrades |

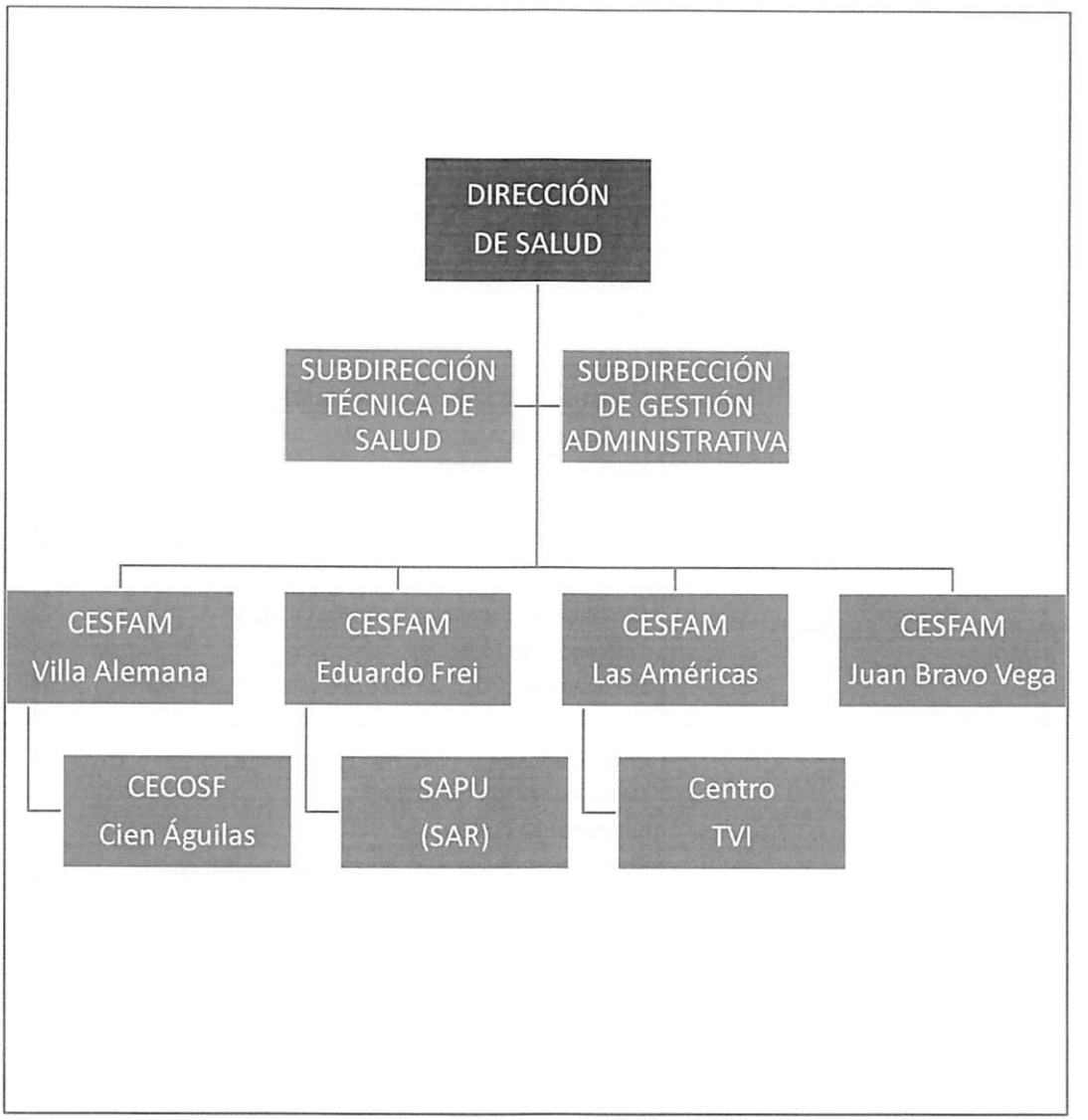
4.1.1.3.2. Autoridades de la Corporación Municipal de Villa Alemana

| | |
|---|---|
| **SECRETARIA GENERAL CORPORACIÓN MUNICIPAL DE VILLA ALEMANA** | Lilia Ayala Rojas<br>Dirección: Avenida Quinta 050<br>Teléfono: 323243447 |
| **DIRECTOR DE SALUD** | Alejandro Larraguibel Flores<br>Dirección: Baquedano 1140<br>Teléfono: 323243515 |

4.1.1.3.3. Equipo directivo del Área Salud de la CMVA

| | |
|---|---|
| **SUBDIRECTOR TÉCNICO DE SALUD** | Rubén García Aguirre<br><br>Teléfono: 323243515 |
| **SUBDIRECTORA DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA** | Valeria Alvarado Pino<br><br>Teléfono: 323243515 |

4.1.1.3.4. Organigrama Año 2022 de la Dirección de Salud




El organigrama presentado sobre este párrafo corresponde a una versión abreviada y se basa en el Art. 56 de la Ley 19.378 "Establece el estatuto de Atención Primaria de Salud municipal", el cual determinó que las entidades administradoras definirán la estructura organizacional de sus establecimientos de Atención Primaria de Salud y de la unidad encargada de salud en la entidad administradora (Dirección de Salud, en el caso de nuestra comuna), sobre la base del Plan de Salud Comunal y del modelo de atención definido por el MINSAL.

El organigrama presentado estará sujeto a modificaciones durante el año 2022, en pos de un buen funcionamiento de la Dirección de Salud y de los Centros de Salud de la comuna. Esta nueva estructura organizacional será formalizada por los actos administrativos correspondientes.

4.1.1.3.5. Centros de Salud Familiar (CESFAM)

| | |
|---|---|
| CESFAM<br>Villa Alemana<br>(CVA) | Director (I): Dr. Gabriel Guzmán Aguirre<br>Dirección: Baquedano #1140<br>Teléfono: 323243513<br>Correo electrónico: secretaria.cva@saludvalem.cl |
| CESFAM<br>Eduardo Frei<br>(CEF) | Director (I): Dr. Berel Bialostocki Pacheco<br>Dirección: Rivadavia #1119<br>Teléfono: 323243511<br>Correo electrónico: secretaria.cef@saludvalem.cl |
| CESFAM<br>Juan Bautista Bravo Vega<br>(CJB) | Directora (I): EU Rita González Schiappacasse<br>Dirección: Las Araucarias #750<br>Teléfono: 323243483<br>Correo electrónico: secretaria.cjb@saludvalem.cl |
| CESFAM<br>Las Américas<br>(CLA) | Directora (I): EU Carla Aranda Henríquez<br>Dirección: Pedro Víctor Contreras #2474<br>Teléfono: 323243503<br>Correo electrónico: secretaria.cla@saludvalem.cl |
| CECOSF<br>Cien Águilas<br>(CCA) | Coordinadora: EU Olga Mónica Soriano Álvarez<br>Dirección: El Ingenio #0356<br>Teléfono: 323323901<br>Correo electrónico: secretaria.cca@saludvalem.cl |

4.1.1.3.6. Población inscrita y asignada

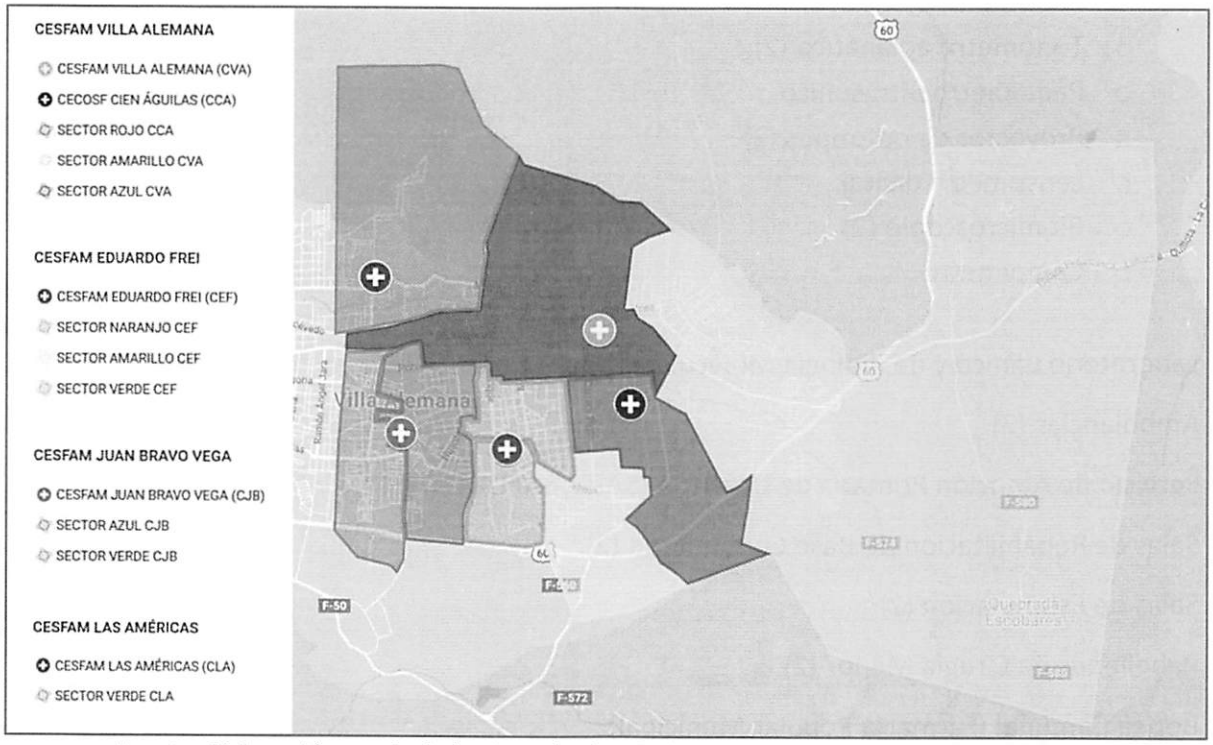
Tabla Nº1: Población inscrita y asignada por Centro de Salud de Villa Alemana, año 2021

| Centros de Atención Primaria de Salud | Población Inscrita | Población Asignada |
|---|---|---|
| CESFAM Eduardo Frei | 24.596 | 43.978 |
| CESFAM Juan Bautista Bravo Vega | 29.209 | 33.766 |
| CESFAM Las Américas | 515 | Sin definir por SSVQ |
| CESFAM Villa Alemana | 43.748 | 63.784 |
| **TOTAL COMUNAL** | **98068** | **141.528** |

*Fuente: Sistema de Consulta de Inscripciones Per cápita de FONASA, corte al 30/09/2021*

4.1.1.3.7. Distribución territorial de los Centros de Salud

Figura Nº4: Distribución territorial de los Centros de Salud en la comuna de Villa Alemana




*Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Salud de la CMVA, con base en Google Maps.*

La Figura Nº4 muestra la distribución territorial de los Centros de Salud de la comuna, en donde se destaca el Sector Amarillo del CESFAM Villa Alemana, que actualmente comprende una extensa zona de territorio rural, lo que produce dificultades de acceso a una parte de los vecinos de Villa Alemana.

4.1.1.3.8. Unidades y equipamiento tecnológico comunal

Nuestra Red Comunal de Salud, cuenta con una serie de estrategias de atención clínica y equipamiento tecnológico para brindar una atención oportuna y de calidad nuestros usuarios con:

- Unidad de Imagenología
    - Mamógrafo
    - Densitómetro Óseo
    - Radiografía Digital Osteopulmonar (2)
    - Radiografía Digital Dental (3)
    - Ecógrafo Abdominal y Mamario

- Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)
    - Retinógrafo
    - Autorefractómetro
    - Tonómetro de aire
    - Tonómetro aplanático (2)
    - Paquímetro ultrasónico
    - Proyector de optotipos (3)
    - Lensómetro digital
    - Biomicroscopio (2)
    - Campímetro

- Laboratorio Clínico y de Biología Molecular
- Ambulancias (2)
- Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU/SAPUDENT)
- Salas de Rehabilitación de Base Comunitaria (2)
- Salas de Estimulación (2)
- Pabellones de Cirugía Menor (2)
- Botica Comunal (Farmacia Popular Municipal)
- Centro Vida Activa
- Central de Esterilización
- CESFAM a Tu Puerta

### 4.1.1.3.9. Financiamiento

La Red de Atención Primaria de Salud a nivel nacional se financia a través de la subvención de recursos públicos, siendo el aporte por Per Cápita el más importante, luego están los aportes Ministeriales (Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota) y el aporte Municipal.

En relación al aporte Municipal, se puede observar en la Nº2 que la Municipalidad de Villa Alemana ha entregado históricamente un aporte económico anual de $1.200.000.000 promedio a la Corporación Municipal, pero en el año 2021 este aporte se redujo a la suma de $600.000.000, destinado sólo a las Áreas de Educación y Menores, sin haber existido aporte al Área de Salud. Por lo anterior, para el año 2022 el Área de Salud, solicita un aporte de 1.000.000.000, de los cuales el 50% correspondería a saldo de caja inicial.

Tabla Nº2: Histórico de aportes de la Municipalidad de Villa Alemana a la CMVA

| | Educación | Salud | Menores | Total año |
|---|---|---|---|---|
| **2010** | $ 700.000.000 | $ 275.000.000 | $ - | **$ 975.000.000** |
| **2011** | $ 780.000.000 | $ 275.000.000 | $ - | **$ 1.055.000.000** |
| **2012** | $ 975.000.000 | $ 425.000.000 | $ - | **$ 1.400.000.000** |
| **2013** | $ 828.000.000 | $ 428.000.000 | $ - | **$ 1.256.000.000** |
| **2014** | $ 804.000.000 | $ 425.000.000 | $ - | **$ 1.229.000.000** |
| **2015** | $ 807.000.000 | $ 438.000.000 | $ - | **$ 1.245.000.000** |
| **2016** | $ 775.000.000 | $ 500.000.000 | $ - | **$ 1.275.000.000** |
| **2017** | $ 775.000.000 | $ 482.000.000 | $ - | **$ 1.257.000.000** |
| **2018** | $ 775.000.000 | $ 422.000.000 | $ 60.000.000 | **$ 1.257.000.000** |
| **2019** | $ 600.000.000 | $ 150.000.000 | $ 100.000.000 | **$ 850.000.000** |
| **2020** | $ 540.000.000 | $ 240.000.000 | $ 100.000.000 | **$ 880.000.000** |
| **2021** | $ 500.000.000 | $ - | $ 100.000.000 | **$ 600.000.000** |
| **2022** | $ 100.000.000 | $ 1.000.000.000 | $ 100.000.000 | **$ 1.200.000.000** |

*Fuente: Dirección de Finanzas, CMVA.*

## 4.1.1.3.9.1. Ingresos

Tabla Nº3: Presupuesto Ingresos Área Salud año 2022

| subtítulo | ítem | Asi | Sasi | SSas | Denominación | PRESUPUESTO 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **05** | | | | | **C X C TRANSFERENCIAS CORRIENTES** | **13.091.352.395** |
| 05 | 03 | | | | DE OTRAS ENTIDADES PÚBLICAS | 13.091.352.395 |
| 05 | 03 | 006 | | | DEL SERVICIO DE SALUD | 11.920.349.325 |
| 05 | 03 | 099 | | | DE OTRAS ENTIDADES PUBLICAS(TRANSF.CTES.) | 171.003.070 |
| 05 | 03 | 101 | | | DE LA MUNICIPALIDAD A SERVICIOS INCORPORADOS A SU GESTIÓN ($500.000.000 SALDO CAJA INICIAL ; $500.000.000 TRASPASO DE FONDOS) | 1.000.000.000 |
| **06** | | | | | **C X C RENTAS DE LA PROPIEDAD** | **0** |
| 06 | 01 | | | | ARRIENDO DE ACTIVOS NO FINANCIEROS (Quiosco Villa Alemana) | 0 |
| **07** | | | | | **C X C INGRESOS DE OPERACIÓN** | **440.160.318** |
| 07 | 01 | | | | VENTA DE BIENES (BOTICA MUNICIPAL) | 440.160.318 |
| **08** | | | | | **C X C OTROS INGRESOS CORRIENTES** | **667.618.191** |
| 08 | 01 | | | | RECUPERACIONES Y REEMBOLSOS POR LICENCIAS MÉDICAS | 660.463.764 |
| 08 | 01 | 002 | | | RECUPERACIONES ART. 12 LEY N° 18.196 Y LEY Nº 19.117 ART, UNICO | 660.463.764 |
| 08 | 99 | | | | OTROS | 7.154.427 |
| 08 | 99 | 999 | | | OTROS (CAMPOS CLÍNICOS) | 7.154.427 |
| **14** | | | | | **TOTAL INGRESOS** | **14.199.130.903** |

Se estima un 5,7% para el reajuste del Sector Público y para el IPC, según IPOM del Banco Central de Chile a septiembre del 2021.
Se considera una población inscrita y validada por Fonasa de 98.068 personas al 30 de septiembre 2021
Se considera un valor estimado de percapita para el año 2022 de $8.350, según Proyecto el Ley Presupuesto 2021 Ministerio de Salud.

*Fuente: Dirección de Finanzas, CMVA.*

## 4.1.1.3.9.2. Egresos

Tabla Nº4: Presupuesto Gastos Área Salud año 2021

| SubTitulo | Item | Asi | Sasi | SSas | Denominación | PRESUPUESTO 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **21** | | | | | **C X P GASTOS EN PERSONAL** | **9.042.467.840** |
| 21 | 01 | | | | PERSONAL DE PLANTA | 4.055.100.037 |
| 21 | 02 | | | | PERSONAL A CONTRATA | 4.751.304.621 |
| 21 | 03 | | | | OTRAS REMUNERACIONES (HONORARIOS) | 236.063.183 |
| **22** | | | | | **C X P BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO** | **4.055.555.034** |
| 22 | 01 | | | | ALIMENTOS Y BEBIDAS | 127.771.881 |
| 22 | 02 | | | | TEXTILES, VESTUARIO Y CALZADO | 1.000.000 |
| 22 | 03 | | | | COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES | 19.444.027 |
| 22 | 04 | | | | MATERIALES DE USO O CONSUMO | 2.180.816.731 |
| 22 | 05 | | | | SERVICIOS BÁSICOS | 170.455.973 |
| 22 | 06 | | | | MANTENIMIENTO Y REPARACIONES | 432.222.617 |
| 22 | 07 | | | | PUBLICIDAD Y DIFUSIÓN | 41.349.695 |
| 22 | 08 | | | | SERVICIOS GENERALES | 617.086.794 |
| 22 | 09 | | | | ARRIENDOS | 108.494.199 |
| 22 | 10 | | | | SERVICIOS FINANCIEROS Y DE SEGUROS | 22.695.601 |
| 22 | 11 | | | | SERVICIOS TÉCNICOS Y PROFESIONALES | 327.327.214 |
| 22 | 12 | | | | OTROS GASTOS EN BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO | 6.890.303 |
| **23** | | | | | **C X P PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL** | **35.000.000** |
| 23 | 01 | | | | PRESTACIONES PREVISIONALES | 35.000.000 |
| **29** | | | | | **C X P ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS** | **916.108.028** |
| 29 | 03 | | | | VEHICULOS (COMPRA 2 AMBULANCIAS) | 186.000.000 |
| 29 | 04 | | | | MOBILIARIO Y OTROS | 141.218.456 |
| 29 | 05 | | | | MÁQUINAS Y EQUIPOS | 162.080.639 |
| 29 | 06 | | | | EQUIPOS INFORMÁTICOS | 119.098.745 |
| 29 | 07 | | | | PROGRAMAS INFORMÁTICOS | 307.189.538 |
| 29 | 99 | | | | OTROS ACTIVOS NO FINANCIEROS | 520.652 |
| **31** | | | | | **C X P INICIATIVAS DE INVERSIÓN** | **150.000.000** |
| 31 | 02 | | | | PROYECTOS (EQUIPOS E INSTRUMENTOS TÉCNICOS) | 150.000.000 |
| **35** | | | | | **TOTAL GASTOS** | **14.199.130.903** |

**Se estima un 5,7% para el reajuste del Sector Público y para el IPC, según IPOM del Banco Central de Chile a septiembre del 2021.**
**Se considera una población inscrita y validada por Fonasa de 98.068 personas al 30 de septiembre 2021**
**Se considera un valor estimado de percapita para el año 2022 de $8.350, según Proyecto el Ley Presupuesto 2021 Ministerio de Salud.**

*Fuente: Dirección de Finanzas, CMVA.*

## 4.1.1.3.10. Dotación comunal Año 2022

| DOTACIÓN COMUNAL | | | | HORAS POR CENTROS DE SALUD | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Categoría | Cargos | N° de funcionarios | Total horas | CESFAM Villa Alemana | CESFAM Eduardo Frei | SAPU Eduardo Frei | CESFAM Juan Bravo Vega | CESFAM Las Américas | CECOSF Cien Águilas |
| A | DIRECTIVOS | 2 | 88 | 44 | 44 | | | | |
| | MÉDICO | 56 | 2472 | 1032 | 448 | 134 | 540 | 198 | 120 |
| | ODONTÓLOGO | 25 | 1071 | 267 | 337 | 49 | 220 | 110 | 88 |
| | QUÍMICO FARMACÉUTICO | 5 | 198 | 110 | 22 | | 22 | 22 | 22 |
| B | DIRECTIVOS | 3 | 132 | 44 | | | 44 | 44 | |
| | MATRON/A | 21 | 914 | 264 | 220 | | 254 | 88 | 88 |
| | ASISTENTE SOCIAL | 10 | 418 | 110 | 88 | | 110 | 66 | 44 |
| | KINESIÓLOGO/A | 15 | 654 | 346 | 88 | | 110 | 66 | 44 |
| | NUTRICIONISTA | 10 | 418 | 88 | 110 | | 110 | 66 | 44 |
| | ENFERMERO/A | 45 | 1984 | 649 | 514 | 106 | 473 | 132 | 110 |
| | TECNÓLOGO MÉDICO | 11 | 484 | 484 | | | | | |
| | EDUCADORA PÁRVULOS | 1 | 44 | | | | 44 | | |
| | PSICÓLOGO | 19 | 828 | 210 | 209 | | 255 | 110 | 44 |
| | FONOAUDIÓLOGO | 1 | 44 | | | | 44 | | |
| | TERAPEUTA OCUPACIONAL | 3 | 132 | 44 | | | 88 | | |
| C | TNS ENFERMERÍA | 63 | 2740 | 990 | 572 | 100 | 704 | 198 | 176 |
| | TNS DEPORTIVO | 7 | 252 | 252 | | | | | |
| | TNS FARMACIA | 11 | 462 | 88 | 88 | | 88 | 66 | 132 |
| | TNS ODONTOLOGÍA | 25 | 1094 | 286 | 451 | 49 | 176 | 66 | 66 |
| | TNS ADMINISTRACIÓN | 42 | 1848 | 528 | 396 | | 484 | 264 | 176 |
| | TNS LABORATORIO | 2 | 88 | 88 | | | | | |
| | TNS IMAGENOLOGÍA | 3 | 132 | 132 | | | | | |
| D | AUXILIAR PARAMÉDICO | 5 | 182 | | | 50 | 88 | 44 | |
| | AUXILIAR FARMACIA | 18 | 792 | 396 | 176 | | 176 | 44 | |
| | AUXILIAR ODONTOLOGÍA | 3 | 132 | | | | 88 | 44 | |
| E | ADMINISTRATIVO | 8 | 336 | 110 | 110 | 50 | 44 | 22 | |
| F | CONDUCTORES | 11 | 471 | 176 | 88 | 75 | 44 | 44 | 44 |
| | AUXILIARES DE SERVICIO | 10 | 443 | 44 | 88 | 25 | 176 | 66 | 44 |

4.1.2. Caracterización de la oferta de prestaciones de salud

Los Centros de Salud Familiar de la Red de APS de la comuna de Villa Alemana, cuentan con una variada oferta de prestaciones de salud. En las siguientes tablas, se resumen la cartera de servicios entregada en la comuna:

Tabla Nº5: Prestaciones de salud infantil

| PRESTACIONES | CESFAM Villa Alemana | CESFAM Eduardo Frei | CESFAM Juan Bravo Vega | CESFAM Las Américas |
|---|---|---|---|---|
| Control de salud del niño | X | X | X | X |
| Evaluación del desarrollo psicomotor (DSM) | X | X | X | X |
| Control de Malnutrición | X | X | X | X |
| Consulta de Lactancia Materna | X | X | X | X |
| Educación a grupos de Riesgo | X | X | X | X |
| Consulta nutricional | X | X | X | X |
| Consulta de morbilidad | X | X | X | X |
| Control de Enfermedades Crónicas | X | X | X | X |
| Sesiones de estimulación del DSM | X | X | X | |
| Consulta rehabilitación | X | | X | |
| Consulta de Salud Mental | X | X | X | X |
| Control binomio madre/hijo | X | X | X | X |
| Vacunación | X | X | X | X |
| PNAC | X | X | X | X |
| Atención en Domicilio | X | X | X | X |

Tabla Nº 6: Prestaciones de salud del adolescente

| PRESTACIONES | CESFAM Villa Alemana | CESFAM Eduardo Frei | CESFAM Juan Bravo Vega | CESFAM Las Américas |
|---|---|---|---|---|
| Control de Salud | X | X | X | X |
| Consulta morbilidad | X | X | X | X |
| Control de Crónico | X | X | X | |
| Control Prenatal | X | X | X | X |
| Control del Puerperio | X | X | X | X |
| Control de regulación de fecundidad | X | X | X | X |
| Consejería de salud sexual y reproductiva | X | X | X | X |
| Control ginecológico preventivo | X | X | X | X |
| Educación Grupal | X | X | X | |
| Consulta morbilidad obstétrica | X | X | X | X |
| Consulta morbilidad ginecológica | X | X | X | X |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Consulta Anticoncepción De Emergencia | X | X | X | X |
| Consulta Por Infecciones De Transmisión Sexual (ITS) | X | X | X | X |
| Intervención Psicosocial | X | X | X | X |
| Consulta y/o consejería Salud Mental | X | X | X | X |
| PNAC | X | X | X | X |
| Atención en domicilio | X | X | X | X |
| Examen de Salud del Adolescente | X | X | X | X |
| Consulta Nutricional | X | X | X | X |
| Acompañamiento riesgo psicosocial | X | X | X | X |
| Consulta Rehabilitación | X | | X | |

Tabla Nº 7: Prestaciones de salud sexual y reproductiva

| PRESTACIONES | CESFAM Villa Alemana | CESFAM Eduardo Frei | CESFAM Juan Bravo Vega | CESFAM Las Américas |
|---|---|---|---|---|
| Control Prenatal | X | X | X | X |
| Control Puerperio | X | X | X | X |
| Control de Regulación De Fecundidad | X | X | X | X |
| Consejería en Salud Sexual y Reproductiva | X | X | X | X |
| Control Ginecológico | X | X | X | X |
| Control Educación Grupal | X | X | X | X |
| Consulta Morbilidad Obstétrica | X | X | X | X |
| Consulta Morbilidad Ginecológica | X | X | X | X |
| Consulta Nutricional | X | X | X | X |
| PNAC | X | X | X | X |
| Ecografía Obstétrica del primer trimestre | X | | | |
| Control Binomio Madre/Hijo | X | X | X | X |
| Control de Climaterio | X | X | X | X |
| Consulta Anticoncepción de Emergencia | X | X | X | X |
| Consulta Por Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) | X | X | X | X |
| Consulta de Infertilidad. | X | X | X | X |
| Consulta de Lactancia Materna | X | X | X | X |
| Clínica de Lactancia Materna | X | X | X | X |
| Taller de Lactancia Materna | X | X | X | X |
| Taller de Gestantes CHCC | X | X | X | X |

Tabla Nº 8: Prestaciones de salud del adulto

| PRESTACIONES | CESFAM Villa Alemana | CESFAM Eduardo Frei | CESFAM Juan Bravo Vega | CESFAM Las Américas |
|---|---|---|---|---|
| Consulta de morbilidad | X | X | X | X |
| Control de Enfermedades Crónicas | X | X | X | X |
| Consulta Nutricional | X | X | X | X |
| Control de Salud | X | X | X | X |
| Intervención Psicosocial | X | X | X | X |
| Consulta y/o consejería de Salud Mental | X | X | X | X |
| Educación Grupal | X | X | X | X |
| Consulta Rehabilitación | X | | X | |
| Atención en Domicilio | X | X | X | X |
| Atención podológica a usuarios con DM II | X | X | X | X |
| Curaciones Pié diabético | X | X | X | X |
| Intervención Grupal de Actividad Física | X | X | X | X |
| Examen de Medicina Preventiva | X | X | X | X |
| Taller de Rehabilitación Pulmonar | X | X | X | X |

Tabla Nº 9: Prestaciones de salud del adulto mayor

| PRESTACIONES | CESFAM Villa Alemana | CESFAM Eduardo Frei | CESFAM Juan Bravo Vega | CESFAM Las Américas |
|---|---|---|---|---|
| Consulta de morbilidad | X | X | X | X |
| Control de Enfermedades Crónicas | X | X | X | |
| Consulta Nutricional | X | X | X | X |
| Control de Salud | X | X | X | X |
| Intervención Psicosocial | X | X | X | X |
| Consulta de Salud Mental | X | X | X | X |
| Educación Grupal | X | X | X | X |
| Consulta Kinésica | X | X | X | X |
| Vacunación | X | X | X | X |
| Atención en Domicilio | X | X | X | X |
| Programa de Alimentación Complementaria | X | X | X | X |
| Atención podológica a usuarios con DM II | X | X | X | X |
| Curaciones Pié diabético | X | X | X | X |
| Examen de Medicina Preventiva | X | X | X | X |
| Talleres prevención caídas | X | X | X | |
| Entrega de órtesis (GES) | X | X | X | X |
| Entrega de lentes presbicia (GES) | X | X | X | X |
| Taller de Rehabilitación Pulmonar | X | X | X | X |

Tabla Nº 10: Prestaciones de salud oral

| PRESTACIONES | CESFAM Villa Alemana | CESFAM Eduardo Frei | CESFAM Juan Bravo Vega | CESFAM Las Américas |
|---|---|---|---|---|
| Examen de Salud | X | X | X | X |
| Educación Grupal | X | X | X | |
| Urgencias | X | X | X | X |
| Exodoncias | X | X | X | X |
| Destartraje | X | X | X | X |
| Obturaciones temporales y definitivas | X | X | X | X |
| Sellantes | X | X | X | X |
| Pulpotomías | X | X | X | X |
| Rayos X | X | X | X | |

Tabla Nº 11: Prestaciones de salud de tipo transversal

| PRESTACIONES | CESFAM Villa Alemana | CESFAM Eduardo Frei | CESFAM Juan Bravo Vega | CESFAM Las Américas |
|---|---|---|---|---|
| Consejería Familiar | X | X | X | X |
| Visita Domiciliaria Integral | X | X | X | X |
| Consulta Social | X | X | X | X |
| Tratamiento y Curaciones | X | X | X | X |
| Extensión Horaria | X | X | X | X |
| Intervención Familiar Psicosocial | X | X | X | X |
| Diagnóstico y control de la TBC | X | X | X | X |
| Exámenes de laboratorio Básicos | X | X | X | X |
| Cirugía Menor | X | X | X | |

## 4.2. Diagnóstico Epidemiológico

El diagnóstico epidemiológico se establece como una importante herramienta de gestión en salud, entrega información de una serie de indicadores de salud que dan a conocer la realidad de la población de la comuna, lo que permite direccionar las líneas estratégicas sobre las cuales centrar el trabajo en Salud.

### 4.2.1. Indicadores básicos de salud

#### 4.2.1.1. Natalidad

Tabla Nº 12: Número de nacidos vivos y tasa de natalidad, Año 2018

| Unidad Territorial | Nacidos Vivos | Tasa de Natalidad |
|---|---|---|
| **Villa Alemana** | 1.356 | 10,7 |
| **Región de Valparaíso** | 21.002 | 10,5 |
| **País** | 221.731 | 11,8 |

*Fuentes: Anuario de Estadísticas Vitales 2018, Instituto Nacional de Estadísticas; Reporte Comunal 2021, BCN Chile*

#### 4.2.1.2. Mortalidad

##### 4.2.1.2.1. Mortalidad infantil

Tabla Nº13: Número de defunciones en menores de 1 año y tasa de mortalidad infantil, Año 2018

| Unidad Territorial | Defunciones de Menores de 1 año | Tasa de Mortalidad Infantil |
|---|---|---|
| **Villa Alemana** | 13 | 9,5 |
| **Región de Valparaíso** | 147 | 7 |
| **País** | 1.473 | 6,6 |

*Fuentes: Anuario de Estadísticas Vitales 2018, Instituto Nacional de Estadísticas; Reporte Comunal 2021, BCN Chile*

#### 4.2.1.2.2. Mortalidad general

Tabla Nº14: Número de defunciones en población general, Años 2018 a 2020

| Unidad Territorial | Defunciones en población general | | |
|---|---|---|---|
| | Año 2018 | Año 2019 | Año 2020 |
| Villa Alemana | 889 | 844 | 945 |
| Región de Valparaíso | 12.953 | 13.264 | 14.483 |
| País | 106.796 | 109.628 | 125.841 |

*Fuentes: Anuario de Estadísticas Vitales 2018, Instituto Nacional de Estadísticas; Reporte Comunal 2021, BCN Chile*

#### 4.2.1.2.3. Mortalidad atribuible a COVID-19

Tabla Nº15: Número de defunciones atribuibles a COVID-19 y tasa de mortalidad por COVID-19, Años 2020-2021

| Unidad Territorial | Defunciones atribuibles a COVID-19 | | Tasa de mortalidad por COVID-19 (2020-2021) (x 100.000 habitantes) |
|---|---|---|---|
| | Año 2020 | Año 2021 (Al 8/Nov) | |
| Villa Alemana | 122 | 184 | 217,9 |
| Región de Valparaíso | 1.845 | 2.803 | 236 |
| País | 22.216 | 26.509 | 249 |

*Fuentes: Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), 2021*

### 4.2.2. Determinantes sociales de la salud

#### 4.2.2.1. Perfil demográfico

##### 4.2.2.1.1. Caracterización de la población

La Región de Valparaíso presenta una extensión territorial de 16.396 km2, y una población proyectada para el año 2021 de 1.979.373 habitantes. La comuna de Villa Alemana alcanza una extensión de 97 km2, y una población proyectada para el año 2021 de 141.528 habitantes, lo que corresponde una densidad de 1.451 Hab/Km$^2$.

A continuación se presenta información demográfica con el fin de caracterizar a la población de Villa Alemana:

Tabla Nº15: Población total Censo 2017 y Proyección 2021, comunal, regional y nacional

| Unidad Territorial | Censo 2017 | Proyección 2021 | Variación (%) |
|---|---|---|---|
| Villa Alemana | 126.548 | 141.528 | 11,84 |
| Región de Valparaíso | 1.815.902 | 1.979.373 | 9 |
| País | 17.574.003 | 19.678.363 | 11,97 |

*Fuente: Reporte Comunal 2021, BCN Chile*

Tabla Nº16: Población total Censo 2017 y Proyección 2021, comunal, regional y nacional

| Unidad Territorial | Censo 2017 | | Proyección 2021 | | Índice Masculinidad (IM) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | Censo 2017 | Proyección 2021 |
| Villa Alemana | 59.756 | 66.792 | 68.584 | 72.944 | 94,02 | 89,47 |
| Región de Valparaíso | 880.215 | 935.687 | 968.008 | 1.011.365 | 95,71 | 94,07 |
| País | 8.601.989 | 8.972.014 | 9.708.512 | 9.969.851 | 97,38 | 95,88 |

*Fuente: Reporte Comunal 2021, BCN Chile*

Tabla Nº17: Población total Censo 2017 y Proyección 2021, comunal, regional y nacional

| Grupo Edad | Población por grupo (n°) | | Distribución de la población entre grupos etarios (%), Proyección 2021 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Censo 2017 | Proyección 2021 | Villa Alemana | Región | País |
| 0 a 14 | 25.295 | 26.941 | 19,04 | 18,19 | 19,03 |
| 15 a 29 | 28.684 | 30.055 | 21,24 | 21,55 | 21,79 |
| 30 a 44 | 25.045 | 29.779 | 21,04 | 20,96 | 22,78 |
| 45 a 64 | 31.023 | 34.380 | 24,29 | 24,24 | 23,9 |
| 65 o mas | 16.501 | 20.373 | 14,4 | 15,06 | 12,49 |
| Total | 126.548 | 141.528 | 100 | 100 | 100 |

*Fuente: Reporte Comunal 2021, BCN Chile*

Tabla Nº18: Tasa de Crecimiento Poblacional Estimado INE, 2017-2021.

| Unidad Territorial | Censo 2017 | Proyección 2021 | Variación (%) |
|---|---|---|---|
| Villa Alemana | 126.548 | 141.528 | 11,84 |
| Región de Valparaíso | 1.815.902 | 1.979.373 | 9 |
| País | 17.574.004 | 19.678.363 | 11,97 |

*Fuente: Censos de Población y Vivienda, Proyecciones de Población, INE 2021*

Tabla Nº19: Índices de dependencia demográfica y de Adultos Mayores, comunal, regional y nacional, 2017-2021.

| Territorial | Índice de Dependencia Demográfica (IDD) | | Índice de Adultos Mayores (IAM) | |
|---|---|---|---|---|
| | Censo 2017 | Proyección 2021 | Censo 2017 | Proyección 2021 |
| **Villa Alemana** | 49,32 | 50,22 | 65,23 | 75,62 |
| **Región de Valparaíso** | 48,52 | 49,81 | 71,39 | 82,75 |
| **País** | 45,88 | 46,05 | 56,85 | 65,64 |

*Fuente: Censos de Población y Vivienda, Proyecciones de Población, INE 2021*

Tabla Nº20: Índices de dependencia demográfica y de Adultos Mayores, comunal, regional y nacional, 2017-2021.

| Lugar de Residencia Habitual | Población Inmigrante | Población Residente | Población Inmigrante en relación a Población Redidente (%) |
|---|---|---|---|
| Villa Alemana | 1.997 | 124.185 | 1,6% |
| Región de Valparaíso | 40.166 | 1.765.261 | 2,3% |

*Fuente: Censo de Población y Vivienda 2017, INE*

#### 4.2.2.1.1.1. Distribución territorial de la población

En Villa Alemana los indicadores respecto de la población urbana y rural son decidores. Un 99,04% de la población vive en zonas urbanas, mientras tan solo un 0,96% viven en zonas rurales. Esto dista mucho de la población que vive en zonas rurales a nivel regional (8,4%) y nacional (12,7%).

Esta diferenciación también se puede apreciar en los diversos ámbitos de servicios municipales, en donde la comuna posee tan sólo una escuela rural: La escuela Básica G-399 El Patagual, la que funciona con modalidad multigrado. A su vez, no posee ningún establecimiento de salud primaria ubicado en alguna localidad rural.

#### 4.2.2.1.2. Pueblos originarios

Tabla Nº21: Población según Etnia declarada, Comuna de Villa Alemana, Región de Valparaíso 2002

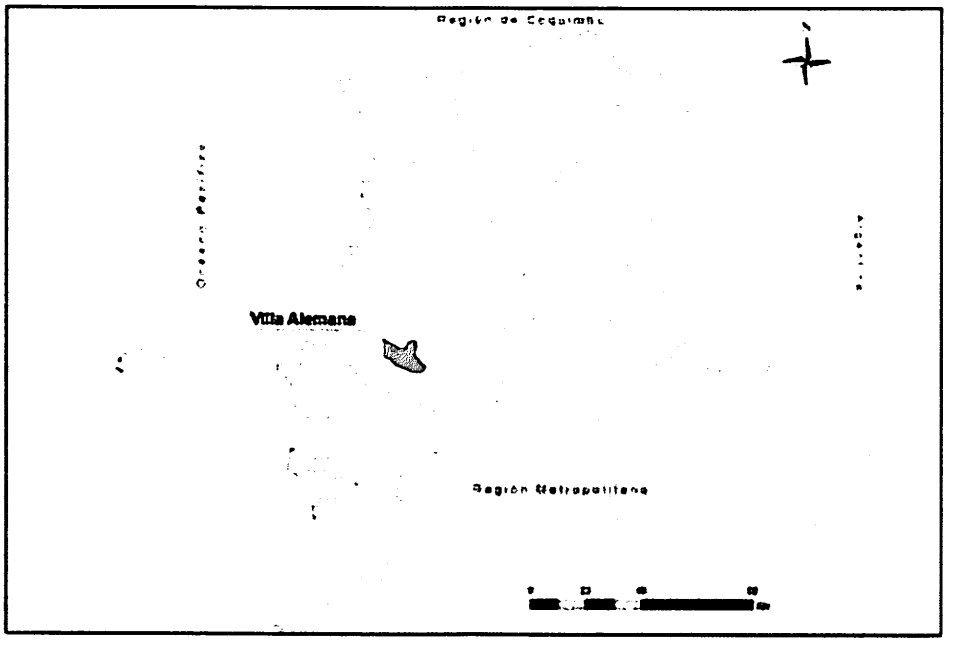
| Pueblo Originario | Nº |
|---|---|
| Atacameño | 0 |
| Aymara | 0 |
| Mapuche | 2216 |
| Rapanui | 397 |
| Otras | 0 |
| **TOTAL** | **2842** |

4.2.2.2. Factores geográficos

La Región de Valparaíso está situada entre el paralelo 32° y 34° del territorio continental, y sus límites se encuentran al norte con la cuarta región de Coquimbo, al sureste con la Región Metropolitana y en su extremo sur con la Región del Libertador Bernardo O'Higgins. Es la tercera región con mayor población de Chile, alcanzando los 1.825.757 al año 2015. La Región de Valparaíso se compone administrativamente de ocho provincias: San Antonio, Valparaíso, Marga Marga, Quillota, Petorca, Los Andes, San Felipe e Isla de Pascua. Las comunas de Valparaíso, Viña del Mar, Concón (pertenecientes a la Provincia de Valparaíso), Quilpué y Villa Alemana (que corresponden a la Provincia de Marga Marga) constituyen el área metropolitana llamada "Gran Valparaíso", que alberga una población de 974.215 personas, un 53,4% del total de habitantes de la región.

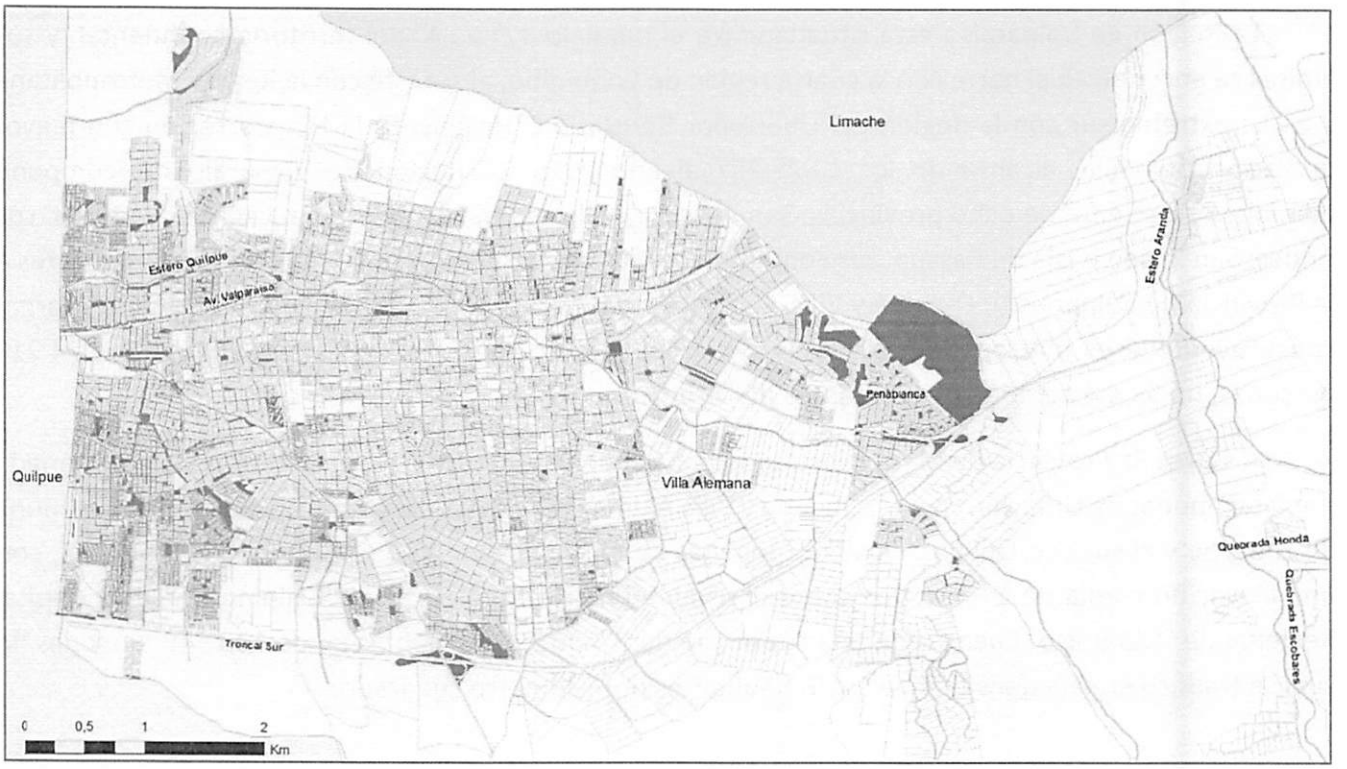
A su vez, la Provincia de Marga, instaurada oficialmente el 11 de marzo de 2011, está conformada por las comunas de Limache, Olmué, Quilpué y Villa Alemana. Villa Alemana limita al norte con la comuna de Limache y al sur con Quilpué. Sus Coordenadas de ubicación son 33° 52' Sur, y 71° 22' Oeste3, con una elevación media de 143 metros sobre el nivel del mar, se posiciona a 23 kilómetros de la Capital Regional de Valparaíso. Cuenta con una superficie de 97 km2 y una población de 138.348 personas, lo cual se traduce en una densidad de 1.426 habitantes por kilómetro cuadrado.

Figura Nº5: Mapa con la ubicación de Villa Alemana en la Región de Valparaíso




*Fuente: Informe "Actualización PLADECO Villa Alemana 2017-2020"*

Figura Nº 6: Mapa de la comuna de Villa Alemana




*Fuente: Informe "Actualización PLADECO Villa Alemana 2017-2020"*

Villa Alemana es una de las comunas del Gran Valparaíso denominado "comuna dormitorio", en tanto posee la más alta tasa de movilidad laboral (62,5%) y la tasa de permanencia laboral más baja (37,5%). La comuna se posiciona como la cuarta con mayor número de habitantes en la región, alcanzando el 7,6% de la población total. No obstante, aparece a nivel regional como la comuna con menor cantidad de áreas verdes con mantenimiento por habitante.

4.2.2.2.1. Medioambiente y naturaleza

Villa Alemana es comuna eminentemente urbana, un porcentaje importante del territorio comunal corresponden a sitios naturales, (44% bosque nativo) correspondientes a bosque esclerófilo de la Cordillera de La Costa. Destacan, por la presencia de vegetación nativa: Quebrada Escobar, Quebrada el Durazno, Quebrada Honda y una serie de laderas cubiertas de vegetación, que configuran la Cordillera de la Costa, correspondientes a nacientes de cursos de agua, en el sector oriente de la comuna.

La presencia de cursos de aguas, esteros y quebradas en constante interacción con el crecimiento urbano de la ciudad genera relaciones que buscan el equilibrio entre el medio físico natural y el medio antrópico. Estas vinculaciones, generalmente inciden en preservación de los recursos hídricos, la

vegetación y la fauna que se desarrolla de forma natural. Justamente, alcanzar el equilibrio en este punto es uno de los principales desafíos de la gestión ambiental local y de la planificación urbana de la comuna.

De acuerdo al último Plan de Desarrollo Local, se constata la existencia de las siguientes problemáticas ambientales de carácter local:

- Crecimiento urbano no planificado y espontáneo, genera situaciones de hacinamiento, escasez de espacios públicos y áreas verdes, y problemas asociados a la dotación de servicios de agua potable y principalmente de alcantarillado y tratamiento de aguas servidas.
- Incendios forestales que afectan al bosque nativo y las formaciones de matorrales, así como la extracción de leña y tierra de hoja.
- Disponibilidad de agua para la agricultura, principalmente en los años secos, en sectores de la comuna, en los que se desarrolla actividad agropecuaria.
- Erosión hídrica de suelos, en laderas de cerros descubiertas de vegetación.
- Problemas medioambientales producto de la expansión urbana, que genera pérdida de suelo agrícola, además de la destrucción del patrimonio urbanístico producto de este crecimiento desestructurado.
- Problemas medioambientales, debido a la actividad doméstica y productiva, descargando desechos en los cursos fluviales (quebradas y esteros) y aguas servidas sin tratamiento previo.
- Presencia de microbasurales en sitios eriazos y quebradas.
- Limpieza de quebradas y cursos de agua con retroexcavadoras por la existencia de microbasurales, genera problemas serios de preservación de la rana chilena en la comuna.
- Bajo nivel de educación ambiental de la población, lo que se expresa en la presencia de microbasurales y contaminación de cursos de agua y quebradas.

#### 4.2.2.2.2. Clima

La comuna de Villa Alemana posee un clima mediterráneo templado cálido con lluvias invernales y una estación seca prolongada en verano. La ciudad suele recibir parte de los estratos costeros que frecuentemente tienen las ciudades más cercanas al mar, pero de una manera más atenuada y que disipan rápidamente. Posee una temperatura media de alrededor de los 14 °C. Durante la temporada estival las máximas oscilan generalmente entre los 25 y 30 °C, presentándose en algunos casos días calurosos en donde los termómetros pueden dispararse hasta cerca de los 35 °C, mientras que en las noches de verano la temperatura desciende hasta ligeramente menos de los 15 °C. En invierno las mínimas son frías, que en ocasiones pueden situarse alrededor de los 0 °C. Las precipitaciones se concentran en los meses invernales con un promedio anual de aproximadamente 250.1 mm.

4.2.2.3. Desarrollo económico

Los datos del Servicio de Impuestos Internos (SII) permiten disponer de una idea de la cantidad de empresas en la comuna. En primer lugar, hay que decir que la cantidad de empresas ha crecido un 16% en Villa Alemana entre 2006 y 2014, porcentaje superior al crecimiento de la región (11%), pero menor al promedio nacional (18%). El 72,8% de las empresas comunales son microempresas, mientras que el 13,4% son pequeñas, el 1,1% son medianas y el 0,3% son grandes empresas. Hay que estacar además que las empresas pequeñas, medianas y grandes crecieron en el periodo más que las micro, aunque de ninguna manera lo suficiente como para cambiar la distribución de estas.

Las principales actividades económicas desarrolladas por estos agentes, son el comercio al por mayor y menor, repuestos de vehículos y enseres domésticos con un 40,6%, constituyéndose como la principal actividad económica en primera categoría, seguida muy de lejos por las actividades inmobiliarias, de alquiler y empresariales con un 14,6% y la construcción con un 11,2%, las que en conjunto representan el 66,4% del total de la comuna. Las actividades relacionadas con el turismo, como son los hoteles y restaurantes apenas representan el 5,3% del total comunal. Las actividades que más crecieron en el periodo son las de intermediación financiera (177,8%), los hoteles y restaurantes (80,8%), la industria manufacturera metálica (67,3%) y no metálica (64,9%), por otro lado las que más disminuyeron su participación son la explotación de minas y canteras (-75%), agricultura, ganadería, caza y silvicultura (67,1%) y la enseñanza (-63,9%), lo que en cualquier caso no afectó la distribución general de las actividades debido al escaso peso que estas presentan en la economía local.

Tabla Nº 22: Número de empresas según tamaño años 2017, 2018, 2019

| Tamaño Empresa | Comuna | | | Región | | | País | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2017 | 2018 | 2019 | 2017 | 2018 | 2019 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Micro | 3.621 | 3.705 | 3.798 | 74.224 | 76.464 | 77.899 | 729.694 | 752.685 | 769.693 |
| Pequeña | 670 | 703 | 692 | 17.531 | 18.368 | 18.516 | 193.576 | 203.218 | 206.293 |
| Mediana | 57 | 59 | 56 | 2.134 | 2.218 | 2.245 | 27.552 | 28.701 | 29.254 |
| Grande | 10 | 13 | 14 | 836 | 902 | 946 | 13.847 | 14.285 | 14.749 |
| Sin Ventas/Sin Información | 737 | 1.055 | 1.136 | 19.263 | 24.690 | 26.425 | 202.688 | 259.266 | 273.681 |

*Fuente: Estadísticas SII, 2014*

Tabla Nº 23: Número de trabajadores según tamaño de la empresa 2017-2019

| Tamaño Empresa | Comuna | | | Región | | | País | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2017 | 2018 | 2019 | 2017 | 2018 | 2019 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Micro | 2.318 | 2.703 | 3.208 | 63.925 | 75.177 | 75.691 | 612.852 | 673.918 | 722.165 |
| Pequeña | 7.568 | 8.640 | 8.062 | 178.223 | 190.181 | 193.621 | 1.970.427 | 2.044.968 | 2.051.040 |
| Mediana | 2.860 | 4.766 | 3.271 | 107.695 | 105.869 | 102.130 | 1.439.384 | 1.459.800 | 1.428.886 |
| Grande | 2.043 | 1.947 | 1.931 | 211.193 | 212.830 | 208.831 | 4.451.934 | 4.596.409 | 4.604.564 |
| Sin Ventas/Sin Información | 1.237 | 1.875 | 1.914 | 87.034 | 87.542 | 87.159 | 734.737 | 789.241 | 757.180 |

Fuente: Estadísticas SII, 2014

Tabla Nº 24: Número de trabajadores por Rama de Actividad, Comuna de Villa Alemana, Región del Valparaíso 2017-2019

| Rubro | Comuna | | | Región | | | País | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2017 | 2018 | 2019 | 2017 | 2018 | 2019 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca | 240 | 81 | 143 | 80.270 | 71.659 | 75.255 | 1.078.083 | 982.870 | 1.009.864 |
| Explotación de minas y canteras | 40 | 54 | 41 | 3.422 | 2.960 | 3.143 | 101.188 | 111.249 | 109.357 |
| Industria manufacturera | 1.696 | 1.719 | 1.448 | 64.068 | 57.195 | 51.412 | 1.061.686 | 880.255 | 816.040 |
| Suministro de electricidad, gas, vapor y aire acondicionado | 26 | 15 | 10 | 3.021 | 2.405 | 2.572 | 52.531 | 29.971 | 28.351 |
| Suministro de agua; evacuación de aguas residuales, gestión de desechos y descontaminación | 15 | 135 | 66 | 4.593 | 6.774 | 7.412 | 33.055 | 59.413 | 50.802 |
| Construcción | 3.843 | 5.353 | 4.330 | 92.736 | 84.711 | 89.353 | 1.387.683 | 1.283.446 | 1.301.678 |
| Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos automotores y motocicletas | 2.522 | 2.290 | 2.213 | 86.761 | 72.577 | 73.340 | 1.502.332 | 1.413.878 | 1.286.285 |
| Transporte y almacenamiento | 1.349 | 1.430 | 1.363 | 48.144 | 54.997 | 54.423 | 443.606 | 496.017 | 506.062 |
| Actividades de alojamiento y de servicio de comidas | 630 | 834 | 864 | 30.282 | 38.637 | 38.826 | 341.501 | 442.659 | 467.314 |
| Información y comunicaciones | 23 | 74 | 92 | 7.117 | 6.024 | 6.745 | 183.125 | 189.552 | 203.340 |
| Actividades financieras y de seguros | 60 | 52 | 36 | 6.340 | 5.670 | 4.997 | 280.282 | 249.885 | 249.863 |
| Actividades inmobiliarias | 96 | 351 | 100 | 13.692 | 7.792 | 6.654 | 109.553 | 83.739 | 73.778 |
| Actividades profesionales, científicas y técnicas | 240 | 439 | 521 | 30.446 | 20.520 | 21.602 | 410.885 | 424.920 | 427.340 |
| Actividades de servicios administrativos y de apoyo | 549 | 1.071 | 1.334 | 32.837 | 62.845 | 57.217 | 705.386 | 1.051.125 | 1.133.779 |
| Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria | 278 | 282 | 280 | 45.598 | 55.305 | 55.376 | 422.982 | 538.945 | 590.156 |
| Enseñanza | 3.932 | 4.391 | 3.960 | 45.206 | 63.641 | 51.982 | 506.022 | 651.741 | 603.099 |
| Actividades de atención de la salud humana y de asistencia social | 165 | 356 | 488 | 27.048 | 30.332 | 39.940 | 271.505 | 327.314 | 341.612 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Actividades artísticas, de entretenimiento y recreativas** | 35 | 70 | 74 | 7.200 | 5.442 | 5.676 | 50.462 | 61.512 | 55.381 |
| **Otras actividades de servicios** | 270 | 846 | 904 | 18.459 | 20.752 | 19.621 | 262.572 | 277.742 | 298.875 |
| **Sin información** | 17 | 88 | 119 | 814 | 1.324 | 1.850 | 4.391 | 7.520 | 10.214 |
| **Actividades de los hogares como empleadores; actividades no diferenciadas de los hogares** | 0 | 0 | 0 | 4 | 17 | 23 | 56 | 72 | 98 |
| **Actividades de organizaciones y órganos extraterritoriales** | 0 | 0 | 0 | 12 | 20 | 13 | 448 | 511 | 547 |

*Fuente: Estadísticas SII*

### 4.2.2.4. Educación

La comuna de Villa Alemana cuenta con 82 establecimientos educacionales activos entre jardines infantiles, colegios de enseñanza básica, media científico-humanista y técnica. De éstos, 58 son subvencionados, 15 municipales y 9 particulares. La especificación de los colegios municipales se detalla en la siguiente tabla.

Tabla Nº 24: Establecimientos Educacionales de administración municipal en Villa Alemana

| **Nombre del Establecimiento** | **Tipo de Enseñanza** |
|---|---|
| Colegio Ítalo Composto Scarpati | Básica |
| Escuela Básica Catalunya | Básica |
| Escuela Básica Diego Barros Arana | Básica |
| Escuela Diego Portales | Básica |
| Escuela Juan Bautista Alberdi | Básica |
| Escuela Latina Inés gallardo Orellana | Básica |
| Escuela Melvin Jones | Básica |
| Escuela El Patagual | Básica Rural |
| Escuela de educación especial Nuevo Amanecer | Educación Especial |
| Colegio Charles Darwin | Media Científico-Humanista |
| Escuela Vicealmirante Arturo Wilson | Media Científico-Humanista |
| Escuela Manuel Montt | Media Científico-Humanista |
| Liceo Bicentenario Mary Graham | Media Científico-Humanista |
| Windmill College | Media Científico-Humanista |
| Liceo Tecnológico Villa Alemana | Media Técnico-Profesional |

*Fuente: Bases de Datos Centro de Estudios MINEDUC.*

Tabla Nº 25: Años de Escolaridad Promedio. Comuna de Villa Alemana, Región de Valparaíso.

| TERRITORIO | PROMEDIO ESCOLARIDAD |
|---|---|
| COMUNA | 12 |
| REGIÓN | 10.8 |
| PAÍS | 10.5 |

*Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social*

## 4.2.2.5. Vivienda y saneamiento

Tabla Nº 25: Tipo de tenencia de la vivienda. Comuna de Villa Alemana, Región de Valparaíso 2013

| Tenencia | % Según Territorio | | |
|---|---|---|---|
| | Villa Alemana | Región | País |
| Viviendas Pagadas | 56 | 58 | 55 |
| Viviendas Pagándose | 15 | 12 | 12 |
| Arrendadas | 13 | 11 | 17 |
| Cedidas | 15 | 17 | 14 |
| Usufructo | 0 | 0 | 0 |
| Ocupación Irregular | 1 | 1 | 1 |
| Total | 100 | 100 | 100 |

*Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2013, Ministerio de Desarrollo Social*

4.2.2.5.1. Asentamientos precarios urbanos

Tabla Nº 26: Crecimiento campamentos 2017-2020 (hectáreas)

| COMUNA | CAMPAMENTOS 2017 | CAMPAMENTOS 2020 | TOTAL | CRECIMIENTO 2017-2020 |
|---|---|---|---|---|
| Valparaíso | 68,1 | 26,7 | 94,8 | 39% |
| Viña del Mar | 198,6 | 53,8 | 252,4 | 27% |
| Villa Alemana | 5,9 | 6,3 | 12,2 | 107% |
| Quilpué | 27,9 | 23,4 | 51,3 | 84% |
| TOTAL | 300,5 | 110,2 | 410,7 | 37% |

Fuente: Atisba, 2020

La superficie de campamentos del Gran Valparaíso, exceptuando Concon, creció un 37% entre 2017 y 2020, lo que es un incremento sumamente significativo. Se trata de más de 1 millón de asentamientos irregulares.

Se observa un claro desplazamiento de los campamentos hacia la conurbación Quilpué-Villa Alemana, en sitios próximos al Troncal Sur, en el sector de Los Pinos y Troncos Viejos. Estas comunas tienen los incrementos relativos más importantes. Villa Alemana duplica y Quilpué aumenta un 87%.

4.2.2.6. Acceso, transporte y comunicaciones

4.2.2.6.1. Autopistas de acceso

La Autopista Troncal Sur es una autopista de alta velocidad, de carácter urbano que une la ciudad satélite de Limache y las comunas de Villa Alemana, Quilpué y Viña del Mar en el Gran Valparaíso. Corresponde a la Concesión Consorcio Rutas del Pacífico S.A. en conjunto con Autopista del Pacífico la autopista comienza en Viña del Mar hasta llegar a Peña Blanca tiene un largo de 20, 98 km de doble calzada.

La Ruta CH-62 es una carretera chilena que abarca la Región de Valparaíso en el Valle Central de Chile. La Ruta se inicia en Viña del Mar y finaliza en La Calera. El Tramo comprendido entre Viña del Mar, Limache y Quillota corresponde a las Concesiones Autopista Troncal Sur y Autopista Los Andes. Consta de 39 km de doble calzada de alta velocidad desde Peñablanca hasta La Calera.

La Ruta Lo Orozco es la ruta que une Villa Alemana y Quilpué con Casablanca (ruta 68) camino a Santiago, El Ministerio de Obras Públicas (MOP) invirtió $25 mil millones en la reparación y rediseño del camino Lo Orozco, que une a las comunas de Quilpué y Villa Alemana con la Ruta 68, a la altura del santuario de Lo Vásquez. La vía construida para vehículos livianos y que ha sido considerada peligrosa por su gran cantidad de curvas, quedará habilitada para vehículos de alto tonelaje y permitirá que el transporte que proviene del paso fronterizo Los Libertadores con destino al puerto de San Antonio o Santiago puedan conectarse directamente a la Ruta 68.

4.2.2.6.2. Medios de comunicación escritos

- Página 12
- Semanario Futuro
- Ruta 62 digital
- Quincenario del marga-marga
- Periódico "El Observador de Marga Marga" (Martes y Viernes)

4.2.2.6.3. Medios de comunicación radiales

- Cadena Musical Prat: es el primer medio de comunicación creado en 1956 en Villa Alemana. Su sistema es de música ambiental variada y publicidad comercial, con parlantes distribuidos en las calles céntricas de la comuna. Su propietario y creador es Hugo Terán Vásquez, nombrado Hijo Ilustre de Villa Alemana, por su aporte al desarrollo de la comuna.

- Radio Énfasis con 19 años de transmisión consecutiva de lunes a Domingos, medio comunicacional comprometido con el desarrollo y desafío, única con cobertura regional y oficial de la Provincia de Marga Marga. Se ha transformado en la emisora más antigua. Orientada para el adulto joven, con contenido familiar y valórico, contemplando una programación musical de un 80% español y un 20% en idiomas, a su vez destacando y potenciando a los artistas emergentes de la zona.

- Radio Aldea, televisión y radio on line. Nace en diciembre de 2008 y su objetivo central es la difusión permanente de la actividad cultural tanto de Villa Alemana como de la provincia de Marga Marga, convirtiéndose además en la primera señal de televisión on-line creada en la provincia. Su presencia y trabajo permanente en dichas actividades, la convierten en un referente esencial de las expresiones artísticas de la ciudad.

- Radio Vial. Es un nuevo proyecto que nació desde la inquietud, de un grupo de amigos villalemaninos, de crear un medio de comunicación nuevo y diferente para la comuna, orientado a los jóvenes. Debido a que la oferta de medios en la comuna es baja y lo que existe está dirigido principalmente a los adultos y adultos mayores. La idea de crear una radio, donde se hablarán de todo tipo de temas dirigidos a la juventud, rondaba entre ellos desde hace muchos años, pero no se había podido concretar, producto de que no contaban con los recursos ni con los implementos necesarios. Sin embargo, en octubre del año 2015, finalmente decidieron empezar esta aventura, instalando un pequeño estudio improvisado en la casa de uno de ellos. Desde allí comenzó una transmisión continua, a través de www.radiovial.cl y en donde además nacieron los primeros programas en vivo y directo de la radio. Fueron cuatro meses en los que la idea y los adherentes al proyecto fueron aumentando. Se veía que podría ser la oportunidad de abrir un espacio que, hasta

ahora, no existía. El ánimo iba en aumento, pero había que dar el gran paso hacia un estudio propio que permitiera empezar a consolidarse como una radio. Fue así como en febrero Radio VIAL se traslada al estudio donde se encuentra actualmente, en una oficina en la esquina de calles Condal con Santiago, en pleno centro de Villa Alemana. Allí se han instalado estos jóvenes y poco a poco han ido armando el estudio, el cual aún están implementando. Radio VIAL busca ser un medio de comunicación en el que se integren a todas las voces juveniles de la comuna, mediante programas de entretención, conversación y debate. La idea es que sea un medio construido entre todos y, para esto, se requiere del apoyo de la comunidad. Actualmente, Radio VIAL está en un proceso de difusión, mostrando a la comunidad lo que hacen e invitándola a escuchar los diferentes programas por www.radiovial.cl o en la aplicación gratuita para Android, la cual se puede descargar en Play Store buscando por: Radio VIAL.

### 4.2.2.7. Seguridad Social

Tabla Nº27: Distribución de la Población según Sistema Previsional de Salud, Villa Alemana, Región de Valparaíso 2015

| | FONASA | ISAPRE | FF.AA. y del Orden | Particular | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| **Usuarios** | 101.139 | 15.045 | 14.210 | 8916 | 139.310 |
| **%** | 72.6 | 10.8 | 10.2 | 6.4 | 100 |

*Fuente: Encuesta Casen 2015, División Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social.*

### 4.2.2.8. Cultura

La comuna cuenta con Biblioteca Municipal de amplio uso (Paul Harris), ubicada en el centro de la comuna, así como el Teatro Pompeya, reconocido como monumento nacional, donde se realizan múltiples eventos comunitarios de carácter cultural folklórico.

El Centro Cultural Gabriela Mistral es reconocido por su amplia cartera de prestaciones cívicas culturales, entre ellas, cine, exposiciones, eventos, capacitaciones, festivales, entre otras, de amplio uso en la comunidad.

La Fiesta tradicional del aniversario de la comuna se realizaba en el mes de noviembre y convocaba a toda la comunidad incluyendo la participación de las diferentes colonias que habitan nuestra comuna. Actualmente por motivos de la Pandemia, estas actividades se encuentran en receso.

La Plaza Cívica Belén, es el corazón de los eventos masivos a la comunidad en el marco de la participación social y cultural.

### 4.2.2.9. Desarrollo comunitario

Tabla N°28: Número de organizaciones Sociales y Comunitarias, Villa Alemana, Región de Valparaíso

| Tipo de Organización | Número |
|---|---|
| Clubes Deportivos | 67 |
| Centro de Madres | 49 |
| Centros u Organizaciones de Adultos Mayores | 72 |
| Centros de Padres y Apoderados | 40 |
| Junta de Vecinos | 145 |
| Uniones Comunales | 2 |
| Otras Organizaciones Comunitarias Funcionales | 64 |
| **TOTAL** | **439** |

*Fuente: Reportes Estadísticos y Comunales, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2012*

### 4.2.3. Políticas de salud pública para la década 2021-2030

La Estrategia Nacional de Salud (ENS) 2021-2030 contempla tres niveles de acción: nivel estratégico, nivel programático y nivel operativo. Y establece la cadena de resultados como la matriz de su marco lógico, donde se establecen los objetivos y resultados que se esperan conseguir y las estrategias para su abordaje. El nivel estratégico contemplaría los objetivos de impacto y resultados esperados de cada una de las temáticas incluidas en cada eje. El nivel programático es el vínculo entre el nivel anterior y el operativo, y contempla los lineamientos temáticos elaborados desde el nivel central para orientar las acciones del nivel operativo. El nivel operativo considera los resultados inmediatos y las actividades que año a año se planifican en pos de conseguir los resultados en el corto, mediano y largo plazo.

El equipo técnico a cargo de formular la Estrategia Nacional de Salud (ENS) 2011-2030, ha decidido dar continuidad al marco teórico usado en la ENS 2011-2020, en este sentido los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020 siguen siendo los pilares y el propósito para el 2021-2030, pero con algunos ajustes, siendo entonces:

- Mejorar la salud de la población
- Disminuir las inequidades
- Asegurar la calidad de la atención en salud
- Avanzar hacia la construcción de comunidades y entornos saludables

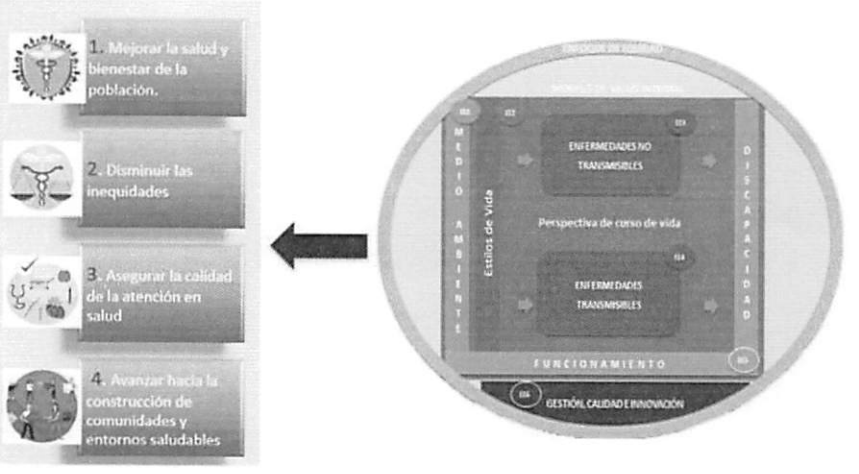
En este sentido, de los 9 ejes estratégicos establecidos para el período 2011-2020, para la próxima década se proponen mantener los siguientes ejes:

- EJE 1 (antiguo 6): Medio ambiente
- EJE 2 (antiguo 3): Estilos de vida
- EJE 3 (antiguo 2): Enfermedades crónicas no transmisibles
- EJE 4 (antiguo 1): Enfermedades Transmisibles
- EJE 5: Funcionamiento y Discapacidad
- EJE 6 (antiguo 7): Gestión, calidad e Innovación en Salud
- El EJE 4 actual (Curso de vida) pasa a establecerse como un enfoque que impacta cada uno de los ejes señalados anteriormente, abordando de esta manera las temáticas de salud de cada uno de los otros ejes, desde la perspectiva de curso de vida.
- El EJE 5, Funcionamiento y Discapacidad, es un nuevo eje que responde a la perspectiva de curso de vida y a la historia natural del proceso salud/enfermedad, considerando el perfil epidemiológico de la población y la necesidad de avanzar en la concepción de la rehabilitación no solo como la fase final del proceso salud/enfermedad para la población viviendo con discapacidad, si no como una fase en distintas etapas de la vida de cualquier

persona con alguna condición de salud (GHA, 2019) asegurando la continuidad del cuidado y la prevención de la situaciones invalidantes o de deterioro de la funcionalidad.

- Los EJES 7, Institucionalidad del sector y 8, Calidad de la atención en salud, pasan a ser la base de todos los ejes anteriores, entendiéndose como los indicadores de proceso necesarios en el sistema de salud para el cumplimiento de los objetivos planteados en la cadena de resultados del eje y tema en específico. Este eje pasa a ser el EJE 6, llamándose Gestión, Calidad e Innovación en Salud.
- El EJE 5, Equidad y Salud en todas las políticas, deja de ser un eje transversal, para ser parte de cada uno de los ejes anteriores como enfoque, entendiéndose que todo tema incluido en alguno de estos ejes debe tener objetivos en torno a la equidad y, por ende, sus respectivos indicadores.
- El EJE 9, Emergencias, desastres y epidemias se une al eje 1, entendiendo que la mayoría de dichos eventos, excepto algunas epidemias que irían en el eje 4, tienen uno o varios componentes medio ambientales. Considerando por su parte que los aspectos relacionados a la respuesta del sector frente a estos eventos se plasmaran en el Eje 6.

Figura N° 7: Mapa Conceptual de Objetivos Sanitarios y Ejes Estratégicos 2021-2030




*Fuente: Formulación Estrategia Nacional de Salud 2021-2030 Metodología de trabajo*

En resumen, en cuanto a ejes estratégicos, el modelo de la Estrategia Nacional de Salud 2021-2030 contemplaría en su núcleo 6 ejes. Eje 1 de Medio ambiente, Eje 2 de Hábitos de vida, Eje 3 de Enfermedades No Transmisibles, Eje 4 Enfermedades Transmisibles, Eje 5 Funcionamiento y Discapacidad y Eje 6 Gestión e Innovación en Salud.

Estos ejes son diagramados, tomando el modelo de los determinantes de la salud, en un supuesto donde, el medio ambiente y los hábitos del individuo y/o poblaciones, a lo largo del curso de vida, determinan la aparición de enfermedades, tanto transmisibles como no transmisibles que generan

consecuencias en el funcionamiento de las personas, generando distintos niveles de discapacidad. En este sentido, todo lo anterior es visto como producto y causa de inequidades en salud, si no se considera desde la base un enfoque de equidad, que permita focalizar las acciones en los grupos sociales más desaventajados para el tema en cuestión; de modo que dicho enfoque estará presente en todos y en cada uno de los temas de cada eje de la Estrategia 2021-2030.

Finalmente, el sector, debe enfrentar los desafíos propuestos en los ejes anteriores considerando los insumos y productos necesarios y suficientes para el logro de lo planteado en cada uno de los temas priorizados, asegurando así una correlación entre lo que debemos hacer, lo que tenemos para hacerlo y lo que necesitamos sumar para poder lograr en el plazo de 10 años cumplir con las metas propuestas.

## 4.3. Diagnóstico Ciudadano

### 4.3.1. Temas priorizados en los Objetivos Sanitarios de la Década 2021-2030

La formulación de los Objetivos Sanitarios de la Década 2021-2030, es un proceso de alta relevancia para el país, que ha sido implementado en respuesta a condiciones normativas y operativas para el sector salud, y en base a una metodología que busca la obtención de un nuevo plan nacional de salud, oportuno, legítimo y eficaz con el que abordar los principales desafíos existentes. Su curso de acción, ha sido impactado por el escenario epidemiológico en contexto de la pandemia por virus SARS-CoV-2, lo que ha determinado el retraso o suspensión de actividades, afectando los plazos definidos.

La construcción del Plan Nacional de Salud 2021-2030 está enmarcado en un nuevo proceso de planificación sanitaria para el sector, en el que la implementación de instancias de priorización ha sido fundamental para identificar los desafíos que existen y sobre cuáles orientar las acciones. Dado que la etapa de priorización tuvo como objeto la definición de los temas que harían parte del nuevo plan, se desarrolló un levantamiento de necesidades y prioridades, intencionado la participación de actores sectoriales y ciudadanía, con el fin de otorgar legitimidad y coherencia al proceso y sus resultados. En la identificación de temáticas nuevas y en su priorización participaron tanto, técnicos del Nivel Central, SEREMIS y Servicios de Salud, así como la ciudadanía, a través de diversos mecanismos de consultas. A través de la información recogida en los distintos mecanismos de consulta para la selección de temas nuevos, se observó que existe una gran cantidad de temáticas ya contenidas en la ENS que siguen siendo prioritarias para la población, desde la perspectiva de los participantes.

En la tabla N° 29 se pueden apreciar cada uno de los Ejes y Temas a priorizar para la Estrategia Nacional de Salud de la década 2021-2030.

Figura N° 29: Ejes y Temas a priorizar para la Estrategia Nacional de Salud de la década 2021-2030

| Ejes | Temas |
|---|---|
| Medio ambiente y entornos saludables | - Condiciones Sanitario-Ambientales (agua, aire, residuos, ruido)<br>- Salud Ocupacional |
| Estilos de Vida | - Malnutrición por Exceso<br>- Malnutrición por Déficit<br>- Consumo de Tabaco<br>- Actividad Física<br>- Salud Sexual y Reproductiva |
| Enfermedades Transmisibles | - Tuberculosis<br>- VIH<br>- Transmisibles en eliminación |

| | |
|---|---|
| | - Zoonóticas<br>- Infecciones Respiratorias Agudas<br>- Resistencia Antimicrobiana |
| Enfermedades No Transmisibles y Violiencia | - Enfermedades Respiratorias Crónicas<br>- Salud Cardiovascular<br>- Cáncer<br>- Diabetes Mellitus<br>- Enfermedad Renal Crónica<br>- Salud Bucal<br>- Salud Mental<br>- Violencia |
| Funcionamientos y Discapacidad | - Persona con dependencia severa<br>- Alteraciones Musculoesqueléticas<br>- Espectro Autista<br>- Artritis Reumatoidea<br>- Donación de órganos y transplantes<br>- Accidentes de tránsito<br>- Desarrollo Psicomotor<br>- Enfermedades raras o poco frecuentes* |
| Emergencias, Desastres y Epidemias | - Riesgo de desastres<br>- Gestión del riesgo<br>- Resiliencia<br>- Cambio Climático |
| Gestión, Calidad e Innovación | - Infraestructura<br>- Participación social<br>- Seguridad y calidad de la atención (acceso oportuno, continuidad, calidad de medicamentos, acreditación, satisfacción usuaria)<br>- Tecnología e información en salud<br>- Gestión del personal<br>- Financiamiento del sector<br>- Telemedicina |

*Fuente: Elaboración propia del Departamento Estrategia Nacional de Salud*

### 4.3.2. Temas priorizados en Consulta Ciudadana 2019

Durante el mes de diciembre de 2019, a raíz de las demandas sociales ocurridas en Chile en octubre del mismo año, se realizó una consulta ciudadana, en la cual la comunidad de Villa Alemana tuvo la oportunidad de indicar los temas a priorizar en la agenda comunal, a través de una encuesta realizada en la página web del municipio, la cual tuvo inicio el 11 de diciembre de 2019 y fecha de término el 15 de diciembre de 2019, con un total de 26.550 votos.

A continuación, las consultas abiertas que se realizaron a la comunidad y las respuestas con mayor preferencia:

*Para usted, ¿cuáles son las tres demandas sociales más importantes?*

- Mejorar la calidad de la salud pública y su financiamiento
- Mejorar las pensiones y dignificar la calidad de vida de los adultos mayores
- Acceso y calidad de la educación pública

*Respecto de las siguientes demandas ciudadanas en Villa Alemana, identifique las que usted considere de mayor urgencia.*

- Resolver lista de espera para hora de atención en los CESFAM de la comuna.
- Declarar Zonas de Protección medioambiental en esteros y cerros de la comuna.
- Exenciones y beneficios de derechos municipales para los adultos mayores.
- Construcción de un CESFAM en el sector norponiente y suroriente de la comuna.

En la siguiente tabla se puede observar, la totalidad de temas a priorizar con su porcentaje de preferencia por parte de la población de votantes de Villa Alemana, en la cual se destacan los temas de salud.

Tabla N°30: Temas Priorizados en Encuesta Ciudadana 2019, Villa Alemana.

| Opción | Preferencias | % |
|---|---|---|
| Total | 132.750 | 100,00% |
| Resolver lista de espera para hora de atención en los CESFAM de la comuna. | 16.826 | 12,67% |
| Declarar Zonas de Protección medioambiental en esteros y cerros de la comuna. | 15.006 | 11,30% |
| Exenciones y beneficios de derechos municipales para los adultos mayores. | 13.519 | 10,18% |
| Construcción de un CESFAM en el sector norponiente y suroriente de la comuna. | 11.896 | 8,96% |
| Construcción de más áreas verdes y parques en la comuna. | 11.469 | 8,64% |
| Plan de Recolección Diferenciada de Residuos domiciliarios. | 11.350 | 8,55% |
| Construcción de Establecimiento de larga Estadía para adultos mayores residentes en la comuna. | 9208 | 6,94% |
| Facilidades o beneficios para estudiantes de educación superior de la comuna. | 9181 | 6,92% |
| Fortalecer la Iluminación e instalación de cámaras de tele protección. | 9026 | 6,80% |
| Construcción de Baños Públicos en Plazas y Parques. | 8132 | 6,13% |
| Blancos | 7178 | 5,41% |
| Construcción de ciclovías y áreas peatonales en la comuna. | 6883 | 5,18% |
| Construcción de área recreativa para animales de compañía residentes en la comuna. | 2351 | 1,77% |
| Nulos (cada nulo equivale a 5 preferencias) | 145 | 0,11% |

*Fuente: Datos proporcionaos por la Ilustre Municipalidad de Villa Alemana (IMVA).*

# 5. PLAN DE CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN SEGÚN CICLO VITAL

## 5.1. Salud en la infancia

El Programa salud de la Infancia tiene como propósito contribuir al desarrollo integral de los niños y niñas entre los 0 años hasta los 9 años 11 meses y 29 días, en su contexto familiar y comunitario, a través de la promoción, prevención y recuperación de las condiciones de salud en la esfera biopsicosocial.

Actualmente, y en el marco de la Pandemia Covid 19, algunas prestaciones de salud se han visto afectadas porque los profesionales han tenido que suplir actividades propias de la pandemia (puntos de vacunación, seguimientos covid, entre otras). Actualmente, se están retomando de manera paulatina todas las actividades propias del programa de infancia, pese a que aún no se reintegra la dotación estipulada para el funcionamiento óptimo. Frente a esta situación, la presente planificación podría verse afectada, si el comportamiento de la pandemia así lo amerita durante el trascurso del año 2022.

Tabla N° 31: Programación Cualitativa Salud de la Infancia 2022

| Objetivo | Actividad | Meta | Indicador | Fuente del Indicador | Compromiso por Establecimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| Lograr un 60% de lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida. | Educar en los beneficios de la lactancia materna exclusiva, evaluar y esforzar las técnicas correctas de amamantamiento en cada control de Salud del niño y niña.<br>Favorecer las Clínicas de Lactancia. | Mantener cobertura de lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida respecto al año anterior, siempre que la situación epidemiológica lo permita. | Lactancia materna exclusiva a los 6 meses en población infantil de 6 meses controlados (Enero-Diciembre) | REM A 03 | Mantener cobertura de LME respecto al año anterior, siempre que la situación epidemiológica lo permita. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Incorporación del Padre en la supervisión de salud infantil | Controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre | 25% de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre, siempre que la situación epidemiológica lo permita (Aforo) | (Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa del padre / Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años)*100 | REM A01, Sección B | El 25% de los controles realizados a menores de 4 años participa el padre, siempre que la situación epidemiológica lo permita (Aforo) |
| Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral, a través de actividades vía remota y/o presencial siempre y cuando la situación epidemiológica, la disponibilidad de recurso humano y espacio físico adecuado, así lo permitan. | Taller educativos de habilidades parentales con metodología "Nadie es Perfecto" a madres padres y/o cuidadores, de niños y niñas menores de 72 meses bajo control, a través de actividades vía remota y/o presencial siempre y cuando la situación epidemiológica, la disponibilidad de recurso humano y espacio físico adecuado, así lo permitan.. | Promedio de 5 talleres de "Nadie es Perfecto", tipo Remoto A o B iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente, a través de actividades vía remota y/o presencial siempre y cuando la situación epidemiológica, la disponibilidad de recurso humano y espacio físico adecuado, así lo permitan. | (Nº talleres de Nadie es Perfecto iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente/ Nº total de facilitadores de la comuna) * 100 | Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo (Módulo Nadie es Perfecto) | Compromiso 4 talleres educativos de habilidades parenterales con metodología Nadie Es Perfecto, a través de actividades vía remota y/o presencial siempre y cuando la situación epidemiológica, la disponibilidad de recurso humano y espacio físico adecuado, así lo permitan. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral. través de actividades vía remota y/o presencial siempre y cuando la situación epidemiológica, la disponibilidad de recurso humano y espacio físico adecuado, así lo permitan. | Talleres educativos de habilidades parentales con metodología "Nadie es Perfecto" tipo Remoto A o B, a madres padres y/o cuidadores, de niños y niñas menores de 72 meses bajo control. través de actividades vía remota y/o presencial siempre y cuando la situación epidemiológica, la disponibilidad de recurso humano y espacio físico adecuado, así lo permitan. | 10% de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control ingresen a los talleres con metodología Nadie es Perfecto. través de actividades vía remota y/o presencial siempre y cuando la situación epidemiológica, la disponibilidad de recurso humano y espacio físico adecuado. | (Nº de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control que ingresan a los talleres con metodología Nadie es Perfecto/ Nº total de niñas y niños menores de 72 meses bajo control) *100 | Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo<br><br>REM P2 SECCION A | El 2% de los padres y/o cuidadores ingresan a talleres través de actividades vía remota y/o presencial siempre y cuando la situación epidemiológica, la disponibilidad de recurso humano y espacio físico adecuado, así lo permitan. |
| Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años, siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. | Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial | 100% niños/as de 1 Y 2 meses de edad con protocolo neurosensorial aplicado | (N° de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niños y niñas de 1 y 2 meses/ Nº Total de niños y niñas de 1 y 2 meses bajo control)*100 | Numerador: REM A-03, Sección A Denominador: REM P2, Sección A: | 100 % de aplicaciones de protocolo neurosensorial a niños y niñas de 1 o 2 meses. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años, siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. | Detección precoz de displasia de caderas en los niños y niñas menores de 3 meses | 100% de los niños y niñas de 3 meses de edad son derivadas a examen Radiológico de cadera. | (Nº de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas/Población de 0 años inscrita validada por FONASA)*100 | Registro SIGGES FONASA | 100% de niños y niñas de 3 meses con radiografía de cadera realizada. |
| Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años, siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. | Control de salud a los 8 meses con aplicación de evaluación de Desarrollo Psicomotor (Primera evaluación) siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. | 100% niñas/os de 8 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor (en el control de salud). | Nº de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas al grupo 7-11 meses en el control de salud de los 8 meses (Primera evaluación)/Nº total control de ciclo vital de niñas y niños 7 a 11 meses bajo control)*100 | REM A03, Sección B REM P2, Sección A | 90% de aplicación de evaluación del desarrollo psicomotor en el control de los 8 meses. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor, siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. | 90% niñas y niños que se les aplica pauta breve o EEDP en el control de salud a los 12 meses. | (Nº de aplicaciones de pauta breve o EEDP realizadas al grupo de 12 a 17 meses / Nº total control de ciclo vital de niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control)*100 | REM A03, Sección A REM P2, Sección A | 90% de aplicación de evaluación del desarrollo psicomotor en el control de los 8 meses, pauta breve o EEDP en el control de los 12 meses |
| Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años. Siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. | Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. | 95% niños/as de 18 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (en el control de salud) siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. | (Nº Aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 18 a 23 meses (Primera evaluación) en el control de salud de los 18 meses / N° total de niñas y niños de 18 a 23 meses bajo control) x 100 | Numerador: REM A-03, Sección A Denominador: REM P2, Sección A: | 97% de aplicación de evaluación del desarrollo psicomotor en el control de los 18 meses siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años. Siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. | Control de salud a los 24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo Psicomotor siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. | 60% niñas y niños de 24 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud. Siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. | (Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de 24 a 47 meses (Primera evaluación) / N° total de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control) x 100 | REM A03 Sección A REM P2 Sección A | 60% de aplicaciones de pauta breve en control de los 24 meses. Siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. |
| Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años. Siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. | Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. | 90% niños/as de 36 Meses de edad se les aplica evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud. Siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. | (Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 24 a 47 meses(Primera evaluación).en el control de salud de los 36 meses / Nº Total de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control)* 100 | Numerador: REM A-03, Sección A Denominador: REM P2, Sección A: | 60% de aplicaciones de evaluación del desarrollo psicomotor en el control de los 36 meses.Siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. | Control de salud niños y niñas 6 a 9 años siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. | Mantener cobertura del control de salud de niños y niñas de 6 a 9 años siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. | (Número de niños y niñas de 24 a 72 meses bajo control inasistente / Número de niños y niñas de 6 a 9 años bajo control)*100 | Numerador: REM P2 Sección F: Denominador: REM P2 "Sección A: | Mantener cobertura de los controles de salud de 6 a 9 años. Siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. |
| Aumentar el porcentaje de niñas y niños en tratamiento con déficit/riesgo/ retraso/rezago en el DSM siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. | Actividades en sala de estimulación presencial o remoto, siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. | 90% de niñas y niños menores de 5 años que en una primera evaluación presentan déficit en el desarrollo psicomotor | (Nº de niñas/os menores de 5 años con déficit desarrollo psicomotor derivados a alguna modalidad de estimulación/ Nº total de niñas/os menores de 5 años detectados con déficit en la primera evaluación desarrollo psicomotor) x 100. | REM A03, Sección A.3 REM A03, Sección A.2 | 90% de los niños y niñas son derivados a sala de estimulación con primera evaluación con déficit del desarrollo psicomotor. Siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. |
| Disminuir el porcentaje de malnutrición por exceso en los niños y niñas menores de 6 años, siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. | Proporción de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal. | 60% de las niñas y niños menores de 6 años presentan estado nutricional normal. | Nº de niños y niñas menores de 6 años con estado nutricional normal. ---------- Población inscrita validada FONASA menor de 6 años | REM P2, Sección A | 60% de las niñas y niños menores de 6 años presentan estado nutricional normal, siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. | Visita domiciliaria integral a familia con niños y niñas con déficit en su desarrollo siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. | 100% de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor recibe al menos 2 visitas domiciliarias integrales, siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. | (Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño o niña con déficit de DSM / Nº total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor) x 100 | REM A26, Sección A REM P2, Sección C | 1,5 visitas domiciliaras por niño y niña diagnosticado con deficit del desarrollo psicomotor, siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. |
| Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor, siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. | Cumplimiento de tratamiento en Sala de estimulación de niños y niñas egresados post atenciones remotas y/o presenciales Siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. | Línea base de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación cumplen tratamiento post atenciones remotas y/o presenciales. Siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. | (Nº de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación que cumplen tratamiento/Nº de niños y niñas egresadas de Sala de Estimulación)*100 | REM A05, Sección G | |
| Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. | Recuperación de niños y niñas con déficit o rezago en el DSM egresados de Sala de Estimulación post atenciones remotas y/o presenciales. Siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. | Línea base de niños y niñas que cumplen tratamiento en Sala de Estimulación se recuperan post atenciones remotas y/o presenciales. Siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. | (Nº de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación que se recuperan en la reevaluación del DSM/ Nº de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación)*100 | REM A05, Sección G | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor, siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. | Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y rezago) en su desarrollo psicomotor, siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. | 80% de los niñas y niños detectados con riesgo en su desarrollo psicomotor en las primera evaluación de los 8 meses recuperadas/os, siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. | (Nº de niñas y niños diagnosticadas con riesgo y rezago en su desarrollo psicomotor en la primera evaluación de los 8 meses y recuperadas(os) en las reevaluación/ Nº de niñas y niños diagnosticadas con riesgo y rezago en su desarrollo psicomotor en la primera evaluación de 8 meses *100 | REM A03, Sección A.2 (columnas D, E, G) | 80% de los niños y niñas detectados con riesgo y rezago en su desarrollo psicomotor recuperador, siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. |
| Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor, siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. | Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo) en su desarrollo psicomotor, siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. | 90% de los niñas y niños detectados con riesgo en su desarrollo psicomotor en primera evaluación de los 18 meses recuperadas/os en reevaluación, siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. | (Nº de niñas y niños diagnosticadas con riesgo en su DSM en la primera evaluación de los 18 meses y recuperadas(os) en la reevaluación/ Nº de niñas y niños diagnosticadas con retraso en su DSM en la primera evaluación 18 meses *100 | REM A03, Sección A.2 (columnas D, E, G) | 90% de los niños y niñas detectados con riesgo en su desarrollo psicomotor recuperados, siempre y cuando la situación epidemiológica lo permita. |

*Fuente:Coordinadora comunal Salud Infantil y Adolescente.*

## 5.2. Salud en la adolescencia y juventud

El Programa de Salud Integral de adolescentes y jóvenes tiene el propósito de mejorar el acceso y la oferta de servicios diferenciados, integrados e integrales, en los distintos niveles de atención del sistema de salud, articulados entre sí, que respondan a las necesidades de salud actuales de adolescentes y jóvenes; con enfoque de género y pertinencia cultural; en el ámbito de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, incorporando a sus familias y la comunidad.

En este contexto, a continuación, se presentará la Programación Cualitativa para el año 2022 del Programa Adolescente en la Comuna de Villa Alemana. Cabe destacar que al igual que el año anterior, las prestaciones ofrecidas por los profesionales en los Centros de Salud Familiar se han visto afectadas de forma directa e indirecta por los efectos de la Pandemia ocasionada por el Sars Cov 2, dado a que se han tenido que redistribuir funciones de los profesionales con objeto de responder a los requerimientos propios de la situación sanitaria. Otro factor que influye en la posibilidad de atención, guarda relación a que los espacios disponibles dentro de los Cesfam se han visto significativamente reducidos por la redistribución de tareas y restricción de aforos, lo que ha afectado de forma negativa en la posibilidad de realizar los controles adolescentes en un ambiente propicio.

Debido a aquello, debemos hacer mención que la presente programación podría sufrir cambios, toda vez que la situación sanitaria así lo justifique.

Para estos objetivos se establecen los Siguientes fines:

- Prolongar la vida saludable: mejorar la salud de la población de 10 a 19 años, a través de importantes actividades de Prevención y Promoción

- Reducir las inequidades: reducir las desigualdades en salud, priorizando la salud de los grupos más vulnerables de la sociedad.

Tabla Nª 32: Programación cualitativa Salud en Adolescentes

| CICLO VITAL | CLIENTE | OBJETIVO | PRESTACIONES |
|---|---|---|---|
| Del adolescente. | Población de 10 a 19 años. | Promover estilos de vida saludable, logrando desarrollar la capacidad de autocuidado. Desarrollar actividades de promoción y prevención intersectorialmente, con participación comunitaria y de los propios adolescentes. Proporcionar atención integral en los problemas de Salud - Enfermedad con enfoque de riesgo, respetando medidas sanitarias vigentes, con énfasis en aforos y cumplimiento de plan paso a paso, u otra medida emanada desde Minsal y/o Servicio de Salud Viña Quillota. | Mantener cobertura de Atención Control Joven Sano realizados en dependencias de Centros de Salud Familiar de la comuna, siempre que la situación sanitatia así lo permita.<br><br>Aumentar cobertura de Atención Control Joven Sano en Espacio Amigables (presencial y/o remoto), toda vez que SSVQ destine recursos para aplicación de Convenio año 2022 en Comuna Villa Alemana. *(nota al final del texto) |
| | | | Consulta morbilidad ginecológica en población adolescente que requiere dicha prestación. |
| | | | Control ginecológico preventivo en población adolescente que requiere dicha prestación. |
| | | | Control prenatal ingreso en población adolescente que requiere dicha prestación. |
| | | | Segundo y siguientes controles prenatales en población adolescente. |
| | | | Control de puerperio en población adolescente. |
| | | | Control binomio madre adolescente/hijo (a) |
| | | | Control del recién nacido (a) de madre adolescente |
| | | | Consulta de lactancia materna en madre adolescente |
| | | | Ingreso a control de regulación de la fecundidad en población adolescente que requiere dicha prestación. |
| | | | Segundo control de regulación de la fecundidad en población adolescente que requiere dicha prestación. |
| | | | Consejería en salud sexual y reproductiva (remota y/o presencial, de acuerdo a tipo de control que usuario o usuaria acceda) en población adolescente que requiere dicha prestación. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | Consulta nutricional en población adolescente que requiere dicha prestación (remota y/o presencial, de acuerdo a tipo de control que usuario o usuaria acceda) |
| | | | Consulta nutricional gestante adolescente. |
| | | | Consulta ITS en población adolescente que requiere dicha prestación. |
| | | | Consulta de VIH/SIDA en población adolescente que requiere dicha prestación. |
| | | | Consejería VIH/SIDA ITS en población adolescente que requiere dicha prestación (remota y/o presencial, de acuerdo a tipo de control que usuario o usuaria acceda) |
| | | | Actividad odontológica<br>Educativa en población adolescente que requiere dicha prestación. |
| | | | Actividad odontológica<br>Curativa en población adolescente que requiere dicha prestación. |
| | | | Actividad odontológica<br>Recuperativa en población adolescente que requiere dicha prestación. |
| | | | Consejería de autocuidado (remota y/o presencial, de acuerdo a tipo de control que usuario o usuaria acceda) |
| | | | Educación grupal (remota y/o presencial, de acuerdo a situación sanitaria) |
| | | | Consulta social en población adolescente que requiere dicha prestación. |
| | | | Consulta de salud mental, VIF y adicciones en población adolescente que requiere dicha prestación. |
| | | | Consulta de salud mental Depresión en población adolescente que requiere dicha prestación. |
| | | | Consulta kinésica en población adolescente que requiere dicha prestación. |
| | | | Terapia kinésica en población adolescente que requiere dicha prestación. |
| | | | Intervención psicosocial en población adolescente que requiere dicha prestación. |
| | | | Ecografía obstétrica en población adolescente que requiere dicha prestación. |
| | | | Visita domiciliaria integral en población adolescente que requiere dicha prestación, toda vez que situación sanitaria así lo permita. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | Consulta de patologías crónicas GES |
| | | | Control, tratamiento y seguimiento en Programa de TBC en población adolescente que requiere dicha prestación. |
| | | | Consulta o control de enfermería en población adolescente que requiere dicha prestación. |
| | | | Control Nutricional en población adolescente que requiere dicha prestación (remota y/o presencial, de acuerdo a situación sanitaria). |

*Fuente: Coordinadora comunal Salud Infantil y Adolescente.*

- Convenio Espacio Amigable:

El Convenio Espacio Amigable (CEA) comienza a funcionar en la Comuna de Villa Alemana a fines del mes de abril del año 2021, y hasta la fecha se han realizado atenciones remotas por parte de ambas profesionales que conforman el equipo CEA. En paralelo a las atenciones clínicas, se han realizado acciones administrativas, tales como elaboración de protocolo sobre el funcionamiento del Convenio, coordinaciones con Directores y Encargadas de Programa Adolescente de los distintos CESFAM de la Comuna, así mismo, se han realizado alianzas con otros programas, como triple P lazos, OPD, etc., con objeto de brindar atención integral a los y las adolescentes y sus familias. En la presente instancia, se están realizando acciones con Encargada de COMSE para comenzar atenciones presenciales en Centros Educacionales, y así dar mayor cumplimiento a los objetivos que rigen el Convenio, así como también, se han realizado Consejos Consultivos y Talleres Promocionales Remotos, e incluso se realizarán Talleres Presenciales en Residencias SENAME, con temáticas de alta necesidad en el grupo etario, que abordan aspectos de Salud Mental, Salud Sexual y Reproductiva, Alimentación Saludable, entre otros.

Tabla Nª 33: Programación cualitativa Convenio Espacios Amigables

| Objetivo | Actividad | Meta | Indicador | Fuente del Indicador | Compromiso por Establecimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| Promover estilos de vida saludable en población de adolescentes escolares. | Implementar talleres presenciales o remotos para fortalecer factores protectores que incorporen actividad física, alimentación saludable y antitabaquismo, en establecimiento s educacionales, espacios comunitarios y /o establecimientos de salud, siempre que la situación sanitaria así lo permita, con énfasis en aforos y cumplimiento de plan paso a paso, u otra medida emanada desde Minsal y/o Servicio de Salud Viña Quillota. | 20% del establecimiento s de atención primaria realizan talleres para fortalecer factores protectores que incorporen alimentación saludable y/o actividad física, en establecimiento s educacionales, espacios comunitarios y/o establecimiento s de salud | (N.º de talleres realizados en Establecimiento s / N.º de talleres planificados por Establecimiento s) x 100 | REM A27 Sección A | Realización de talleres con enfoque promocional a grupos de adolescentes, toda vez que se cuente con recursos disponibles (humanos, materiales y espacio físico), en modalidad remota y/o presencial, de acuerdo a situación sanitaria.<br><br>Realización de Talleres y Consejos Consultivos por parte de Convenio Espacio Amigable, toda vez que SSVQ destine recursos para funcionamiento periodo 2022 * |
| Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente. | Control de Salud integral a adolescentes de 10 a 14 años | 100% de controles planificados, realizados (18 % de población inscrita de 10 a 14 años) | (N.º de controles realizados, según sexo/ N.º total de controles planificados, según sexo) x 100 | REM A01 Sección B | 100% |
| Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente. | Control d Salud integral "Joven Sano" a adolescentes de 15 a 19 años. | 100% de controles planificados, realizados (Conforme convenio 2020, estimado 1027 atenciones) | (N.º de controles realizados, según sexo/ N.º total de controles planificados, según sexo) x 100 | REM A01 Sección B | 100% |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente. | Control de Salud integral "Joven Sano "a adolescentes de 15 a 19 años. | 60% de los controles planificados se realizan en establecimiento s educacionales en población de 15 a 19 años (Según Convenio CJS) | (N° de controles realizados en establecimiento s educacionales, según sexo/N° total, de controles planificados, según sexo) x 100 | REM A01 Sección D | 100% |
| Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente. | Control de Salud integral "Joven Sano "a adolescentes de 15 a 19 años. | 40% de los controles planificados se realizan en establecimientos de salud de la comuna en población de 15 a 19 años (Según convenio CJS) | (N° de controles realizados en establecimiento s educacionales, según sexo/N° total, de controles planificados, según sexo) x 100 | REM A01 Sección D | 100% |
| Aumentar el número de adolescentes que acceden a Consejería en SSR con enfoque de género. | Consejería en Salud Sexual y Reproductiva<br><br>Consejería para la regulación de fertilidad en adolescentes mujeres y hombres que lo solicitan o que derivados por conductas de riesgo tras evaluación aplicada de Ficha CLAP | Aumentar en un 10% línea base 2018 el número de consejerías en Salud Sexual Reproductiva otorgadas a adolescentes hombres y mujeres.<br>100% de adolescentes pesquisados con conducta sexual de riesgo en control de salud integral (CJS) reciben consejería. | (N° Consejerías en SSR realizadas / N° Consejerías línea base 2020) x 100 | REM A19 | Aumentar el número de adolescentes que acceden a Consejería en SSR. |
| Reducir la carga de enfermedad inmunopreve nibles. | Administrar primeras dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a niñas y niños que cursan cuarto año básico en establecimientos de la comuna y administrar segundas dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a niñas y niños que cursan quinto año básico y que recibieron una primera dosis durante 4º año básico. | Cobertura de vacunación | (N.º de niñas con segunda dosis de vacuna VPH que cursan 5º básico y que recibieron una primera dosis durante 4º año básico/N.º de niñas matriculadas en 5º básico) *100 | Sistema Informátic o – RNI N.º de matrículas en 5º básico 2021 Ministerio de Educación | Mantener coberturas en administración de VPH |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Reducir la carga de enfermedad inmunoprevenibles. | Administración del segundo refuerzo de vacuna DTPa en 8º Básico | Cobertura de vacunación | (N.º de alumnos de 8º básico con segundo refuerzo de vacuna DTPa / N.º de alumnos matriculados en 8º Básico) * 100 | Sistema Informático – RNI N.º de matrículas en 8º básico 2021 Ministerio de Educación | Mantener coberturas en administración de Vacunas Escolares. |
| Pesquisar precozmente diagnóstico de tuberculosis de 15 a 24 años. | Confirmación bacteriológica de casos de tuberculosis pulmonar por cultivo en personas entre 15 a 24 años | Entre 20 y 30% de los casos de tuberculosis pulmonar entre 15 y 24 años diagnosticados por cultivo | (N.º de casos de tuberculosis pulmonar confirmados por cultivo en personas entre 15 a 24 años/N.º de casos de tuberculosis pulmonar diagnosticados en personas entre 15 a 24 años) x100 | Registro nacional programa de tuberculosis | Mantener pesquisa precoz de TBC en población adolescente |

*Fuente:Coordinadora comunal Salud Infantil y Adolescente.*

Es importante destacar que como Equipo de Adolescentes, ha realizado sensibilización en el Equipo de Salud respecto a la importancia de la atención de este grupo etario, con el objetivo de mejorar la situación de salud de los y las adolescentes de nuestra Comuna, a través de estrategias que mejoren la atención oportuna, el acceso a la atención integral, la continuidad y la calidad en la gestión de las atenciones a la población de mujeres y hombres entre 10 y 19 años, dentro de un modelo de atención familiar y comunitario. En base a lo mismo, se están generando estrategias con los Equipos de Salud local, dado a que el volcamiento de acciones clínicas en el último tiempo ha sido a dar respuesta a las necesidades generadas por la Pandemia Covid 19, y con ello, mermar las atenciones de salud de las distintas etapas del ciclo vital, con énfasis en las atenciones de jóvenes y adolescentes, es que firmemente pensamos que las direcciones futuras deberían ir en el marco de la atención oportuna y eficaz de este grupo etario, que siempre ha presentado dificultad en la atención dentro de APS, lo que finalmente se vio incrementado con los efectos de la Pandemia, subiendo principal y significativamente los problemas de salud mental y nutricional en los jóvenes de nuestra comuna, lo cual, si no es trabajado de manera temprana y preventiva, desencadenará, adultos con problemas de salud permanentes y que frecuentan más los centros de salud.

Por otra parte, cabe destacar que los montos entregados el presente año a la Comuna fueron insuficientes para contratar la cantidad de profesionales mencionadas en el Convenio, por lo que localmente se optó por contratar 22 hr de profesional Enfermera, con objeto de aplicar Control Joven Sano (CLAP) y Crafft a aquellos y aquellas adolescentes mayor de 15 años, y profesional Psicóloga 22 hr, dado a que localmente se observó un aumento exponencial de necesidad de atención de salud mental en adolescentes y jóvenes. Dado lo anteriormente expuesto, no se pudo realizar contratación de profesional Matrona y Nutricionista, lo que fue autorizado por Referente de SSVQ, ya que aun sumando ambos convenios (Convenio Espacio Amigable y Convenio Joven Sano), los recursos económicos fueron insuficiente para contratar cuatro profesionales por cantidad de horas necesarias para la realización de atenciones de jóvenes y adolescentes de nuestra comuna

Finalmente, cabe mencionar las dificultades que ha presentado el Equipo del Convenio respecto a las atenciones de los adolescentes, principalmente por la escasa disponibilidad de los usuarios para recibir las atenciones, debido a las múltiples funciones que deben realizar en la actualidad (actividades escolares tanto presenciales como remotas, actividades extraescolares, convivencia familiar, etc), así como también, la imposibilidad de acudir a Centros Educacionales para la realización de atenciones, dado a que actualmente en la Comuna no cuenta con clases presenciales en Establecimientos Municipales. Para finalizar, debemos hacer mención que otro de los factores preponderantes que aumentan la dificultad para realizar controles a distancia corresponde a la escasa actualización de teléfonos de contacto de los y las usuarias en Sistema Rayen, por lo que en muchas ocasiones establecer contacto ha sido muy complejo.

No obstante, a todo lo mencionado anteriormente, las profesionales han realizado el mayor número de acciones remotas posibles con objeto de dar cumplimiento a cada uno de los requerimientos establecidos en el Convenio Espacio Amigable.

## 5.3. Salud en la Edad Adulta

El fenómeno demográfico en Chile, caracterizado por una disminución de la fecundidad, el descenso de la mortalidad infantil y un menor riesgo de muerte a toda edad, ha contribuido al cambio en la estructura poblacional con un consiguiente aumento de la población adulta y adulta mayor. Este nuevo panorama demográfico y epidemiológico obliga a buscar estrategias diferentes para satisfacer las necesidades de salud de las personas adultas, justificando el desarrollo de acciones que permitan disminuir en el tiempo las inequidades, brechas y barreras asociadas a la mayor morbilidad y mortalidad de este grupo.

El modelo de atención de salud para este grupo etario debe estar enfocado en la entrega de una atención integral para mujeres y hombres de 25 a 64 años que responda a sus necesidades específicas mediante estrategias de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación que cuenten con la mejor evidencia disponible y de forma oportuna, expedita y de calidad, considerando el principio de equidad a lo largo del curso de vida. A nivel internacional se estima que el 27% de las personas tienen 2 o más comorbilidades. La realidad nacional, muestra que el 74,6% de la población tiene 2 o más patologías y el 16,5% (más de 2 millones de personas), tiene 5 o más patologías. De ahí la relevancia de optimizar los contactos del equipo de salud con las personas que presentan condiciones crónicas desde una perspectiva más integral, evitando la fragmentación por patologías o programas.

Esta pandemia ha marcado un antes y después en nuestro sistema de salud, hoy vemos grandes efectos en nuestros pacientes, pacientes descompensados, que por casi un año y medio no han podido recibir controles adecuados y cuidados oportunos. Esto nos demuestra que debemos trabajar para prevenir este tipo de complicaciones, y empoderando a nuestros usuarios, entregando herramientas que les permitan conocer cabalmente cómo podemos proteger nuestra salud y la del resto.

Los desafíos a enfrentar en los siguientes años serán los siguientes:

- Recuperar la población bajo control de los programas asociados a los adultos y adultos mayores.
- Incrementar la cobertura de los exámenes preventivos en población adulto y adulto mayor (EMPA, EMPAM).
- Instaurar la metodología ECICEP (Estrategia de cuidados integrales para personas con enfermedades crónicas).
- Desarrollar estrategias de promoción y prevención en salud en un contexto comunitario.
- Manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad.

Tabla Nª 34: Programación cualitativa Salud en el Adulto. Área estratégica: Promoción

| Objetivo | Actividad | Meta | Indicador | Fuente del Indicador | Compromiso por Establecimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del adulto (EMP) en personas de 20 a 64 años | Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocol, según situación epidemiológica actual (COVID19) | Mantener cobertura de EMPA en la población inscrita validada segun meta alcanzada año 2019, siempre que la situación epidemiológica permita realizar controles preventivos | (Nº de EMP realizados a población adulta beneficiaria FONASA/ Población Total adulta beneficiaria FONASA) x 100 | REM REM A02 , Sección B REM A02 Sección B | Compromiso mantener cobertura de los EMP Realización de operatives siempre que la situación epidemiológica permita realizar controles preventivos |
| Aumentar cobertura de personas adultas entre 20 y 64 años con Hipertensión arterial primaria. | Detección de personas hipertensas a través en consulta de Morbilidad o EMP según situación epidemiológica<br><br>Confirmación de pesquisa a través de pesquisa de HTA o MAPA | De acuerdo a prevalencia local, aumentar en 20% respecto al año anterior la cobertura de personas adultas con hipertensión arterial | (Nº de personas adultas con hipertensión, bajo control/ Nº total de personas adultas según prevalencia local de hipertensión en población beneficiaria) x 100 | REM P04; Sección A | Compromiso incrementar 20% cobertura de personas adultas con hipertensión arterial primaria |
| Aumentar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnostico de ACV o IAM | Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnostico de ACV o IAM | Porcentajes de adultos de 25 a 64 años, dados de alta del hospital con el diagnostico de IAM o ACV con control por profesional del PSCV o por médico en consulta de morbilidad según disponibilidad por situación epidemiológica para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post- alta | (Nº de pacientes egresados del hospital con el diagnostico de IAM o ACV controlados en el PSCV o en morbilidad dentro de los 7 días hábiles post-alta /Nº total de egresos hospitalarios de personas adultos con ACV o IAM)x100 | REM | 100% con control dentro de 7 días de alta. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Aumentar la cobertura de personas entre 20 y 64 años con diabetes mellitus tipo 2. | Pesquisa a través de consulta de Morbilidad y EMP según situación epidemiológica actual. | De acuerdo a prevalencia local, aumentar en 20% respecto al año anterior la cobertura de personas adultas con diabetes mellitus tipo 2. | (Nº de personas adultas con diabetes tipo 2 bajo control / Nº total de personas adultas según prevalencia local de diabetes tipo 2 en población beneficiaria) x 100 | REM P04; Sección A | Compromiso incrementar 20% cobertura de personas adultas con diabetes mellitus tipo 2 |
| Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 . | Control de Salud: Estimación del riesgo de ulceración en personas con DM de acuerdo a orientaciones Técnicas y según situación epidemiologica (COVID 19) | El 80% de las personas con diabetes tipo 2 evaluadas en controles presenciales se les realiza una estimación del riesgo de ulceración en personas con DM según lo solicitado por el SSVQ .<br><br>100% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas. | (Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control a las que se les realizó una evaluación de los pies en los últimos 12 meses/ Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control) x 100<br><br>(Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie) x 100 | REM P04; Sección A<br>REM P04,<br><br>REM P04, SECCION C<br>Registro local<br>Registro local | Compromiso 80% personas con diabetes tipo 2 con evaluación de pie, según situación epidemiológica actual. |
| Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.(HTA, DM y/o DLP) | Control de salud: Calculo de velocidad de Filtración Glomerular (Clearence < 60%) RAC a VFG de 60 – 90 ml/min) a través de la realización del formulario de detección y prevención de la progresión de la | 60% de las personas adultas diabéticas, hipertensas y/o dislipidemicas en PSCV han sido clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica, según situación | (Nº de adultos hipertensos, Diabéticos o dislipidemicos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses) / (N° total de adultos hipertensos, | REM PO 4 Seccón B* | Compromiso 60% personas adultas diabéticas o hipertensas |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | enfermedad renal crónica | epidemiológica actual (COVID19) | diabéticos o dislipidemicos bajo control en PSCV al corte) * 100 | | |

*Fuente: Coordinadora comunal Salud del Adulto y Adulto Mayor.*

Tabla Nª 35: Programación cualitativa Salud en el Adulto. Área estratégica: Tratamiento

| Objetivo | Actividad | Meta | Indicador | Fuente del Indicador | Compromiso por Establecimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| Aumentar la cobertura efectiva de personas de 15 a 64 años bajo control con hipertensión (presión arterial inferior a 140/90 mm Hg en el último control). | Optimizar el tratamiento en Hipertensión en personas de 15 a 65 años | Mantener la cobertura efectiva de los hipertensos de 15 a64 años bajo control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg respect al año anterior y según situación epidemiológica actual (COVID19) | Nº de personas hipertensas de 15 a 64 años bajo control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/ Nº total de personas hipertensas esperadas según prevalencia x 100 | REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (64.3%) | Incrementar en un 20% de la PBC respecto del año anterior |
| Aumentar la cobertura efectiva de personas de 20 a 64 años, bajo control con DM 2. | Control de Salud con examen de hemoglobina glicosilada (Hb A1 <7) | Mantener la cobertura efectiva 2019 de personas de 20 A 64 años con DM 2 (Hb A1c<7) respect al año anterior y según situación epidemiológica actual (COVID19) | (Nº de personas diabéticas de 20 a 64 años con HbA1c <7% según último control/ Nº total de personas de 20 a 64 años con diabetes tipo 2 según prevalencia ENS 2009-2010 en PSCV) x 100 | REM P04; Sección B | Compromiso mantener cobertura efectiva respect al año anterior. |
| Aumentar la cobertura de Fondo de Ojo realizado a la población de 20 a 64 años bajo control con diagnóstico de | Control de salud Cardiovascular: realización de interconsulta para realización de FO | El 60% de los usuarios bajo control con diabetes tipo 2 con FO realizado, según situación | (Nº de personas diabéticas de 20 a 64 años bajo control con FO realizado/ Nº | REM P4 Sección C | Compromiso 60% de los usuarios de 20 a 64 años con diagnóstico de DM tipo 2 con FO realizado |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Diabetes Mellitus en forma anual | | epidemiológica actual (COVID19) | total de personas de 20 a 64 años con diabetes tipo 2 bajo control) x 100 | | |
| Mejorar la prevalencia de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 Insulinizados cercana o mayor al promedio nacional (23%) perteneciente del Programa Salud Cardiovascular. | Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento | Incrementar en al menos a un 23% la prevalencia de pacientes con diabetes Mellitus 2 con HbA1c mayor o igual a 9% perteneciente al Programa de Salud cardiovascular, según situación epidemiológica actual (COVID19) | (Nº de personas adultas con diabetes tipo 2 en tratamiento con insulina bajo control / Nº total de personas adultas bajo control) x 100 | REM P4 Sección A-C | Mantener prevalencia cercana o mayor al 23%, según situación epidemiológica actual (COVID19) |
| Establecer línea base de riesgo cardiovascular alto en personas 20 a 64 años | Control de salud: evaluar Riesgo coronario. | Definir línea base en personas de 20 a 64 años bajo control **"no diabéticos"** de riesgo CV alto con PA <140/90mm Hg y colesterol LDL<100mg/dl.<br><br>Definir línea base en 20 a 64 años bajo control **"diabéticos"** de riesgo CV alto con HbA1c<7%, y PA <130/80mm Hg<br><br>Definir línea base en 20 A 64 años bajo control **"diabéticos"** de riesgo CV alto con HbA1c<7%, y | (Nº personas de 20 a 64 años no diabéticos bajo control de riesgo CV alto con PA < 140/90 mmHg y Col. LDL < 100 mg/dl en el último control) / (Nº total de 20 A 64 años años bajo control de riesgo CV alto al corte)*100<br><br>(Nº 20 a 64 años **diabéticos** bajo control en PSCV de riesgo CV alto con HbA 1c < 7% y PA < 130/80 mmHg, en el último control) / (Nº total | REM P4 Sección B* / REM P4 Sección A | Compromiso Evaluar riesgo coronario al 90% de los bajo control, según situación epidemiológica actual (COVID19) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | PA <130/80mm Hg y Col LDL<100mg/dl | de personas diabéticas de 15 y 64 años en PSCV de riesgo CV alto al corte) * 100 (Nº 20 A 64 años diabéticas bajo control en PSCV de riesgo CV alto con HbA1c < 7%, PA < 130/80 mmHg y Col LDL < 100 mg/dl, en el último control) / (Nº total de20 a 64 diabéticas bajo control en PSCV con riesgo CV alto al corte) * 100. | | |

*Fuente: Coordinadora comunal Salud del Adulto y Adulto Mayor.*

## 5.4. Salud en el adulto mayor

El abordaje de la salud de las personas mayores, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar y Comunitario, está centrado en la promoción del envejecimiento saludable o activo, la prevención de la morbimortalidad, el control de enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles, la mantención de la funcionalidad, con miras a prevenir discapacidad y dependencia, esto último considerado como base fundamental para construir una vida satisfactoria en la vejez. Lo anterior, sin perder de vista el acompañamiento familiar e individual de personas con limitación de su funcionalidad o dependencia.

La atención de salud en personas mayores debe promover la autonomía de las personas mayores, facilitando la de toma de decisiones sobre su vida y estado de salud. Debe procurar acompañar a las familias en cada una de las etapas o situaciones enfrentadas, incluyendo aquellas asociadas a discapacidad o dependencia y procurando a la vez, el buen morir y el trato digno para todas las personas mayores.

El propósito de las acciones es el alcance de una mejor calidad de vida para la población de personas mayores, considerando sus roles, intereses y voluntades. Para lo anterior, desde el sector salud, se incorporan elementos y principios del Modelo de Atención y otras consideraciones relacionadas con esta etapa del curso de vida y la mirada desde la gerontología y geriatría.

Es así, que se ha definido la funcionalidad como el mejor indicador de salud de la población adulto mayor, promoviendo la autovalencia, la participación de las personas mayores en sus comunidades según sus intereses, el autocuidado o corresponsabilidad en salud y el abordaje del proceso de envejecimiento desde etapas anteriores, promoviendo estilos de vida saludable durante el curso de vida.

Tabla Nª 36: Programación cualitativa Salud en el Adulto Mayor. Área estratégica: Promoción

| Objetivo | Actividad | Meta | Indicador | Fuente del Indicador | Compromiso por Establecimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| Prevenir los síndromes geriátricos, pesquisar patologías agudas, crónicas y maltrato en las personas de 65 y más años y aconsejar sobre el envejecimiento saludable/active en los controles de salud (EMPAM) . | Realizar controles de salud con el fin de evaluar la situación de salud de las personas mayores, aconsejar sobre prevención y control de enfermedades, | Incrementar al menos en 1 punto porcentuales respecto a la línea base del año anterior, siempre que la situación epidemiológica permita realizar | (Nº de Adultos/as mayores autovalentes bajo control/ Nº total de AM bajo control)x 100 | REM P05, Sección A | Compromiso mantener cobertura de los EMP Realización de operativos, siempre que la situación epidemiológica permita realizar controles preventivos |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | pesquisar, derivar y elaborar plan de Intervención (EMPAM), según situación epidemiológica actual (COVID19) | controles preventivos | | | |

*Fuente: Coordinadora comunal Salud del Adulto y Adulto Mayor.*

Tabla Nª 37: Programación cualitativa Salud en el Adulto Mayor. Área estratégica: Prevención

| Objetivo | Actividad | Meta | Indicador | Fuente del Indicador | Compromiso por Establecimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| Prevenir la dependencia en personas de 65 y más años con factores de riesgo detectados en el EMPAM | Realización Examen de Medicina Preventiva | Mantener la realización de los EMP del AM, siempre que la situación epidemiológica (COVID 19) permita realizar controles preventivos | (Nº de adultos de 65 y más años con examen de medicina preventiva vigente / población inscrita de 65 y más años)*100 | REM A02, sección B/ Población inscrita de 65 y más años validada por Fonasa | Compromiso mantener cobertura de los EMP, siempre que la situación epidemiológica (COVID 19) permita realizar controles preventivos |
| Aumentar la cobertura de la población bajo control con HTA en personas de 65 y más años | Detección de personas hipertensas a través del EMPAM, consulta de morbilidad u otros, siempre que la situación epidemiológica (COVID 19) permita realizar controles preventivos | Incremento de a lo menos un 20% respecto al año anterior de cobertura de personas adultas mayores con hipertensión bajo control | (Nº de personas adultas mayores con hipertensión, bajo control en PSCV/ Nº total de adultos mayores hipertensos esperados según prevalencia) x 100 | REM P04; Sección A, F y G Población estimada según prevalencia ENS 2011 (73%) | Incrementar a lo menos un 20% respecto al año anterior de cobertura de personas adultas mayores con hipertensión bajo control |
| Aumentar la cobertura de población bajo control con DM2 en personas de 65 y más años. | Detección de personas con DM2 a través del EMPAM, consulta de morbilidad u otros, según situación epidemiológica (COVID 19) | Incremento de a lo menos un 20% respecto al año anterior de cobertura de personas adultas mayores con DM2 bajo control | (Nº de personas adultas mayores con DM2, bajo control en PSCV/ Nº total de adultos mayores diabéticos esperados según prevalencia) x 100 | REM P04; Sección A, F y G Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (30,6%) | Incrementar a lo menos un 20% respecto al año anterior |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.(HTA, DM y/o DLP) | Control de salud: Calculo de velocidad de Filtración Glomerular (Clearence < 60%) RAC a VFG de 60 – 90 ml/min) | 60% de las personas adultas mayores diabéticas, hipertensas y/o dislipidemicas en PSCV han sido clasificadas según etapa de enfermedad Renal crónica, según situación epidemiológica actual (COVID19) | (Nº de adultos mayores hipertensos, Diabéticos y/o dislipidemicos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses) / (N° total de AM hipertensos o diabéticos bajo control en PSCV al corte) * 100 | REM PO 4 Sección B* | Compromiso 60% personas adultas mayores diabéticas, hipertensas y/o dislipidemicas |
| Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC mayor o igual a 30 mg/g) o ERC etapa 3b-5 (VFG estimada < 45 mL/ min/1.73 m2) | Optimizar el tratamiento farmacológico de los pacientes de 65 o más años con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 en el PSCV | 80% de las personas diabética de 65 y más años bajo control en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC ≥30mg/g) o ERC etapa 3b-5 en tratamiento con IECA o ARA II, según situación epidemiologica actual (COVID 19) | (N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 y tratamiento con IECA o ARA II los últimos 12 meses / N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con Albuminuria moderada o severa (RAC ≥30mg/g) o ERC etapa 3b-5 al corte)* 100 | REM | Optimizar tratamiento según situación epidemiológica actual |
| Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes AM. | Control de Salud: Estimación del riesgo de ulceración en personas con DM de acuerdo a orientaciones Técnica y según situación epidemiologica (COVID 19) | El 80% de las personas con diabetes tipo 2 evaluadas en controles presenciales se les realiza una estimación del riesgo de ulceración en personas con DM<br><br>100% de las personas | (Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control a las que se les realizó una evaluación de los pies en los últimos 12 meses/ Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control) x 100 | REM P04; Sección A REM P04,<br><br>REM P04, SECCION C Registro local Registro local | Compromiso 80% personas con diabetes tipo 2 con evaluación de pie, según situación epidemiológica actual (COVID 19) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas. | (Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie) x 100 | | |
| Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM | Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM | Porcentaje de pacientes de 65 años y más egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV o en morbilidad dentro de los 7días hábiles post-alta | (Nº de pacientes de 65 años y más egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV o en morbilidad dentro de los 7días hábiles post-alta /Nº total de egresos hospitalarios de personas de 65 años y más con ACV o IAM)*100 | REM | El 100% de los pacientes de 65 años y más, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV ha tenido un control con profesional del PSCV o en morbilidad para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7días hábiles post-alta. |

*Fuente: Coordinadora comunal Salud del Adulto y Adulto Mayor.*

Tabla Nª 37: Programación cualitativa Salud en el Adulto Mayor. Área estratégica: Tratamiento

| Objetivo | Actividad | Meta | Indicador | Fuente del Indicador | Compromiso por Establecimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| Aumentar la cobertura efectiva de personas AM menores de 79 años con PA inferior a 140/90 mm Hg en el último control. | Control de Salud Cardiovascular | Mantener la cobertura efectiva de AM menores de 79 años hipertensos con PA <140/90 respecto al año Anterior, según situación epidemiológica actual (COVID19) | Nº de AM menores de 79 años hipertensas con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/ Nº total de personas AM hipertensas esperadas según prevalencia ENS2009-2010) x 100 | REM P04; Sección B Población estimada según Prevalencia. | Compromiso mantener cobertura efectiva respecto al año anterior. |
| Aumentar la cobertura efectiva de personas AM de 80 años y mas con PA inferior a 150/90 mm Hg en el último control. | Control de Salud Cardiovascular | Mantener cobertura efectiva de AM de 80 y más años hipertensos con PA <150/90 respecto al año Anterior, según situación epidemiológica actual (COVID19) | Nº de AM de 80 y mas años hipertensas con presión arterial bajo 150/90 mm Hg/ Nº total de personas AM hipertensas esperadas según prevalencia ENS2009-2010) x 100 | REM P04; Sección B Población estimada según Prevalencia. | Compromiso mantener cobertura efectiva respecto al año anterior. |
| Aumentar la cobertura efectiva de personas AM menores a 79 años con Hb1Ac < 7% en el último control. | Control de Salud Cardiovascular | Mantener la cobertura efectiva de AM menores de 79 años diabéticos con Hb1Ac <7% respecto al año anterior según situación epidemiológica actual (COVID19) | Nº de personas AM menores de 79 años diabéticos con Hb1Ac <7% / Nº total de personas diabéticas esperadas según prevalencia ENS2009-2010) x 100 | REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 | Compromiso mantener cobertura efectiva respecto al año anterior |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Aumentar la cobertura efectiva de personas AM de 80 y más años con Hb1Ac < 8% en el último control. | Control de Salud Cardiovascular | Incrementar en a lo menos un 15% la cobertura efectiva de AM de 80 y más años diabéticos con Hb1Ac <8% respect al año anterior y según situación epidemiológica actual (COVID19) | Nº de personas AM de 80 y más años diabéticos con Hb1Ac <8% / Nº total de personas diabéticas esperadas según prevalencia ENS2009-2010) x 100 | REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 | Compromiso incrementar cobertura efectiva respecto al año anterior. |
| Aumentar la cobertura de Fondo de Ojo realizado a la población de 65 y más años bajo control con diagnóstico de Diabetes Mellitus en forma anual | Control de salud Cardiovascular: realización de interconsulta para realización de FO | El 70% de los usuarios AM bajo control con diabetes tipo 2 con FO realizado, según situación epidemiológica actual (COVID19) | (Nº de personas diabéticas de 65 y más años bajo control con FO realizado/ Nº total de personas de 20 a 64 años con diabetes tipo 2 bajo control) x 100 | REM P4 Sección C | Compromiso 70% de los usuarios de 65 y más años con diagnóstico de DM tipo 2 con FO realizado |
| Mejorar la prevalencia de pacientes AM con Diabetes Mellitus tipo 2 Insulinizados cercana o mayor al promedio nacional (23%) perteneciente del Programa Salud Cardiovascular. | Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento | Incrementar en al menos a un 23% la prevalencia de pacientes AM con diabetes Mellitus 2 con HbA1c mayor o igual a 9% perteneciente al Programa de Salud cardiovascular, según situación epidemiológica actual (COVID19) | (Nº de personas AM con diabetes tipo 2 en tratamiento con insulina bajo control / Nº total de personas AM bajo control) x 100 | REM P4 Sección A | Mantener prevalencia cercana o mayor al 23%, según situación epidemiológica actual (COVID19) |
| Establecer línea base de riesgo cardiovascular alto en AM. | Control de salud: Evaluar riesgo coronario. | Definir línea base en personas AM bajo control **"no diabéticos"** de riesgo CV alto con PA <140/90mm Hg y colesterol LDL<100mg/dl. | (Nº personas Adulto Mayor no diabéticos bajo control de riesgo CV alto y muy alto con PA < 140/90 mmHg y Col. LDL < 100 mg/dl en el último | REM P4 Sección B* / REM P4 Sección A | Compromiso Evaluar riesgo coronario al 60% del bajo control, según situación epidemiológica actual (COVID19) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Definir línea base en Adulto mayor bajo control **"diabéticos"** de riesgo CV alto con HbA1c<7%, y PA <130/80mm Hg<br><br>Definir línea base en AM bajo control **"diabéticos"** de riesgo CV alto Y con HbA1c<7%, y PA <130/80mm Hg y Col LDL<100mg/ dl | control) / (Nº total de AM bajo control de riesgo CV alto al corte)*100<br><br>(Nº de Adultos mayores **diabéticos** bajo control en PSCV de riesgo CV alto con HbA 1c < 7% y PA < 130/80 mmHg, en el último control) / (Nº total de personas diabéticas AM en PSCV de riesgo CV alto al corte) * 100<br><br>(Nº AM diabéticos bajo control en PSCV de riesgo CV alto con HbA1c < 7%, PA < 130/80 mmHg y Col LDL < 100 mg/dl, en el último control) / (Nº total AM diabéticos bajo control en PSCV con riesgo CV alto al corte) * 100. | | |

*Fuente: Coordinadora comunal Salud del Adulto y Adulto Mayor.*

## 5.5. Estrategias transversales

- Programa Cardiovascular:

Tabla Nº 38: Área Gestión Equipo Programa Salud Cardiovascular

| Objetivo | Actividad | Meta | Indicador | Fuente del Indicador | Compromiso por Establecimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| Fomentar e integrar a los equipos de trabajo (Médicos- Enfermeras- Nutricionistas- Psicólogas- Kinesiólogos- Químicos farmacéuticos- Podólogo- Tens- Jefatura de SOME) con el fin de socializar con este las nuevas actualizaciones, lineamientos, mejoras y análisis de las actividades que se realizan en nuestro Programa para el cumplimiento de objetivos y así entregar una mejor calidad de atención a nuestros usuarios que pertenecen al Programa del Adulto y Adulto mayor | Reuniones Trimestrales con los referentes del Programa Adulto y Adulto mayor (comunales) Reuniones Mensuales con el equipo del Programa de cada centro de Salud | Mantener Reuniones durante el año en curso. | Numero de reuniones Trimestrales/ 12 meses durante el año 2021 Numero de Reuniones mensuales con el equipo/12 meses durante el año 2022 | Libros de actas | Mantener reuniones consignadas durante el presente año |

*Fuente: Coordinadora comunal Salud del Adulto y Adulto Mayor.*

- Programa Odontológico:

El servicio odontológico de la comuna de Villa Alemana realiza actividades tendientes al cumplimiento de los objetivos sanitarios 2011-2020, en específico "prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables", así como también aquellas que preparan el camino para la aplicación del Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030, cuyo objetivo es mejorar el estado de salud bucal de la población y reducir las desigualdades injustas.

Estas actividades se ejecutan en el paciente con un abordaje acorde a cada una de las distintas etapas de su desarrollo y pueden resumirse en el cuadro siguiente:

Tabla Nº 39: Objetivos y Actividades del Servicio Odontológico en relación a la Matriz de Cuidados de la Vida

| Objetivos y Actividades del Servicio Odontológico en relación a la Matriz de Cuidados de la Vida | | | |
|---|---|---|---|
| **Etapa** | **Objetivo de impacto** | **Objetivo sanitario** | **Actividad** |
| Infancia | Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables | Control salud oral niños y niñas menores de 10 años | Control con enfoque de riesgo odontológico: control desde 6 meses a 9 años, 11 meses y 29 días. |
| | | Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 7 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil | Atención odontológica integral a población de niños y niñas de 6 años (GES) |
| | Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica | Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en menores de 10 años | Morbilidad odontológica en menores de 10 años |
| Adolescencia y juventud | Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables | Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas. | Control con enfoque de riesgo odontológico: adolescente de 10 a 19 años 11 meses 29 dias |
| | Disminuir la mortalidad perinatal | Protección y recuperación de la salud bucodental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada) | Atención odontológica integral a la embarazada adolescente. |
| | Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica | Protección y recuperación de la salud bucodental del adolescente | Morbilidad odontológica en adolescents de 10 a 19 años 11 meses 29 dias |
| Edad adulta | Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica | Protección y recuperación de la salud bucodental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada) | Atención odontológica integral a la embarazada de 20 años o más. |
| | | Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes. | Urgencia odontológica ambulatoria |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | Protección y recuperación de la salud bucodental del adulto | Morbilidad odontológica en adultos |
| Adulto mayor | Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica | Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes. | Urgencia odontológica ambulatoria en adulto mayor |
| | | Protección y recuperación de la salud bucodental del adulto | Morbilidad odontológica en adultos mayores |

*Fuente: Coordinador Comunal Programa Odontológico*

Todas las actividades odontológicas de atención primaria antes mencionadas se realizan con marcado énfasis en la calidad en la atención del paciente en los 4 centros de salud de la comuna por igual, en horarios diurno y vespertino según programación, más los horarios considerados por el servicio odontológico del servicio de urgencias (SAPUDENT). La atención odontológica general se complementa con actividades realizadas por odontólogos especialistas formados en programas CONEO pertenecientes a la dotación de la comuna, permitiendo aumentar la oferta de tratamiento, mejorar la resolutividad de casos complejos y disminuir la dependencia de la Atención Secundaria.

- Programa de Salud Mental:

Tabla Nº 39: Actividades del Programa de Salud Mental

| PREVENCIÓN | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Objetivo** | **Estrategia** | **Meta esperada** | **Compromiso por establecimiento** | **Medio verificador** |
| Fortalecer estrategias de prevención del suicidio | Acciones de prevención focalizada a través del trabajo coordinado con equipos de sector (en CESFAM) e intersector (redes) | Cada establecimiento coordina acciones con jefes de sector de cada CESFAM y con referentes comunales de cada programa para la gestión de acciones con el intersector (redes). | Acciones de prevención del suicidio focalizadas acorde a las necesidades que los usuarios de cada sector presenten, al igual que usuarios de la red comunitaria | REM SA-2021, A-27 sección B (educación grupal): "Prevención en salud mental"; "Prevención del suicidio") |
| **PROMOCIÓN** | | | | |
| Fortalecer estratregias de promoción de la salud: Hábitos saludables en salud mental. | Intervención focalizada a grupos que lo requieran, de manera presencial y/o remota. | Cada establecimiento construye grupos a abordar acorde a las necesidades que detecten en su trabajo coordinado con equipos de sector y/o intersector | 1 jornada presencial y/o remota que aborde los hábitos saludables en salud mental | REM SA-2020, A19a sección B.1 (Jornadas y Seminarios, comunas, comunidades) |
| **TRATAMIENTO** | | | | |
| Favorecer acceso oportuno a atención integral en salud mental | Focalizar el acceso oportuno a tratamiento integral en salud mental para aquellos usuarios que presenten compromiso biopsicosocial significativo acorde a evaluación que realice cada equipo de salud y/o interstor, al momento de la derivación | Cada establecimiento despliega las estrategias necesarias para favorecer el acceso oportuno y prioritario a los usuarios que lo requieran | Tratamientos focalizados con plazos de intervención acorde a necesidades de cada caso, monitoreando el estado del proceso a los 6 meses de atención y desplegando estrategias de seguimiento al alta (continuidad del cuidado) | P-06 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ajustar tiempos de tratamiento a pacientes con otros diagnósticos de salud mental (Z) | Focalizar tratamientos en usuarios que ingresan al programa por | Cada establecimiento despliega estrategias idóneas que le | Tratamientos focalizados acorde a necesidades del usuario relevando la gestión en red y | P-06 |
| | otros diagnósticos (condicionantes de la salud), monitoreando estado del proceso a los 4 meses de atención | permitan monitoreo y ajuste de los tratamientos que lleva su población bajo control ingresada por otros diagnósticos (condicionantes de la salud) | fomento de hábitos de salud mental, logrando monitoreo del proceso a los 4 meses y luego seguimiento en coordinación con equipo de sector | |
| Fortalecer acompañamiento a grupos de auto ayuda en temas de salud mental | Realizar acompañamiento a grupos de auto ayuda | Cada establecimiento cuenta con 1 grupo de auto ayuda | 1 grupo de auto ayuda vinculado a temas de salud mental funcionando con acompañamiento del equipo de salud mental de cada CESFAM | REM SA-2021, A-06 sección C.1 ("Colaboración con grupos de auto ayuda) |
| Aumentar acciones de cuidado equipo | Realizar y ejecutar plan cuidado equipo | Cada establecimiento cuenta con acciones dirigidas a cuidado de equipo acorde a necesidades identificadas por profesionales que realizan acciones de salud mental en cada CESFAM | 2 actividades de cuidado equipo al año por establecimiento de salud | COMGES 9 |

*Fuente: Coordinadora comunal Programa Salud Mental*

- Salud mental y psiquiatría comunitaria, un desafío para el 2022

La salud mental y psiquiatría comunitarias deben ser consideradas como una práctica social, la cual debe ser implementada desde una racionalidad económica y técnica centrada al mismo tiempo en la dimensión humana en todas sus manifestaciones favoreciendo el acompañamiento para el desarrollo sano de su potencialidad. La atención primaria de salud (APS) es una plataforma inmejorable para poder establecer el enfoque preventivo de los conflictos psicosociales y los trastornos mentales.

- Programa de Salud Sexual y Reproductiva:

La salud sexual y reproductiva constituyen procesos ininterrumpidos ligados al desarrollo humano, que están presentes en todos los momentos de la existencia, desde el nacimiento hasta la muerte. La sexualidad abarca al sexo, las identidades de genero, los roles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción, la orientación sexual y está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (OMS, 2006).

Con esta mirada, la salud sexual y la salud reproductiva se construyen en la interacción del contexto social y los comportamientos individuales, familiares y comunitarios y requieren una nueva cultura de cuidado, junto con una nueva respuesta institucional, acorde con el desarrollo humano y con la corresponsabilidad social de los individuos, la comunidad y las instituciones. (Política nacional de Salud Sexual y reproductiva, 2018).

Como APS, debemos entregar prestaciones acordes al concepto que hemos mencionado con un enfoque integral, multidisciplinario, centrado en las personas, sus derechos, con perspectiva de género, diversidad e interculturalidad, fomentando la participación activa de nuestros usuarios y usuarias, parejas y familias. Con un rol principal en la promoción y prevención en las distintas etapas del ciclo vital donde se desempeña el profesional matrón(a).

Dentro de las prestaciones que se incorporan a este nuevo ciclo, se destaca el inicio de los controles climaterio con integración de prescripción de TSH (terapia sustitución hormonal) por parte de médico ginecólogo, para aquellas mujeres que por evaluación sean sujetas de este tratamiento. Manejo que indudablemente permitirá mejorar la calidad de vida de la población que se encuentra dentro de esta etapa fisiológica de nuestro ciclo de vida.

Es importante mencionar que, como equipos a cargo de la salud sexual y reproductiva de nuestros usuarios, hemos debido adaptarnos para asegurar la continuidad de la atención en el contexto actual de pandemia por SARS CoV2 con el fin de no mermar ni dificultar el acceso a este tipo de prestaciones, pero sin poner en riesgo a nuestros usuarias y usuarios.

Dentro de estas acciones se incorporan:

- Medidas generales durante los procesos asistenciales como lo es el uso de elementos de protección personal (EPP) según lineamentos del MINSAL, aseo y desinfección de superficies y box entre atenciones
- Ventilación de espacios.
- Uso de mascarilla durante toda la atención.
- Educación grafica/oral respecto a medidas de seguridad para evitar contagio.
- Aplicación de triage obligatorio al ingreso a los establecimientos de salud cuya finalidad es categorizar a los usuarios y usuarias, resguardar flujos de circulación diferenciados

para consultas respiratorias y no respiratorias, procurar respetar aforos de las dependencias, entre otros.
- Reorganización de agendamiento de mujeres gestantes, puérperas y recién nacidos procurando atenciones en horarios de menor aglomeración de usuarios.

Además de estas acciones, se contempla levantar estrategias de atención remota: telemedicina, teleconsulta y contacto telefónico.

Los principales objetivos del programa se centran en:

- Mejorar el acceso a información, educación y preparación de los usuarios(as) para que puedan ejercer su sexualidad responsablemente.
- Atención de adolescentes en ámbitos sexuales, reproductivos y afectivos con perspectiva de generio, diversidad, autonomia progresiva y enfoque basado en de derechos.
- Planificación familiar con perspectiva de género, diversidad y enfoque de derechos.
- Prevención de gestaciones no deseadas/planificadas
- Prevención de ITS, VIH-SIDA
- Atención profesional de personas gestantes y sus parejas o persona significativa.
- Atención de la triada: puérpera, recién nacido, padre o persona significativa.
- Atención precoz y oportuna de los recién nacido hasta los 28 días de vida.
- Fomento de la lactancia materna, mediante instancias como clínicas de lactancia materna, círculos de lactancia, y otras actividades.
- La atención de las necesidades biomédicas y psicosociales a las personas fuera de los períodos reproductivos de la vida como son menopausia, postmenopausia, climaterio y sexualidad en adultos mayores.
- Fomentar el acceso a la salud sexual y reproductiva del hombre durante el curso de vida.
- Atención en salud sexual y reproductiva de pacientes del colectivo LGBTQI+ en curso de vida.
- Registro y monitoreo de todas las actividades realizadas con el fin de ir implementando/modificando/actualizando/evaluando las prestaciones entregadas en salud sexual y reproductiva.
- Trabajo interdisciplinario con los distintos programas de salud que convergen en APS y la Red (tanto internos como externos) con el fin de entregar atención integral biopsicosocial de calidad a nuestros las personas.
- Continuidad de la atención de Salud Sexual y reproductiva en contexto COVID 19.

- Subprogramas del Programa de salud sexual y reproductiva:

## A.- Chile Crece Contigo

| OBJETIVOS | META | ACTIVIDADES | INDICADORES | FUENTE DEL INDICADOR |
|---|---|---|---|---|
| Brindar atención integral a la mujer y su familia en la etapa preconcepcional, gestación y puerperio. | El 100% de las mujeres que solicitan atención, reciben atención integral. | Consejería preconcepcional a todas las mujeres y/o parejas que lo soliciten.<br><br>Control prenatal precoz (antes de las 14 semanas de gestación) | Nº de consejerías realizadas/ Nº total de personas atendidas que desean embarazo) x 100<br><br>Nº ingresos prenatales antes de las 14 semanas/ Nº total de ingresos prenatales | REM 01<br><br>P01 |
| Realización de eco obstétrica I trimestre a gestantes ingresadas a control prenatal | El 100% de las mujeres que ingresen a control de gestación durante el primer trimestre | Eco obstétrica I trimestre de gestación | Nº de ecografías obstétricas de I trimestre realizadas/ Nº de ingresos prenatales antes de las 14 semanas | |
| Aumentar el número de gestantes, pareja y/o persona significativa que ingresan a talleres de preparación para el parto y crianza. | El 80% de gestantes ingresan a talleres prenatales | Talleres prenatales programados remotos y/o presenciales si la situación sanitaria lo permite | (Nº de gestantes que ingresan a educación grupal / Nº total gestantes que ingresan a control prenatal) | REM A27<br>REM P05 |
| Incorporar a la pareja u otro familiar significativo como sujeto activo durante el proceso reproductivo | Aumentar el porcentaje de mujeres que asisten a controles prenatales acompañada por sus parejas, familiares u otro respecto al año anterior si las circunstancias sanitarias y aforos lo permiten | Control prenatal acompañado de pareja, familiar u otro. | (N° de controles prenatales con acompañante/ Nº Total de controles prenatales realizados | REM A01 |
| Prevenir el Parto prematuro | Al 100% de las gestantes en control, se les evalúa, pesquisa y deriva al nivel secundario si existen factores de | Derivar precozmente a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo de parto prematuro, según Guía GES.(Nota: notificación GES | (Nº de gestantes con riesgo de parto prematuro derivadas al nivel secundario / Nº total de gestantes con | REM A05<br>Población de gestantes bajo control (prevalencia de ARO) |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | riesgo de parto prematuro | | riesgo de parto prematuro) | |
| Detectar embarazadas con riesgo biomédico | 100% de las embarazadas con riesgo biomédico se derivan al nivel secundario, para ser evaluadas por especialista, según protocolo | Derivar a ARO del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo biomédico, según protocolo de derivación de ARO vigente | (Nº de gestantes con riesgo biomédico *derivadas al nivel secundario / Nº total de gestantes con riesgo biomédico | REM A05<br>Población de gestantes bajo control (prevalencia de ARO |
| Detección y seguimiento de gestantes COVID(+) | 100% de gestantes COVID (+) con seguimiento por matrona y se deriva al ARO al alta para Ecografía, según protocolo | Realizar Seguimiento telefónico y derivar a ARO a todas las gestantes que presentes COVID (+) o se encuentren en cuarentena por contacto estrecho. | Nº de gestantes covid (+) o contacto estrecho bajo control/ Nº total de gestantes bajo control | |
| Realizar rescate o control telefónico a todas las gestantes inasistentes a control prenatal durante la contingencia por COVID 19 | 100% de las gestantes inasistentes a control prenatal son controladas por vía telefónica y re citadas a control prenatal | Realizar Rescate telefónico o control prenatal telefónico a todas las gestantes inasistentes a control prenatal presencial | Nº de gestantes inasistentes a control/ Nº total de gestantes bajo control | Rem 32 |
| Disminuir la transmisión vertical de la sífilis. | Al 100% de las gestantes, se les realiza examen VDRL antes de las 14 semanas de gestación , según normativa | Realización tamizaje de sífilis según normas vigentes.<br><br>Detección, tratamiento y seguimiento según normativa al 100% de las gestantes con serología reactiva. | Nº total de VDRL de gestantes, procesados en el primer trimestre de embarazo / Nº de gestantes que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación ) | REM A11<br>REM A05 |
| Disminuir la transmisión vertical del VIH y las ITS en gestantes. | Al 100% de las gestantes, se les realiza examen VIH al ingreso al control de embarazo según normativa. | Detección precoz de gestante viviendo con VIH según normas vigentes.<br><br>Detección y derivación según normativa del 100% de las gestantes con resultado (+) test de elisa | Nº total de VIH de gestantes, procesados en el primer y tercer trimestre de embarazo / Nº de gestantes que ingresan a control | REM 11<br>REM 05 |
| Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al | El 70% de las puérperas y recién nacidos son | Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido antes de los 10 días de vida. | Nº ingresos de RN a control de salud integral de puérperas y recién nacido antes de | REM A01<br>REM A05 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| RN antes de los 10 días de vida. | atendidos dentro de los 10 días de vida | | los 10 días de vida / Nº total de ingresos de RN a control antes de 28 días | |
| Detección de Depresión en el embarazo | 100% de gestantes con aplicación de Escala Edimburgo | Aplicar evaluación Psicosocial abreviada (EPSA) a las gestantes en control prenatal | Nº de gestantes con escala Edimburgo gestantes aplicada segundo control/Nº total de gestantes ingresadas) | REM A03<br><br>REM A05 |
| Aumentar la detección del riesgo biopsicosocial en gestantes (EPSA) | 90% de gestantes en control prenatal con EPSA aplicado | Aplicar Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA) a las gestantes en control prenatal | Nº de gestantes con EPSA aplicado al ingreso /Nº total de gestantes en control prenatal | REM A03<br>REMA05 |
| Apoyar a gestantes con 3 o más riesgos según EPSA | 90% de las gestantes que presentan 3 o más riesgos según EPSA reciben visita domiciliaria integral. | Visita domiciliaria integral (VDI) a gestantes con riesgo psicosocial, según evaluación realizada por el equipo de cabecera | (Nº de VDI realizadas a gestantes que presentan 3 o más riesgos según EPSA / Nº de gestantes en control que presentan 3 o más riesgos según EPSA) | REM P1 |
| Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por exceso y deficit. | 100% de derivación a consulta nutricional en gestantes con malnutrición por exceso y deficit. | Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso y deficit | Nº de gestantes con malnutrición por exceso bajo control, con consulta nutricional / Nº total de gestantes con malnutrición por Exceso y deficit) | REM P01 |

B.- VIH-ITS

| OBJETIVOS | META | ACTIVIDADES | INDICADORES | FUENTE DEL INDICADOR |
|---|---|---|---|---|
| Detección precoz de personas viviendo con vih con serología desconocida. | Brindar atención integral y de calidad al 100% de las personas que consulten por sospecha de ITS o VIH- SIDA. | Realizar consejería pre test al 100% de las personas que soliciten el test de Elisa. | Nº de personas con consejería pre y post test/ Nº total de personas que solicitan test de Elisa | REM A19 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Realizar consejería VIH pre test al 100% de las gestantes que ingresen a control prenatal. | | |
| Detectar, tratar y/o derivar oportunamente, en casos de serologías positivas | Realizar diagnóstico, tratamiento y/o derivación oportuna al 100% de los usuarios que consulten por ITS. | Realizar Consejería VIH- ITS al 100% de las personas que ingresen a control por ITS o VIH/SIDA.<br><br>Educar y reforzar las medidas preventivas de ITS-VIH/SIDA en colegios de la comuna.<br><br>Realizar control de morbilidad a todos los usuarios que consulten por sospecha de ITS. | Nº de consultas ITS/Nº de consejería de ITS realizadas<br><br>Nº de charlas educativas de prevención de ITS en colegios efectuadas | REM A19<br>REM A5<br><br>REM A19 |
| Disminuir la transmisión vertical de VIH y Sífilis.<br><br>Aumento de cobertura preventiva | Realizar derivación oportuna y según norma al 100% de los usuarios con VIH (+) confirmado por ISP.<br><br>100% de las embarazadas que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación acceden a tamizaje para sífilis<br><br>Realizar diagnóstico, tratamiento, derivación oportuna y seguimiento al 100% de las gestantes, puérperas y recién nacidos con VDRL reactivo.<br><br>Realizar diagnóstico, consejería y derivación oportuna del 100% los casos de VIH(+) confirmados por el ISP, en gestantes y puérperas en control. | Coordinar con nivel secundario, el ingreso de los casos de VIH (+), según norma.<br><br>Tamizaje para sífilis durante el embarazo.<br><br>Realizar notificación en boletín ENO de todos los casos de VIH(+), sífilis y gonorrea confirmados.<br><br>Manejo, según norma de todos los casos de sífilis y VIH (+) de embarazadas, puérperas y recién nacidos en control. | Nº de casos nuevos con VIH + derivadas a nivel secundario/ Nº total de casos nuevos VIH+<br><br>Nº total de VDRL de gestantes, procesados en el primer trimestre de embarazo / Nº de gestantes que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación<br><br>Notificaciones efectuadas/ Casos VIH +, sífilis, gonorrea confirmados | IC GES<br>F. CLINICA<br><br>EPIVIGILA<br>F. CLINICA<br><br>REM 11<br>REM A05<br><br>REM 11<br>F. Clínica<br>EPIVIGILA<br><br>Auditorias |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Evaluación integral de la mujer que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas. | Porcentaje de controles a mujeres que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas, según norma de referencia | Control de salud de la mujer que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas, antes de los 15 días del alta y entregar consejería en RF e ingreso a Regulación de Fertilidad Prevención aborto | (N º de controles de mujeres post aborto y otras pérdidas reproductivas/Nº total de mujeres post aborto y otras pérdidas reproductivas referidas desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología) | REM A01 |

## C.- Planificación Familiar

| OBJETIVOS | META | ACTIVIDADES | INDICADORES | FUENTE DEL INDICADOR |
|---|---|---|---|---|
| Fomentar la planificación familiar en mujeres y hombres usuarios de APS, en edad fértil. | Educar sobre uso correcto de métodos anticonceptivos al 100% de los usuarios, que ingresen a planificación familiar. | Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva<br><br>Orientación, consejería y prescripción de MAC<br><br>Ingreso y control de usuarios/as al programa de Regulación de Fecundidad | Nº de Consejerías en SSR otorgadas/Nº de consejerías solicitadas<br><br>Nº de usuarios ingresados al programa RF | REM A19<br><br>REM A5<br>CENSO P1 |
| Brindar atención de calidad a todos los usuarios que consulten por métodos anticonceptivos.<br><br>Facilitar el acceso de los adolescentes al uso de los métodos anticonceptivos. | Entrega de métodos anticonceptivos al 100% las/los usuarias/os que requieran un MAC según normativa de Regulación de Fecundidad | Rescate de puérperas adolescentes inasistentes a control de Regulación de la Fecundidad<br><br>Control preconcepcional. | Nº de puérperas adolescentes inasistentes que acuden a inicio de MAC | REGISTRO ELECTRONICO |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Disminuir la tasa de embarazo adolescente no deseado o por uso incorrecto de métodos anticonceptivos. | Qué el 100% de las puérperas de parto y aborto reciban consejería en Regulación de Fecundidad y MAC<br><br>Facilitar el acceso, mediante horario flexible, al 100% de los adolescentes que deseen iniciar un método anticonceptivo. | Educación sobre uso correcto de métodos anticonceptivos dirigidos a adolescentes en liceos y colegios de la comuna. | Nº de gestantes que ingresan a control con fracaso de MAC/Nº de gestantes que ingresadas<br><br>Nº de embarazos planificados | Ficha Clinica<br>REM 01<br>CENSO P1<br><br>REM 05 |

## D.- Cancer Cervicouterino y de Mamas

| OBJETIVOS | META | ACTIVIDADES | INDICADORES | FUENTE DEL INDICADOR |
|---|---|---|---|---|
| Disminuir la brecha de cobertura de mujeres de 25 a 64 años con papanicolau vigente respecto a cobertura nacional. | Disminuir 25% de brecha local con nacional de cobertura de mujeres de 25 a 64 años con papanicolau vigente cada tres años. | PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años | (Nº de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente / Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas) x 100<br><br>Nº de usuarias con PAP positivos derivadas (GES)/Nº total de mujeres con PAP positivos | CitoWEB<br><br>REM P12 Sección A Población de mujeres de 25 a 64 año<br><br>CENSO P1<br><br>IC GES F.CLINICA<br><br>REM P12 Sección C |
| Aumentar cobertura de examen mamografía<br><br>Aumentar la solicitud de mamografías en los grupos de mayor riesgo | Solicitar mamografia a mujeres entre los 50 a 69 años cada tres años.<br><br>EFM al 100% de mujeres en control ginecológico<br><br>Solicitar mamografía al 100% de mujeres con sospecha de nódulo | Mamografía a mujeres de 50 a 69 años<br><br>Educación de pesquisa precoz a través de EFM en horario habitual y ampliado. Solicitud de Mamografía en mujeres de riesgo y en | Nº de mujeres con Mamografía efectuada<br><br>Nº de mujeres con EFM<br><br>Nº de mujeres con mamografías alteradas y derivadas (GES)/ Nº | Población inscrita de mujeres de 50 a 69 años<br><br>F.CLINICA.<br><br>IC GES<br>F. CLINICA |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | maligno (solo si existe disponibilidad) | mujeres de 50 años, según disponibilidad de Plan de Resolución de Especialidades.<br><br>Derivación oportuna a nivel secundario de casos detectados. | de mujeres con mamografía alterada | |

## E- Infertilidad y Ginecológico/Climaterio

| OBJETIVOS | META | ACTIVIDADES | INDICADORES | FUENTE DEL INDICADOR |
|---|---|---|---|---|
| Promover la salud sexual y reproductiva | Aumentar la detección de factores de riesgo y derivar a especialista a parejas con infertilidad | Detectar y derivar en forma oportuna a especialista, a parejas con infertilidad | Nº de consultas en infertilidad / Nº de mujeres en edad fértil Inscrita validada | REM A 04 |
| Atención integral de salud ginecológica durante el ciclo vital. | Aumentar el % de acceso a control de salud integral ginecológica. | Control preventivo de salud integral ginecológica | Nº de mujeres en control preventivo ginecológico /Nº total de mujeres mayor a 10 años inscrita y validada | REM A01/ Población inscrita validada |
| Aumentar la cobertura del control de salud de la mujer en etapa de climaterio (45 a 64 años) | Aumentar cobertura en control de salud integral a mujeres en etapa de climaterio | Control de salud integral de la mujer en etapa de climaterio | N° de mujeres en control de salud integral en etapa de climaterio / N° de mujeres Entre 45 a 64 años | REM P1 |
| Aumentar prestaciones de acceso a control climaterio con prescripción TSH a mujeres cuya evaluación sea compatible para inicio de esta terapia. | Aumentar % de mujeres que acceden a TSH | Control climaterio | Nº de mujeres con prescripción de TSH / Nº de mujeres entre 45 a 64 años ingresadas en el programa climaterio | REM P1 |

*Fuente: Coordinadora comunal Programa Salud Sexual y Reproductiva*

- Programa de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)

| ÁREA ESTRATÉGICA: PROMOCIÓN | | | | |
|---|---|---|---|---|
| OBJETIVO | ACTIVIDAD | META | INDICADOR | FUENTE DEL INDICADOR |
| Contribuir a la promoción de hogares libres de contaminación por humo de tabaco. | Educación a gestantes, madres, padres o cuidadores de niños desde los 0 a 14 años con enfermedades respiratorias. | Acceder al 20% de población cuidadora de niños entre los 0 y 14 años con riesgo de padecer una IRA. | (Nº de participantes en actividades de educación antitabaco / Nº total de población entre 0 y 14 años) x 100. | REM 23<br>REM 27<br>Construcción en base a datos propios |

| ÁREA ESTRATÉGICA: PREVENCIÓN | | | | |
|---|---|---|---|---|
| OBJETIVO | ACTIVIDAD | META | INDICADOR | FUENTE DEL INDICADOR |
| Contribuir a la prevención del consumo de tabaco en mujeres gestantes, su familia y evitar la contaminación intradomiciliaria por humo de cigarro. | Taller Nº 1 "Taller antitabaco para gestantes" Programa CHCC | Acceder al 60% de las mujeres gestantes en control en el CESFAM | (Nº de gestantes en control con taller realizado / Nº gestantes en control) x 100 | REM 23<br>REM 27<br>ESTADISTICAS POBLACION BAJO CONTROL PROGRAMA DE LA MUJER<br>Construcción en base a datos propios |
| Contribuir a la prevención de infecciones respiratorias agudas desde el período de gestación, así como en RN y lactantes | Taller Nº 2 "Prevención de IRA para gestantes" Programa CHCC | Acceder al 60% de las mujeres gestantes en control en el CESFAM | (Nº de gestantes en control con taller realizado / Nº gestantes en control) x 100 | REM 23<br>REM 27<br>ESTADISTICAS POBLACION BAJO CONTROL PROGRAMA DE LA MUJER<br>Construcción en base a datos propios |
| Realizar VDI a lactantes menores con Score Moderado o Grave de Riesgo de Morir Por Neumonía | VDI a hogar del lactante | Realizar VDI al 100% de los lactantes derivados por enfermera(o) desde control niño sano | (Nº pacientes derivados a VDI / Nº VDI realizadas) x 100 | REM 23<br>REM 26<br>Construcción en base a datos propios |

| ÁREA ESTRATÉGICA: TRATAMIENTO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| OBJETIVO | ACTIVIDAD | META | INDICADOR | FUENTE DEL INDICADOR |
| Mantener y/o mejorar cobertura de atención en Sala IRA para pacientes de 0 a 14 años derivados desde el mismo CESFAM. | Control kinesiológico a pacientes de 0 a 14 años derivados desde el mismo CESFAM. | Controlar al 100% de pacientes de 0 a 14 años derivados a Sala IRA desde el mismo CESFAM. | (Nº de pacientes de 0 a 14 años controlados en Sala IRA / Nº de pacientes de 0 a 14 años derivados a Sala IRA) x 100. | REM 23 Construcción en base a datos propios |
| Mantener y/o mejorar cobertura de atención en Sala IRA para pacientes de 0 a 14 años derivados desde otros establecimientos de salud de la red (UEI, CAE, Hospitales) hacia el CESFAM. | Control kinesiológico a pacientes de 0 a 14 años derivados desde otros establecimientos de salud de la red (UEI, CAE, Hospitales) hacia el CESFAM. | Controlar al 100% de pacientes de 0 a 14 años derivados desde otros establecimientos de salud de la red (UEI, CAE, Hospitales) hacia el CESFAM. | (Nº de pacientes de 0 a 14 años controlados en Sala IRA / Nº de pacientes de 0 a 14 años derivados a Sala IRA desde otros establecimientos de salud de la red (UEI, CAE, Hospitales)) x 100. | REM 23 Construcción en base a datos propios |
| Mantener y/o mejorar calidad de vida de pacientes con patologías crónicas (Asma, SBOR) bajo control en Programa IRA. | Controles con Médico IRA programados durante el año. | Realizar al menos dos controles anuales con Medico IRA según Norma MINSAL a pacientes con patologías crónicas (Asma, SBOR) | (Nº de controles realizados por Medico IRA en el año / Nº de pacientes bajo control en Programa IRA) x 100 | REM 23 Construcción en base a datos propios |
| | Controles con Kinesiólogo IRA por reagudización de su patología crónica. | Controlar al 100% de los pacientes derivados a Kinesiólogo IRA por reagudización de su patología crónica, previa derivación de médico de la red pública de salud. | (Nº de controles realizados por Kinesiólogo IRA a pacientes reagudizados / Nº de pacientes controlados en Sala IRA por Kinesiologo IRA) x 100. | REM 23 Construcción en base a datos propios |
| | VDI según necesidad | Realizar VDI al 100% de pacientes en estudio de familia, según requerimiento. | Nº VDI realizadas / Nº Total de VDI Solicitadas | REM 23 REM26 Construcción en base a datos propios |
| | Realizar Espirometría o Flujometría según normas MINSAL | Realizar Espirometría o Flujometría al menos 1 vez cada dos años a pacientes con patologías crónicas en control en Sala IRA, según edad. | (Nº de Espirometrías y Flujometrías realizadas/Nº pacientes controlados que requieran espirometría/flujometría) x 100 | REM 23 Construcción en base a datos propios |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Monitoreo de uso de fármacos | Monitorear al menos 1 vez al mes el correcto uso de fármacos | Nº de monitoreos mensuales de correcto uso de fármacos | Construcción en base a datos propios |
| | Rescate de pacientes inasistentes | Realizar rescate de pacientes inasistentes al menos una vez al año, en época de menor carga asistencial de la Sala IRA | Nº de operativos de rescate de pacientes inasistentes en época de menor carga asistencial de la Sala IRA | Construcción en base a datos propios |
| Disminuir consultas por crisis y hospitalizaciones de pacientes con patologías agudas y crónicas (Asma, SBOR) controlados en Programa IRA | Realizar hospitalización abreviada según Normas MINSAL | Realizar hospitalización abreviada al 100% de los pacientes derivados a Sala IRA con esta indicación. | (Nº de HA realizadas / Nº de pacientes que requieren HA) x 100 | REM 23 Construcción en base a datos propios |
| | Realizar tratamiento de crisis según Normas MINSAL | Realizar al 100% de los pacientes derivados a Sala IRA con esta indicación. | (Nº de tratamiento de crisis realizadas / Nº de pacientes que requieren tratamiento de crisis) x 100 | REM 23 Construcción en base a datos propios |
| Disminuir morbimortalidad por Neumonía en controlados en Sala IRA | Difusión de protocolo de manejo de Neumonía a profesionales del CESFAM | Realizar por lo menos 1 vez al año difusión de protocolo de manejo de Neumonía a profesionales del CESFAM | Nº de difusiones de protocolo de manejo de Neumonía a profesionales del CESFAM | Construcción en base a datos propios |
| | Atención Kinesiológica oportuna según normativa a menores de 1 año con diagnóstico de Neumonía derivados a Sala IRA | Controlar al 100% de los pacientes menores de 1 año con diagnóstico de Neumonía derivados a Sala IRA | N(º de pacientes menores de 1 año con NAC controlados por Sala IRA/Nº de pacientes menores de 1 año con NAC derivados a Sala IRA) x 100 | REM 23 Construcción en base a datos propios |
| | Educación respecto a signos y síntomas de alarma a padres de los pacientes. | Realizar educación al ingreso agudo con kinesiólogo al 100% de los pacientes atendidos en Sala IRA. | Nº de educaciones realizadas al ingreso a Sala IRA / Nº de pacientes derivados a Sala IRA | REM 23 Construcción en base a datos propios |

| ÁREA ESTRATÉGICA: REHABILITACIÓN | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **OBJETIVO** | **ACTIVIDAD** | **META** | **INDICADOR** | **FUENTE DEL INDICADOR** |
| Otorgar cobertura de atención domiciliaria a pacientes con patologías crónicas como: Oxigeno dependientes, FQ, etc. | Visita domiciliaria (según indicación) a pacientes con patologías crónicas como Oxigeno dependientes, FQ, etc. | Realizar visita domiciliaria (según indicación) al menos una vez al año al 100% de los pacientes con patologías crónicas como Oxigeno dependientes, FQ, etc. | (Nº VDI realizadas/Nº pacientes patologías crónicas indicadas) x 100 | REM 23<br>REM26<br>Construcción en base a datos propios |

*Fuente: Coordinación comunal Programas Respiratorios*

- Programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA)

| ÁREA ESTRATÉGICA: PROMOCIÓN | | | | |
|---|---|---|---|---|
| OBJETIVO | ACTIVIDAD | META | INDICADOR | FUENTE DEL INDICADOR |
| Disminuir la prevalencia de tabaquismo | -Consejerías a fumadores<br>-Educación en establecimientos educacionales<br>-Taller grupal antitabaco<br>-Campaña comunal Promoción de Salud (PROMOS). | Disminuir en un 5% la prevalencia tabaquismo según los pacientes pesquisados. | - Tasa de cesación del tabaco. | Registro interno<br>REM 27<br>REM 19 |

| ÁREA ESTRATÉGICA: TRATAMIENTO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| OBJETIVO | ACTIVIDAD | META | INDICADOR | FUENTE DEL INDICADOR |
| Mejorar calidad de vida pacientes con EPOC | -Atención medica<br>-Atención kinésica<br>-Visita Domiciliaria integral<br>-Consejerías<br>-Espirometría<br>-Coordinación nivel secundario.<br>- Educación individual y a la familia. | Disminuir exacerbaciones<br>Disminuir hospitalizaciones por exacerbación. | -Tasa hospitalizaciones<br>-Tasa consultas urgencia<br>-Tasa exacerbaciones | REM 23<br>REM 19<br>REM 2 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Mejorar la calidad de vida pacientes con Asma | -Atención médica<br>-Atención kinésica<br>-Visita Domiciliaria Integral<br>-Consejerías<br>-Espirometrías<br>-Coordinación con nivel secundario<br>- Educación individual y a la familia. | Disminuir exacerbaciones<br>Disminuir hospitalizaciones por exacerbaciones | - Tasa de exacerbaciones anuales<br>- Tasa de consulta de urgencia<br>- Tasa de hospitalizaciones | REM 23<br>REM 19<br>REM 26 |
| Disminuir morbimortalidad por NAC | -Identificación del grupo de alto riesgo de fallecer por NAC<br>-Atención médica oportuna<br>-Atención kinésica oportuna<br>-Disponibilidad de fármacos<br>-Difusión de los protocolos de confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento de las NAC en el Centro de Salud<br>-Auditoria de fichas clínicas por el médico ERA<br>- Educación individual y a la familia. | Disminuir hospitalizaciones<br>Disminuir mortalidad | -Tasa NAC del Centro de Salud | REM 23<br>REM 19 |
| Cumplir Ley GES de Asma, EPOC y NAC | -Garantizar atención kinésica al 100% de la demanda<br>-Asegurar la toma de radiografía de tórax al 100% de las sospechas<br>-Asegurar el stock de fármacos<br>-Monitoreo continuo | Cumplir 100% garantías establecidas en la Ley GES | 100% cumplimiento GES | Registro hoja diaria GES |

| ÁREA ESTRATÉGICA: REHABILITACIÓN | | | | |
|---|---|---|---|---|
| OBJETIVO | ACTIVIDAD | META | INDICADOR | FUENTE DEL INDICADOR |
| Realizar rehabilitación pulmonar a pacientes con EPOC que cumplan criterios de inclusión | -Atención médica<br>-Atención kinésica<br>-Visita domiciliaría Integral<br>-Aplicar cuestionario de calidad de vida (Saint George)<br>-Aplicar índice de BODE<br>-Realizar test de marcha.<br>-Realizar espirometría<br>-Realizar Pimometría | Rehabilitar al 5% de pacientes con EPOC. | Tasa de pacientes rehabilitados | Registro interno<br>REM 23<br>REM 26 |

*Fuente: Coordinación comunal Programas Respiratorios*

## 6. PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACIÓN COMUNAL (PAC)

Se diseñó acorde con lo establecido en la Ley 19.378, y en el Reglamento de la Ley aprobado en el Decreto N° 2296, el cual define que las Entidades Administradoras de Salud Municipal deben formular anualmente su Plan Anual de Capacitación, el cual debe ser consistente con los lineamientos estratégicos de los programas de Formación de Recursos Humanos entregados por el Ministerio de Salud, con las prioridades del Plan de Salud Comunal y con las necesidades de capacitación del personal, especialmente orientado al fortalecimiento del Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitaria.

A continuación se presenta una tabla resumen donde se mencionan los ejes estratégicos y actividades de capacitación incorporadas en el Programa Anual de Capacitación, el cual se encuentra detallado en el Anexo N°1.

| EJES ESTRATÉGICOS | ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN |
|---|---|
| **EE2: Enfermedades crónicas, violencia y discapacidad** | Salud Primaria Inclusiva para Personas en Situación de Discapacidad y Sus Cuidadores |
| | Manejo y atención de pacientes con discapacidad intelectual |
| | Manejo y atención de pacientes con Neurodiversidad |
| **EE3: Hábitos de Vida** | Curso Salud familiar y comunitaria en APS |
| **EE8: Calidad de la Atención** | Herramientas básicas para los procesos de Calidad y Acreditación en Salud |
| | Herramientas para el Manejo del Estrés Laboral en Equipos de Atención Primaria de Salud |
| | Curso de Actualización en Programa de Infecciones Asociadas a Atención en Salud (IAAS) |
| **EE9: Emergencias, desastres y epidemias** | BLS ( Soporte Vital Básico) |
| **EE5: Equidad y Salud en todas las políticas** | Equidad de Género y Salud |
| **EE7: Institucionalidad del Sector Salud** | Gestión Local en Salud |

# 7. PLAN ESTRATÉGICO PARA EL DESARROLLO DEL ÁREA DE SALUD DE LA CMVA

## 7.1. Análisis FODA

Para el desarrollo del plan estratégico del Área de Salud de la CMVA, es necesario comenzar con un análisis de la realidad actual que presenta la Dirección de Salud, para lo cual se desarrolló un análisis FODA, que analiza las Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas con las cuales se presenta el trabajo realizado por parte de la Dirección de Salud en conjunto con los Centros de Salud de la comuna.

Tabla N°40: Analisis FODA del Área de Salud de la CMVA

| FORTALEZAS | OPORTUNIDADES |
|---|---|
| ✓ Aumento planta física, generando nuevos espacios de atención a la comunidad (CESFAM Las Américas y CECOSF Cien Águilas). | ✓ Reestructuración de la Dirección de Salud de la CMVA. |
| ✓ Inicio de construcción de SAPU de alta resolutividad (SAR) Adosado a CESFAM Eduardo Frei. | ✓ Apoyo de las autoridades municipales hacia el modelo de salud con enfoque comunitario. |
| ✓ Implementación de nuevas estrategias de salud con buena recepción por parte de la comunidad. | ✓ Fortalecimiento de la coordinación entre las Áreas de Educación y Salud. |
| ✓ Disponibilidad de recurso humano avanzado en el equipo de salud comunal con capacidad de administración gestión en salud. | ✓ Aumento del financiamiento en salud correspondiente a ingreso percápita. |
| ✓ Equipos clínicos presentes en los CESFAM de la comuna, con capacitación técnica en las diversas áreas de atención en salud. | ✓ Construcción del futuro Hospital Marga Marga. |
| ✓ Funcionarios clínicos y administrativos capacitados en el modelo de salud familiar y comunitario. | ✓ Proceso de concurso interno (Ley 21.308) permitirá regular la dotación de acuerdo con el Art. 14 del Estatuto de Atención Primaria. |
| ✓ Equipos de salud con resiliencia frente a crisis sanitaria y nuevos desafíos. | |
| ✓ Buena recepción por parte de los equipos de salud al cambio de administración de la CMVA. | |

| DEBILIDADES | AMENAZAS |
|---|---|
| ✓ CESFAM Eduardo Frei con planta física con crecimiento no acorde a las necesidades de la comunidad. | ✓ La pandemia por COVID 19 conllevó la necesidad de implementar protocolos de bioseguridad que afectaron la cantidad de pacientes atendidos por hora y obligó a la redistribución de funciones asistenciales y administrativas. |
| ✓ Falta de auditorios en todos los CESFAM para la realización de actividades comunitarias. | ✓ Aumento de costos operacionales por construcción e implementación de los nuevos centros de salud entregados durante el 2021. |
| ✓ Estructura jerárquica no regulada al interior de los centros de salud. | ✓ Construcción de centros de salud autofinanciados, imposibilita la postulación a ciertos fondos públicos. |
| ✓ Nombramiento de Jefaturas de programas y referentes de convenios sin contemplar experiencia ni competencias técnicas. | ✓ Incertidumbre en la continuidad de algunas estrategias implementadas durante el 2021 financiadas por convenios provenientes de SSVQ, como lo son por ejemplo Convenio Joven Sano, Espacios Amigables, Programa de Estrategias de Refuerzo En APS para enfrentar Pandemia COVID 19 (CESFAM A Tu Puerta). |
| ✓ Deficiencias en las estrategias de gestión clínica y administrativa de algunos programas de salud. | ✓ Dificultad de acceso a algunos Centros de Salud (CESFAM Las Américas, CECOSF Cien Águilas) por escasez de recorridos de locomoción colectiva. |
| ✓ Carencia de reglamento interno y reglamento de carrera funcionaria para el funcionamiento y gestión del Área de Salud. | ✓ Dificultad de acceso de los usuarios de localidades rurales y suburbanas. |
| ✓ Proyección deficiente de recurso humano e implementación de los nuevos centros de salud. | ✓ Pandemia COVID 19 ha generado un desgaste físico y emocional en los funcionarios de salud, que influye directamente en la salud mental. |
| ✓ Falta de renovación de la flota vehicular de APS de la comuna. | ✓ Producto de Pandemia COVID 19 un número importante de usuarios dejó de asistir a los centros de salud, lo que redujo la población bajo control y |

| | |
|---|---|
| | fomentó la descompensación de patologías crónicas. |
| ✓ Ausencia de asignación de horas protegidas a labores de gestión clínico administrativas de coordinadores de programa. | |
| ✓ Producto de la pandemia COVID 19 Los Centros de Salud no cuentan con Diagnósticos participativos actualizados. | |
| ✓ Ausencia de estrategias de programación de recursos clínicos | |

## 7.2. Líneas estratégicas y desafíos par el año 2022

### 7.2.1. Ejes de acción para el año 2022

La Dirección de Salud de la CMVA tiene como mirada estratégica el uso eficiente de los recursos públicos, el cumplimiento de los compromisos adquiridos y la mejora continua en salud mediante una estrategia de permanente innovación. Así también, nos enfrentamos a la continuidad de la pandemia de COVID-19, donde es primordial mantener las medidas preventivas de bioseguridad y aforos en nuestros espacios clínicos, siguiendo los lineamientos del "Plan Paso a Paso" implementado por el Ministerio de Salud.

Bajo este contexto, las estrategias de trabajo para el 2022 tienen como objetivo principal el fortalecer la Red Comunal de APS, intentando resolver las problemáticas detectadas en el análisis FODA realizado a nuestra Área de Salud, tanto en el ámbito externo (Amenazas) como interno (Debilidades), para lo cual el trabajo a realizar se divide en ejes estratégicos que se describen a continuación:

- Eje de Recursos Humanos
- Eje Clínico Asistencial
- Eje Desarrollo Organizacional
- Eje Comunitario
- Eje Financiero

- **Eje de Recursos Humanos:**

| | |
|---|---|
| Problemática detectada | ➢ Nombramiento de Jefaturas de programas y referentes de convenios sin contemplar experiencia ni competencias técnicas. |
| Objetivo | ✓ Ordenar y consolidar la información de la Carrera funcionaria de los trabajadores de la APS de Villa Alemana |
| Resultado esperado | • Implementación de un software que permita identificar y gestionar adecuadamente el recurso humano avanzado presente en cada uno de los Centros de Salud Municipal |

| | |
|---|---|
| Problemática detectada | ➢ La pandemia por COVID 19 ha generado un desgaste físico y emocional en los funcionarios de salud, que influye directamente en la salud mental. |
| Objetivo | ✓ Generar un Programa de Autocuidado para los funcionarios de la APS, con base en el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria. |
| Resultado esperado | • Mejorar la calidad de vida laboral, mediante la implementación de diversas estrategias de autocuidado, como por ejemplo: pausas saludables, jornadas de reflexión, celebración del día de APS, reconocimiento a la trayectoria laboral en APS, entre otros. |

- **Eje Clínico Asistencial:**

| | |
|---|---|
| Problemática detectada | ➢ La pandemia por COVID 19 conllevó la necesidad de implementar protocolos de bioseguridad que afectaron la cantidad de pacientes atendidos por hora y obligó a la redistribución de funciones asistenciales y administrativas. |
| Objetivo | ✓ Aumentar la cantidad de pacientes por hora y las actividades de Salud Familiar |
| Resultado esperado | • Reactivar paulatinamente las prestaciones de salud y comunitarias entregadas a los usuarios en los distintos Centros de Salud, de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud y el Plan "Paso a Paso" y planes de reactivación locales. |

| | |
|---|---|
| Problemática detectada | ➢ Ausencia de estrategias de programación para el óptimo uso de los recursos clínicos y físicos |
| Objetivo | ✓ Mejorar la gestión administrativa de los recursos clínicos y físicos disponibles en cada centro de salud. |
| Resultado esperado | • Implementar un sistema de confirmación de asistencia a citas con profesionales clínicos de los distintos Centros de Salud. |
| | • Creación de un sitio web y correos electrónicos institucionales. |
| | • Implementar un sistema digital de catastro y utilización de box clínico y salas de procedimientos. |

| | |
|---|---|
| Problemática detectada | ➢ Producto de la pandemia por COVID-19, un número importante de usuarios dejó de asistir a los centros de salud, lo que redujo la población bajo control y fomentó la descompensación de patologías crónicas. |
| Objetivo | ✓ Implementar planes de reactivación de programas de salud ministeriales |
| Resultado esperado | • Aumento de la población de pacientes crónicos bajo control.<br>• Aumento de la compensación de los pacientes con patologías crónicas. |

- **Eje Desarrollo Organizacional:**

| | |
|---|---|
| Problemática detectada | ➢ La estructura organizacional de la Dirección de Salud no está acorde con las actuales exigencias y lineamientos definidos en la Estrategia Nacional de Salud 2021-2030, relacionados con Gestión, Calidad e Innovación en Salud |
| Objetivo | ✓ Reestructurar la Dirección de Salud, potenciándola con recurso humano avanzado y equipamiento tecnológico. |
| Resultado esperado | • Establecer una organización jerárquica, creando nuevos cargos necesarios para mejorar la gestión clínico-administrativa del Área Salud. |

| | |
|---|---|
| Problemática detectada | ➢ Deficiencias en las estrategias de gestión clínica y administrativa de algunos programas y convenios de salud. |
| Objetivo | ✓ Mejorar las competencias de gestión de los jefes de programas y encargados de convenios para la mejor utilización de los recursos en salud. |
| Resultado esperado | • Establecer un programa de trabajo entre los coordinadores de programas y convenios y las Unidades Técnica y Administrativa del Departamento de Salud. |

- **Eje Comunitario:**

| | |
|---|---|
| Problemática detectada | ➢ Falta de auditorios y salas de reuniones en todos los CESFAM para la realización de actividades comunitarias. |
| Objetivo | ✓ Retomar paulatinamente las actividades de salud comunitaria. |
| Resultado esperado | • Retomar actividades de promoción de salud en la comunidad (talleres, educaciones grupales), ya sea en junta de vecinos, colegios, jardines infantiles entre otros. |

| | |
|---|---|
| Problemática detectada | ➢ Dificultad de acceso a algunos Centros de Salud, ya sea por falta de recorridos de locomoción colectiva, por pertenecer a localidades rurales o por discapacidad funcional del usuario. |
| Objetivo | ✓ Mejorar el acceso acercando las prestaciones de salud a la comunidad, a través de red de transporte público y/o atenciones domiciliarias para usuarios con dificultades funcionales o sociales individuales. |
| Resultado esperado | • Dar continuidad a estrategias de refuerzo de pandemia COVID 19 de atención domiciliaria implementadas en 2021, como lo es la Estrategia CESFAM A Tu Puerta<br>• Iniciar estudio de factibilidad con el objetivo de implementar a mediano plazo una Posta de Salud Rural (PSR) en la localidad de El Patagual o Quebrada Escobares.<br>• Promover en la municipalidad la creación o modificación de recorridos de locomoción colectiva que faciliten acceso a los centros de salud. |

| | |
|---|---|
| Problemática detectada | ➢ Producto de la Pandemia por COVID 19, los Centros de Salud no cuentan con diagnósticos participativos actualizados. |
| Objetivo | ✓ detectar las reales necesidades de salud de nuestros usuarios y su entorno, para enfocar las estrategias de trabajo en un próximo plan comunal. |
| Resultado esperado | • Realizar un diagnóstico comunitario en cada centro de salud, de forma organizada y acorde a los lineamientos del plan "Paso a paso". |

- **Eje Financiero:**

| | |
|---|---|
| Problemática detectada | ➢ Aumento de los costos operacionales debido a la construcción e implementación de los nuevos centros de salud autofinanciados, lo que imposibilita la postulación a ciertos fondos públicos de salud. |
| Objetivo | ✓ Consolidar aportes municipales necesarios para la gestión de salud 2022.<br>✓ Aumentar el ingreso de fondos provenientes de la población validada por Fonasa (per cápita).<br>✓ Mejorar la utilización de los recursos financieros asociados a Programas de Refuerzo APS (convenios). |
| Resultado esperado | • Monitorear y fomentar estrategias de inscripción per cápita de los vecinos de la comuna de Villa Alemana.<br>• Planificar estratégicamente la implementación clínica y financiera de los Programas de Apoyo a la APS a través de una entidad coordinadora de los mismos presente en la Dirección de Salud. |

### 7.2.2. Desafíos del área salud para el año 2022

Las estrategias de innovación desarrolladas el año 2021 permitieron adquirir con recursos propios un moderno Laboratorio Clínico, al cual se le anexó un Laboratorio de Biología Molecular para realizar los exámenes de PCR en nuestra comuna, con apoyo desde el MINSAL. El desafío para el año 2022 será poder mantener con nuestros recursos, toda vez que el COVID-19 se transforme en una endemia y cese la entrega de apoyo ministerial.

Además, contamos con un Ecotomógrafo de última generación que permite realizar ecotomografías abdominales, mamarias y obstétricas; dos equipos de rayos digitales para radiografías osteopulmonares; Unidad Oftalmológica de Atención Primaria (UAPO) equipada con moderna tecnología que nos permiten realizar Fondos de Ojo a todos nuestros pacientes diabéticos y evaluar la visión de nuestra población entre 15 y 64 años, lo cual nos permite realizar diagnósticos oportunos y entregar lentes a quienes lo requieran.

El Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) nos permite solucionar la patología de urgencia Médica, Enfermería y Dental fuera de los horarios de atención de lunes a viernes de 17:00 a 24:00 horas, Sábado Domingos y Festivos de 08:00 a 24:00 horas.

Un Densitómetro óseo y un Mamógrafo, que nos permite evaluar, diagnosticar y derivar patologías de amplia relevancia en adultos mayores y mujeres (Osteoporosis y Cáncer Mamario), lo que contribuye al diagnóstico oportuno permitiendo una derivación y un tratamiento precoz de orden curativo. Lo que permitirá iniciar el proyecto de Atención de Climaterio en atención primaria, con apoyo de médico Ginecólogo y terapias de sustitución hormonal que permitirán mejorar la calidad de vida de nuestras usuarias.

También, la comuna de Villa Alemana tiene el centro de actividad física Vida Activa, el cual fue enfocado en la atención de pacientes con patologías cardiovasculares que se ven beneficiados por la integración terapéutica de la actividad física guiada. El cual deberá integrarse a la red de rehabilitación comunal, con el fin de ampliar el grupo de usuarios beneficiarios, que actualmente son los adultos mayores y los jóvenes con patologías crónicas metabólicas.

Otra de las estrategias que se han implementado es la instalación e implementación de dos nuevas salas de estimulación infantil, una de las cuales se instalará en el Cesfam Las Américas y otra en la Avanzada Cornelio Guzmán. Concretándose así un anhelo de los equipos de salud y de la comunidad, las cuales aportan a dar mayor accesibilidad a los infantes con rezago psicomotor, permitiendo una intervención temprana y de calidad por parte de los equipos interdisciplinarios, a los cuales se les amplio su jornada laboral en beneficio de nuestra comunidad.

A partir de lo anterior y logrando dar respuestas a necesidades sentidas de agrupaciones, familias y usuarios con discapacidad, se generará una estrategia de abordaje transdisciplinaria enfocado a brindar servicios, entendido estos como la entrega de una serie de prestaciones que tienen como objetivo propender al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de las personas con discapacidad (Desde ahora PcD) y sus familias. Para lograr lo anteriormente expuesto, se creará un Centro de Tránsito a la Vida Independiente (Desde ahora CTVI) que se ubicará en el segundo piso del CESFAM Las Américas, el cual cuenta con ascensor (con generador eléctrico) y baño adaptado para PcD. El CTVI viene a entregar la posibilidad de que a través de diversas prestaciones en el ámbito de la salud, educación, rehabilitación, habilitación, continuidad de estudios, inserción laboral y participación comunitaria permitiendo que personas con discapacidad y sus familias logren desarrollar la autonomía

e independencia necesaria para generar un proceso integral de inclusión y participación social, dando respuesta de esta manera a los requerimientos básicos emanados de la Convención Internacional de los Derechos. El CTVI estará conformado por tres áreas de intervención: área social, equipo interdisciplinario para atención de usuarios con discapacidad y vinculación con el medio. Respecto de esta última área, se busca implementar una estrategia de trabajo en red, donde se releven distintos actores sociales que permitan entregar una amplia gama de prestaciones a las personas con discapacidad y sus familias, de tal forma que el vínculo se mantenga a lo largo del ciclo vital de la persona, siendo capaces de entregar oportunidades de desarrollo que trasciendan al área de la salud, sino que al ámbito de la participación social. En suma, la misión del CTVI será ser un articulador de diversos actores de la comunidad con la finalidad de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y la participación social de personas con discapacidad y sus familias, con un enfoque de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) y desde una perspectiva biopsicosocial, tal como lo designa el Modelo de Salud Familiar.

Otro proyecto innovador es el desarrollo de la estrategia CESFAM A Tu Puerta, el cual surge por las necesidades de atención domiciliaria en el contexto de la pandemia COVID 19 y el cual se financió con recursos extras y transitorios aportados por el Minsal durante el año 2021. CESFAM A Tu Puerta consiste en dos equipos multidisciplinarios (médicos, enfermeras, Terapeutas Ocupacionales, Psicólogos, Kinesiólogos, Tens, Nutricionistas) que cubren las necesidades de atención clínica domiciliaria de los pacientes que son derivados desde los equipos de salud, toda vez que se verifica que la asistencia a los centros de salud es un riesgo o una dificultad de acceso significativa para ellos. La evaluación positiva por parte de la comunidad, de los equipos de salud y los altos indicadores estadísticos posicionan el trabajo realizado como una estrategia innovadora que apunta a un trabajo territorial, más cercano a la comunidad que presenta mayores dificultades de acceso a las atenciones de salud. Este proyecto cuenta con dos vehículos de transporte de personal, indispensables para el desarrollo de la estrategia, los cuales también son financiados por el aporte transitorio del Minsal durante el año 2021. CESFAM A Tu Puerta es un desafío estratégico, al cual se espera dar continuidad para el año 2022, toda vez que aporta al desarrollo del modelo de salud familiar, con un enfoque de trabajo territorial, multidisciplinario e integral.

La incorporación de nuevas tecnologías informáticas, como la línea de solicitud de atención médica Línea 800 000 039 han permitido no solo mejorar el acceso a la atención si no también la calidad de esta, disminuyendo tiempo de espera y evitando la solicitud presencial para conseguir una citación, sumado a la presencia de Tótem de registros de llegada y otorgamiento de números de atención, ha permitido controlar los aforos de atención en cada uno de nuestros centros de salud. Para el año 2022 se espera poder ampliar la solicitud de atención remota a Cesfam Las Américas y Cecosf Cien Águilas, en conjunto a la ampliación de otros profesionales en la cartera de opciones de la Línea 800 000 039.

Otro de los desafíos para el año 2022 es la implementación un nuevo modelo de salud mental y psiquiatría comunitaria, liderado por un médico especialista del área. El abordaje de los trastornos de salud mental en el contexto de la atención primaria es fundamental, pues es la puerta de entrada de la gran mayoría de usuarios al sistema de salud. Se ha calculado que los centros de atención primaria atienden anualmente alrededor del 75% de la población: más de 14 millones de personas, según los registros del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y diferentes estudios indican que los trastornos mentales ocuparían aproximadamente un 30% de los problemas de salud atendidos en atención primaria predominando los trastornos del ánimo y ansiedad, además del incremento progresivo del uso de sustancias en poblaciones de riesgo etario y social.

Objetivo general: promover una perspectiva biopsicosocial real centrada en la persona quién es parte activa de los equipos de atención de salud primaria. Reconocer la individualidad subjetiva integrando lo psíquico, afectivo y físico desde una perspectiva holística comprendiendo que esa interpretación no es un adorno humanístico y sensible, sino un componente tecnológico y humano, indispensable para una aproximación asistencial de calidad7.

Objetivos específicos:

- Mejorar el nivel de salud de las personas, promoviendo la salud mental, mejorando su capacidad individual y colectiva para prevenir los trastornos mentales, y brindar atención integral de salud, accesible, oportuna y eficaz a las personas con trastornos mentales en la Atención Primaria de Salud.
- Desarrollar acciones de promoción de la salud mental y de factores protectores de la salud mental a través de talleres grupales para usuarios y equipo de funcionarios.
- Desarrollar acciones de prevención de factores de riesgo de la salud mental y los trastornos mentales por ciclo vital y coordinación con programas vigentes a través de intervenciones preventivas con talleres grupales y fomentar desarrollo de actividades que propicien canales sublimatorios.
- Detección precoz, diagnosticar y proporcionar una atención integral desde un enfoque familiar integrando al ciudadano con trastorno mental.

Dada la situación actual por la pandemia del COVID-19 se han realizado las modificaciones necesarias, según indicación y normativa sanitaria ministeriales, para el resguardo y seguridad de nuestros funcionarios y usuarios. Dentro de las modificaciones más importantes destacan las realizadas a las unidades de atención odontológica. Las cuales han requerido de importantes intervenciones estructurales que permitan el control de aerosoles, presencia de ventilación forzada y bioseguridad en la atención clínica. Con ello poder enfrentar la postergación de la demanda odontológica que ha impuesto la pandemia, y poder retomar las atenciones preventivas, recuperativas y de rehabilitación de la salud oral que requieren nuestros usuarios para el año 2022.

## 8. CONCLUSIONES FINALES

Luego de haber abordado en extenso los determinantes de la salud que integran el Plan de Salud Comunal 2022, el cual fue elaborado con énfasis en el trabajo territorial y comunitario, con sustento en el Modelo de Salud Familiar de nuestro país. Los principales desafíos a enfrentar se relacionan directamente con las necesidades de la comunidad, las que han sido pospuestas por diferentes razones y que actualmente se están abordando en los ejes estratégicos de la gestión de salud para el año 2022, con un fuerte componente intersectorial que nos permita cumplir con los objetivos locales propuestos.

El énfasis que se otorgará al cuidado de los trabajadores de la salud, tiene como base el reconocimiento de un grupo humano que se ha visto continuamente expuesto a necesidades y demandas por parte de nuestra comunidad, lo que se ha incrementado más aún durante la pandemia COVID-19, afectando su salud mental y física.

Mejorar las competencias de nuestros funcionarios en forma coherente con los desafíos planteados, se ve reflejado en un Plan de Capacitación que recoge tanto las necesidades de los equipos de salud y los requerimientos ciudadanos, enmarcado dentro de los lineamientos del Ministerio de Salud. Lo anterior permitirá entregar herramientas estratégicas a nuestros funcionarios: trabajo en equipo, programación de trabajo intersectorial y comunitario, actualización de conocimientos clínicos, entre otras temáticas.

Estos grandes desafíos, de los cuales se hace parte el nuevo Programa Municipal en su eje de salud, no podrán ser abordados sin la necesaria inyección de recursos económicos desde el municipio, debido a que enfrentaremos la implementación de los nuevos Centros de Salud, el incremento de las remuneraciones de los funcionarios, los gastos asociados a la pandemia COVID-19 y los costos asociados a las nuevas estrategias expuestas en el presente Plan de Salud.

Históricamente la Municipalidad de Villa Alemana ha entregado un aporte económico anual promedio de $1.200.000.000 a la Corporación Municipal, pero en el año 2021 este aporte se redujo a la suma de $600.000.000, destinado sólo a las Áreas de Educación y Menores, sin aporte al Área de Salud. En la actualidad, dada la contingencia actual de Emergencia Sanitaria debido a la pandemia por COVID-19, la necesidad de este aporte cobra mayor relevancia y que es necesario restituir para el año 2022, más aún tomando en cuenta la realidad regional donde somos APS con uno de los más bajos aportes municipales, lo cual no se correlaciona con la población beneficiaria de cada comuna.

No debemos olvidar que cada peso invertido en la Atención Primaria genera una rentabilidad social relacionada con la salud de nuestra comunidad, debido a lo cual en nuestro presupuesto se plantea la necesidad de un aporte Municipal al Área deSalud de al menos $1.000.0000 anuales, recursos que contribuirán directamente a mejorar el bienestar y calidad de vida de nuestros vecinos y vecinas.

# Anexo Nº1: Plan Anual de Capacitación Comunal

| Planificación Programa Anual Capacitación Autogestionado | |
|---|---|
| El Comité Comunal de Capacitación para el año 2022, autorizará y validará para la carrera funcionaria, bajo Ley 19.378, la realización de cursos autogestionados, en relación a temáticas atingentes a las funciones en Atención Primaria de Salud, que se enmarquen en Ejes Estratégicos de Capacitación 2022, definidos por el MINSAL. | |
| **EJES ESTRATÉGICOS** | **DESCRIPCIÓN** |
| **EE1: ENFERMEDADES TRANSMISIBLES** | 1- Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y emergentes: Plan Nacional de Inmunizaciones, Notificaciones (ENO), Vigilancia epidemiológica VIH/SIDA y Sífilis, Tuberculosis, Enfermedad Meningococica, Influenza, Zoonosis y Enfermedades Vectoriales. |
| **EE2: ENFERMEDADES CRÓNICAS, VIOLENCIA Y DISCAPACIDAD** | *-Reducción de la mortalidad la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismo.<br>- Gestión de brechas operacionales necesarias para generar la oferta requerida por la demanda de prestaciones, derivadas de problemas de salud garantizados, asegurar la oportunidad(resolutividad y derivación) y calidad en el acceso a las garantías explicitas en salud.<br>- Estrategias y metas para la protección en enfermedades cardiovasculares (GES), Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, Enfermedad Renal Crónica, Cáncer, Enfermedad Respiratoria Crónica, Trastornos Mentales, discapacidad, salud bucal, accidentes del tránsito, violencia de género.<br>- Atención integral del paciente con accidente cerebro vascular.<br>- Diagnóstico y manejo del infarto agudo al miocardio.<br>- Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca.<br>- Protocolos en cáncer (GES): Diagnóstico y tratamiento cáncer en niños y adultos, cuidados paliativos, prevención del cáncer bucal, protocolos en cáncer.<br>- Protocolos de atención en diabetes (GES), Prevención de complicaciones (pie diabético, retinopatía, daño renal, etc.). Adherencia al tratamiento de la diabetes (insulinoterapia, régimen alimenticio).<br>- Estrategias de detección temprana y derivación oportuna de pacientes con sospecha de enfermedad renal crónica, consejería para el autocuidado en pacientes con enfermedad renal crónica.<br>- Detección temprana del asma bronquial, control y manejo de adulto con asmabronquial.<br>- Control y manejo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).<br>- Salud Mental, abordaje de la depresión, salud mental infanto adolescente.<br>- Actualización de conocimientos en el abordaje de la Fibromialgia en APS.<br>- Sistema de calificación y certificación de discapacidad en red.<br>- Atención integral de niños y niñas con problemas de hipoacusia temprana,<br>- Valorización geriátrica integral.<br>- Salud bucal: promoción de la salud bucal en niños y niñas, prevención de caries en preescolar. |
| **EE3: HÁBITOS DE VIDA** | *- Reducir los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables.<br>- Énfasis en el desarrollo del Modelo de Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria, con enfoque de Redes y Satisfacción Usuaria.<br>- Énfasis en la estrategia de atención primaria de salud (APS): Promoción de la salud y prevención de la enfermedad (obesidad infantil, promoción de hábitos de alimentación saludables, promoción de la lactancia materna, conducta sexual segura en adolescentes y jóvenes, consejería en vida sana), estilos de vida y espacios saludables, autocuidado, protección de la salud, detección precoz de factores de riesgo (consumo de tabaco, alcohol y drogas), reducción de la discapacidad asociada a estilos de vida, prevención de problemas derivados del envejecimiento. |
| **EE4: CURSO DE VIDA** | • Reducir la mortalidad y morbilidad, mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital. Incorpora indicadores y metas en las distintas etapas relacionadas con las etapas de la vida; salud perinatal, salud infantil (rezago del desarrollo psicomotor), salud del adolescente (prevención suicidio), embarazo del adolescente, accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales, Salud de la Mujer Climatérica y de Salud de la Persona Mayor. |
| **EE5: Equidad y Salud en todas las políticas** | • Reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos en la Salud.<br>• Temática vinculada con medición de desigualdades.<br>• Temáticas vinculadas a género, salud intercultural y migrantes. |
| **EE6: Medio Ambiente** | • Proteger la salud de la población a través del mejoramiento de las condiciones ambientales y de la inocuidad de los alimentos.<br>• Mejoramiento de las condiciones ambientales causantes de enfermedad. |

| | |
|---|---|
| **EE7: Institucionalidad del Sector Salud** | • Modelo de Gestión de Redes Asistenciales y al concepto de trabajo en red intra y extra sectorial para el logro de objetivos de salud.<br>• Gestiones asistenciales para la pertinencia de la referencia de Servicios de Salud y fomento de la gestión ambulatoria de la atención de los pacientes crónicos en APS.<br>• Gobernanza y Participación.<br>• Derechos de la ciudadanía y usuarios.<br>• Incorporación de la telemedicina y otras tecnologías para brindar asesoría remota de apoyo al diagnóstico y tratamiento médico.<br>• Sistema de información de la red asistencial (SIDRA), incorporación al gobierno electrónico, Agenda Digital, manejo del Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE), Manejo del Sistema Chile Compras, gestión logística de establecimientos de salud. |
| **EE8: Calidad de la Atención** | • Mejorar la calidad de la atención de Salud en un marco de respeto de los Derechos de las personas.<br>• Mejoramiento de Acceso, Oportunidad y Continuidad de la atención<br>• Tecnologías sanitarias priorizadas y calidad de medicamentos (fármacovigilancia, reporte de efectos adversos y uso racional de medicamentos).<br>• Desarrollo de sistemas de vigilancia, control y evaluación de indicadores y estándares de calidad de la atención; reducción de tasas de infecciones intrahospitalarias (IAAS), ulceras por presión (UPP), prevención de caídas, prevención de eventos adversos, iatrogenias y otros indicadores calidad y seguridad.<br>• Aplicación de medidas de prevención de riesgos biológicos, físicos, mecanismos y de factores causantes de enfermedad y de problemas de salud adicionales.<br>• Análisis de procesos y de prácticas asociadas de trabajo.<br>• Promoción, desarrollo difusión e intercambio de buenas prácticas.<br>• Disminución de la insatisfacción usuaria (centros de salud APS y en atención de urgencias).<br>• Dignidad del Paciente, gestión de calidad, gestión clínica, desarrollo de competencias de atención al usuario y solución de problemas, registros, seguridad del equipamiento, seguridad de las instalaciones y servicios de apoyo.<br>• Responsabilidad del funcionario en el respeto de los Derechos de los Usuarios, trato al usuario, protocolos de atención, monitoreo y seguimiento del trato amable, digno, acogedor, inclusivo y de no discriminación. |
| **EE9: Emergencias, desastres y epidemias** | • Gestión de riesgo en los ámbitos de preparación, respuesta y recuperación inmediata del sector salud ante emergencias y desastres.<br>• Gestión integral del riesgo en emergencias, desastres y epidemias para el sector salud.<br>• Elaboración y actualización de planes de gestión de riesgos en emergencias, desastres y epidemias.<br>• Desarrollo de la estrategia de establecimientos seguros frente a emergencias y desastres.<br>• Desarrollo y gestión de las telecomunicaciones ante emergencias y desastres.<br>• Estrategia para la protección de la salud mental ante emergencias, desastres y epidemias, respuesta intersectorial, apoyo familiar y comunitario para la prevención, cuidado y promoción del bienestar psicosocial de la población en situaciones de emergencias, desastres y epidemias.<br>• Primeros auxilios psicológicos o primara ayuda psicológica con énfasis en situaciones de emergencias, desastres y epidemias. |

**PLAN DE CAPACITACIÓN 2022 PERSONAL ESTATUTO ATENCIÓN PRIMARIA**
**(LEY 19.378 SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR QUILLOTA, COMUNA VILLA ALEMANA)**


ELABORADO POR:

Dra. Gabriela Delgado, Encargada Capacitación CESFAM Villa Alemana
Dra. Carla Muñoz, Encargada Capacitación CESFAM Eduardo Frei
Dra. Francisca Illanes, Encargada Capacitación CESFAM Las Américas
Dra. Paulina Vargas, Encargada Capacitación CESFAM Juan Bautista Bravo


Fecha Elaboración: 27 octubre 2021

**PROGRAMA CAPACITACION 2022 PERSONAL ESTATUTO ATENCION PRIMARIA (LEY 19,378)COMUNA DE VILLA ALEMANA**

| EJES ESTRATEGICOS | ACTIVIDADES DE CAPACITACION | OBJETIVOS EDUCATIVOS | N° DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA | | | | | | TOTAL | Cursos | N° DE HORAS PEDAGOGICAS | OFERENTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | A | B | C | D | E | F | | | | |
| EE2: Enfermedades crónicas, violencia y discapacidad | Salud Primaria Inclusiva para Personas en Situación de Discapacidad y Sus Cuidadores | 1.Conocer las actuales técnicas y herramientas para la atención de personas con discapacidad y adultos mayores, comprendiendo los elementos claves que contempla el cambio de paradigma desde la atención asistencialista, al empoderamiento del paciente.Discriminar entre las normativas jurídicas que orientan los procedimientos para realizar atención domiciliaria en APS y cuales corresponden a la atención secundaria en salud (flujograma de derivación).<br>2.Establecer habilidades de trabajo colaborativo para equipos de trabajo interdisciplinarios en APS dentro del marco del modelo MAIS incorporando los criterios que orientan a una atención inclusiva, humana y de calidad.<br>3.Diseñar modelos de educación con enfoque en salud, orientados a la promoción y difusión de temáticas que aborden la concientización y el empoderamiento de la comunidad y el intersector.<br>4.Conocer el marco normativo general, enfoque de derechos y principales conceptos asociados a discapacidad.<br>5.Aprender el uso correcto del lenguaje en discapacidad. | 8 | 12 | 8 | 2 | 0 | 0 | 30 | 2 | Por determinar | Por Definir |
| | Manejo y atención de pacientes con discapacidad intelectual | 1.Enseñar recepción y manejo iniciales del paciente con DI: Manejo adecuado del paciente, maneras de evaluarlo y detectar necesidades en salud.<br>2.Conocer consideraciones médicas de las 3 principales condiciones relacionadas con DI (S. de Down, parálisis cerebral y TEA).<br>3.Relacionar consideraciones nutricionales que pueden existir en distintas condiciones médicas asociadas a DI<br>4.Relacionar consideraciones kinesiológicas que pueden existir en distintas condiciones médicas asociadas a DI<br>5.Relacionar consideraciones odontológicas que pueden existir en distintas condiciones médicas asociadas a DI | 12 | 12 | 12 | 4 | 0 | 0 | 32 | 1 | Por determinar | Por Definir |
| | Manejo y atención de pacientes con Neurodiversidad | 1.Conocer qué es la Neurodiversidad en sus diferentes dimensiones para abordar las distintas necesidades de los usuarios (dislexia, dispraxia, déficit atencional con hiperactividad o que pertenecen al espectro autista).<br>2. Reconocer las realidades y particularidades de los usuarios , y como ello inside en la forma de sentir, relacionarse y aprender.<br>3.Conocimientos básicos de neurodesarrollo y procesos cognitivos.<br>4. Desarrollo de la salud mental de niños y adolescentes para su abordaje en contexto de APS (diagnóstico precoz, intervención, cuando derivar a especialista)<br>5.Detectar barreras para lograr un atención inclusiva y elaborar estrategias para superarlas.<br>6.Identificar herramientas para la gestión del estrés en cuidadores de usuarios con neurodiversidad, facilitando la creación de ambientes emocionalmente saludables para usuario y su familia. | 16 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 32 | 1 | Por determinar | Por Definir |
| EE3: Hábitos de Vida | Curso Salud familiar y comunitaria en APS | 1.Conocer el concepto de familia y sus características.<br>2.Definir etapas del ciclo vital individual y familiar.<br>3.Identificar los elementos del modelo de salud familiar y comunitaria en APS.<br>4.Aplicar los diversos instrumentos de valoración familiar.<br>5.Reconocer elementos de una Visita Domiciliaria Integral.<br>6.Identificar los elementos de la consejería familiar e intervención en crisis.<br>7.Aplicar estrategias facilitadoras de la participación comunitaria en salud.<br>8.Describir etapas de un Diagnóstico Participativo. | 6 | 10 | 10 | 4 | 2 | 0 | 32 | 2 | Por determinar | Por Definir |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EE8: Calidad de la Atención | Herramientas básicas para los procesos de Calidad y Acreditación en Salud | 1.Conocer los elementos fundamentales de las garantías explícitas en el marco actual de la reforma de salud.<br>2.Aplicar el concepto de calidad y seguridad de los pacientes, herramientas y metodologías de evaluación.<br>3.Conocer el marco regulatorio que rige al proceso de Acreditación en Salud.<br>4.Conocer los estándares de acreditación vigentes y su aplicación.<br>5.Conocer y aplicar en la práctica los estándares generales de acreditación de atención abierta.<br>6.Utilizar herramientas de desarrollo organizacional para implementar cambios necesarios para la Acreditación. | 8 | 8 | 8 | 4 | 2 | 2 | 32 | 1 | Por determinar | Por definir |
| | Herramientas para el Manejo del Estrés Laboral en Equipos de Atención Primaria de Salud | 1.Conocer y desarrollar herramientas de autocuidado y manejo del estrés que facilite la comprensión e intervención integral del fenómeno humano en el ámbito de las personas y las organizaciones.<br>2. Desarrollar conocimientos y habilidades para enfrentar de mejor forma el estrés a través de ejercicios y prácticas de relajación.<br>3. Conocer y entrenar herramientas de autocuidado y prevención del estrés, favoreciendo la toma de conciencia, desarrollo y fortalecimiento de competencias individuales y colectivas, para identificar, prevenir y afrontar síntomas y consecuencias del estrés y burnout, asociados especialmente al tipo de trabajo que desarrollan los funcionarios de atención primaria de salud. | 4 | 6 | 10 | 6 | 3 | 3 | 32 | 2 | Por determinar | Por Definir |
| | Curso de Actualización en Programa de Infecciones Asociadas a Atención en Salud (IAAS) | Programa Nacional IAAS.<br>- Programa de vigilancia nacional.<br>- Programas obligatorios nacionales.<br>- Tasas e indicadores de IAAS.<br>- Vigilancia activa y pasiva.<br>- Enfermedades de vigilancia obligatorias.<br><br>ESTERILIZACIÓN, DESINFECCIÓN Y AISLAMIENTO<br>- Esterilización.<br>- Desinfección.<br>- Aislamiento.<br>- Técnica aséptica.<br>- Uso de antisépticos y desinfectantes. | 4 | 6 | 10 | 6 | 3 | 3 | 32 | 2 | Por determinar | Por Definir |
| EE9: Emergencias, desastres y epidemias | BLS ( Soporte Vital Básico) | 1.Capacitar a los participantes para salvar vidas de víctimas de paro cardiaco a través de técnicas de reanimación cardiopulmonar (RCP) de alta calidad, utilizando procedimientos necesarios para realizar una RCP en entornos tanto intrahospitalarios como extrahospitalarios.<br>2.Iniciar la cadena de supervivencia.<br>3.Reconocer rápidamente un paro cardiaco en menos de 10 segundos.<br>4.Realizar una RCP de alta calidad y con rapidez siguiendo la secuencia C-A-B (adultos/niños/lactantes).<br>5.Utilizar un DEA con prontitud (adultos/niños/lactantes).<br>6.Realizar las ventilaciones apropiadas.<br>7.Practicar las ligeras diferencias del soporte vital básico (SVB/BLS) existentes entre niños y lactantes.<br>8.Practicar la RCP en equipo (adultos/lactantes). | 8 | 8 | 8 | 4 | 2 | 2 | 32 | 2 | Por determinar | Por Definir |
| EE5: Equidad y Salud en todas las políticas | Equidad de Género y Salud | 1.Analizar la diversidad de género desde un enfoque inclusivo de equidad y respeto a los Derechos Humanos para una práctica sensible y pertinente en diversas áreas profesionales.<br>2.Reflexionar y argumentar de manera efectiva aquellos elementos que desafían el logro de la equidad de género en nuestra sociedad.<br>3.Evaluar las implicancias de la construcción de género en la propia salud a fin de favorecer conductas de autocuidado y promoción de la salud.<br>4.Comunicar de forma efectiva, tanto oral como escrita, propuestas de solución a un problema de relevancia social asociado a la inequidad de género y su impacto en el bienestar de la población. | 8 | 8 | 8 | 4 | 2 | 2 | 32 | 2 | Por determinar | Por Definir |
| EE7: Institucionalidad del Sector Salud | Gestión Local en Salud | Entregar herramientas de gestión operativa a profesionales de APS con la finalidad que puedan mejorar la toma de decisiones y la calidad de los procesos operativos a su cargo, en las siguientes temáticas: Salud Pública, Planificación y Programación Operativa, Gestión Clínica, Gestión de Personas, Planificación y Ejecución Presupuestaria, Programa de Adquisiciones, Gestión de Calidad y Acreditación, Ley de Derechos y Deberes del paciente. | 30 | 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 60 | 6 | Por determinar | Por Definir |