

2026

# PLAN COMUNAL DE SALUD REQUINOA



DEPARTAMENTO DE SALUD  
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE REQUINOA

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	<b>04</b>
DIAGNOSTICO COMUNAL	<b>05-09</b>
DETERMINANTES SOCIALES	<b>10-12</b>
SISTEMA DE SALUD LOCAL	<b>13-14</b>
RECURSO HUMANO	<b>15-16</b>
PROGRAMA DE CALIDAD	<b>17-19</b>
PROGRAMA DE LA MUJER, VIH E ITS	<b>20-32</b>
PROGRAMA INFANTIL	<b>33-37</b>
PROGRAMA DEL ADOLESCENTE	<b>38-41</b>
PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR	<b>42-51</b>
PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL	<b>52-58</b>
PERSONAS MAYORES	
PROGRAMA IRA- ERA	<b>59-63</b>
PROGRAMA ODONTOLÓGICO	<b>64-69</b>
PROGRAMA SALUD MENTAL	<b>70-80</b>
PROGRAMA DEPENDENCIA SEVERA	<b>81-83</b>
PROGRAMA MAISFC	<b>84-88</b>
PROGRAMA ECICEP	<b>89-91</b>
PROGRAMA REHABILITACIÓN INTEGRAL	<b>92-97</b>
PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE SALUD	<b>98-101</b>
PROGRAMA PARTICIPACIÓN SOCIAL	<b>102-105</b>
PROGRAMA SALUDABLEMENTE	
FUNCIONARIOS	<b>106-112</b>
COMITE LACTANCIA MATERNA	<b>113-114</b>
PLAN IMPLEMENTACIÓN TELEMEDICINA	<b>115-119</b>
CURACIONES AVANZADAS	<b>120-122</b>
PROGRAMA SALUD EN TERRENO	<b>123-124</b>

# **PALABRAS DE LA DIRECTORA DEL CESFAM DE REQUINOA**

*Se ha trabajado este Plan de Salud con la participación de diferentes colaboradores, actores principales comprometidos con la salud de la comunidad de Requínoa.*

*Este plan de salud comunal acoge como principios asegurar los derechos a la salud de nuestra población tratando de disminuir los vacíos de cobertura, reducir las inequidades en salud cuyo fin último es lograr altos niveles de salud para toda la población a cargo.*

*Se ha considerado el curso de vida en nuestro quehacer que promueve condiciones de salud y bienestar a lo largo de la vida, protegiendo la salud en diferentes etapas de la vida y momentos críticos para construir una trayectoria de vida saludable mitigando el riesgo de enfermar y sus consecuencias tanto para el individuo su familia y los altos costos en salud. Contando con un equipo de salud capacitado y comprometido.*

*Nuestro modelo de salud integral favorece el cuidado integral basado en principios básicos como un modelo centrado en las personas, continuidad en la red de salud, satisfaciendo las necesidades y expectativas de las personas en mantenerse sano y de ser acompañado si no lo logra, acompañamiento en las diferentes etapas de su vida.*

*Esto a partir de ejes fundamentales promoción, prevención, calidad y participación.*

*Claudia Rodríguez M.  
Directora CESFAM*

*Aracelia Muñoz P.  
Directora (s) CESFAM*

# INTRODUCCIÓN

*El plan de salud comunal de Requínoa es una estrategia que busca ser una hoja de ruta, un camino a transitar en el cual están reflejadas las necesidades de salud , necesidades sociales, necesidades de participación comunitaria y otras tantas necesidades de la población cargo.*

*El plan de en Salud con Enfoque en Determinantes Sociales es una poderosa herramienta de análisis, con el objetivo de contribuir a la disminución de las inequidades en salud, utilizando la información disponible para evidenciar las brechas que se presentan a nivel comunal. (1) como por ejemplo la atención del adulto mayor a través del programa más autovalencia que hoy día viene fusionado con otros programas, la atención de niños y niñas y jóvenes ex sename, personas con discapacidad, la migración que se considera un determinante de salud, considerando sus problemas epidemiológicos y otros.*

*Se identifica la problemática de salud de la población a cargo( grupos más expuestos), identificando los riesgos que enfrentan determinadas poblaciones, permitiendo enfocar las estrategias en esas áreas y población que requiere una intervención más efectiva y dirigida. El equipo de salud multidisciplinario debe dar un paso importante en la búsqueda de asegurar que todas las personas tengan acceso igualitario a una atención sanitaria de calidad para reducir las desigualdades evitables e injustas en salud.*

# DIAGNÓSTICO COMUNAL

## ANTECEDENTES DEMOGRÁFICOS

La comuna de Requínoa se ubica en la Provincia de Cachapoal, en la Región del Libertador General Bernardo O'Higgins, con una superficie total de 673 km<sup>2</sup>.

Requínoa se caracteriza por un territorio predominantemente rural, aunque cuenta con una creciente urbanización en su zona central y localidades como Los Lirios, Totihue, El Abra y Chumaquito.

Su posición geográfica, en el corazón del valle del Cachapoal, le otorga una alta conectividad con las comunas vecinas y con la capital regional Rancagua, gracias a la Ruta 5 Sur y a la red ferroviaria. Estos factores facilitan los desplazamientos hacia centros urbanos mayores y refuerzan su rol como comuna de tránsito y residencia.

Requínoa se distingue por su vocación agrícola, especialmente en la producción de uva de mesa, vinos y frutales, actividades que sostienen gran parte de su economía local. Al mismo tiempo, su cercanía a la cordillera de los Andes y la presencia de áreas naturales le otorgan un valor ambiental y turístico en expansión.

En términos demográficos, la comuna evidencia un proceso de crecimiento poblacional sostenido y una transición hacia el envejecimiento, lo que plantea desafíos importantes en materia de salud, servicios sociales y planificación urbana.

Los límites de la comuna son:

- Norte: Machalí y Rancagua.
- Sur: Rengo.
- Oeste: Olivar y Coinco.
- Este: La Cordillera de los Andes.

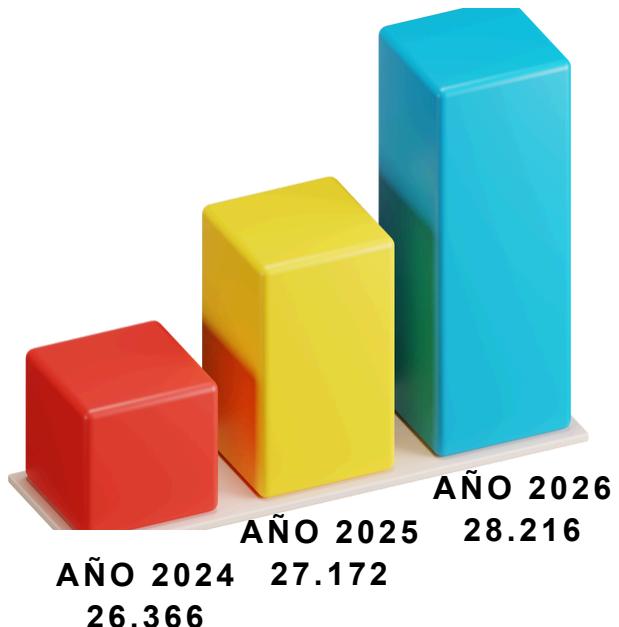
De esta forma, Requínoa se configura como una comuna estratégica del valle de Cachapoal, que combina tradición agrícola, crecimiento urbano y una ubicación privilegiada en la región de O'Higgins.

## CRECIMIENTO POBLACIONAL

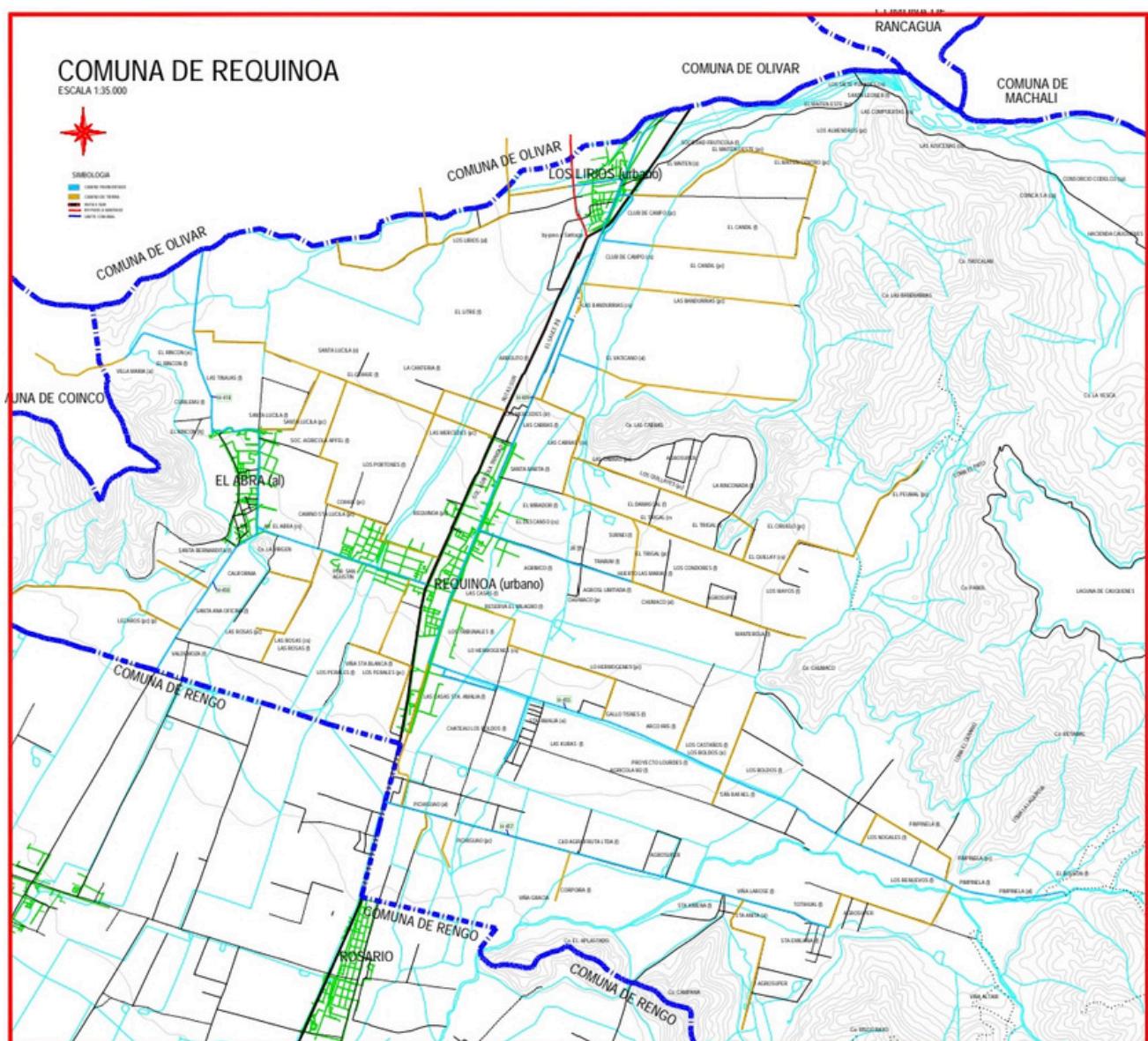
Durante el período 2024 a 2026, se observa un crecimiento sostenido en la población inscrita en los dispositivos de salud de la comuna.

El CESFAM de Requínoa continúa concentrando la mayor cantidad de personas, representando aproximadamente el 70% del total. Todos los dispositivos incluidos, CECOSF Chumaquito, Posta de Salud Rural Los Lirios, Posta de Salud Rural Totihue y Posta de Salud Rural El Abra, han mostrado un aumento gradual en su número de inscritos.

En 2024 se registraron 26.366 personas inscritas, aumentando a 27.172 en 2025 y alcanzando 28.216 en 2026. Esto representa un incremento total de 1.850 personas en el trienio, equivalente a un 7% de crecimiento en la población inscrita a la red local de salud.



## MAPA COMUNA DE REQUINOA

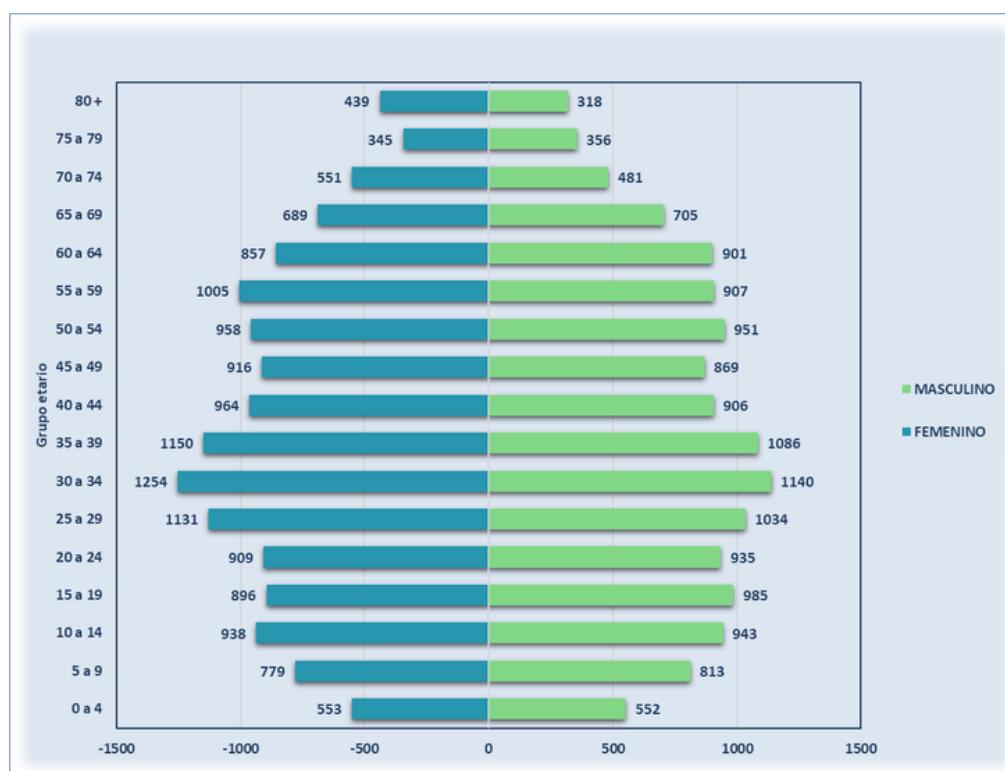


## POBLACIÓN INSCRITA PERCAPITA 2026 POR GRUPO ETARIO/SEXO

Total Comunal				
Grupo Etario		Mujeres	Hombres	Total
0	4	553	552	1105
5	9	779	813	1592
10	14	938	943	1881
15	19	896	985	1881
20	24	909	935	1844
25	29	1131	1034	2165
30	34	1254	1140	2394
35	39	1150	1086	2236
40	44	964	906	1870
45	49	916	869	1785
50	54	958	951	1909
55	59	1005	907	1912
60	64	857	901	1758
65	69	689	705	1394
70	74	551	481	1032
75	79	345	356	701
80	+	439	318	757
TOTAL		14334	13882	28216

Fuente: Registro de inscripción FONASA corte septiembre 2025,  
comuna de Requinoa

## GRÁFICO POBLACIÓN INSCRITA PERCAPITA 2026 POR GRUPO ETARIO/SEXO



Fuente: Registro de inscripción FONASA corte septiembre 2025, comuna de Requinoa

La distribución por sexo y grupos etarios muestra una población relativamente equilibrada entre hombres y mujeres, con una ligera mayor presencia femenina en la mayoría de los tramos, especialmente en edades adultas. Se observa un menor número de niños y niñas en el rango 0 a 14 años en comparación con los grupos adultos, lo que sugiere disminución en la natalidad y una tendencia hacia un envejecimiento progresivo. Los grupos de 25–29, 30–34 y 35–39 años presentan los valores más altos, lo que indica una población mayoritariamente joven-adulta, clave para la fuerza laboral de la comuna. Desde los 50 años en adelante se aprecia una disminución gradual, aunque aún con presencia significativa, especialmente entre 55–69 años. Esto sugiere que en los próximos años podría incrementarse la demanda de servicios de salud para enfermedades crónicas y cuidados de largo plazo.

La población mayor muestra reducción notoria, pero con una proporción femenina superior, lo cual es consistente con la mayor esperanza de vida de las mujeres.

# DETERMINANTES SOCIALES

El análisis de los determinantes sociales de la salud permite identificar las condiciones estructurales, socioeconómicas, territoriales y culturales que influyen directamente en el bienestar físico, mental y social de la población. Esta caracterización se fundamenta en información del Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO 2022–2028) y en los principales indicadores sociales y sanitarios de la comuna.

## 1. Condiciones de Vulnerabilidad Social

La comuna presenta sectores con altos niveles de vulnerabilidad social, evidenciados en dificultades de acceso a servicios básicos, limitaciones económicas y condiciones de vida desfavorables. Estos factores afectan principalmente a grupos con menor participación social y con escasa autonomía económica, generando desigualdades en salud y limitando el acceso oportuno a atenciones sanitarias.

## 2. Contexto Económico y Mercado Laboral

La estructura productiva local se caracteriza por un fuerte componente agrícola con alta presencia de empleo temporal y estacional. La inestabilidad de ingresos asociada a estas actividades condiciona la seguridad económica de los hogares y su capacidad para satisfacer necesidades esenciales como alimentación, vivienda, transporte y salud.

Asimismo, el empleo agrícola, temporero y no calificado se asocia a riesgos laborales, inestabilidad contractual y falta de protección social, aumentando la vulnerabilidad a enfermedades profesionales, trastornos musculoesqueléticos y riesgos psicosociales.

## 3. Características Territoriales y Acceso a Servicios

La comuna combina zonas urbanas con extensos territorios rurales, donde persisten brechas en transporte, conectividad y acceso físico a servicios de salud y educación.

La dispersión geográfica dificulta el seguimiento de pacientes crónicos, la atención oportuna y la continuidad de cuidados, afectando de manera especial a adultos mayores y personas con dependencia funcional.

#### **4. Diversidad Cultural y Pueblos Originarios**

Se identifican agrupaciones vinculadas a pueblos originarios que mantienen expresiones culturales propias. Este contexto demanda la incorporación de un enfoque de pertinencia intercultural en las acciones de promoción, prevención y atención, asegurando el respeto a prácticas culturales y modos de organización comunitaria.

#### **5. Presencia de Población Migrante**

La comuna cuenta con población migrante, principalmente vinculada a actividades agrícolas y de servicios. Este grupo enfrenta barreras idiomáticas, laborales y administrativas que dificultan el acceso a prestaciones públicas, la continuidad de tratamientos y el aseguramiento previsional, generando inequidades en salud que requieren abordajes específicos.

#### **6. Nivel Educativo**

Existen brechas en el nivel educativo entre distintos sectores, especialmente en la finalización de la enseñanza media y en el acceso a estudios superiores. Estas diferencias impactan en las oportunidades laborales, los ingresos familiares y la adopción de prácticas de autocuidado y estilos de vida saludables.

#### **7. Condiciones de Vivienda y Entorno**

Se observan déficits habitacionales, hacinamiento y viviendas con condiciones estructurales deficientes, particularmente en sectores vulnerables. La carencia de soluciones habitacionales y de equipamiento básico aumenta el riesgo de enfermedades respiratorias, estrés familiar y exposición a factores ambientales adversos.

## **8. Estilos de Vida y Conductas de Riesgo**

Los estilos de vida de la población presentan desafíos relacionados con bajo nivel de actividad física, consumo de tabaco y alcohol, y patrones alimentarios poco saludables. Estos hábitos contribuyen al incremento de enfermedades crónicas no transmisibles, como obesidad, diabetes e hipertensión.

## **9. Determinantes Psicosociales**

Factores como estrés económico, precariedad laboral, problemas de convivencia y limitadas redes de apoyo generan cargas psicosociales significativas. Estas condiciones se relacionan con un aumento de problemas de salud mental, particularmente ansiedad, depresión y trastornos adaptativos, afectando con mayor intensidad a mujeres, cuidadores y trabajadores temporeros.

## **10. Violencia Intrafamiliar**

La comuna registra casos de violencia intrafamiliar que afectan principalmente a mujeres, niños y adultos mayores. La VIF constituye un determinante social negativo relevante, asociado a estrés crónico, problemas de salud mental, lesiones físicas y desestructuración familiar. Aunque existen programas de prevención y apoyo psicosocial, persisten brechas de cobertura y acceso que requieren fortalecimiento.

# SISTEMA DE SALUD LOCAL

## RED LOCAL DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD



La Red Local de Salud de Requínoa, dependiente del Departamento de Salud Municipal, conformada por una serie de dispositivos estratégicamente distribuidos en el territorio, cuyo propósito es asegurar el acceso, continuidad, integralidad y calidad de la atención primaria de salud.

El eje central de la red es el CESFAM Requínoa, establecimiento de mayor resolutividad y centro de referencia clínica, administrativa y técnica para los demás dispositivos.

Complementan la red los siguientes establecimientos de atención:

- Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF) Chumaquito: Dispositivo de atención primaria con enfoque comunitario, orientado a acercar las prestaciones de salud a la población del sector oriente de la comuna, con énfasis en la participación social y promoción de la salud.
- Servicio de Urgencia Rural (SUR) Requínoa: Establecimiento destinado a la atención de urgencias de baja y mediana complejidad, ubicado en el mismo recinto del CESFAM Requínoa. Permite dar respuesta oportuna a situaciones de urgencia de la población, especialmente en horarios vespertinos, nocturnos, fines de semana y festivos.
- Posta de Salud Rural El Abra: Dispositivo de atención rural que entrega prestaciones básicas de salud, seguimiento de patologías crónicas, programas preventivos y acciones comunitarias, acercando la atención a zonas geográficamente aisladas.
- Posta de Salud Rural Los Lirios: Establecimiento de atención primaria que brinda servicios a la comunidad del sector rural Los Lirios, con un enfoque centrado en la atención familiar e interculturalidad, dada la diversidad de su población.
- Posta de Salud Rural Totihue: Dispositivo ubicado en el sector rural de Totihue, que otorga atención continua a la población local, mediante actividades clínicas, preventivas y promocionales, en coordinación permanente con el CESFAM Requínoa.
- Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR) Requínoa: Dispositivo especializado en la atención de personas con discapacidad o en situación de dependencia funcional, enfocado en procesos de rehabilitación física, funcional y social. Trabaja con un enfoque interdisciplinario y comunitario, en coordinación con el resto de los establecimientos de la red.
- La Red funciona bajo el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, promoviendo una atención centrada en las personas y sus familias, la participación social activa, el trabajo intersectorial, y la equidad territorial en salud.

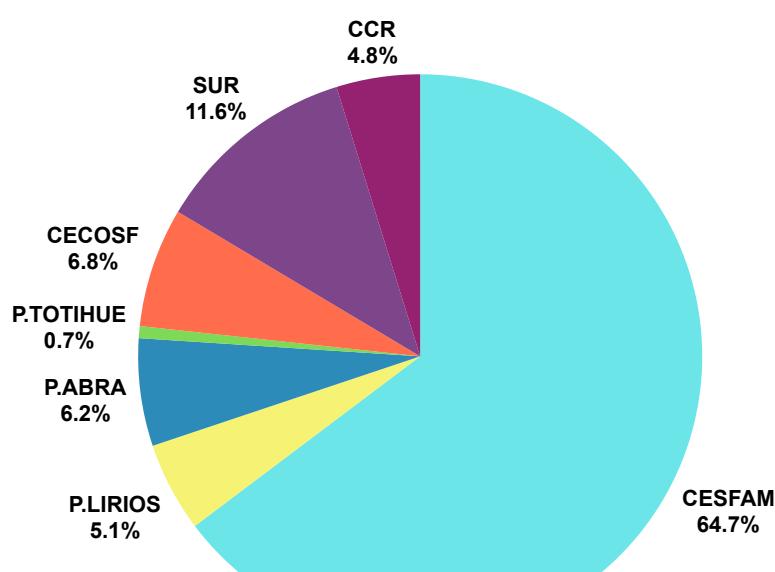
# RECURSO HUMANO

El Departamento de Salud de Requinoa cuenta con una dotación diversa de funcionarios distribuidos en CESFAM, Postas Rurales (Lirios, Abra y Totihue), CECOSF, Servicio de Urgencia Rural (SUR) y el Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR). Esta distribución incluye personal administrativo, profesionales de la salud, técnicos y auxiliares, quienes en conjunto aseguran el funcionamiento de los distintos niveles de atención y permiten dar respuesta a las necesidades sanitarias de la población inscrita.

La distribución de funcionarios, se concentra mayoritariamente en CESFAM, lo que refleja su rol central en la gestión y atención primaria de la comuna. El SUR representa el segundo punto con mayor dotación, dada la necesidad de contar con personal disponible para la atención de urgencias.

La dotación de funcionarios refleja un equilibrio entre recursos clínicos y de apoyo, con una fuerte base en la atención primaria y en la respuesta a situaciones de urgencia, lo que fortalece la capacidad de resolución del sistema de salud local.

FUNCIONARIOS	CESFAM	P.LIRIOS	P.ABRA	P.TOTIHUE	CECOSF	SUR	CCR
TOTAL	189	15	18	2	20	34	14
PORCENTAJE	64.7%	5.1%	6.2%	0.7%	6.8%	11.6%	4.8%



## DOTACIÓN DE COLABORADORES 2026



# PROGRAMA DE CALIDAD

La calidad en la Atención Primaria constituye un eje fundamental para el cumplimiento de los objetivos sanitarios y para el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral en Salud. En este contexto, el CESFAM Dr. Joaquín Contreras Silva y sus dispositivos asociados enfrentan importantes desafíos derivados del reciente proceso de acreditación, donde obtuvieron la condición de Acreditado con Observaciones, evidenciándose brechas principalmente vinculadas a la estandarización del registro clínico y a la homogeneidad de los procesos entre unidades. Esta realidad orienta las prioridades para el periodo 2026, donde la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente —como eje transversal— focalizará su labor en asegurar el cumplimiento sostenido de los estándares, fortalecer la cultura de calidad y consolidar mecanismos de monitoreo continuo. En concordancia con los lineamientos institucionales, los objetivos sanitarios 2030 y las metas IAAPS, se priorizan acciones realistas y de alto impacto destinadas a mejorar la seguridad del paciente, optimizar los procesos internos y garantizar que la atención se desarrolle bajo parámetros de calidad, continuidad y pertinencia para toda la población a cargo.

## POBLACIÓN A CARGO, PROBLEMAS Y NECESIDADES IDENTIFICADAS

La Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente trabaja transversalmente con toda la población inscrita del CESFAM Dr. Joaquín Contreras Silva y sus dispositivos asociados.

A partir del proceso de acreditación 2024–2025, se identificaron las siguientes necesidades prioritarias:

- Déficit en la estandarización y completitud del registro clínico en ficha electrónica y física.
- Heterogeneidad en la aplicación de protocolos y procedimientos en los distintos dispositivos.
- Necesidad de fortalecer la cultura de calidad y seguridad del paciente en todos los equipos locales.

- Requerimiento de consolidar mecanismos de monitoreo continuo y retroalimentación.

Estas necesidades impactan directamente en la seguridad del paciente, la continuidad del cuidado y el cumplimiento normativo vigente.

## **PROBLEMAS PRIORITARIOS SEGÚN IMPACTO Y RIESGO**

Basado en el resultado de “Acreditado con Observaciones” y el análisis interno, se priorizan:

1. Riesgo de incumplimiento sostenido del estándar de ficha clínica, con impacto en continuidad del cuidado y seguridad del paciente.
2. Baja homogeneidad en la ejecución de procesos clínicos y administrativos, aumentando la variabilidad de la atención entre dispositivos.
3. Insuficiente cultura organizacional orientada a calidad, que limita mejoras permanentes y sistemáticas.
- 4.

Estos problemas se vinculan a determinantes institucionales como capacidades técnicas, formación del personal, gestión documental y coordinación interna.

## **ESTRATEGIAS (ALINEADAS A OBJETIVOS SANITARIOS 2030, METAS IAAPS Y NORMATIVAS VIGENTES)**

- Fortalecer el cumplimiento del estándar de calidad, especialmente en ficha clínica, seguridad del paciente y protocolos críticos.
- Estandarizar los procesos de trabajo mediante actualización y difusión de documentos normativos.
- Promover una cultura de mejora continua mediante capacitación, retroalimentación y trabajo colaborativo entre unidades.
- Optimizar el sistema de monitoreo y auditoría interna, asegurando trazabilidad y oportunidad en la detección de brechas.
- Fortalecer el trabajo en red, coordinando con dirección, referentes técnicos, dispositivos dependientes y comité de calidad.

## **FORMA DE EJECUCIÓN DEL PLAN (MEDIDAS A IMPLEMENTAR O INNOVAR)**

- Implementación de auditorías semestrales de ficha clínica en todos los dispositivos.
- Aplicación del protocolo actualizado de Ficha Clínica v3.0 y nuevas pautas de supervisión.
- Capacitación continua del personal en seguridad del paciente, registros clínicos y estándares de calidad.
- Estandarización de procesos en CESFAM, CECOSF, PSR y SUR mediante reuniones técnicas mensuales.
- Implementación de un sistema simplificado de levantamiento y cierre de brechas, con reportes periódicos a Dirección.
- Reforzamiento del comité de calidad y su rol en el seguimiento del plan.

## **MONITOREO Y EVALUACIÓN**

El seguimiento se realizará mediante:

- Indicadores estructurales y de proceso, entre ellos:
  - % de cumplimiento del protocolo de ficha clínica.
  - % de procesos con procedimientos actualizados y difundidos.
  - N° de brechas levantadas vs. brechas cerradas.
- Informes trimestrales al Comité de Calidad y Dirección.

## **ENFOQUE FINAL**

Este plan se construye considerando los problemas reales del establecimiento, su situación actual frente a la acreditación y las brechas aún existentes. Su alcance es acotado, realista y orientado a generar impacto directo en la seguridad del paciente, la estandarización de procesos y el cumplimiento de estándares durante el año 2026.

# **PROGRAMA DE LA MUJER, VIH E ITS**

## **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA**

El Programa de la Mujer es el conjunto de prestaciones de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) que se rigen según la normativa chilena vigente. Realiza acciones con la finalidad de prevenir, promover y recuperar la salud en esta área. Está dirigido a toda la población desde la infancia a la adultez mayor.

### **Objetivo general:**

Contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de las personas, en todas las etapas de su ciclo vital especialmente en aquellos aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva basado en el modelo biopsicosocioespiritual con enfoque familiar y comunitario.

### **Objetivos específicos:**

- Entregar herramientas que ayuden a la mujer a enfrentar adecuadamente las etapas de su ciclo vital a través de los controles y consultas.
- Garantizar el bienestar sexual y reproductivo de todas las personas, a través de la entrega de información, asegurando las condiciones para una vida sexual satisfactoria, segura y libre de coerción, discriminación o violencia.
- Promover el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos, permitiendo a cada persona decidir sobre su cuerpo, su sexualidad y su reproducción.
- Asegurar acceso oportuno y de calidad a servicios de SSR, incluyendo prevención y atención en VIH e ITS, consejería, anticoncepción, control ginecológico y climaterio, atención en fertilidad y embarazo.

- Estimular la participación en el cuidado de su salud y la de su familia incentivando el acompañamiento.
- Prevenir la aparición de factores que alteren la salud, mediante la pesquisa y control oportuno de los factores de riesgo y la prevención de daños específicos, para mejorar la calidad de vida en las distintas etapas del ciclo vital.
- Garantizar la detección de problemas de salud y tratamiento oportuno en los diferentes niveles de complejidad de atención a través de los distintos tamizajes.
- Promover un modelo de salud integral que incorpore a la pareja y familia en actividades de promoción, fomento, recuperación y rehabilitación de la salud.

#### Determinantes sociales en Salud sexual y reproductiva:

En el Plan Municipal (PMC) de Requínoa hay una sección sobre “vulnerabilidad social”: se señala que el 12,9 % de la población son adultos mayores y el 19,7 % son “NNJ” (niños, niñas y jóvenes). Además, un 5,7 % de la población declara pertenecer a pueblos originarios. Esto podría implicar barreras estructurales en acceso a servicios, discriminación, y retos para la inclusión cultural.

Dado el contexto particular de Requínoa (comuna con zonas rurales, desigualdades socioeconómicas, y algún grado de vulnerabilidad social), en nuestra población a cargo podemos observar que:

- Las personas que viven en Requínoa pueden tener dificultades para acceder a prestaciones de salud sexual y reproductiva, debido a barreras de transporte, horarios o desconocimiento del proceso administrativo para usar servicios, además de tiempos de espera largos.
- La población migrante, implica desafíos de integración social y acceso a derechos de SSR.

- En Requínoa, se han identificado brechas de género en ingresos socioeconómicos. Estas brechas afectan particularmente a las mujeres en su autonomía reproductiva y su capacidad para acceder a servicios SSR.
- La discriminación o barrera institucional puede ser más marcada en centros de salud rurales si no hay suficientes profesionales formados en SSR y con perspectiva de género.
- Las personas mayores podrían tener menos acceso a información sobre SSR (aunque no es el grupo típicamente priorizado para anticoncepción, sí para otras dimensiones de salud reproductiva).
- Las personas con discapacidad en Requínoa pueden enfrentar barreras adicionales para servicios ginecológicos o reproductivos, como se ha documentado a nivel nacional.
- La educación sexual podría no llegar de forma adecuada a todos (especialmente a grupos vulnerables), generando brechas en uso de anticonceptivos o conocimiento de derechos reproductivos.

En el siguiente ítem se resumen los datos más relevantes de este Programa.

## CÁNCER CERVICOUTERINO

El examen PAPANICOLAOU permite pesquisar cáncer cervicouterino. El examen se debe realizar de rutina cada 3 años en mujeres de 25 a 64 años.

COBERTURA PAPANICOLAOU (META SANITARIA N°2):

La meta nacional corresponde al 80% de cobertura de personas entre 25-64 años que cuentan con PAP vigente en los últimos 3 años.

*COBERTURA DE MUJERES DE 25 A 64 AÑOS RESPECTO A MÉTODO DE SCREENING (PAP) PARA CANCER CERVICO UTERINO EN REQUINOA AÑOS 2024 - 2025*

AÑO	POBLACIÓN INSCRITA	PAP VIGENTE	
		Total de mujeres	% de cobertura
2024	7701	5185	67.3
A SEPTIEMBRE 2025	7955	4821	60.6

*Fuente: CITOWEB*

*TOTAL DE PAP REALIZADOS DE LA COMUNA SEGUN RESULTADOS OBTENIDOS AÑO 2024 Y A SEPTIEMBRE 2025*

AÑO	Nº TOTAL PAP REALIZADOS	NORMALES	MENOS QUE OPTIMOS	VIRUS PAPILOM A	ATIPICOS	LESION PRE-CANCERO SA (NIE I-II-III)	CANCER CERVICO UTERINO
2024	2046	1960	30	6	28	22	0
2025	1646	1565	45	1	15	19	1

*Fuente: CITOWEB*

## CÁNCER DE MAMAS

Actualmente la pesquisa se basa en la realización del Examen Físico de Mamas (EFM) protocolizado realizado por profesional competente y la enseñanza del autoexamen de mama (AEM) a toda mujer a contar de los 35 años, cada 2 años y anual en mujeres con factores de riesgo de cáncer de mama.

El eje principal en este tópico es la realización de mamografía cada 2 años gratuita para nuestras usuarias, focalizada en el grupo de 50 a 69 años de edad. Se esperaba que para el año 2020, el 80% de las mujeres entre 50 y 69 años tuviera una mamografía vigente, pero la pandemia afectó severamente el cumplimiento de este objetivo.

Respecto al número de Mamografías por el Convenio Programa de Imágenes Diagnósticas en Atención Primaria año 2024, se nos asignaron 800 cupos para mamografías y 238 ecografías mamarias, al 30 de septiembre 2025 se han realizado 716 exámenes mamográficos y 150 ecografías mamarias.

*SITUACION DE MUJERES DE 50 A 69 AÑOS RESPECTO A METODO DE SCREENING MAMOGRAFIA, PARA CANCER MAMARIO EN REQUINOA A SEPTIEMBRE 2025.*

<u>POBLACION INSCRITA</u>	MX VIGENTE	
	N° MUJERES	% DE COBERTURA
3404		
<b>TOTAL</b>	<b>1822</b>	<b>535</b>

*Fuente: REM P12 JUNIO: CESFAM, CECOSF y PSR Requínoa*

*SITUACION DE MUJERES DE 35 Y MÁS RESPECTO A METODO DE SCREENING MAMOGRAFIA, PARA CANCER MAMARIO EN REQUINOA A SEPTIEMBRE 2025.*

<u>POBLACION INSCRITA</u>	MX VIGENTE	
	N° MUJERES	% DE COBERTURA
7568		
<b>TOTAL</b>	<b>2639</b>	<b>35</b>

*Fuente: REM P12 JUNIO: CESFAM, CECOSF y PSR Requínoa*

## **INGRESO PRECOZ DE MUJERES A CONTROL DE EMBARAZO (IAAPS N°12)**

La importancia de la oportunidad de atención en el control prenatal es relevante a objeto de pesquisar variables que atenten contra la evolución fisiológica. La meta nacional corresponde al 90%. En el año 2024 se realiza un 85.56% de ingresos de gestantes a control antes de las 14 semanas de gestación lo que corresponde a 154 de un total de 180 embarazadas. La meta fijada para nuestra comuna el año 2025 es 87.78%. Desde 01 de enero al 30 de septiembre del año 2025 la evaluación corresponde al 90.25 % de ingresos realizados antes de las 14 semanas, equivalente a 139 de un total de 154 gestantes.

## **MUJERES EN EDAD DEL CLIMATERIO**

En relación a la salud de la mujer en etapa climática, para el 2030, el objetivo de impacto es abordar integralmente las necesidades en Salud Sexual y Reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, de interseccionalidad, intercultural y de derechos.

### **MUJERES DE 45-64 AÑOS EN CONTROL CLIMATERIO**

POBLACION EN CONTROL	N° A SEPTIEMBRE 2025
EN CONTROL	584
CON MRS APLICADA (ESCALA PARA MENOPAUSIA)	278
MRS ELEVADA	166
CON APLICACION THR SEGÚN MRS	26

*Fuente: REM P1 JUNIO.*

Podemos observar una baja cobertura de mujeres con terapia hormonal de reemplazo que tienen pauta MRS elevada. Las principales causas son que la indicación de la terapia la debe realizar profesional médico y muchas usuarias no asisten post control con matrona.

## VIH Y SIDA

Dentro de los Objetivos de impacto de las Estrategias Nacionales de Salud 2021-2030 (ENS), es prioridad disminuir la incidencia de VIH/ SIDA en Chile en la población. Nuestra comuna mantiene un alto número de testeo en relación a otras comunas de la región.

*NUMERO DE TEST VIH REALIZADOS EN EL AÑO 2023, Y A SEPTIEMBRE 2024*

TEST DE ELISA	TOTAL
2024	279
A SEPTIEMBRE 2025	331

*Fuente: Registro Laboratorio CESFAM*

*NUMERO DE TEST RAPIDO VIH 2024 Y A SEPTIEMBRE 2025*

TR VIH 2024	TR VIH A SEP 2025
1058	546

*Fuente: plataforma SUR-VIH*

Cabe destacar que en el mes de julio del año 2025, se produce un quiebre de stock en TRVIH a nivel regional, reduciendo en número de TEST entregados por comuna.

## **COBERTURA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS INSCRITOS QUE USAN MÉTODOS DE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD (IAAPS N°13)**

Existen importantes diferencias territoriales en el acceso al uso de métodos anticonceptivos en este grupo de edad, lo que profundiza la desigualdad, persistiendo inequidades entre regiones y nivel socioeconómico. Para que exista un correcto uso y adherencia a MAC, debe estar garantizado el acceso a la información basada en evidencia, respetando la privacidad y autonomía. Las adolescentes, en general, pueden utilizar cualquier MAC reversible de manera segura y deben tener acceso a la variedad de opciones disponibles. La edad por sí misma no constituye una razón médica para no otorgarlos. Es importante reconocer que la consulta por anticoncepción es una URGENCIA. Las personas adolescentes que solicitan un MAC siempre deben irse con una RESPUESTA ANTICONCEPTIVA. La meta nacional equivale al 25% de la población inscrita.

**COBERTURA DE POBLACIÓN ADOLESCENTE DE 15-19 CON METODO ANTICONCEPTIVO A SEPTIEMBRE 2025**

POBLACION INSCRITA 15 a 19 años	META LOCAL AÑO 2025: 423 (EQUIVALENTE AL 23,5% DE LA POBLACIÓN INSCRITA)	
1802	Nº adolescentes con método anticonceptivo	% DE COBERTURA
TOTAL	383	212

*Fuente: REM P1 JUNIO 2025*

## ACTIVIDADES EDUCATIVAS Y COMUNITARIAS DEL PROGRAMA DE LA MUJER



## **DESAFÍOS AÑO 2026**

**CON BASE EN LOS DETERMINANTES SOCIALES Y LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:**

1. Fortalecer los servicios de salud local: asegurar que el CESFAM, CECOSF y las PSR tengan personal formado en SSR con enfoque de equidad, género y derechos reproductivos.
2. Promover la educación sexual integral: trabajar con educación y organizaciones comunitarias para difundir conocimiento sobre anticoncepción, derechos reproductivos, prevención de ITS, consentimiento, etc.
3. Aumentar la accesibilidad física: mejorar el transporte o programas móviles de salud reproductiva para llegar a zonas rurales.
4. Reducir barreras institucionales: flexibilizar horarios, reforzar que adolescentes pueden acceder sin acompañamiento obligatorio y simplificar trámites administrativos.
5. Atender poblaciones vulnerables: asegurar que personas con discapacidad reciban atención ginecológica y obstétrica respetuosa con perspectiva de género y derechos.
6. Impulsar campañas de sensibilización: para reducir estigmas, promover el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos y visibilizar a grupos minoritarios (LGBTIQ+, personas con discapacidad, migrantes, pueblos originarios).
7. Fomentar la participación comunitaria: mediante consejos comunales, actividades culturales o programas de inclusión para pueblos originarios.
8. Impulsar la atención centrada en el usuario/a: El enfoque de algunas prestaciones en SSR puede ser muy biomédico (“reducido a prevenir embarazos o ITS”), lo que puede invisibilizar otros aspectos de la salud reproductiva (por ejemplo, placer, derechos, e identidad)

## **MEJORAR LA ASISTENCIA DE MUJERES A LAS DIVERSAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES:**

1. Baja asistencia de mujeres de 25 a 64 años de edad para la toma de papanicolaou.
2. Baja cobertura de terapia hormonal de reemplazo en mujeres con climaterio sintomático
3. Baja cobertura de adolescentes inscritos de 15 a 19 años bajo control por método de regulación de la fertilidad

## **PROBLEMAS PRIORIZADOS PARA MATRIZ AÑO 2026**

		MAGNITUD	TRASCENDENCIA	VULNERABILIDAD	FACTIBILIDAD	PUNTAJE FINAL
Nº	<u>PROBLEMA</u>	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
1	Baja asistencia de mujeres de 25 a 64 años de edad para la toma de papanicolaou.	3	5	4	3	16
2	Baja cobertura de terapia hormonal de reemplazo en mujeres con climaterio sintomático	2	4	4	3	13
3	Baja cobertura de adolescentes inscritos de 15 a 19 años bajo control por método de regulación de la fertilidad	3	4	2	3	12

# 31

Problema de Salud Priorizado	Relación con Estrategia Nacional de Salud	Objetivo General	Objetivo Específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores y verificadores
Baja asistencia a la toma de papanicolau en mujeres de 25 a 64 años de edad.	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer uterino	1.- Disminuir la mortalidad por cáncer cervíco uterino	1.- Aumentar la cobertura de las mujeres entre 25 y 64 años con PAP, para la meta fija de la toma de PAP, para la detección precoz y derivación oportuna a los niveles de mayor complejidad.	Cumplir al menos el 90% de la meta fija establecida por el Servicio de Salud de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente al 31 de diciembre de 2025	<p>1. Actividades de rescate y difusión masiva de la importancia de la toma de detección temprana, para la derivación oportuna a los niveles de mayor complejidad.</p> <p>2. Actualización continua de base de datos de mujeres con PAP, sectorizados y por establecimiento de Salud</p>	<p>1.1 Difusión en medios de comunicación masiva como Radio Requín, reuniones del consejo de desarrollo local, Página web (al menos 2 sesiones al año)</p> <p>1.2 Actividades de rescate: contacto telefónico, domiciliario o presencial en atención por otros profesionales y/o programas (Actualización de teléfonos en listados de usuarias que les corresponde examen. Creación de cupos exclusivos en agenda maternal para la toma del examen. Llamado telefónico y citación en agendas por TENS u OFA)</p> <p>2.1 Actualización continua de base de datos de mujeres con PAP, sectorizado por establecimiento de Salud</p> <p>2. Actualización de base de datos de mujeres con PAP, y por establecimiento de salud.</p>	2 de enero al 30 de diciembre de 2026	De la supervisión: Jefe del Programa Salud de la Mujer	1.1 Número de actividades promocionales en medios de comunicación masiva realizadas *100 Número de actividades promocionales en medios de comunicación masiva programados.  1.2 Existencia de listados con teléfonos actualizados y registro de citación por mes.  1.2 Agendas de profesionales matrón/a con cupo PAP
Problema de Salud Priorizado	Relación con Estrategia Nacional de Salud	Objetivo General	Objetivo Específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores y verificadores
Baja cobertura de terapia hormonal de reemplazo en mujeres con enfoque clímatérico sintomático	Abordar necesidades reproductivas de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	1.- Mejorar la calidad de vida de la mujer en etapa clímatérica	1.- Aumentar la cobertura de terapia hormonal reemplazo en mujeres clímatérico sintomático	Al menos el 20% de las mujeres con elevada accesión a Terapia Hormonal de reemplazo al 31 de diciembre 2025	<p>1. Coordinación con MRS estamento médico para la indicación de la terapia.</p> <p>2. Reimpalcio de la terapia hormonal de reemplazo en mujeres clímatérico sintomático</p>	<p>1.1 Difusión de las orientaciones técnicas para la indicación de la terapia.</p> <p>1.2 Solicitar cupos protegidos en agenda médica para clímatario.</p> <p>1.3 Solicitar incluir la prestación de la indicación de la terapia por Telosalud.</p>	2 de enero al 30 de diciembre de 2026	De la solicitud y supervisión: Jef/ e del Programa de Salud de la Mujer	<p>1.1 Existencia de correo con difusión realizada.</p> <p>1.2 Registro de controles clímatérico en programación 2026. Cupos clímatérico en agenda médica.</p> <p>1.3 Plantear e médico que realiza telosalud la posibilidad de incluir el control clímatérico.</p>

Problema de Salud Priorizado	Relación con Estrategia Nacional de Salud	Objetivo General	Objetivo Específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores y verificadores
Baja cobertura de adolescentes inscritos de 15 a 19 años bajo control de la regulación de la fertilidad	Abordar integralmente las necesidades en Salud Sexual y Reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Mejorar la atención en salud reproductiva, adolescentes a los controles de regulación de fecundidad	Aumentar la adherencia de los adolescentes a los controles de regulación de fecundidad	Cumplir con al menos el 90% de la meta fijada en el IAAFS	Rescate de usuarios inasistentes Permitir acceso a la expedición de la atención regulación fertilitad	1. Rescate telefónico y citación con profesional matrona (realizar el último día hábil del mes) 2. Coordinación con el programa adolescente para el inicio inmediato o mediano a regulación	2 de enero al 30 de diciembre año 2025	De la supervisión: jefe/a del Programa de la mujer y Programa adolescente	1. Existencia de registro del rescate de adolescentes en hoja diaria 2. Existencia de ingresos a regulación de fecundidad en planilla de ingresos Realizado por espacios amigables

**32**

# **PROGRAMA DE SALUD INFANTIL**

El Programa de salud Infantil como propósito contribuir a la salud y el desarrollo integral de niños y niñas menores de 10 años, en su contexto familiar y comunitario a través de actividades de fomento, protección, prevención, recuperación de la salud y rehabilitación, que impulsen la plena expresión de su potencial biopsicosocial y mejor calidad de vida.

## **Objetivos del PSI**

Reducir la mortalidad y morbilidad infantil en la población menor de 10 años.

Fortalecer la atención de salud oportuna expedita, continua, resolutividad y de calidad a niños y niñas en la red de salud pública.

Contribuir a la mejora de la calidad de vida en la población infantil, independiente de su condición de salud y socioeconómico.

Promover hábitos saludables y disminuir los factores de riesgo de salud en niños y niñas menores de 10 años, considerando el enfoque de curso de vida.

## **Objetivo de Impacto según Estrategia Nacional para los Objetivos sanitarios 2030.**

Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad.

## **Metas Sanitarias del Programa Infantil:**

Las metas sanitarias de la APS son indicadores de desempeño que se utilizan para evaluar anualmente los establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS), con el fin de mejorar la salud de la población y la calidad de la atención.

## Meta N.º 1(90%)

Recuperación del déficit en niños y niñas de 12 meses a 23 meses a octubre.

Numerador	Denominador	% logro
N.º de niños y niñas recuperados del déficit en su desarrollo psicomotor.	N.º de niños y niñas diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor	90%
9	10	

Población bajo control de 12 a 23 meses

Grupo Etario	Nº
De 12 meses a 23 meses	196

Se espera a nivel Nacional una prevalencia del 12% de niños y niñas con déficit en su desarrollo psicomotor. Nuestra población bajo control en este grupo etario es de 196 niños a corte de junio 2025, con una prevalencia de déficit de 5%.

A nivel Nacional la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 muestran que el 18% de niños y niñas evaluados presentó un rezago y un 10% retraso. A nivel local estamos muy bajos según lo esperado lo que disminuye las oportunidades a los niños y niñas de mejorar su desarrollo integral.

## IAAPS 2025(90%)

Cobertura de Desarrollo Psicomotor de 12 meses a 23 meses a Octubre

Numerador	Denominador	% Logro
Número de niños con aplicación de test de desarrollo psicomotor	Población infantil la corte de junio 2025	
152	196	78%

A octubre la cobertura debería ser de más de 80% y se aprecia que solo logramos un 78%.

Se debe asegurar la pesquisa oportuna de alteraciones del desarrollo integral de niños y niñas.

### Obesidad:

La obesidad está aumentando en el mundo y con ello las enfermedades no trasmisibles como diabetes , hipertensión arterial, trastornos del aparato locomotor y cáncer.

### Población Infantil Bajo Control vs Estado Nutricional por Exceso

Grupo etario	Total	Normal	%	Sobrepeso	%	Obeso +2	%	Obeso +3	%
Menores de 1 año	177	125	71%	30	17%	14	8%		
De 12 ms a 23 ms	199	130	65%	29	15%	17	9%		
2 años	234	157	67%	87	37%	20	9%		
3º a 3º11 ms 29 días	273	161	59%	72	26%	29	11%		
4º a 4º 11 ms 29 días	213	118	55%	38	18%	49	23%		
5º a 5º 11ms 29 días	218	116	53%	42	19%	34	16%	14	6.4%
6º a 6º 11ms 29 días	205	117	57%	29	14%	34	17%	16	8%
7º a 7º 11 ms 29 días	159	69	43%	37	23%	25	16%	15	9%
8º a 8º 11ms 29 días	157	73	46%	29	18%	33	21%	15	10%
9º a 9º 11ms 29 días	117	41	35%	18	15%	26	22%	19	16%

Fuente: REM A03

Esta tabla permite apreciar que existe un % importante de obesidad severa en niños y niñas entre 5 y 9 años .La obesidad impacta en el desarrollo integral de niños y niñas.

## Población infantil padres migrante de 5 años a 9 años según Estado Nutricional.

Grupo Etario	Diagnóstico Nutricional	Número	%
De 5 años a 9 años 11 ms 29 días	Obeso +3	3	5.3%
	Obeso +2	9	16%
	Sobrepeso	9	16%
	Riesgo a desnutrir	1	2%
	Desnutrido	0	
	<u>Total</u>	56	100%

Fuente: REM A03

## Población Infantil Inasistentes de 5 a 9 años 11 ms 29 días.

Población bajo control	N.º de Inasistentes	%
896	328	37%

Esta tabla permite apreciar un alto % de niños y niñas inasistentes. Al no acudir a control sano no se puede hacer un seguimiento de su desarrollo. Por lo cual un desafío es aumentar la cobertura de controles de salud escolar.

## **Desafíos 2026.**

Fortalecer la confirmación diagnóstica de alteraciones del desarrollo psicomotor de los niños y niñas pesquisados en los controles sanos por enfermeras(os).

Aumentar cobertura de pesquisa de déficit de alteraciones psicomotoras. Fortalecer sala de estimulación para asegurar las intervenciones oportunas a niños y niñas.

Aumentar coberturas de control de salud escolar.

Implementar visitas domiciliarias por dupla nutricionistas-asistente Social para seguimiento de niños y niñas obesos severos +3, conocer entornos para identificar entornos obesogénicos.

Implementar un seguimiento por parte de equipos cabecera a niños y niñas con obesidad +3.

# **PROGRAMA ADOLESCENTE “ESPACIO AMIGABLE”**

## **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA**

El programa de Atención Integral de Salud Adolescente busca promover, proteger y mejorar la salud física, mental y social de jóvenes entre 10 y 19 años mediante acciones continuas, integrales y centradas en sus necesidades. Su diseño responde a los desafíos propios de la adolescencia, asegurando un acompañamiento adecuado respetuoso y basado en el desarrollo de progresivo de cada joven.

### **Objetivo general:**

El programa de Atención Integral de Salud Adolescente busca promover, proteger y mejorar la salud física, mental y social de jóvenes entre 10 y 19 años mediante acciones continuas, integrales y centradas en sus necesidades. Su diseño responde a los desafíos propios de la adolescencia, asegurando un acompañamiento adecuado respetuoso y basado en el desarrollo de progresivo de cada joven.

### **Objetivos específicos:**

- Garantizar el acceso oportuno y confidencial a controles de salud integrales
- Fomentar hábitos de vida saludable, incluyendo alimentación equilibrada, actividad física, sueño adecuado y autocuidado emocional
- Prevenir conductas de riesgo, como consumo de sustancias, violencia, prácticas sexuales no protegidas y problemas de salud mental
- Acompañar el desarrollo psicosocial, fortaleciendo habilidades socioemocionales y resiliencia
- Articular acciones intersectoriales con establecimientos educacionales, comunidades y redes de protección

- Detectar precozmente condiciones de salud física o mental que requieran intervención o derivación.

## **CONTROL DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE**

El Control Joven Sano es una prestación realizada en Atención Primaria de Salud (APS) dirigida a adolescentes entre 10 y 19 años de forma anual, cuyo propósito es evaluar integralmente su estado de salud física, mental y social. Este control forma parte del Programa de Atención Integral de Salud de Adolescentes y constituye una de las principales estrategias para acompañar el desarrollo durante esta etapa del ciclo vital, promoviendo estilos de vida saludables y detectando precozmente factores de riesgo o condiciones que requieren intervención.

El control se basa en un enfoque biopsicosocial y considera la autonomía progresiva, la confidencialidad y el buen trato como principios fundamentales de atención. Además, incorpora el enfoque de género, interculturalidad y derechos, permitiendo que los adolescentes participen activamente en el cuidado de su propia salud.

El control integral del adolescente corresponde a la meta número 8 de las metas sanitarias e índice de la actividad de atención primaria en salud (IAAPS) el cual nos pide a nivel comunal un cumplimiento del 20.78% de la población per cápita inscrita en el CESFAM; actualmente al año 2025 tenemos una población de 3.601 adolescentes lo que para el año 2026 aumento a 3.762 adolescentes.

## **ESPACIO AMIGABLE**

El Espacio Amigable para Adolescentes es una estrategia del Programa de Atención Integral de Salud de Adolescentes implementada en Atención Primaria (APS), cuyo objetivo es brindar un lugar de atención confidencial, accesible y acogedor para jóvenes entre 10 y 19 años. Este espacio se diseña para favorecer la participación juvenil, garantizar el respeto de sus derechos y promover el vínculo entre los adolescentes y el equipo de salud.

## **Principales actividades del programa**

- Control Joven Sano y evaluaciones integrales anuales
- Consejerías en salud sexual y reproductiva, autocuidado emocional y nutricionales
- Talleres educativos en escuelas y espacios comunitarios.
- Acompañamiento individual a adolescentes con necesidades específicas.
- Coordinación con redes de apoyo (OPD, programas sociales, escuelas, SENAMU otros).
- Actividades comunitarias de promoción y participación juvenil.
- Registro y seguimiento de metas sanitarias y cumplimiento de cortes establecidos.

## **PROBLEMAS PRIORIZADOS**

El mayor problema observado es la baja cobertura de los controles integrales de adolescentes que se dio este año, es por esto que como estrategia para lograr alcanzar el objetivo propuesto se están realizando una serie de acciones:

- Coordinación con establecimientos educacionales: en julio de 2025 luego de que los estudiantes volvieran de vacaciones de invierno se coordinó con dos escuelas de la comuna una de enseñanza medio y una de básico que estaban comprometidas para realizar fichas CLAP, por lo que se restableció este vínculo, se aplicaron los consentimientos informados en la primera reunión y desde agosto se comenzó a aplicar en ambos colegios. Al evaluar que en agosto aún estaba baja la meta se coordinó con dos escuelas más de enseñanza básica para comenzar a aplicar fichas en estas luego de que en septiembre se dejarán los consentimientos firmados.
- Promoción: el programa adolescente ha estado participando de diversas ferias de servicios, actividades en escuelas y afiches en los distintos lugares de CESFAM promocionando tanto el control de salud adolescente como el programa espacio amigable.

- Coordinación interna: mejorar la derivación de controles de morbilidad a controles de salud adolescente.

## **DESAFÍOS 2026**

Durante el próximo período, el Programa de Salud Adolescente enfrenta el desafío de fortalecer su capacidad de respuesta frente a las necesidades emergentes del territorio, avanzar en el cumplimiento de los objetivos de la Estrategia Nacional de Salud (ENS) y consolidar un modelo de atención cercano, preventivo y centrado en los derechos de los adolescentes. En este contexto, se establecen los siguientes desafíos prioritarios:

### **1. Incrementar la cobertura del Control Joven Sano**

Fortalecer las estrategias de captación activa, coordinación con establecimientos educacionales y adecuación de horarios, con el fin de lograr una mayor pesquisa temprana de riesgos y avanzar en el cumplimiento de la meta sanitaria.

### **2. Ampliar y mejorar la participación en el Espacio Amigable**

Aumentar la difusión territorial, el trabajo comunitario y la articulación con redes educativas y sociales, promoviendo la asistencia espontánea y fortaleciendo el vínculo con adolescentes y familias.

# PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

## DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El Programa de Salud Cardiovascular (PSCV), es una estrategia del Ministerio de Salud que tiene como finalidad reducir la incidencia de eventos cardiovasculares por medio de control y compensación de los factores de riesgo cardiovascular. En la comuna de Requínoa como en el resto del país estos factores están determinados por la inactividad física, el tabaquismo, el consumo de alcohol y dietas no saludables. Además, la prevalencia de hipertensión, diabetes, obesidad y dislipidemia son otros factores clave, que debe considerar cambios de estilo de vida para abordarlos y mejorar el control de personas que han tenido un evento cardiovascular con fin de prevenir morbilidad y mortalidad prematura, además de recuperar la calidad de vida de estas personas, por medio de prestaciones entregadas en Centros de Atención Primaria en Salud. En congruencia con los objetivos sanitarios definidos a nivel nacional e internacional. (OT PSCV 2017).

Cuenta con el Fondo de Farmacia (FOFAR) que entrega de forma oportuna y gratuita los medicamentos para el tratamiento de personas con HTA, DM tipo 2 y dislipidemia.

Incorpora las células de hospital digital de diabetología, nefrología y geriatría, que mejoran la oportunidad de acceso a un médico especialistas.

El año 2025 se ejecuta casi en un 80% de las atenciones en marcadas en la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas ECICEP, que modifica la lógica programática de atención en APS, fundando su quehacer en los principios definidos por el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria a través de la Integralidad de la atención, continuidad de los cuidados y centrado en las personas.

Esta práctica busca profundizar el modelo de atención en salud familiar comunitario, con un enfoque fuertemente biopsicosocial, espiritual y cultural, buscando manejar las enfermedades crónicas de manera integrada de parte del equipo de salud, con la activa participación del usuario y su familia.

Considera la implementación de la Estrategia HEARTS, liderada por OMS-OPS, la que tiene por objetivo la adopción de mejores prácticas en prevención y control de las enfermedades cardiovasculares, aumentando las tasas de control de HTA, principal factor de riesgo modifiable de las enfermedades cardiovasculares. Esta iniciativa tiene seis pilares técnicos, dentro de los cuales está disponer de protocolos estandarizados para la medición de la presión arterial, para el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento. Monitoreo frecuente de indicadores y retroalimentación, mejora en la calidad de la toma de presión arterial, entre otros.

#### **"Estrategia nacional de salud 2021-2030"**

En el contexto del inicio de una nueva década, el Departamento de Estrategia Nacional de Salud (DENS) de la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS) desarrolló el proceso de formulación de los Objetivos Sanitarios para la Década 2021-2030 y la construcción de un nuevo Plan Nacional de Salud.

Señalando que las ECNT son un obstáculo para el desarrollo sostenible, proponiendo reducir las muertes prematuras por ENT en un 33% para 2030, mediante la prevención y el tratamiento.

#### **Objetivos del pscv al 2030**

Los objetivos sanitarios del Programa de salud cardiovascular se enmarcan en el Eje numero 4 Enfermedades crónicas no trasmisibles y violencia.

Donde se priorizaron los siguientes problemas:

Enfermedades Respiratorias Crónicas, Salud Cardiovascular, Cáncer, Diabetes Mellitus, Obesidad, Enfermedad Renal Crónica, Trastornos Bucodentales, Trastornos Mentales y Violencia.

## **IAM/ACV**

### **OBJETIVOS DE IMPACTO 2021-2030**

Los desafíos para la próxima década serán aumentar las coberturas efectivas de tratamiento integral para este grupo de patologías, así como el acceso a los servicios de rehabilitación, por lo que se estableció, como objetivo para 2030, disminuir la carga de enfermedad, por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares en personas de 18 años y más.

Fuente “Estrategia Nacional de Salud 2021-2030”

## **DIABETES MELLITUS TIPO 2**

### **OBJETIVOS DE IMPACTO 2021-2030**

“Disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y complicaciones en personas con diabetes”. Que busca disminuir la prevalencia de la DM a través de políticas públicas poblacionales, para fomentar los estilos de vida saludables, así como disminuir las complicaciones tanto micro como macro vasculares en las personas con DM a través del control integral de la persona con diabetes, así como el diagnóstico precoz de complicaciones, con el uso de tecnologías disponibles para estos fines.

Fuente “Estrategia Nacional de Salud 2021-2030”

## **ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA**

### **OBJETIVOS DE IMPACTO 2021-2030**

“Reducir la progresión de Enfermedad Renal Crónica”, Disminuir la prevalencia de enfermedad renal crónica en la población y sus complicaciones. Esto, tomando en consideración la necesidad de medidas poblacionales para disminuir los casos incidentes de ERC, aumentar la cobertura diagnóstica y de tratamiento de los principales factores de riesgo, aumentar la cobertura diagnóstica en los grupos de riesgo de ERC y disminuir el consumo de fármacos nefrotóxicos, como los antiinflamatorios no esteroidales.

Fuente “Estrategia Nacional de Salud 2021-2030”

## **POBLACION BAJO CONTROL**

Considera personas con diagnóstico cardiovascular, incorpora a personas de 15 años o más.

1. Antecedente personal de enfermedad cardiovascular ateroesclerótica  
Deben ser derivados inmediatamente para ingreso al PSCV, personas con cualquiera de los siguientes antecedentes o aquellas egresadas del hospital:

- a).Enfermedad coronaria: Infarto agudo al miocardio, angina estable/inyestable, antecedentes de angioplastia o cirugía de revascularización miocárdica.
- b).Enfermedad cerebrovascular: Accidente cerebrovascular o ataque cerebral isquémico transitorio.
- c).Enfermedad arterial periférica.
- d).Enfermedad aórtica aterosclerótica.
- e).Enfermedad renovascular.
- f).Enfermedad carotídea.

2. Hipertensión arterial Personas de 15 años y más.

3. Diabetes mellitus tipo 2

4. Dislipidemia

5. Tabaquismo Toda persona, de 55 años y más, que fume tabaco.

6. Enfermedad renal crónica

POBLACIÓN BAJO CONTROL PSCV CESFAM REQUINOA								
AÑO	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
USUARIOS	3759	4885	4933	5292	5389	6126	6179	6645

## **METAS E IAAPS 2025 PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR**

Las metas sanitarias e índice de la actividad de atención primaria de salud (IAAPS) que involucran al programa son:

### **METAS SANITARIAS**

**META IV: COBERTURA DE TRATAMIENTO Y EVALUACIÓN EN PERSONAS CON DM TIPO 2**

Esta Meta está constituida por dos sub-metas:

**IV.A: COBERTURA EFECTIVA DE DIABETES TIPO 2 (DM2) EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS**

Meta Nacional 29%

Indicador solicitado a nivel local 36.08 % por sobre la nacional

**IV. B: EVALUACIÓN ANUAL DE LOS PIES EN PERSONAS CON DM2 BAJO CONTROL DE 15 Y MÁS AÑOS.**

Meta Nacional 90% de evaluación anual del pie en personas con DM2

Indicador solicitado a nivel local: 88.76 %

**META V:**

**COBERTURA EFECTIVA DE TRATAMIENTO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Meta Nacional 43%

Indicador solicitado a nivel 55.1 % por sobre la nacional

## INDICE DE LA ACTIVIDAD DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD 2025 (IAAPS)

IAAPS 6.1 A EXAMEN PREVENTIVO EN MUJERES 20 - 64 años (EMP).

Meta nacional mujeres 25 %

Meta local mujeres 22.15 %

IAAPS 6.1 B EXAMEN PREVENTIVO EN HOMBRES 20 - 64 años (EMP).

Meta nacional varones 30 %

Meta local varones 23.84%

IAAPS 15.- COBERTURA DE DM2 EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS.

Meta nacional 62 %

Meta local 78,57%

IAAPS 16.- COBERTURA DE HIPERTENSION ARTERIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS .

Meta nacional 60%

Meta local 76,27%

<b>Meta nacional</b>	<b>43%</b>	
<b>Cobertura efectiva de Hta</b>	<b>OCTUBRE</b>	<b>solicitado 55,1%</b>
Cesfam	2398	
ABRA	459	3758
LIRIOS	536	
totihue	148	
cecosf	362	
Total MES	3903	57.20%

<b>Cobertura efectiva de DM</b>		
	<b>Octubre</b>	<b>Solicitado 36,08%</b>
Cesfam	557	
ABRA	127	
LIRIOS	111	1092
Totihue	33	
cecosf	86	
Total MES	914	301%

<b>Ev. de Pie Diabético</b>	<b>meta nacional 90%</b>
<b>PBC</b>	<b>EV DE PIE</b>
	<b>meta 2025 88,76%</b>
Cesfam	1287
ABRA	259
LIRIOS	263
Totihue	77
Cecosf	jun 2025
Total MES	2392
	193
	a octubre 2025
	2079
	8,700%

<b>IAAPS Empa2025</b>				
	<b>Mujeres</b>		<b>Hombres</b>	
<b>Unidad es</b>	<b>Solicita do</b>	<b>Realiz ado</b>	<b>solicitad o</b>	<b>realiza do</b>
Cesfam	1317	1268	1497	1131
Abra	201	242	154	193
Lirios	192	209	174	186
Totihue	40	77	43	49
Cecosf	189	194	145	110
	1939	1990	2013	1669
	22.15%	10,2 %	23.84%	8,3%

IAAPS COBERTURA NACIONAL 60 %					
Cobertura de HTA			solicitado 76,27%		
TOTAL HTA	Diciembre			Cobertura de HTA	
Cesfam	3318	cumplimiento		solicitado	
ABRA	594	a octubre 2025		5211	7,627%
LIRIOS	783	5211		Realizado a 06/2025	
totihue	205			5232	10,040%
cecosf	430				
Total MES	5330	102%			
IAAPS COBERTURA NACIONAL 62%					
Cobertura de DM			solicitado 78,57%		
TOTAL DM	Diciembre			Cobertura de dm2	
Cesfam	1484	cumplimiento		solicitado	
ABRA	282	a octubre 2025		2376	7,857%
LIRIOS	326	2376		Realizado a 06/2025	
Totihue	80			2392	10,060%
cecosf	229				
Total MES	2401	101%			

## PROBLEMAS NECESIDADES Y DETERMINANTES SOCIALES

Los principales problemas, además de los determinantes sociales de la población del programa cardiovascular que aportan factores de riesgo cardiovascular en la comuna que también se alinean con los factores conductuales y los hallazgos generales en Chile y están determinados principalmente por la inactividad física, el tabaquismo, el consumo de alcohol y dietas no saludables. Además, la prevalencia de hipertensión, diabetes, obesidad y dislipidemia son otros factores clave, por tanto es imprescindible tener en cuenta los cambios de estilo de vida para abordarlos.

Principalmente definido por las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen que impactan su salud. Abordar estos factores es crucial para mejorar la salud de la población y promover la equidad.

En lo que respecta a los riesgos cardiovasculares de la población nuestro programa debe enfocar y abordar algunos aspectos que incluye:

- Favorecer el acercamiento y acceso de la comunidad a actividades físicas, tanto recreativas como gestionar la posibilidad de acceso los centros deportivos o espacios comunales, contar profesionales y monitores para llevar a cabo estas actividades, tanto en grupos de iniciales de la vida, como en adultos mayores.
- Promover y educar a la población para incentivar el elegir y acercarse a ferias libres o pequeños productores a fin de tener acceso a alimentos saludables más al alcance de su presupuesto, que a menudo están influenciados por el entorno social, por tanto, se debe intervenir a través de redes sociales y comunitarias.
- Alianzas con otros programas, respiratorio y salud mental para la desincentivación de consumo de tabaco y alcohol respectivamente.
- Prevención de enfermedades a fin de reducir las desigualdades considera cada año acercarse a los distintos lugares de trabajo a fin de llevar el examen de medicina preventiva a la población de Requínoa de 20 a 65 años.

- La intervención en salud debe ser integral y centrarse en mejorar las condiciones de vida de los individuos y las poblaciones, abordando las causas fundamentales más allá de la medicina como:
  - Promover la acción intersectorial.
  - Fomentar la participación de la comunidad.
  - Fortalecer la gobernanza local de la salud.
  - Mejorar el monitoreo y la evaluación del progreso.

Brecha importante proyectada para el 2026 inherente a las determinantes sociales de la salud son los anuncios de gobierno que estarían eliminando los recursos enviados para la ejecución de los programas vida sana y Mas Adulto mayor autovalente, que abordan principalmente aspectos enfocados en prevención tanto nutricionales, de actividad física, cognitivos y de acompañamiento de los usuarios. Lo cual aumentaría la desigualdad en la población de menos ingresos.

# PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DE PERSONAS MAYORES

## DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El fenómeno irreversible del envejecimiento poblacional nos ha permitido tener un enfoque preventivo en salud y de esta manera poder actuar anticipadamente a la pérdida de la funcionalidad de las personas mayores, posponiendo así la dependencia.

Es por esta razón que la visión del programa es que los adultos mayores permanezcan autónomos y autovalentes por el mayor tiempo posible y que sus problemas de salud sean resueltos en forma oportuna con calidad en la atención, asegurando de este modo bienestar y una favorable calidad de vida.

Según datos proporcionados por la academia, el envejecimiento poblacional es un fenómeno mundial, y nuestro país y nuestra comuna no son la excepción. Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) la población de personas de 60 años y más en nuestro país llegó al 18,1 % respecto a la población nacional al año 2022 y para el caso de nuestra comuna la proyección del 2023 corresponde a un 16% de la población total.

Estrategias globales Debido a la necesidad de mantener la independencia en este nuevo escenario de transición demográfica, la OMS incorporó el “Funcionamiento” como un indicador de impacto y solicita a los países fortalecer la entrega de servicios de rehabilitación para prevenir y limitar el deterioro de las capacidades (movilidad, cognición, respiración, visión, comunicación, entre otros), contribuyendo a disminuir el impacto sanitario, social y económico de las condiciones de salud, mejorando el bienestar de la población(264). Además, el programa de discapacidad de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), proporciona liderazgo y cooperación técnica a los Estados Miembros acerca de las necesidades e inclusión de las personas con discapacidad en los programas de salud pública(267).

Chile en la actualidad, presenta un robusto Sistema de Salud basado en Atención Primaria, con un Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y comunitario cuyos principios orientan el quehacer de los equipos de salud en la red asistencial, desde la promoción hasta la rehabilitación. En el Sistema de Salud público se atiende al 92% de las personas adultas mayores. (Ministerio de Desarrollo Social, 2009). En el caso de nuestro CESFAM hay 3235 personas de 65 años o más inscritos y validados por el fondo nacional de salud, lo cual representa al 11.46% de la población inscrita.

Una de las inquietudes de este grupo etéreo y sus familias en relación con el envejecimiento es la salud y en forma especial es el cómo evitar la dependencia, entendida como una pérdida de la funcionalidad y causa importante de perdida de la autonomía. Por lo tanto, uno de los objetivos de las políticas públicas para personas mayores debe orientarse a aumentar los años libres de discapacidad (ONU. 2002; Marín y otros, 2004). Desde el punto de vista de la Gerontología se ha planteado la Valoración Geriátrica Integral (VGI), como la forma más adecuada para detectar factores de riesgo en la alteración de la funcionalidad y salud de las personas mayores y a partir de ahí la generación de un Plan de Intervención personalizado según las necesidades de cada individuo.

Situación y políticas Chile La incorporación del módulo de capacidad a la ENS 2016-17, permitió evaluar el funcionamiento de las personas que presentan condiciones de salud utilizando la medición de la capacidad funcional.

Los resultados indicaron que un 42,9% de la población mayor de 15 años presenta dificultades importantes en el funcionamiento (alteración moderada y severa de la capacidad), siendo las más afectadas las personas mayores de 65 años y las mujeres. Los trastornos musculoesqueléticos, las enfermedades de los órganos de los sentidos (visuales y auditivas) y los desórdenes neurológicos, representan el mayor peso de los años vividos con discapacidad en el país. El Ministerio de Salud, comprometido en la planificación de estrategias que promuevan la esperanza de vida saludable, impulsó el primer “Plan Nacional de Rehabilitación” a 10 años, con el fin de ampliar, reforzar y

garantizar los servicios de rehabilitación, asegurando oportunidad y calidad, previniendo las complicaciones de condiciones de salud existentes, reduciendo discapacidad y optimizando el funcionamiento, a toda la población lo necesite(264). Otras estrategias relevantes del Ministerio de Salud han sido la creación de Servicios de Medicina Física y Rehabilitación y de Unidades de Dolor Crónico no Oncológico; las Garantías Explícitas en Salud (GES) que abordan: Tratamiento quirúrgico de escoliosis en personas menores de 25 años;Ayudas técnicas para personas de 65 años y más.

## **Canasta De Prestaciones Cesfam Requinoa 2025**

<b>PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR</b>		<b>PROFESIONALES</b>
1. Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM)		Enfermera – TENS.
2. Programa de Alimentación Complementaria del Adulto mayor		Nutricionista-TENS
3. Vacunación por Influenza y Neumococo (Programa Nacional de Inmunización)		Enfermera – TENS
4. Atención podológica		Podóloga
5. Programa más adultos mayores autovalentes		Dupla profesional (Kinesiólogo y Terapeuta Ocupacional).
6. Educación grupal promocional y preventiva		Médico – Matrona – Enfermera – Nutricionista – Psicólogos – Asistente Social – Kinesiólogos – Terapia Ocupacional – Podólogo – Químico Farmacéutico.
7. Exámenes de laboratorio		Tecnólogo Médico – TENS
8. Consulta y Control de salud		Médico - Enfermera – Matrona-TENS
9. Consulta de morbilidad		Médico- Matrona- Odontólogo
10. Consulta y control de enfermedades crónicas		Médico –Enfermera - Nutricionista- Kinesiólogo Terapeuta Ocupacional- Psicóloga- Trabajador Social- Podóloga- TENS

11. Intervención grupal de Actividad Física	Kinesiólogo – Prof. Educación Física.
12. Exámenes preventivos y consulta ginecológica	Matrona-médico
13. Intervención psicosocial	Psicóloga –Asistente Social
14. Visita Domiciliaria	Médico – Kinesiólogo- Terapeuta ocupacional – Enfermera – Nutricionista – Fonoaudióloga Odontólogo- Matrona- Psicólogo-TENS
15. Atención dental	Odontólogo
16. Consejería individual	Médico – Matrona – Enfermera – Nutricionista – Psicólogos – Asistente Social – Kinesiólogos

## Evaluación 2025

De las 3.664 personas de 65 años o más inscritas en nuestro CESFAM, 1.899 de ellas se encuentran dentro de la población objetivo del programa integral de personas mayores.

Desde enero a la fecha Del mes de octubre se han realizado 1.688 EMPAM, lo cual equivale a un 88,8% de la meta solicitada por el ministerio de salud año 2025.

En base a los antecedentes proporcionados por REM-P5 2025 al corte de junio, la población en control: por condición de funcionalidad equivale a; 1157 usuarios con diagnóstico de funcionalidad autovalente sin riesgo, 485 autovalentes con riesgo, 119 usuarios en riesgo de dependencia. Mientras que usuarios con dependencia (sumando todos los grados de dependencia) alcanzan el valor de 250 usuarios

## **Objetivos 2026**

En base a los datos recién analizados y en el marco del Plan Nacional de Salud integral para personas mayores es que los objetivos propuestos para el año 2025 son:

- a) Mantener el acceso a controles de salud, pesquisa y control de enfermedades crónicas no transmisibles, inmunizaciones.
- b) Promover una vida activa y saludable en los adultos mayores, fomentando un envejecimiento positivo.
- c) Favorecer la capacitación de los equipos de salud en temáticas relacionadas a la atención de personas mayores asegurando la calidad de la atención primaria.
- e) Favorecer la participación de personas mayores en instancias de participación y promoción de salud.

## **Cumplimiento de metas y estrategias de trabajo**

- 1) Mantener estrategias de prevención y promoción en salud del programa integral del adulto mayor; como controles integrales del adulto mayor, Evaluaciones de medicina preventivas del adulto mayores(EMPAM), talleres cognitivos y talleres en funcionalidad física.
- 2) Mantener y de ser posible extender la cobertura del Examen de medicina preventiva del adulto mayor (EMPAM) mediante citaciones en el propio sector o posta y en otras instancias como operativos en locaciones comunitarias (sedes, colegios, APR, etc.)
- 3) Mantener prestaciones de controles de salud con diversos profesionales en Postas.
- 4) Promover actividades de promoción con la comunidad, con objetivo de mejorar y potenciar estilos de vida saludables.
- 5) Favorecer la realización de instancias educativas en riesgo de caídas para personas mayores y sus familias con mayor riesgo de fragilidad y/o dependencia.

- 6)Continuar la entrega de medicamentos y alimentos PACAM en domicilio a adultos mayores vulnerables de la comuna, trabajo en conjunto con unidad de farmacia.
- 7)Entregar cartera de prestaciones completas a nuestros adultos mayores incluyendo Visita domiciliaria
- 8)Concientizar y difundir en el equipo de salud, la sospecha de maltrato como factor de riesgo de fragilidad en esta población y protocolizar acciones a realizar ante la situación de sospecha.
- 9)Mantener Nexo y comunicación con el intersector con la finalidad de generar instancias de coordinación para la mejora continua de los equipos de salud en pro de las prestaciones del adulto mayor.
- 10)Controles telefónicos de salud a adultos mayores crónicos, en conjunto con ECICEP para mejorar la gestión de cada caso en usuarios adultos mayores.
- 11)Mantener e incentivar la participación de personas mayores en las instancias de consejos consultivos, diagnósticos participativos y conversatorios que se realizan tanto dentro del CESFAM como en la comunidad.

## Desafíos 2026

- Fomentar y planificar en conjunto con programa más adulto mayor la realización de talleres educativos en diferentes organizaciones de adultos mayores, tomando las necesidades expresadas por cada grupo en base a diagnóstico participativo.
- Mantener participación activa en actividades de participación y promoción de salud con enfoque en nuestra población adulto mayor.
- Mantener y de ser posible aumentar cobertura de EMPAM en población mayor de 65 años incluyendo adultos mayores con familias unipersonal, adultos mayores con movilidad reducida, adultos mayores con limitaciones geográficas o que vivan en zonas de difícil acceso geográfico o alejadas de nuestro centro de salud.

Brindar cobertura y mantener enlace con unidades de salud terreno con el fin de dar mayor acceso y oportunidad a los usuarios con baja movilidad, con limitaciones funcionales.

<b>Problema de salud priorizado</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Meta</b>	<b>Estrategias</b>	<b>Actividades</b>	<b>Plazo</b>	<b>Responsable</b>	<b>Indicadores</b>
Cobertura de EMPAM	Aumentar la cobertura de adultos mayores con EMPAM anual vigente.	Lograr un 55% de EMPAM aplicados a la población per cápita de personas de 65 y más años.	Agendas protegidas y programadas con enfermero/a para la aplicación del EMPAM. Campañas de ser necesario para realización de EMPAM con profesional exclusivo en la realización de esta prestación.	Citación efectiva de adultos mayores para aplicación de EMPAM//Campañas de EMPAM en box y domicilio	Anual y por vigencia anual de EMPAM	Equipo de salud/ Encargado Programa de salud integral de personas mayores.	Nº de EMPAM aplicados *100 Nº usuarios de 65 años y más inscritos en el Departamento de Salud.

# PROGRAMA IRA–ERA

## DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El Programa IRA–ERA del CESFAM Requínoa constituye un eje central en el abordaje de las enfermedades respiratorias a lo largo del ciclo vital, integrando la atención pediátrica respiratoria con la atención respiratoria crónica del adulto.

A nivel local, el aumento sostenido de las patologías respiratorias ,tanto agudas como crónicas, esto exige estrategias que fortalezcan la continuidad del cuidado, prevengan complicaciones y mejoren la calidad de vida de la población.

Durante el año 2025 se observaron avances importantes en el programa: se alcanzó un aumento significativo en la población respiratoria crónica bajo control (989 usuarios), se superó la meta de rehabilitación pulmonar (48 usuarios) y se logró una cobertura de vacunación respiratoria del 91,6%. No obstante, persisten desafíos, entre ellos la brecha en la proporción de usuarios “controlados” y el cumplimiento de la Meta Sanitaria N°7, que en 2025 exigió un 17,82% de cobertura efectiva de asma y EPOC, correspondiente a 737 personas.

El año 2026 se enmarca además en la implementación obligatoria de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Persona (ECICEP), según Ordinario N°1982, lo que implica una reorganización profunda en los procesos de atención, especialmente en personas con multimorbilidad respiratoria. Del mismo modo, la planificación debe considerar la eventual puesta en marcha del nuevo CESFAM Requínoa, que obligará a rediseñar flujos internos y agendas clínicas.

## **POBLACIÓN A CARGO Y NECESIDADES**

La población inscrita proyectada para 2026 asciende a 28.216 usuarios. Considerando las prevalencias oficiales del MINSAL (asma 10% en población  $\geq 5$  años y EPOC 11,7% en población  $\geq 40$  años), el Servicio de Salud O'Higgins ha estimado una población respiratoria de 4235 personas, cifra que se mantiene para el cálculo de la Meta Sanitaria N°7 hasta que la autoridad determine un nuevo valor de esta para el año 2026.

La necesidad sanitaria del programa se focaliza en tres grupos principales:

### **POBLACIÓN INFANTIL – SALA IRA (MENORES DE 19 AÑOS)**

El CESFAM Requínoa presenta una alta carga de enfermedades respiratorias agudas, particularmente en menores de 5 años y adolescentes. El fortalecimiento del componente pediátrico ha sido clave, destacándose la participación de la Dra. Chacín, médica pediatra, quien dirige el control respiratorio infantil en Sala IRA. Su labor ha permitido mejorar la pesquisa precoz, el diagnóstico oportuno y la continuidad del cuidado, especialmente en niños con bronquitis obstructiva recurrente, riesgo de asma o antecedentes de hospitalización.

### **POBLACIÓN ADULTA – SALA ERA**

El aumento de patologías respiratorias crónicas en el adulto, principalmente asma y EPOC se asocia a una alta carga de multimorbilidad, lo que demanda un abordaje integral, con controles sistemáticos, rehabilitación pulmonar, educación en automanejo y trabajo coordinado con sectores y SOME.

### **RECURSO HUMANO DEL PROGRAMA (ACTUALIZACIÓN 2025–2026)**

Para asegurar la continuidad y calidad de la atención respiratoria, durante el año 2025 y proyectando el 2026 se realizaron ajustes en el equipo:

- Dra. Chacín – Médica Pediatra: responsable de la atención respiratoria infantil, liderando todos los controles de menores de 19 años en Sala IRA.

- Dr. Andrés Castro – Médico Sala ERA: se mantiene como médico clínico del Programa ERA. Es un profesional altamente valorado por usuarios y equipo de salud por su trato cercano, confiabilidad y calidad técnica, siendo un pilar fundamental en la atención de enfermedades respiratorias crónicas.
- Ivannia Soto – Kinesióloga: redujo su jornada en Sala ERA a 11 horas semanales, debido a su incorporación parcial a la Unidad de Calidad.
- Diego Magaña – Kinesiólogo: contratado en 2024 para las Postas, fue reasignado a CESFAM para reforzar Sala ERA con 33 horas semanales, destinando parte de su horario a Rehabilitación Pulmonar, fortaleciendo esta línea estratégica.
- Sergio Morales – Kinesiólogo: con experiencia previa en Sala IRA (2015–2016 y pandemia), fue trasladado desde CCR para desempeñar 22 horas en Postas Rurales, fortaleciendo la atención respiratoria territorial.
- Rodolfo Fuentes – Kinesiólogo: se mantiene como Jefe del Programa IRA–ERA, con 44 horas, principalmente en atención respiratoria infantil en Sala IRA, coordinación del programa y supervisión técnica comunal.

## **PROBLEMAS DE SALUD PRIORIZADOS**

1. Brecha en cobertura efectiva de asma y EPOC (Meta Sanitaria N°7).
2. Alta incidencia de enfermedades respiratorias agudas en población infantil.
3. Baja adherencia y discontinuidad del control respiratorio crónico.
4. Insuficiente acceso a espirometría y rehabilitación pulmonar.
5. Fragmentación del cuidado respiratorio en personas multimórbildas.
6. Persistencia del tabaquismo como factor de riesgo transversal.
7. Necesidad de reorganización operativa por el nuevo CESFAM.

## **INDICADORES DEL PROGRAMA IRA–ERA (OFICIALES DEL MINSAL)**

Indicadores Programa ERA:

- Aumentar en 5% la población respiratoria crónica bajo control.
- Aumentar en 25% la proporción de pacientes respiratorios “controlados”.
- Aumentar en 25% los usuarios EPOC etapa A sintomáticos que finalizan Rehabilitación Pulmonar.
- Alcanzar una cobertura  $\geq 85\%$  en vacunación de la población objetivo.

Meta Sanitaria N°7 (inserta y diferenciada):

Cobertura efectiva de tratamiento en personas con asma  $\geq 5$  años y EPOC  $\geq 40$  años que logran un nivel de control adecuado/controlado.

Valor 2025: 17,82% → 737 personas.

Valor 2026: pendiente de definición del Servicio de Salud.

## ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN 2026

### 6.1. Control respiratorio crónico adulto (ERA)

El programa reforzará el modelo ECICEP, incorporando evaluación integral, estratificación de riesgo (G1–G2–G3), educación en automanejo y seguimiento continuo.

### 6.2. Control respiratorio infantil (IRA) con base pediátrica

La Dra. Chacín continuará liderando la atención clínica infantil, con apoyo de kinesiología, garantizando diagnóstico temprano, manejo adecuado de crisis y educación familiar.

### 6.3. Consejería Antitabaco (modelo en 3 pilares)

Consejería profesional para reducción del consumo, preparación y abandono del tabaco.

Terapia farmacológica accesible (bupropion) a través de la Farmacia Comunal.

Motivación de los pacientes que acceden a la prestación.

Este modelo ha permitido obtener pacientes con abandono del hábito tabáquico.

### 6.4. Rehabilitación pulmonar

Se priorizarán pacientes respiratorios crónicos, con seguimiento funcional de rehabilitación y educativo. Es importante destacar que la comuna cuenta con transporte municipal para trasladar a usuarios a sus sesiones de rehabilitación, lo que ha permitido superar barreras históricas como distancia y locomoción. Gracias a esto, Requínoa ha logrado cumplir el indicador de rehabilitación pulmonar, siendo una de las pocas comunas de la región en alcanzar dicho estándar.

### 6.5. Coordinación territorial

Fortaleciendo la atención en Postas y CECOSF mediante kinesiólogos asignados.

### 6.6. Campaña de Invierno basada en evidencia epidemiológica

El Informe de Circulación Viral SE46 (ISP, noviembre 2025) mostró una positividad global del 50,3%, con un repunte tardío de Influenza A(H3N2), evidenciando una circulación viral prolongada y bimodal.

Por ello, la Campaña de Invierno 2026 se extenderá al menos 12 semanas, desde la segunda quincena de junio y probablemente hasta finalizar septiembre, reforzando atención de patologías agudas, kinesiterapia, controles pediátricos en CESFAM y fortalecimiento con kinesiólogo respiratorio en el servicio de urgencias.

## EJECUCIÓN OPERATIVA

- Incluye:
- Integración ECICEP
- Controles crónicos respiratorios IRA ERA
- Atención Paciente respiratorios agudos
- Estrategias de rescate pacientes crónicos
- Fortalecer y mantener las prestaciones Rehabilitación pulmonar
- Mantener el trabajo Consejería antitabaco y evaluar iniciar terapia grupal
- Refuerzo de Campaña de invierno por al menos 12 semanas

## MONITOREO

- Monitoreo mensual de los indicadores del Programa IRA–ERA. El encargado del programa velará activamente por mantener el cumplimiento de cada indicador, reforzará al equipo en las áreas donde se identifiquen brechas e implementará medidas de mejora oportunas.
- Los indicadores a monitorear son:
- Aumento de población crónica respiratoria bajo control.
- Proporción de pacientes crónicos respiratorios “controlados”.
- Cumplimiento de rehabilitación pulmonar en usuarios EPOC etapa A sintomáticos.
- Cobertura de vacunación según población objetivo.
- Nivel de control adecuado en usuarios con asma y EPOC.
- Evaluación mensual del cumplimiento de la Meta Sanitaria N°7, con especial énfasis en los períodos de menor demanda, donde se reforzarán estrategias de pesquisa, rescate y seguimiento para alcanzar la cifra operacional definida.

## RESPONSABLES DEL PROGRAMA

- Rodolfo Fuentes, Kinesiólogo – Jefe Programa IRA–ERA
- Diego Magaña, Kinesiólogo, Subrogante Programa IRA–ERA

# PROGRAMA ODONTOLÓGICO

## INTRODUCCIÓN

Hoy en Chile las patologías orales como la caries y la enfermedad periodontal siguen siendo los principales problemas de salud odontológica. Entendiendo que las consecuencias de la caries dental son acumulativas, al tener una población infantil con una gran carga de enfermedad, tendremos una población adolescente muy enferma y una población adulta con las secuelas de la enfermedad como la pérdida de dientes, afectando enormemente la calidad de vida de las personas. La definición de la caries trae consigo una enorme responsabilidad de parte del equipo odontológico pues se define como una enfermedad crónica no transmisible que necesita de ciertas condiciones para su desarrollo (desequilibrio ecológico) y que por cuento nosotros seamos capaces de interferir en ese proceso disminuyendo los factores de riesgo ,estaremos capacitados de controlar , no sólo la caries, sino también una serie de enfermedades bucales (teoría ecológica de la caries).Hasta hace unos años la caries dental se había enfrentado con un componente eminentemente restaurador, sin embargo, se ha demostrado que este enfoque basado en la operatoria clásica, por sí sólo, no logra controlar la enfermedad. Necesitamos intervenciones precisas y con enfoque de riesgo en nuestros pacientes y su ciclo vital.

Nuestro Programa centra su atención en la población joven, menores de 20 años, en el entendido de lograr mayor impacto y resultados a lo largo del ciclo vital de nuestra población. Es así como el MINSAL ha direccionado sus estrategias en promoción, prevención y tratamiento precoz en la población infantil y juvenil donde las estrategias son efectivas y de menor costo.

En atención a lo anterior se privilegia la atención de los niños de 6 meses a 9 años (CERO infantil), niños de 6 años (GES). Además, se trabaja con el total de población de 9 a 20 años (CERO adolescente).

A principios de la década del 2000 se plantearon dos objetivos sanitarios, el primero de ellos decía relación con la disminución del índice COPD (diente con caries, obturados o perdidos) de los niños de

12 años al 44% (a 1,9 el año 2010), meta que fue cumplida. El segundo de ellos tenía como objetivo un aumento de cobertura al 50 % de los menores de 20 años, meta nacional no cumplida. En el decenio en curso (2010-2020), las estrategias de trabajo se enfocan en el grupo etario menor de 20 años ocupando gran parte del tiempo clínico odontológico disponible. En la presente década 2021/2030 se trabaja en distintas líneas estratégicas que enfatizan los logros y aspectos trabajados anteriormente (promoción y prevención en menores de 20 años).

Teniendo en cuenta que el objetivo de la planificación estratégica es contribuir a desarrollar un marco conceptual y estrategias compartidas que permitan direccionar y articular esfuerzos de todos los componentes para el logro de las prioridades sanitarias vigentes, no podemos ignorar las metas y el sentido de dirección que propone y guía el MINSAL tratando de enfocar esfuerzos y conseguir metas que pongan a nuestra nación en lo más alto de la salud pública.

Los problemas bucales son de alta prevalencia en todos los grupos etarios causando dolor, problemas nutricionales, baja autoestima y complicando enfermedades sistémicas. Las patologías de mayor prevalencia siguen siendo la caries, las enfermedades gingivales, periodontales y anomalías dentomaxilares.

Algunos factores de riesgo de las patologías bucales son comunes a los de las patologías crónicas siendo determinante el nivel socioeconómico, en desmedro de los niveles más bajos. Se observan grandes inequidades en Salud Bucal, existiendo un importante desafío para disminuir la brecha existente entre niveles socioeconómicos.

La comuna de Requínoa cuenta con 353 horas semanales de odontólogo con igual horas de técnico dental. Lo anterior distribuido en un CESFAM (155 Horas en total), dos postas de salud rural (88 horas), un móvil dental (22 horas) y un CECOSF (44 horas). Además existen extensiones horarias dentales todos los días de lunes a sábados que dan respuesta a las necesidades de salud oral de la Comuna. A estas horas se suman desde este año, 44 horas odontólogo y TONS que otorgan atención a convenios Más Sonrisas (atención a mujeres mayores de 20 años),

atención integral de Hombres, atención de personas de 60 años (GES) y atención de alumnos de enseñanza media de liceo municipal.

## **ATENCIÓN DENTAL A MENORES DE 20 AÑOS**

El enfoque actual pone énfasis en la promoción y prevención en grupos etáreos de menores de 20 años y en especial en los niños de hasta 6 (GES) que están incluidos en el programa CERO (Control con Evaluación de Riesgo Odontológico). Esta nueva manera de abordar la salud bucal en Chile requiere más que nunca de un compromiso del Equipo de Salud, la Familia y su entorno. La frecuencia de los controles odontológicos se debe determinar por el riesgo que presenta cada paciente con el objetivo de modificar los factores alterados e instaurar medidas de prevención y promoción de la salud. Es por ello que se debe modificar nuestro paradigma de atención en salud, cambiando el enfoque, desde uno centrado en la enfermedad y recuperación del daño, a otro centrado en mantener la salud cuyo fin es aumentar la cantidad de población sana y hacer lo posible para mantener esa condición. Esta nueva manera de enfrentar la problemática de salud odontológica va de la mano con evaluar a pacientes desde el punto de vista de riesgo de contraer enfermedad, o sea, lleva asociado una encuesta de riesgo (higiene, dieta, hábitos, morbilidades etc.) que dan como resultado una periodicidad de controles y oportunidades de modificar el proceso de enfermedad interfiriendo en los factores que la provocan.

En nuestra matriz de priorización se elige la atención integral de menores de 20 años en concordancia con los lineamientos del MINSAL:

## **METAS DE IMPACTO**

- Lograr tener un 65 % de niños libres de caries en menores de 3 años en la Comuna de Requínoa
- Lograr un 20% de niños de 6 años con CEOP (caries,extraído,obturado,perdido) cero en la Comuna de Requínoa
- Lograr un 30 % las altas integrales a jóvenes de enseñanza media medios Liceo Municipal
- Lograr un 44 % de niños de 0 a 9 años con pauta de evaluación CERO y tratamiento según riesgo
- Lograr atención del 100 % de todas las embarazadas que soliciten atención dental

## ESTRATEGIAS

· Crear hábitos saludables de higiene y alimentación a través del Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal de niños y niñas preescolares.

Este Programa se inició como piloto el año 2006 en nuestra comuna y funciona hasta hoy en coordinación y asesoría de la SEREMI de salud.

· Sembrando Sonrisas, aplicación de flúor barniz a todos los niños de 2 a 5 años en los jardines infantiles y colegios de la comuna (NT1 y NT2), alrededor de 680 niños. Realizar educación respecto de hábitos de higiene oral y factores de riesgo y protectores de salud oral a todos las educadoras de párvulos. Entrega de pasta y cepillo dental a todos los niños de 2 a 5 años (prevención y promoción). Además incluye un diagnóstico de la salud bucal en dicha población.

6 años: Se inicia la erupción de las piezas definitivas y por lo tanto hay que disminuir la carga bacteriana (tratando las piezas cariadas) y sellando las piezas definitivas. Esta estrategia está vigente desde el 2005 formando parte de la atención dental GES odontológico  
Cobertura 20 % de niños de 6 años sanos (COPD cero)

Adolescentes de enseñanza media: A esta edad los jóvenes presentan todas sus piezas definitivas ya erupcionadas (excepto terceros molares) y es una edad estratégica para el MINSAL que apunta a que los jóvenes de colegios más vulnerables tengan atención dental integral antes de incorporarse a la vida laboral y/o de estudios superiores.

Cobertura de 30 % de la población de alumnos de enseñanza media del Liceo Municipal (poblaciones vulnerables de la comuna)

Embarazadas: la atención integral de la embarazada tiene por objetivo disminuir la carga bacteriana de la madre y se refuerza la educación de salud bucal. Además de disminuir los factores de riesgo del hijo por nacer se trata a las gestantes disminuyendo los factores de riesgo de infección y partos prematuros. Enfocado en toda embarazada que solicite atención odontológica.

## **ACTIVIDADES:**

- Realizar 2 talleres de condicionantes protectores de la salud bucal en Jardines Infantiles y escuelas saludables, con entrega de pasta y cepillo dental (Programa de promoción con horarios protegidos).
- Controles y pautas de riesgo con enfoque de riesgo odontológico (CERO) a niños entre 6 meses y 19 años de la comuna
- Fluoración tópica (barniz) a niños de 2 a 4 años en Jardines infantiles de la comuna
- Fluoración tópica (barniz) a niños de 4 y 5 años (NT1 Y NT2) en todas las escuelas municipales de la comuna
- Altas integrales a niños y adolescentes hasta 19 años
- Atención integral a embarazadas
- Atención urgencias GES

## **METAS:**

- 100% Escuelas y Jardines Infantiles saludables incorporan factores protectores de la salud bucal
- 65 % de niños libres de caries menores de 3 años edad en la comuna
- Cobertura de fluoración (en el agua, leche o tópica) del 90% de los niños escolares de la comuna
- Pautas CERO al 44 % de niños de 0 a 9 años
- Atención 100 % urgencias GES

## **INDICADORES:**

- N° de talleres realizados en Jardines infantiles y escuelas saludables de la comuna.
- N° de pastas y cepillos entregados a pacientes entre 2 y 5 años de la comuna de Requínoa (680)
- N° de controles CERO realizados en menores entre 6 meses y 9 años en la comuna
- N° de cepillos dentales entregados a controles CERO de la comuna de Requínoa
- Cobertura de atención integral por edad (6 años, menores entre 7 y 20 años y embarazadas)
- Cobertura de fluoración tópica a niños de 2 a 5 años

## **ATENCIÓN ADULTAS MAYORES DE 20 AÑOS**

La atención a pacientes mayores de 20 años está dada principalmente en extensiones horarias (después de las 17:30 horas) debido a los compromisos laborales de los usuarios. Se dan en horarios de 17:30 a 20 horas de lunes a viernes y de 8 a 13 horas los días sábados.

A esto se suman convenios como el “Más Sonrisas para Chile”, que atienden a mujeres dando altas integrales que incluyen rehabilitación protésica. Atención integral de Hombres (atención integral más rehabilitación protésica) y el GES odontológico de 60 años que otorga todas las prestaciones a usuarios que tengan dicha edad. Todas estas prestaciones se dan en todos los dispositivos del Dpto. de salud que cuenten con instalaciones de unidades dentales.

## **ATENCIÓN A PACIENTES ECICEP**

La atención odontológica en pacientes ECICEP viene priorizada desde MINSAL para pacientes entre 35 y 54 años con diabetes mellitus descompensada. Las atenciones tienen como objetivo contribuir al control integral de diabéticos ECICEP, promover hábitos disminuyendo los factores de riesgo odontológicos en dichos pacientes. Además de lo anterior se mejora el acceso a tratamiento periodontal al nivel secundario. Se estima que durante el 2026 se atenderán un total de 50 pacientes en los distintos dispositivos.

# PROGRAMA DE SALUD MENTAL

## MARCO TEÓRICO Y RELEVANCIA DE LA SALUD MENTAL EN CHILE

La salud mental constituye una de las principales prioridades sanitarias del país. Según el plan ministerial Construyendo Salud Mental (MINSAL, 2024), los problemas de salud mental se han intensificado en los últimos años, especialmente tras la pandemia de COVID-19, que aumentó el malestar psicológico, el estrés y la demanda por atención en la población general.

La Encuesta Nacional de Salud 2016–2017 (ENS) mostró una alta prevalencia de sintomatología depresiva en la población adulta, lo que coincide con estimaciones recientes que indican que entre un 20% y 25% de las personas presenta algún problema de salud mental cada año. Sin embargo, sólo una fracción accede de forma efectiva y continua a tratamiento, evidenciando una brecha creciente entre necesidad y oferta en la red pública.

En cuanto al comportamiento suicida, los datos nacionales muestran un patrón fluctuante: un aumento sostenido previo a la pandemia, que disminuyó temporalmente en 2020–2021 para luego incremento nuevamente, retomando niveles cercanos a los años previos al COVID-19. Aunque afecta a ambos sexos, el impacto es mayor en hombres. Lo más relevante es que el suicidio se encuentra hoy entre las primeras cinco causas de muerte en personas de 15 a 49 años en Chile, lo que lo posiciona como una prioridad crítica para la Atención Primaria.

Estas tendencias refuerzan la necesidad de fortalecer la pesquisa temprana, la continuidad del cuidado y las estrategias comunitarias e intersectoriales, en concordancia con el modelo de salud mental comunitaria en APS y los Objetivos Sanitarios 2030. En este marco, los lineamientos del Departamento de Estrategia Nacional de Salud (DENS) para el decenio 2021–2030 ubican a los trastornos mentales dentro del Eje 4: Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Violencia, junto a condiciones prioritarias como salud cardiovascular, diabetes, cáncer y enfermedad renal crónica.

Esto implica que el trabajo en salud mental debe orientarse a disminuir riesgos, prevenir complicaciones, asegurar acceso oportuno y contribuir directamente a la meta nacional de reducir la mortalidad prematura asociada a estas condiciones para el año 2030.

## ANTECEDENTES RELEVANTES DEL AÑO 2025

Trastornos Psicológicos más ingresados entre Octubre 2024 y Octubre 2025:

Diagnóstico	Total ingresos	Hombres (n)	Mujeres (n)	% Hombres	% Mujer es
Otros Trastornos de Ansiedad	183	49	134	26.8%	73.2%
Depresión (moderada + grave)	137	35	102	25.5%	74.5%
Trastorno Adaptativo	159	41	118	25.8%	74.2%
Otros Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de Comienzo Habitual en la Infancia y Adolescencia	121	45	76	37.19%	62.8%

Entre octubre de 2024 y octubre de 2025, los tres diagnósticos con mayor número de ingresos al Programa de Salud Mental fueron Otros Trastornos de Ansiedad, Depresión Moderada/Grave y Trastorno Adaptativo, todos con un predominio femenino que oscila entre el 73% y el 75%. Este comportamiento es concordante con la epidemiología nacional, que muestra mayor prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en mujeres, especialmente en edad laboral y reproductiva.

La elevada frecuencia de ansiedad y depresión, seguida de los trastornos adaptativos, evidencia una tendencia sostenida al aumento de consultas asociadas a malestar emocional, estrés y crisis situacionales, fenómenos que se han intensificado en los últimos años. Este perfil epidemiológico refuerza la necesidad de fortalecer las estrategias de pesquisa oportuna, contención inicial y abordaje psicoterapéutico, con especial énfasis en los grupos de mayor vulnerabilidad emocional.

Así mismo, destaca el diagnóstico “Otros Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de Comienzo Habitual en la Infancia y Adolescencia”, que con 121 ingresos constituye el siguiente motivo más frecuente de atención en salud mental, afectando principalmente a personas entre 0 y 19 años y predominando en niñas más que en niños.

Este diagnóstico afecta y mantiene la tendencia señalada en el Plan de Salud 2025, donde fue definido como un problema prioritario en salud mental infantojuvenil. Su persistente alta incidencia refuerza la necesidad de sostener estrategias de pesquisa oportuna y coordinación intersectorial con establecimientos educacionales y redes de infancia.

Ahora bien, respecto a las metas contempladas para el año 2025 y su comparación con los antecedentes epidemiológicos de años anteriores, se observa lo siguiente en relación con la actividad del Programa de Salud Mental durante el período actual:

- Población Inscrita Validada por Fonasa al 31/10/2025: 28.216 personas
- Población bajo control al 31/10/2025: 1.629 usuarios
- Número de controles realizados al 31/10/2025: 9.178 controles
- Número de ingresos realizados entre octubre 2024 y octubre 2025: 1.235
- Número de egresos realizados entre octubre 2024 y octubre 2025: 552 egresos

Estas cifras permiten contextualizar el desempeño del programa durante el año 2025, así como evaluar el grado de cumplimiento de las metas IAAPS 9.1, 9.2 y 9.3, considerando el aumento sostenido de la demanda, la carga asistencial del equipo y las brechas estructurales previamente identificadas.

Meta	Año 2024	Año 2025 (Estimado IAAPS)	Año 2025 (al 31/10/2025)
META 9.1 – Cobertura			
Meta fijada	24%	22%	-
Personas bajo control (numerador)	1.395	1.315	1.629
Personas esperadas según prevalencia (denominador)	5.779	5.977	5.977
Cobertura observada	24.14%	22% (solo meta)	26% (referencial)
META 9.2 – Tasa de controles			
Meta fijada	8,0 controles/año	8,0 controles/año	-
Controles totales realizados	10.753	10.519	9.178
Personas bajo control	1.395	1.315	1.629
Tasa observada	771	8,0 (solo meta)	5,63 controles/paciente
META 9.3 – Egresos por alta clínica			
Meta fijada	No aplica	13%	-
Personas egresadas por alta clínica	-	171	156 31/10/2025 con proyección de 216 a fin de año
Personas bajo control	1.395	1.315	1.629
% observado de egresos	89.96%	13% (solo meta)	13.20%

Con base a estas cifras, se evidencia que existe un aumento del 10,6% respecto al año 2024 (1.395 usuarios), confirmando una demanda creciente y sostenida por atención en salud mental. Sin embargo, los 1.629 usuarios actuales corresponden solo al 5,7% de la población inscrita, muy por debajo de la prevalencia nacional estimada (20–25%), lo que evidencia un subdiagnóstico significativo o una limitada capacidad de absorción de la demanda.

En la Meta 9.1 (Cobertura), la comuna logró un 24,14% en 2024 y tiene una meta ajustada de 22% para 2025. Al considerar los datos actuales y una posible proyección a finales del año, se evidencia un aumento significativo de usuarios bajo control. Esto muestra un desempeño favorable en términos de captación, aunque influido por la mayor demanda espontánea y derivaciones, más que por capacidad instalada suficiente.

En la Meta 9.2 (Tasa de Controles), la meta es de 8 controles por paciente/año. En 2024 se alcanzó una tasa de 7,71, y para 2025 se proyectó mantener el estándar. Sin embargo, al 31/10/2025 la tasa observada es de 5,63 controles por paciente, lo que confirma una brecha importante en oportunidad y continuidad del cuidado. Esto se explica por la alta demanda, la adherencia variable y la disponibilidad limitada de horas profesionales.

En la Meta 9.3, correspondiente a los egresos por alta clínica, al 31 de octubre de 2025 se registran 156 egresos. Aplicando estrategias de revisión clínica y priorización de usuarios con criterios de alta, se proyecta cerrar el 2025 con una estimación total de 216 egresos aproximadamente, contribuyendo a disminuir la población bajo control y a mejorar el cumplimiento de esta meta para el período. Esta proyección es coherente con la necesidad de optimizar la continuidad del cuidado y avanzar hacia procesos de egreso oportuno, especialmente en un contexto de alta demanda asistencial.

En conjunto, las tres metas muestran una realidad consistente: aumento sostenido de la demanda y de captación de usuarios (Meta 9.1), pero

dificultades persistentes para asumirla y asegurar la frecuencia necesaria de controles (Meta 9.2) y la continuidad del proceso terapéutico hasta el egreso (Meta 9.3). Esto configura un escenario de sobredemanda estructural que debe ser abordado en la planificación del año 2026 mediante estrategias de adherencia, aumento de oferta efectiva y fortalecimiento del seguimiento clínico.

## **Programas y Convenios que forman parte del Programa de Salud Mental.**

El Programa de Atención Integral de Salud Mental en Atención Primaria constituye el eje central del trabajo en salud mental dentro del CESFAM y las postas rurales, articulando acciones de prevención, pesquisa, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación con enfoque comunitario. Este programa orienta la atención hacia la identificación temprana de sintomatología, la implementación de intervenciones breves, la elaboración de planes de cuidado y la coordinación con dispositivos de especialidad, asegurando continuidad del servicio para personas con trastornos leves, moderados y severos.

Como parte de sus componentes, presentamos los siguientes programas y convenios que han formado parte de las prestaciones durante el último año:

Programa Espacios Amigables para adolescentes, ofrece atención integral a jóvenes de 10 a 19 años, facilitando el acceso a controles de salud, apoyo psicosocial, abordaje de factores de riesgo y el desarrollo de actividades educativas en coordinación con establecimientos educacionales. Este dispositivo promueve una atención diferenciada, confidencial y adaptada a las necesidades propias de la etapa adolescente, favoreciendo la detección precoz y la intervención oportuna.

El Programa de Acompañamiento Psicosocial complementa el abordaje clínico mediante apoyo continuo a personas en situación de vulnerabilidad biopsicosocial. A través de seguimiento, visitas

domiciliarias, coordinación con redes comunitarias y apoyo práctico en la adherencia al tratamiento, este subprograma busca disminuir barreras de acceso y promover estabilidad emocional en usuarios que requieren intervenciones sostenidas y de mayor intensidad.

El Programa de Alcohol y Drogas (DIR), que aborda el consumo de sustancias mediante tamizaje sistemático con instrumentos validados, intervenciones breves en APS y derivación oportuna a centros especializados cuando corresponde. Su objetivo es pesquisar tempranamente el consumo de riesgo, evitar la progresión hacia un trastorno por uso de sustancias y articular redes de apoyo comunitario y familiar para favorecer la recuperación.

El Programa de Atención Integral a Personas con Demencia aporta un enfoque centrado tanto en la persona diagnosticada como en su cuidador principal. A través de evaluación integral, acompañamiento psicosocial, soporte educativo y estrategias comunitarias, este subprograma busca favorecer el diagnóstico oportuno, retrasar el deterioro funcional y reducir la sobrecarga del entorno familiar, articulándose con redes sociales y de apoyo municipal.

Finalmente, el trabajo intersectorial con la Red de Infancia —integrada por OPD, SENDA, Oficina Local de la Niñez y los establecimientos educacionales— constituye un componente esencial del Programa de Salud Mental, permitiendo la detección, derivación y seguimiento de casos complejos en población infanto-juvenil. La coordinación permanente entre sectores fortalece la respuesta comunitaria, mejora la oportunidad de atención y contribuye a la protección integral de niños, niñas y adolescentes con necesidades de salud mental.

## **Problemas Prioritarios del Programa de Salud Mental**

1. Sobredemanda sostenida del Programa de Salud Mental, donde la demanda asistencial supera de forma permanente la capacidad instalada del equipo.

- 2.Baja adherencia de los pacientes a los controles y dificultad para asegurar la frecuencia mínima exigida por falta de disponibilidad de horas profesionales.
- 3.Alta incidencia Trastornos Ansiosos y Depresivos en mayores de 15 años, en especial en mujeres.
- 4.Alta incidencia Trastornos del Comportamiento y Emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia

## **Propuesta de trabajo del Programa de Salud Mental Año 2026**

El Plan de Trabajo en Salud Mental desarrollado durante el año 2025 constituye la base fundamental para la planificación del año 2026, por lo que todas las estrategias implementadas y aquellas que se encuentran en curso deben continuar fortaleciéndose. Sin embargo, considerando las brechas identificadas en adherencia, capacidad resolutiva y sobredemanda estructural, se propone actualizar y optimizar el flujograma de atención, con el fin de mejorar la oportunidad, pertinencia y eficiencia del Programa de Salud Mental para el año 2026.

En primer lugar, se plantea una reorganización del flujo de derivación. Todo paciente derivado desde otros profesionales del CESFAM deberá pasar inicialmente por una Morbilidad de Salud Mental, instancia que permitirá realizar una pesquisa clínica temprana, evaluar riesgos, identificar patologías médicas asociadas e iniciar tratamiento oportuno cuando corresponda. Esta evaluación médica será la puerta de entrada para categorizar adecuadamente la complejidad del caso y definir el circuito más pertinente para cada usuario.

Posteriormente, cuando el caso lo amerite, el paciente será derivado a una Consulta Psicológica Inicial, la cual no implica automáticamente el ingreso al Programa de Salud Mental. A diferencia del modelo previo — donde toda derivación a psicología era sinónimo de ingreso al programa — esta consulta permitirá resolver motivos de consulta puntuales mediante intervenciones acotadas, evitando ingresos innecesarios a un programa ya altamente demandado. En esta instancia, será obligatorio

aplicar un instrumento de pesquisa estandarizado, que permita objetivar la complejidad del caso y fundamentar la necesidad o no de ingreso formal al programa.

Cuando el profesional determine el ingreso al Programa de Salud Mental, este se complementará con una derivación simultánea al equipo de Asistentes Sociales, cuya atención deberá ser realizada, preferiblemente, antes del ingreso psicológico, con el objetivo de realizar la cartola familiar de manera temprana, levantar factores de riesgo psicosociales y agilizar la recopilación de información. Esto permitirá descargar al equipo clínico de labores administrativas, mejorar el enfoque biopsicosocial y optimizar los tiempos de atención.

Asimismo, las personas categorizadas como casos de bajo riesgo clínico serán derivadas paralelamente a consultas grupales psicosociales, facilitando una atención simultánea a un mayor número de pacientes, optimizando la oferta profesional disponible y fortaleciendo la contención emocional y el apoyo entre pares. Esta estrategia permitirá dar respuesta a una parte importante de la demanda de menor complejidad, sin comprometer la calidad del proceso terapéutico.

En todos los ingresos formales del Programa de Salud Mental se deberá registrar un Plan de Cuidados Individual, especificando objetivos terapéuticos, número tentativo de controles y criterios de seguimiento. Esto permitirá monitorear el progreso clínico, evitar procesos de atención prolongados sin objetivos claros y garantizar altas clínicas oportunas, derivaciones tempranas a consultoría de psiquiatría, COSAM u otros dispositivos según necesidad.

Se fomentará, además, el uso más eficiente de las prestaciones médicas en el ámbito de salud mental, delimitando con mayor claridad las categorías de Morbilidad de Salud Mental, Control de Salud Mental e Ingreso de Salud Mental, cada una con tiempos diferenciados de atención (20, 30 y 45 minutos respectivamente). Esto permitirá una distribución más adecuada de cargas, mejor priorización y una intervención profesional más ajustada al motivo de consulta. De igual

forma, se habilitará la posibilidad de que los médicos puedan realizar egresos clínicos, siempre que cumplan criterios definidos, lo que contribuirá a disminuir la sobrecarga del equipo psicológico y favorecer la rotación natural dentro del programa.

Es importante señalar que las problemáticas del Programa de Salud Mental no se explican únicamente por la sobredemanda y el déficit de recursos humanos, sino también por la dificultad para gestionar de manera óptima los recursos disponibles. Factores como rotación de personal, brechas de capacitación, procesos administrativos complejos y variabilidad en la continuidad de equipos influyen directamente en los resultados del programa. La gestión eficiente y el uso racional de los recursos, sumado a un enfoque clínico centrado en las personas, resultan indispensables para avanzar hacia un modelo de atención más oportuno, humano y sostenible.

Del mismo modo, resulta fundamental fortalecer el trabajo con la red asistencial e intersectorial, considerando que una parte importante de la demanda del Programa de Salud Mental proviene de derivaciones externas, muchas veces sin criterios clínicos unificados ni evaluación previa suficiente. La coordinación constante con la Red de Infancia —incluyendo OPD, OLN, SENDA y establecimientos educacionales— es indispensable para garantizar intervenciones oportunas y evitar que derivaciones inefectivas o incompletas generen sobrecarga en el CESFAM. Para ello, se propone avanzar en criterios de derivación compartidos, calendarizaciones periódicas de revisión y retroalimentación de casos, y una distribución más eficiente de las responsabilidades de cada institución, de modo que asistentes sociales y psicólogos que no pertenecen al equipo de atención primaria, puedan optimizar sus intervenciones y resolver situaciones desde su propio ámbito antes de requerir atención en APS. Un funcionamiento articulado de la red no solo disminuye la presión sobre el equipo clínico local, sino que también mejora la continuidad del cuidado y facilita la resolución efectiva de los problemas de salud mental en la comunidad.

Al cierre, es esencial recordar que el cumplimiento de metas no debe entenderse únicamente como el logro de cifras, sino como la garantía de

que cada número corresponde a una persona con necesidades reales, experiencias dolorosas y un proceso de recuperación que depende en gran medida de la calidad y oportunidad de nuestra intervención.

## **Resumen del Flujograma Propuesto:**

- Derivación interna desde cualquier estamento del CESFAM → Morbilidad Médica de Salud Mental (20 minutos).
- En Morbilidad Médica de Salud Mental → Evaluación médica inicial: pesquisa, diagnóstico preliminar, manejo clínico inicial.
- Derivación a Consulta Psicológica Inicial, cuando corresponda (sin ingreso automático al programa).
- En Consulta Psicológica → Aplicación de instrumento de pesquisa psicológica y definición de complejidad.
- Si amerita ingreso → derivación simultánea a Psicología y Asistente Social.
- Si es caso de bajo riesgo → derivación paralela a talleres o consultas psicosociales grupales.
- En Ingresos del Programa de Salud Mental → Registro obligatorio de Plan de Cuidados Individual.
- Garantizar controles diferenciados y objetivos claros de cada control (20/30/45 minutos según tipo de atención).
- Egreso clínico por médico o psicólogo según criterios definidos.
- Derivación a consultoría, COSAM o red intersectorial, cuando corresponda.

# PROGRAMA DEPENDENCIA SEVERA

El Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, vigente en el país desde 2006, entrega cuidados integrales en el hogar a personas con dependencia severa (Índice de Barthel < 35), incluyendo condiciones físicas, psíquicas o multidéficit. La estrategia se implementa en establecimientos de Atención Primaria municipales y en centros dependientes de los Servicios de Salud.

El programa busca mejorar la calidad de vida del paciente y su familia mediante un abordaje biopsicosocial, considerando acciones preventivas, curativas y promocionales, con enfoque familiar y de satisfacción usuaria. Paralelamente, fortalece las capacidades del cuidador, entregando herramientas para el manejo seguro e integral del paciente.

Sus objetivos centrales son: otorgar atención domiciliaria integral, capacitar a cuidadores y familias, asegurar continuidad de cuidados a través de la red asistencial mediante derivaciones oportunas, y mantener un registro actualizado de las personas con dependencia severa. Con ello, se promueve la recuperación, el bienestar y la permanencia del usuario en su entorno habitual.

## Caracterización de la población a cargo

	Usuarios con dependencia severa	Cuidadoras	Cuidadoras con sobrecarga
CESFAM	90	88	42
CECOSF	8	8	5
Posta Abra	13	13	5
Posta Lirios	9	8	4
Posta Totihue	2	2	0
Total	122	119	56 47% de las cuidadoras con sobrecarga

\*Nivel de sobrecarga evaluado con escala de Zarit.

## Actividades realizadas 2025

Actividades	
Visitas domiciliarias integrales ingreso	51
Visitas domiciliarias de seguimiento	205
Visitas de tratamiento y procedimiento	2025
Jornadas de capacitación	5 jornadas de capacitación

Problemas priorizados en la población bajo control

- Sobrecarga de los cuidadores
- Patologías de salud mental de cuidadoras
- Baja asistencia a capacitación

Estrategia de acción con problemas priorizados y cumplimiento de metas 2026

- Es necesario reforzar las redes de apoyo psicosocial (comunitarias u institucionales) para reducir la sobrecarga.
  - Activar redes comunitarias locales: Clubes de adulto mayor, Iglesias, Voluntariados comunales, Programas sociales municipales
- Se requieren programas de capacitación accesibles para cuidadores, con modalidades flexibles.
  - Durante el 2025, dificultades para tener espacio cómodo y con ubicación estratégica, rotación de sedes, lo que dificulta la participación.
  - Se trabajará en lograr un espacio conocido y de fácil acceso, se realizarán talleres en la mañana y en las tardes para poder contar con más participación.
  - Durante 2026 seguirán horas con psicólogo para cuidadoras con sobrecarga, tanto atención presencial y atención seguimiento remoto (telefónico) para facilitar la continuidad de la atención en estas usuarias con tiempos reducidos.

- Se mantendrán las visitas 3 veces al año por el equipo integrado por médico, enfermera y TENS
- Se mantendrán las visitas de morbilidad, que si bien no están en los lineamientos ministeriales programáticos, en nuestra comuna le damos respuesta a las patologías agudas en domicilio.
- Seguiremos con equipo integral, compuesto por kinesiólogo, nutricionista, fonoaudiólogo, podólogo, enfermera, TENS y médico, para dar cumplimiento a las visitas de seguimiento y tratamiento, con la finalidad de mejorar los cuidados de los usuarios.
- Se mantienen las curaciones en domicilio tanto por profesional de enfermería y TENS.

## Indicadores del programa y seguimiento 2026

Indicador
Nº de planes de cuidado realizado
% de evaluación de sobrecarga de cuidadores:
% cobertura de exámenes preventivos o controles crónicos de cuidadores
Nº de planes de cuidado realizados a usuarios
Nº de visitas domiciliarias integrales
Nº visitas tratamiento/ procedimiento

# **PROGRAMA MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA (MAISFC)**

Para el 2030, uno de los objetivos de impacto comprometido es fortalecer el cuidado centrado en las personas, familias y comunidades, avanzando hacia la cobertura universal.

Existe abundante evidencia que apoya el desarrollo de la Atención Primaria en Salud (APS) como una estrategia central de los sistemas de salud, observándose que países con una APS fortalecida tienen mejores niveles de salud, menor uso de servicios de urgencia, menor tasa de hospitalizaciones innecesarias, mejor acceso a la atención, menor gasto y más equidad. Asimismo, la práctica de la Salud Familiar es cada vez más extendida, siendo adoptada en diversos países: Inglaterra la ha desarrollado como su principal sistema de atención primaria. En Chile, la salud familiar y comunitaria se implementa desde el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria (MAISFC), en donde la familia es el contexto social primario para promover la salud y, en caso de enfermedad, mejorar su estado de salud como un todo en las personas, familias y comunidades, desde una visión biopsicosocial espiritual, acorde a su cultura y sociedad.

En nuestra comuna existen conformados cuatro (4) Equipos de Cabecera integrados por: médicos, enfermeras, matronas, psicólogos, nutricionistas, asistentes sociales, técnicos paramédicos y oficial administrativo en cada equipo. Estos equipos tienen imagen corporativa identificándose con un nombre de árbol cada uno (Roble, Araucaria, Almendra, Nogal), el cuarto equipo corresponde a CECOSF, que abrió sus puertas al público el 20 de agosto de año 2018. El equipo Nogal se certificó en MAIS el 23 de noviembre de 2023. El Equipo Transversal cuenta con Unidades de apoyo y profesionales tales como kinesiólogos, odontólogos, tecnólogos médicos, quienes prestan apoyo a los equipos de cabecera.

La Reforma Sectorial incluye el fortalecimiento de la Atención Primaria y la instalación de procesos sistemáticos de evaluación y mejora continua de los Centros de Salud en su desempeño global.

## OBJETIVOS DEL PROGRAMA

### A. Objetivo general:

- Consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud y reconocer el esfuerzo del equipo de salud y la comuna, a través de la entrega de un estímulo financiero anual, a aquellos establecimientos que hayan cumplido con los requisitos señalados en el presente programa: Evaluación, Programación y realización de acciones orientadas a materializarlo.

### B. Objetivos específicos:

- Evaluar la evolución del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, mediante la aplicación de “Instrumento para la Evaluación y Certificación del Desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria” en establecimientos de Atención Primaria.
- Realizar mejoras, considerando brechas identificadas, para alcanzar los principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, en los establecimientos de Atención Primaria.

## CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS DEL PROGRAMA

Autoevaluación (IAAPS N°1: Porcentaje de centros de salud autoevaluados mediante instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) vigente).

El establecimiento de salud deberá realizar su autoevaluación previamente, usando el “Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitaria” en la plataforma MAIS para contrastar el desarrollo del Modelo en el establecimiento y conocer las condiciones en las cuales se encuentran.

A partir del puntaje obtenido y habiendo identificado las brechas, los establecimientos de salud deberán realizar un Plan de Mejora anual, enfatizando su trabajo en aquellos ejes donde se lograron menores porcentajes.

La evaluación del programa MAIS consta de 3 procesos: Realizar la autoevaluación y plan de mejora. Corte al 31 de agosto evaluará el avance del plan. Corte al 31 de diciembre de la evaluación final del plan de mejora. Cabe destacar que para el año 2022 se integra al trabajo del programa MAIS la Estrategia de Cuidado integral Centrado en la Persona (ECICEP) que consiste en acompañar a las personas según el nivel de riesgo de complicaciones de Salud que experimentan a lo largo del curso de vida.

#### TRES PRINCIPIOS IRRENUNCIABLES



#### ESTRUCTURA INSTRUMENTO

C O M P O N E N T E S	PRINCIPIOS		
	CENTRADO EN LAS PERSONAS	INTEGRALIDAD	CONTINUIDAD
Comunidad			
Persona y Familia			
Equipo de Salud			

## Proceso de certificación.

Para alcanzar la certificación se debe cumplir al menos un 65% del total de la pauta (total de 38 indicadores), y el 100% de los indicadores obligatorios (10 indicadores obligatorios)

Vigencia de la certificación: 3 años.

## INDICADORES OBLIGATORIOS

1. **Protocolo/documento de buen trato (vigencia 3 años)**
2. **Manejo de personas egresadas de alta hospitalaria por causa de NM, DM2, amputaciones por DM2, IAM, ACV, ERC etapa 5.**
3. **Familias identificadas y agrupadas en ficha clínica, Cartola familiar.**
4. **Planes de Cuidados Integrales.**
5. **Sectorización del establecimiento.**
6. **Plan de Trabajo de Salud Comunitaria (Diagnóstico Comunitario)**
7. **Implementación de la ECICEP.**
8. **Plan de Salud Comunitario que incorpora gestión intersectorial de trabajo con activos comunitarios.**
9. **Trabajo con enfoque familiar del equipo de sector.**
10. **Encargado en áreas estratégicas para el desarrollo del Modelo: MAIS, ECICEP (22), Calidad (22), Promoción (11) y Participación (22).**

Centro	Año	Mes	Nº Principio s Evaluado s	Estado	Total	Centrado en las personas	Integralida d	Continuida d del cuidado
					Autoevaluaci ón	Autoevalua ción	Autoevaluaci ón	Autoevalua ción
CESFAM	2025	Marzo	3	Enviado	4,211	3,125	60	4,167
PSR LOS LIRIOS	2025	Marzo	3	Enviado	4,514	5,357	625	2,083
PSR EL ABRA	2025	Marzo	3	Enviado	3,243	40	40	1,667
PSR TOTIHUE	2025	Marzo	3	Enviado	3,108	2,833	525	1,667
CECOSF	2025	Marzo	3	Enviado	5,676	6,833	475	50

Fuente: Plataforma: [maisfyc.minsal.cl](http://maisfyc.minsal.cl)

## **PLAN DE MEJORA 2025:**

Todos los centros cumplen con realizar su plan de mejora y enviar a través de la plataforma.

## **EVALUACIÓN POR CORTE DE PLAN DE MEJORA:**

Al corte realizado el 31/08/2025 CESFAM y las tres PSR cumplen con el 100% de las actividades programadas a realizar en el primer corte. CECOSF cumple con un 97%.

## **DESAFIOS AÑO 2026:**

1. Recepción y puesta en marcha del nuevo CESFAM e implementación un tercer equipo de cabecera.
2. Trabajar en las brechas identificadas para incrementar los porcentajes en la autoevaluación 2026.
3. Evaluar si CESFAM y PSR alcanzan los puntajes para optar al proceso de certificación.
4. Recertificación de CECOSF Chumaquito (proceso obligatorio).

# PROGRAMA (ECICEP)



## IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN A CARGO

La Estrategia de Cuidados Integrales Centrados en la Persona (ECICEP) está dirigida a las personas de 15 y más años.

Para la estratificación de la población se consideraron 52 patologías, condiciones o factores que influyen en el estado de salud, identificando a la población según un nivel de riesgo.

La población se categoriza como:

- Nivel G0: personas sanas (sin cronicidad), con o sin factores de riesgo.
- Nivel G1: personas con una condición crónica, siendo la principal estrategia el apoyo en su automanejo
- Nivel G2: personas con dos a cuatro condiciones crónicas. Principal estrategia la gestión de su condición de cronicidad
- Nivel G3: personas en situación de cronicidad compleja y mayor carga de fragilidad, con cinco o más condiciones crónicas.

Población a cargo por establecimiento y según nivel de cronicidad

Establecimiento	G1	G2	G3	Total
CESFAM	2180	3021	1078	6279
CECOSF	137	292	142	571
Posta Lirios	449	675	283	1407
Posta Abra	408	571	210	1189
Posta Totihue	127	196	61	384

## **PROBLEMAS PRIORITARIOS QUE SE ABORDARÁN EN FUNCIÓN DE IMPACTO Y RIESGOS A LA POBLACIÓN QUE SE TIENE A CARGO.**

Al realizar control e ingresos integrales bajo la modalidad de ECICEP, son varias las aristas sociales que se consideran. El nivel educacional y la pobreza, son los determinantes sociales que frecuentemente se asocian a condiciones crónicas y es necesario tener en cuenta los demás condicionantes socioeconómicos y culturales, tales como el desempleo, las condiciones laborales, el tipo y la condición de la vivienda.

Según datos del último censo, se obtiene que la población que reside en la comuna de Requínoa es de 29.508 personas. En el ámbito educacional, el 3.55% de los encuestados nunca asistió al colegio, el 4.8% solo tiene estudios de pre básica, un 32.4% cuenta con estudios básicos y el 58.3% tiene estudios de enseñanza media o superior. Del total de personas, un 5.1% reconoce no saber escribir ni leer.

Resulta importante conocer y trabajar con estos datos, ya que, está demostrado que la prevalencia de ciertas patologías en Chile, tales como la obesidad y los síntomas depresivos, es mayor en niveles educacionales menores a 8 años de duración.

Ante esta información, resulta crucial mantener una buena comunicación entre usuarios y profesionales, con el fin de generar estrategias que permitan facilitar la recepción de información o indicaciones otorgadas. Los gestores toman un papel relevante ya que son ellos quienes están en constante comunicación con los usuarios, resolviendo dudas, ayudando con los fármacos o gestionando horas de control.

En cuanto a características de la vivienda, resulta importante considerar que el 9.7% de los hogares cuenta con piso como radier sin revestimiento, baldosa o capas de cemento y tierra. En cuanto a fuentes de calefacción, un 33.3% se calefacciona a través de electricidad, pellet y/o gas, y un 44.6% a través de leña y/o carbón. Además, 613 viviendas están en situación de hacinamiento.

Datos importantes a considerar en el momento de generar planes de cuidado con las personas, los cuales son individualizados según la realidad de cada familia.

## **ESTRATEGIAS A UTILIZAR, ACORDE A OBJETIVOS SANITARIOS 2030, METAS E IAAPS.**

La ECICEP no contempla metas sanitarias ni cumplimiento de IAAPS, sin embargo, desde nivel central se fijó como objetivo anual el cumplimiento de al menos el 30% de ingresos de usuarios G1, al menos 30% para usuarios G2 y al menos 15% de usuarios G3.

El ingresar usuarios a la estrategia mejora el automonitoreo y autocuidado de los usuarios. Se fomentan estilos de vida saludables cuyo impacto está relacionado a la disminución de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y cánceres, trabajando en pro a los objetivos sanitarios 2030.

### **Ejecución del programa**

1. Se realizará una capacitación de ECICEP en reunión ampliada a todos los estamentos, con el fin de garantizar que los funcionarios colaboren en la permanencia de la estrategia.
2. Se mantendrán gestores de caso profesionales por cada equipo de sector.
3. Se designará a tens del sector para realizar seguimientos telefónicos.
4. Se presentará a los usuarios que requieran gestión de caso en las reuniones de equipo.
5. Se realizará un plan piloto con nuevo carnet de atención ECICEP, con el fin de poder tener toda la información del usuario en un solo carnet y no disgregado como los actuales, potenciando aún más la integralidad y continuidad de la atención.
6. Comunicación periódica entre encargados de SOME con gestores de caso y encargada de ECICEP, dado que uno de los mayores nodos críticos se presenta en la dación de horas.
7. Se trabajará en un video de promoción de la ECICEP para presentarlo a los usuarios y en salas de espera.

### **Monitoreo**

Se hará monitoreo de la ECICEP a través de indicadores de continuidad de la atención, verificando que los usuarios ingresados cuenten con control de ingreso, control de seguimiento y llamados telefónicos o gestiones de caso. Además, se realizará la presentación de casos que ameritan gestión en reuniones de sector, generando un seguimiento por parte del equipo de salud.

# **PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL CON BASE COMUNITARIA**

## **CENTRO COMUNITARIO DE REHABILITACIÓN**

El Programa de Rehabilitación Integral es una estrategia transversal a lo largo del Ciclo Vital y a los grupos etarios, cuyo foco es la población de 18 y más años. Este programa se basa en el concepto de Rehabilitación con Base Comunitaria, “La rehabilitación basada en la comunidad constituye una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, equiparación de oportunidades e integración social de todas las personas con discapacidad. A través de los esfuerzos combinados de las propias personas discapacitadas, de sus familias y comunidades, y de los Servicios de Salud, educativos, sociales y de carácter laboral correspondientes.” (Definición OPS, OMS, OIT).

Las unidades básicas de rehabilitación (UBR), es el espacio físico asignado a las salas de Rehabilitación en con base comunitaria (RBC) o CCR, están consideradas en aquellos establecimientos de atención primaria de salud y hospitales comunitarios de salud familiar que tengan una población asignada mayor de 12.000 personas. El recurso profesional básico de estas UBR es un Kinesiólogo y Terapeuta Ocupacional.

## **Caracterización De La Población Con Discapacidad En Chile**

De acuerdo con el Estudio Nacional de Discapacidad (ENDISC III, 2022) la prevalencia de Discapacidad en Chile presenta variaciones importantes según grupo etario. Entre los niños, niñas y adolescentes de 2 y 17 años, la prevalencia

alcanza un 4,7% mientras que en la población de 18 años y más llega hasta un 17,6%. Considerando a niños, niñas y personas adultas, se estima que en el país 587.709 y 2.73.893 personas con discapacidad, respectivamente, lo que en conjunto representa aproximadamente el 16,7% de la población chilena. Al analizar la discapacidad según edad, se observa un aumento significativo en los grupos mayores, alcanzando un 32,6% en las personas de 60 años y más, lo que evidencia el envejecimiento con condiciones de discapacidad.

## **Situación en la Región de O'Higgins**

En la región de O'Higgins , alcanza una alta proporción de personas en situación de dependencia. Entre los adultos de 18 y 59 años, el 57,3% se encuentra en condición de dependencia. Esta cifra aumenta considerablemente en las personas de 60 años y más, donde el 77,4% presenta dependencia para realizar actividades de la vida diaria.

## **Ayudas técnicas**

Las ayudas técnicas y dispositivos de ayuda no son utilizadas solamente por personas con discapacidad: el 72,3% de las personas con discapacidad y el 48,6% de la población sin discapacidad indica que utiliza estos elementos, dentro de los cuales se considera dispositivos para ver, para oír, para desplazarse y moverse, prótesis, softwares y otros dispositivos tecnológicos.

En nuestra región, respecto a ayudas técnicas, el 13,3% de las personas con discapacidad indica no usar ayuda técnica pero sí necesitar una, y el 28,7% utiliza alguna ayuda técnica, y requiere de otra adicional.

## **Ambiente y entorno**

En lo que respecta al entorno y al ambiente, las personas con discapacidad en gran medida perciben como barreras (difícil o muy fácil de utilizar) el uso de los espacios públicos (36,4%), tiendas, bancos o comercios (38,9%), sistema de transporte

público (44,6%) y servicios de salud (33,8%). Asimismo, las personas con discapacidad indican tener mayor dificultad que personas sin discapacidad para conseguir ayuda de parientes o familiares cercanos (21,4%), de amigos o compañeros de trabajo o estudio (44,3%) y de vecinos o conocidos (34,7%).

## 6.2. Porcentaje de la población adulta que percibe el ambiente como barrera, según discapacidad



Servicio Nacional de la Discapacidad. (n.d.). Retrieved November 24, 2025, from [https://www.senadis.gob.cl/pag/700/2013/datos\\_iii\\_endisc\\_region\\_de\\_ohiggins](https://www.senadis.gob.cl/pag/700/2013/datos_iii_endisc_region_de_ohiggins)

## PROPOSITO

Entregar prestaciones de rehabilitación de calidad, en forma oportuna y accesible, a las personas en situación de discapacidad, permanente o transitoria, mejorando la resolutividad a nivel de la Atención Primaria de Salud.

## OBJETIVO GENERAL

Mejorar o mantener el funcionamiento y favorecer la participación en comunidad de las personas ingresadas al programa.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Desarrollar estrategias de rehabilitación integradas funcionalmente a la Atención Primaria de Salud, bajo un enfoque biopsicosocial y con base en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) y la Estrategia de Rehabilitación con Base Comunitaria.

2. Brindar servicios de rehabilitación a las personas que presentan deterioro en el funcionamiento, apoyar en el abordaje integral de personas y sus familias, bajo el MAIS y la estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en el contexto de multimorbilidad (ECICEP).

3. Articularse con programas de promoción de la actividad física, alimentación saludable, y mantención de la funcionalidad a lo largo del curso de vida con objetivos de la prevención de la discapacidad.

4. Desarrollar estrategias para el trabajo con cuidadores de personas con dependencia atendidas en el programa, para que logren competencias relativas al cuidado y disminuyan las sobrecargas instalando herramientas de autocuidado.

5. Apoyar el desarrollo de competencias del equipo APS en al abordaje integral de personas con condiciones de salud que se atienden en el programa.

6. Contribuir a la generación de redes comunitarias e intersectoriales para el logro de la participación en comunidad de las personas con discapacidad.

## **POBLACIÓN OBJETIVO**

Población adulta, de 18 años o más con y sin discapacidad (permanente o transitoria), con deficiencias o condiciones de salud que afectan el funcionamiento en área física y/o sensorial.

## **ESTRATIFICACIÓN DE ATENCIÓNES SEGÚN CCR REQUINOA**

Categoría 1: Personas con lesiones Neurológicas centrales o periféricas, Alta prioridad (atención inmediata o en menos de 2 semanas): Personas con alta dependencia, riesgo de deterioro funcional.

Categoría 2: Fracturas con tratamiento Conservador o quirúrgico, Mediana prioridad (atención en 4-6 semanas): Personas con procesos postoperatorios o con patologías inflamatorias que impactan moderadamente su funcionalidad.

Categoría 3: Procesos inflamatorios agudos o crónicos. • Baja prioridad (atención en más de 6 semanas): Personas con afecciones crónicas estabilizadas, pero que requieren seguimiento y educación en autocuidado.

## ESTADÍSTICA AÑO 2025

Número de ingresos a Programa de Rehabilitación Integral de enero a octubre de 2025, según condición de salud.

<b>Total ingreso (Nº de personas)</b>	<b>1169</b>
Dolor cervical agudo	2
Dolor lumbar agudo	19
Hombro doloroso agudo	66
Otro dolor musculoesquelético agudo	97
Artrosis de rodilla y cadera	122
Artritis reumatoidea	3
Otro dolor musculoesquelético crónico	447
Ataque cerebro vascular (ACV)	54
Traumatismo encéfalo craneano (TEC)	5
Enfermedad de Parkinson	34
Enfermedades neuromusculares	45
Alteraciones en el desarrollo psicomotor	2
Trastorno espectro autista	8
Alzheimer y otras demencias	1
Amputación	10
Quemados	2
COVID-19	1
Otros	228
Alteraciones visuales	1
Alteraciones auditivas	22

## METAS DE PROGRAMA

El 30% de las personas que ingresa a rehabilitación, recuperan o fortalecen su participación en la comunidad, producto de intervención del programa.

El 75% de las personas ingresadas al programa de rehabilitación cuentan con un Plan de tratamiento consensuado e informado.

El 100% de las personas que ingresan con diagnóstico COVID-19, reciben tratamiento en el programa de rehabilitación.

Se debe cumplir al menos el 60% de cobertura de Actividades de atención directa según la programación asistencial anual.

Problema	Solución	Propuesta
Brecha entre Interconsultas resueltas y no resueltas, de patologías musculo esqueléticas de prioridad 3.	Optimizar tiempo de profesionales a través de actividades grupales que revuelvan problemas de salud sin desmedro de la calidad de atención	Aumentar en número de usuarios que asisten a de Talleres Terapeutas Ocupacionales y Kinesiólogos para pacientes con categorización 3
Actualización del diagnóstico Participativo	Realización de Diagnóstico Participativo 2025	Realizar un Diagnóstico Participativo en relación con las problemáticas identificadas por la comunidad, el Intersector y el Equipo de Salud
Falta de Autorización Sanitaria en el Centro de Rehabilitación tras proyecto de remodelación de CCR.	En proceso de Remodelación de CCR, para obtener Autorización Sanitaria	Realizar proceso y obtención de Autorización Sanitaria para el Centro de Rehabilitación.

# PROGRAMA PROMOCIÓN DE SALUD

## PLAN CUATRIENAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD 2025-2028

El Programa Comunal de Promoción de la Salud de Requínoa tiene como objetivo construir y mantener entornos y estilos de vida saludables, su labor se centra en fomentar la actividad física permanente, promover ambientes libres de humo de tabaco y una alimentación saludable, con el propósito de mejorar la calidad de vida de la comunidad. Este plan, correspondiente al periodo 2025-2028, fue formulado en base a los lineamientos entregados desde la SEREMI de SALUD, el cual identifica como problema central: El déficit de acceso a la promoción de la salud y la necesidad de habilitar y optimizar entornos saludables en la comuna.

### POBLACIÓN

- Habitantes de la comuna de Requínoa, directamente residentes del sector Polígono (sector abra), con énfasis en: o Jóvenes entre 10 y 24 años.
- Personas en situación de discapacidad. o Familias con riesgo cardiovascular.
- Familias migrantes.
- Estudiantes de establecimientos municipales.
- Comunidades y organizaciones territoriales.
- Adultos y adultos mayores.

### PROBLEMAS IDENTIFICADOS

- Baja participación en actividades de promoción de salud.
- Escaso acceso a entornos saludables (espacios recreativos, áreas libres de humo, infraestructura accesible).
- Aumento de factores de riesgo como sedentarismo, sobrepeso y alimentación inadecuada.
- Débil articulación intersectorial para sostener acciones permanentes.

## **PROBLEMAS PRIORIZADOS A ABORDAR (SEGÚN IMPACTO Y RIESGOS, Y DETERMINANTES SOCIALES)**

- Sedentarismo y baja actividad física en la población en general.
- Ambientes no saludables, incluyendo espacios poco seguros, no inclusivos o con exposición al humo de tabaco.
- Malos hábitos alimentarios en población general y escolar.

## **DETERMINANTES SOCIALES ASOCIADOS**

- Acceso desigual a espacios recreativos seguros.
- Condiciones socioeconómicas que limitan prácticas saludables.
- Bajo nivel de participación y organización comunitaria.
- Oferta insuficiente de programas orientados a salud preventiva.

## **ESTRATEGIAS:**

### **1. Redes:**

- Coordinación permanente con CESFAM, CECOSF y departamentos municipales.
- Capacitación a equipos en promoción de salud y enfoque territorial.

### **2. Alianzas Intersectoriales:**

- Trabajo con establecimientos educacionales y municipalidades, como SENDA, OLN, Deportes y organizaciones privadas para ampliar la cobertura de actividades.

### **3. Participación Comunitaria:**

- Actividades con Juntas de Vecinos, agrupaciones deportivas y colectivos locales.
- Mesas territoriales para definir necesidades y soluciones.

## **TODAS ESTAS ESTRATEGIAS SE ALINEAN CON:**

- Objetivos Sanitarios 2030: Fomentar estilos de vida saludables, reducir brechas de desigualdad y fortalecer entornos protectores.
- Metas sanitarias: Mejorar indicadores de actividad física, entornos saludables y participación comunitaria.

## EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

- Desarrollo de talleres comunitarios de actividad física en espacios públicos y escuelas.
- Implementación de ferias saludables y capacitaciones en alimentación y autocuidado.
- Reacondicionamiento de espacios saludables, como plazas activas y zonas libres de humo.
- Innovación mediante:
- Uso de metodologías participativas (encuestas, diagnósticos comunitarios).
- Acciones inclusivas para personas con discapacidad (monitores especializados y actividades adaptadas).
- Fortalecimiento del trabajo con empresas locales para apoyar eventos y entornos saludables.

## SEGUIMIENTO

- Reportes trimestrales.
- Reuniones de coordinación intersectorial.
- Ajustes del plan en base a brechas, participación y nuevas necesidades detectadas.

## CIERRE Y PROYECCIÓN 2025

Al mes de octubre se ha ejecutado un 60% del plan, con proyección de llegar al 100% al cierre del año, además, se han desarrollado actividades no contempladas inicialmente, fortaleciendo la estrategia comunitaria.

## PARA EL AÑO 2026, LOS DESAFÍOS SON:

- Mantener y aumentar las alianzas intersectoriales. Mejorar la eficiencia en la ejecución del programa.
- Elaborar las mejores estrategias con las orientaciones técnicas entregadas desde el Ministerio de Salud.

## VERIFICADORES



# PARTICIPACIÓN SOCIAL

La Participación Ciudadana en Salud es un componente central del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), este enfoque reconoce a las personas como agentes activos en la toma de decisiones, promoviendo el ejercicio de derechos y deberes en salud, la corresponsabilidad y la construcción conjunta de comunidades más saludables.

## OBJETIVO DE IMPACTO:

Fortalecer un modelo de gestión participativa en el área de la salud.

## ALCANCES 2025:

Este documento presenta el trabajo realizado en participación durante el año 2025, el resultado del Diagnóstico Participativo año 2024 y los desafíos proyectados para el año 2026, incorporando además la identificación de población a cargo, problemas prioritarios, estrategias, ejecución y monitoreo, según lo solicitado.

Consejo de Desarrollo Local en Salud: Cumple funciones esenciales que fortalecen el trabajo comunitario:

- Informativa: Transmisión de información entre CESFAM y comunidad.
- Consultiva: Opinión y recomendaciones en temas relevantes.
- Evaluativa: Revisión del funcionamiento y gestión del establecimiento.
- Colaborativa: Apoyo en actividades de promoción y participación social.

## PLAN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL 2025

**Objetivo General:** Obtener información relevante sobre las necesidades y problemas de salud de la comunidad para elaborar estrategias de intervención pertinentes.

## **PROCESO METODOLÓGICO**

- 1.Grupo motor.
- 2.Pre-investigación.
- 3.Definición de actores clave.
- 4.Reuniones, talleres y priorización de problemas.  
Retroalimentación y difusión de resultados.

### **Población destinada:**

- Organizaciones comunitarias y juntas de vecinos.
- Actores claves (líderes territoriales, agrupaciones funcionales, dirigentes sociales).
- Usuarios inscritos en CESFAM, CECOSF y Postas.
- Personas mayores, mujeres cuidadoras, familias con riesgos psicosociales.
- Población escolar y adolescentes.

### **Problemas identificados: A partir del Diagnóstico Participativo 2024:**

- Baja participación en espacios comunitarios formales.
- Necesidad de mejorar la comunicación entre salud y comunidad.
- Carencia de espacios comunitarios saludables y de encuentro social.
- Escaso conocimiento sobre servicios, programas y derechos en salud.
- Débil vinculación entre organizaciones sociales y establecimientos de salud.

### **Problemas priorizados según impacto, riesgo y determinantes sociales**

- Débil articulación entre comunidad, CESFAM y actores intersectoriales.
- Determinantes asociados: Participación social.
- Bajos niveles de participación comunitaria formal y organizada.
- Determinantes asociados: cohesión social, acceso a información, factores socioculturales.
- Dificultad para acceder a información clara sobre programas, beneficios y servicios de salud. o Determinantes asociados: alfabetización en salud, educación, comunicación.

## **Estrategias a utilizar alineadas a Objetivos Sanitarios 2030, Metas e IAAPS.**

- Coordinación con CESFAM, CECOSF, Postas, salud mental, promoción y programas ministeriales.
- Capacitación de equipos en participación social, comunicación efectiva y enfoque territorial.
- Articulación con Municipalidad, Educación, SENDA, OLN, Deportes, Seguridad Pública, organizaciones territoriales y empresas privadas.
- Trabajo conjunto en ferias, operativos y encuentros comunitarios.
- Reuniones periódicas con Consejo Local.
- Talleres participativos y encuentros ciudadanos.
- Fortalecimiento de liderazgos locales y formación comunitaria.

## **ALINEACIÓN NORMATIVA**

- Objetivos Sanitarios 2030: Participación activa de la comunidad, reducción de inequidades, fortalecimiento de entornos protectores.
- Metas sanitarias: Mejorar la participación y satisfacción usuaria.

## **EJECUCIÓN**

- Talleres participativos en sectores urbanos y rurales.
- Encuestas comunitarias aplicadas en abril-mayo como parte de la actualización del diagnóstico.
- Mesas de trabajo territorial para abordar problemas priorizados.
- Visitas a terreno y acompañamiento directo de equipos de participación.
- Espacios formativos sobre derechos en salud, prevención, autocuidado y funcionamiento del sistema.
- Incorporación de plataformas digitales para mejorar la comunicación con la comunidad.
- Vinculación con organizaciones jóvenes y nuevos liderazgos, ampliando la base participativa.

## **INDICADORES**

Avance del Plan de Participación Social: 72% al mes de octubre.

## **MECANISMOS DE SEGUIMIENTO**

- Reuniones mensuales del equipo y Consejo.
- Informes trimestrales de avance.
- Evaluación final en diciembre 2025.
- Ajustes del plan según brechas detectadas.

**Evaluación preliminar 2025:** El proceso ha sido positivo, destacándose:

- Mayor acercamiento territorial.
- Compromiso comunitario significativo.
- Actividades ejecutadas exitosamente pese a ajustes de tiempos.
- Fortalecimiento del trabajo intersectorial (participación, promoción, municipalidad).

## **Resultados esperados y Desafíos 2025**

- Potenciar la coordinación de acciones sectoriales e intersectoriales asociadas a la participación ciudadana y social en salud.
- Propiciar y fortalecer capacidades, competencias y habilidades en metodologías participativas a todos los actores involucrados.
- Fortalecer el Consejo de Desarrollo Local en Salud, que actúa como puente entre la comunidad y el establecimiento, aportando información, asesoría y acompañamiento en la gestión local.
- Ampliar alianzas intersectoriales.

# PROGRAMA SALUDABLEMENTE FUNCIONARIOS

El Programa Saludablemente APS busca que los establecimientos de salud se conviertan en espacios donde el bienestar del personal sea una prioridad, con ambientes de trabajo saludables que no solo prevengan riesgos, sino que también cuiden la salud mental (SM) y el bienestar de todos las y los trabajadores de la salud. En Chile, la ley exige que los empleadores protejan la salud y seguridad de sus trabajadores a través de normas como la Ley 16.744 sobre accidentes y enfermedades laborales, el Decreto Supremo N°594 sobre condiciones básicas en los lugares de trabajo, Ley 21.643 sobre prevención, investigación y sanción del acoso laboral, sexual o de violencia en el trabajo y el Estatuto de Atención Primaria (Ley 19.378), que define las responsabilidades de las entidades de salud municipal.

La estrategia busca contribuir a la SM de trabajadores/as de la salud en APS con perspectiva territorial, colectiva y organizacional. Reduciendo el impacto de los factores psicosociales de riesgo cuatro ejes de acción; Prevención, Promoción, SM organizacional y articulación con el medio local.

La Organización Internacional del Trabajo define los Factores de riesgo psicosocial laborales (RPSL) como las interacciones entre el medio ambiente de trabajo, el contenido del trabajo, las condiciones de organización y las capacidades, necesidades, cultura del trabajador, y consideraciones personales externas al trabajo que pueden, en función de las percepciones y la experiencia, tener influencia en la salud, rendimiento del trabajo y satisfacción laboral.

En este sentido, los estudios sobre salud mental en trabajadores de la salud en Chile han revelado que un alto porcentaje de ellos experimenta síntomas de malestar psicológico (Ansiedad, depresión, toma de decisiones, capacidad de atención), a nivel conductual (Cambios en la alimentación, disminución de actividad física, trastornos del sueño,

aumento de consumo de OH y tabaco) y asociados al desarrollo de enfermedades cardiovasculares o gastrointestinales).

Además, se evidencian manifestaciones del impacto de los factores de riesgo psicosociales a nivel organizacional (Aumento de ausentismo por causas médicas, mayor rotación del personal, deterioro del clima laboral y disminución del compromiso organizacional).

Cuidar los ambientes laborales es una tarea que requiere del trabajo coordinado entre empleadores, administradores municipales, comités paritarios, organismos administradores de la ley, la comunidad, y los equipos encargados del programa Saludablemente. Este esfuerzo, además, debe estar alineado con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, que considera el bienestar del personal como una parte fundamental para entregar una atención de calidad.

Para avanzar hacia este objetivo, es clave que las acciones de cuidado se basen en información concreta, analizando datos como el ausentismo, la rotación de personal, las enfermedades laborales, los resultados de la encuesta CEAL-SM y las tasas de agresiones. Monitorear estos indicadores ayuda a priorizar e identificar dónde se necesitan más esfuerzos y cómo avanzar en la mejora continua.

## **CONTEXTUALIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EL PERSONAL DE SALUD EN CHILE**

Para dimensionar la problemática de salud mental (SM) en el personal de salud en Chile es importante revisar algunos datos a nivel nacional; Según cifras de la OPS (2022 periodo de pandemia) existe un 37% de sospecha de episodios depresivos en funcionarios de salud, un 25% y un 43% de profesionales y no profesionales presentan síntomas depresivos respectivamente.

Con respecto a las agresiones a funcionarios de salud en la región de O'Higgins el 5° Informe: Violencia Externa en Redes Asistenciales periodo 2024, registró un total de 355 agresiones, de las cuales 202 ocurrieron en establecimiento de APS y 153 en establecimientos

hospitalarios. Del total de agresiones 36 (10.4%) son de tipo físico, 268 (75.6%) agresiones verbales, 6 (1.7%) son de carácter sexual, 6 contra la infraestructura y 39 (10.6%) consideradas en otro tipo de agresiones.

## **GESTIÓN Y OBJETIVOS DEL PROGRAMA SALUDABLEMENTE FUNCIONARIOS CESFAM JOAQUÍN CONTRERAS SILVA Y SUS DISPOSITIVOS DE SALUD**

Este programa se inicia en nuestro departamento a fines del año 2022, con el objetivo de implementar diversas acciones enfocadas en favorecer la salud mental de los funcionarios que día a día dan respuesta a las necesidades sanitarias de nuestra Comuna.

### **GESTIÓN DEL PROGRAMA SALUDABLEMENTE**

La red APS comunal de Requínoa está compuesta por 7 dispositivos; existiendo un referente saludablemente comunal para todos los dispositivos. El profesional Psicólogo encargado del programa dispone de 22 horas semanales y debe abarcar la totalidad de dispositivos de salud de la comuna.

El encargado cuenta con el apoyo de un equipo designado por la dirección del nuestro CESFAM el cual este compuesto por cuatro profesionales de salud, un prevencionista de riesgos, una matrona, una fonoaudióloga y una asistente social son parte del equipo de trabajo saludablemente.

En este apartado se resalta como brecha que no existe una carga de horas protegidas para dichos profesionales, parte del equipo saludablemente. El reducir esta brecha durante el año 2026 permitiría mejorar la capacidad de respuesta, la cobertura de acciones de bienestar laboral y la articulación con los establecimientos, por lo que se recomienda generar la protección de horas semanales a los miembros del equipo saludablemente.

### **OBJETIVOS DEL PROGRAMA**

#### **OBJETIVO GENERAL**

Fomentar entornos laborales que favorezcan el bienestar psicológico, emocional y social de las y los funcionarios de la salud, a través de acciones de promoción, prevención y protección de la salud mental.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Generar mecanismos de actuación preventiva dirigida a la salud mental del personal de salud.
2. Impulsar mecanismos de actuación promocional acerca de los cuidados de la salud mental del personal de salud, en conjunto con actores claves.
3. Fortalecer la salud mental en la dimensión institucional y organizacional.
4. Implementar procesos que faciliten la participación de las personas, la articulación de acciones y la gestión del conocimiento en materia de cuidados del personal.

## **ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN 2026**

Busca minimizar y mitigar el impacto de los RPSL en el personal de salud de la comuna por medio de acciones, intervenciones y actividades a distintos niveles de prevención:

1. Prevención primaria: busca abordar el origen de los problemas relacionados con el trabajo, minimizando o gestionando RPSL mediante cambios en el diseño, organización y/o gestión del trabajo. Su objetivo es eliminar o reducir los riesgos antes de que causen daños a la salud de los trabajadores.
2. Prevención secundaria: Esta estrategia se enfoca en reforzar la capacidad de los trabajadores para hacer frente a la exposición a los RPSL. Incluye acciones como la detección temprana de problemas y la implementación de programas de capacitación para mejorar las habilidades de afrontamiento.
3. Prevención terciaria: Consiste en ofrecer apoyo correctivo para los problemas ya causados por el estrés laboral. Implica la implementación de medidas de rehabilitación y reintegración para las y los funcionarios que han experimentado problemas de salud relacionados con el trabajo.

## **COMPONENTES**

Se establecen cuatro componentes para el cuidado de la salud mental funcionaria que se estructuran en forma de niveles de intervención cuya combinación promueve el bienestar de las y los funcionarios de la salud, como ambientes laborales saludables:

1. Equipos de salud: Involucra a los profesionales de la salud que trabajan directamente en la atención primaria. Las intervenciones a este nivel pueden incluir capacitación en manejo del estrés y promoción de la salud.
2. Liderazgos y jefaturas: Se enfoca en los responsables de la toma de decisiones y la gestión de equipos, se consideran jefaturas intermedias. Las intervenciones pueden incluir formación en liderazgo saludable y gestión del estrés organizacional.
3. Organización: Abarca toda la estructura y cultura de la institución de atención primaria. Las intervenciones a este nivel pueden incluir políticas de promoción de la salud y bienestar, así como cambios en la organización del trabajo.
4. Intersector/comunidad: Implica la colaboración con otros sectores y la comunidad en general. Las intervenciones pueden incluir programas de promoción de la salud que involucren a la comunidad y alianzas con otras.

## **PLANIFICACIÓN ACTIVIDADES E INTERVENCIONES AÑO 2026**

Definición de objetivos específicos según lineamientos del servicio de salud de O'Higgins.

1. Gestionar acciones preventivas que permitan mejorar el manejo, investigación y seguimiento de episodios de acoso laboral, sexual y la violencia en el trabajo en los distintos dispositivos de salud de la comuna. Difundiendo los procedimientos y protocolos pertinentes para generar conciencia del rol activo en la prevención del maltrato laboral.
2. Generar un cambio de cultura organizacional en cuanto al cuidado personal, fortaleciendo la importancia del rol activo del funcionario en el autocuidado. Entregando herramientas que permitan reforzar las estrategias de afrontamiento, manejo de estrés y síntomas emocionales reactivos.

3. Contribuir al desarrollo de los lineamientos ministeriales tendientes a fortalecer el buen trato y un cuidado humanizado entre el personal de salud y los usuarios de la comunidad. Promoviendo un modelo de relación empático que permita nutrir ambientes saludables y una atención de calidad.

4. Fomentar el trabajo organizado y promover el conocimiento de los mecanismos de acción frente a factores de riesgo en los funcionarios de salud. Difundiendo procedimientos, flujos de seguimiento y orientación tanto preventivos como reactivos en las distintas dimensiones relacionadas al trabajo en salud.

Las actividades propuestas pretenden generar espacios de esparcimiento, de relajación, de cuidado personal, pero además, fomentan un cambio de cultura entorno al cuidado personal, promoviendo un rol activo del funcionario en su autocuidado. Por lo anterior gran parte de las actividades está focalizada en entregar herramientas que aporten al desarrollo de estrategias de regulación, de afrontamiento, de manejo de estrés y contribuyan al crecimiento personal de cada funcionario de salud de nuestros dispositivos.

Por último una parte importante del trabajo que se planifica para el año 2026 busca concretar y sensibilizar a la comunidad en general (funcionarios y usuarios) acerca de la humanización de la salud, punto primordial para generar cambios tendientes a fortalecer el buen trato, a generar un cuidado digno y construir relaciones humanas entre los funcionarios y usuarios de los dispositivos de salud de la comuna de Requínoa.

ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN	COMPONENTE NIVEL DE INTERVENCIÓN	RIESGO PSICO SOCIAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD OBJETIVO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
PRIMARIA	INDIVIDUAL/ EQUIPOS DE SALUD	Exigencias emocionales	2	Intervenciones holísticas (Medicinas complementarias) en los dispositivos de atención	Todos		X		X		X		X		X		X
PRIMARIA	INDIVIDUAL/ EQUIPOS DE SALUD	Carga de Trabajo	2	Creación de material audiovisual de acceso fácil al funcionario (Correo, código QR) que aborden temáticas de ergonomía, micro pausas laborales, entre otras)	Todos	X		X		X		X		X		X	
SECUNDARIA	INDIVIDUAL/ EQUIPOS DE SALUD	Exigencias emocionales	2	Acceso a cursos de capacitación (Gratis, autogestionados, vía remota o presenciales) destinados a fortalecer el manejo de situaciones cotidianas que aumentan la carga emocional en el trabajo, por ejemplo curso de PAP en el que laboral	Todos		X			X			X			X	
SECUNDARIA	INDIVIDUAL/ EQUIPOS DE SALUD	Exigencias emocionales	3	Creación de un programa anual de autocuidado. Promoviendo el bienestar integral de los funcionarios en los distintos dispositivos de atención. Participación en talleres semanales para aprender hábitos saludables y mejorar la calidad de vida.	Todos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
PRIMARIA	JEFATURAS Y LIDERAZGOS	Conflictos de Rol	4	Orientación y difusión de procedimientos y rol en la organización.	Todos			X				X					X
SECUNDARIA	JEFATURAS Y LIDERAZGOS	Calidad de Liderazgo	4	Capacitación a jefaturas intermedias en comunicación efectiva y temáticas a fin	Todos	X		X		X		X		X		X	
SECUNDARIA	ORGANIZACIÓN	Compañerismo	3	Campaña de humanización de trabajadores de la salud por una mejor relación entre funcionarios	Todos	X		X		X		X		X		X	
SECUNDARIA	INDIVIDUAL/ EQUIPOS DE SALUD	Compañerismo	3	Creación de material audiovisual de acceso fácil al funcionario (Correo, código QR) que reconozca la labor fundamental de cada funcionario, recordando por ejemplo en aniversarios, cumpleaños, años de trayectoria, etc.)	Todos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
SECUNDARIA	INTERSECTOR	Violencia y Acoso	3	Campaña de humanización de trabajadores de la salud por una mejor relación con la población usuaria	Todos	X		X		X		X		X		X	
SECUNDARIA	ORGANIZACIÓN	Violencia y Acoso	1	Difusión digital y presencial del protocolo Ley Karin	Todos		X			X			X			X	
TERCIARIA	ORGANIZACIÓN	Violencia y Acoso	1	Difusión de fluograma y seguimiento de agresiones a funcionarios de salud	Todos			X			X			X		X	
TERCIARIA	INTERSECTOR	Violencia y Acoso	1	Participación en mesas comunales	Todos			X			X			X		X	

# COMITÉ LACTANCIA MATERNA

## OBJETIVOS

- Asesorar y apoyar a los equipos de salud en Lactancia materna.
- Potenciar la Lactancia materna para favorecer el desarrollo infantil.
- Favorecer el crecimiento y desarrollo que están directamente relacionados con la nutrición y la lactancia materna es fundamental en los inicios de la vida de un lactante.
- Apoyo a la meta N° 6 Lactancia materna hasta los 6 meses de vida.

### Meta N.º 6 (51,35%)

Cobertura de lactancia Materna exclusiva 6 meses de vida a octubre 2025

Numerador	Denominador	Cobertura a octubre 2025
N.º de niños y niñas con LME a los 6 meses	N.º total de niños y niñas atendidos a los 6 meses	46%
54	117	

## PROBLEMAS PRIORITARIOS QUE DISMINUYEN LAS COBERTURAS DE LM

- Implementación de fórmula de inicio que permite acogerse libremente al derecho de no amamantar.
- Población migrante ( bolivianas) que su cultura es no amamantar.
- Disminución de la LME durante los primeros 6 meses, con impacto en morbilidad infantil.
- Gestantes con bajo conocimiento sobre lactancia materna.
- Déficit de apoyo psicosocial a madres vulnerables.
- Conocimiento insuficiente por parte de los funcionarios de salud sobre lactancia materna.
- Recursos económicos limitados para implementos e insumos.
- Limitación de tiempo para ejecutar reuniones de comité y trabajo administrativo.

## **ESTRATEGIAS Y DESAFÍOS PARA EL 2025.**

- Fortalecer la Consejería Integral en Lactancia Materna en Control prenatal y Control Infantil por los equipos de cabecera.
- Implementación de consulta de lactancia especializada de alerta y de seguimiento por los equipos de cabecera.
- Activación de Grupos de Apoyo a la Lactancia (modalidad presencial y virtual).
- Talleres comunitarios, espacios educativos en juntas de vecinos y organizaciones sociales.
- Campañas locales para fomentar la LM, desmitificar creencias erróneas.

# PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE TELEMEDICINA

## OBJETIVO

Implementar la prestación de atención médica a distancia (telemedicina) para resolver consultas de baja complejidad, optimizando la disponibilidad de cupos presenciales y mejorando el acceso oportuno a atención médica.

## ALCANCE

- Aplica inicialmente a médicos del CESFAM, excluyendo postas rurales.
- Equipo habilitado para telemedicina: Se excluye a los médicos especialistas, dado que las consultas a resolver son de carácter general y de poca complejidad, debiendo ser abordadas por el equipo de medicina general.

## MARCHA BLANCA

- Se iniciarán las atenciones los días Martes en la jornada de la mañana.
- Se crea el correo: [telemedicina.requinoa@gmail.com](mailto:telemedicina.requinoa@gmail.com) Clave: Telemedicina.requinoa2025
- Se iniciará con llamadas telefónicas, sin video, con miras a incorporar la videollamada en una siguiente fase para poder hacer la consulta lo mas completa posible. Se conversa con dirección la necesidad de una plataforma de videollamadas (Ejemplo Teams, Zoom) y se les envía la Orientación Técnica de Atención a Distancia para su revisión y consideración en las etapas futuras.

- Se habilita desde dirección un teléfono Celular con las siguientes características:

Modelo del teléfono: MODEL: SM-A057M/DS o Especificaciones:  
4GB | 128GB, Color: Black,

IMEI1: 350290611789333

IMEI2: 355253221789338

Número de serie (S/N): S/N: R7AX10FBVVD

Se entregan 10 Chips Prepago de 2gn + 100min + Whatsapp de Movistar con vigencia de 7 días cada uno.

- Como Alternativa se podrán utilizar los teléfonos fijos habilitados en cada box de atención.
- El personal de SIGGES será el encargado de la agenda, priorizando las atenciones de este servicio (interconsultas rechazadas, contrarreferencias y otras interconsultas y derivaciones necesarias), continuando con cupos de pacientes de forma espontánea.
- Se irá especificando progresivamente el tipo de atenciones que conviene sean atendidas por telemedicina y las que no.
- Registro clínico: En ficha electrónica habitual (Fonendo).
- Duración: 15 minutos por paciente.
- Serán agendados en FONENDO como Telemedicina
- Inicialmente, las recetas serán entradas en FARMACIA. Los documentos que resulten de la consulta médica serán entregados a SOME (órdenes de exámenes, informes, etc.)
- Los diagnósticos GES confirmados deben ser entregados a SOME y deben ser firmados por el paciente antes de la entrega de los medicamentos en farmacia.

## **MOTIVOS DE CONSULTA RESOLUTIVOS POR VÍA REMOTA: (ABIERTO A MODIFICAR CONSTANTEMENTE)**

- Respuestas a pacientes de SIGGES
- Respuestas del especialista de hospital digital (excepto teledermatología).
- El médico de Teledermatología podría dar la respuesta vía telefónica en su propio horario reservado para este fin.
- Descarte de patologías crónicas y GES
- Revisión de resultados de exámenes (laboratorio, imagenología, etc.). Si son de extrasistema, deben ser enviados por correo previamente al correo designado de telemedicina.
- Solicitud o renovación de recetas médicas crónicas en pacientes estables que no requieran examen físico para verificar compensación.
- Solicitud y entrega de informes médicos o certificados (Siempre y cuando no requieran examen físico. Queda a criterio médico)
- Consultas de orientación de salud general o dudas sobre tratamientos en curso. (Se debe construir una lista de motivos de consulta frecuentes que sean resolutivos por telemedicina e ir ajustándola según avance el programa).
- Solicitud de interconsulta o derivación cuando los antecedentes ya están claros y los exámenes paraclínicos se encuentran disponibles (enviar siempre al correo de telemedicina).
- Renovación de licencias médicas prolongadas por patologías de difícil resolución en espera de cirugía o proceso de invalidez. (El médico debe definir que paciente puede renovar licencia por esta modalidad, avisando con anterioridad a SOME y el paciente debe contar con el acceso y conocimientos técnicos para realizar el procedimiento por vía remota). Es necesario establecer algún procedimiento para conocer cuales son los pacientes que se les permitirá esta modalidad de licencia médica.
- Informes de Licencia Médica por rechazos de COMPIN
- Cualquier consulta general que el paciente considere le convenga resolver por telemedicina, aceptando siempre las condiciones de la misma y el criterio médico.

**NO APTAS PARA TELEMEDICINA (REQUIEREN PRESENCIALIDAD):  
(ABIERTO A AMPLIAR ESTA LISTA Y ESPECIFICAR MÁS LAS PATOLOGÍAS  
O MOTIVOS DE CONSULTA)**

- Cuadros agudos con síntomas de alarma (dolor torácico, disnea, fiebre alta, dolor abdominal intenso, sangrado, vómitos persistentes, etc.).
- Lesiones dermatológicas, salvo que se cuente con teléfono institucional habilitado para recibir fotografía por Whatsapp.
- Cualquier situación en la que el examen físico sea determinante para el diagnóstico o manejo o que el médico pesquise durante la atención telefónica que requiere control presencial Agendamiento y gestión de horas (SOME)
- Abrir agenda con un día de anticipación: Se permite llenar la agenda de mañana durante el día de hoy, para que se puedan enviar o recibir exámenes previos. Esto también hará mas llamativo el agendamiento de esta prestación en fases iniciales.
- SOME deberá informar y confirmar la siguiente información para el agendamiento por telemedicina:
  - Toda solicitud de telemedicina debe incluir el motivo de consulta para validar pertinencia.
  - El paciente debe tener teléfono funcional y señal estable.
  - Que cuente con correo electrónico para el envío de documentos.
  - Si no tiene teléfono o no cuenta con señal inestable, debe solicitar atención presencial.
    - Entregar al paciente el correo institucional de telemedicina para envío previo de documentos o exámenes.
    - Si no tiene correo electrónico, debe entregar documentos en SOME con anticipación para ser subidos a la ficha del paciente.
    - Informar que, si al momento del llamado el paciente no se encuentra disponible por cualquier motivo, deben volver a llamar para reagendar en otra fecha.
    - Aclarar que pueden existir retrasos de hasta 30 minutos respecto al horario agendado, considerando que sigue siendo una atención médica que, por múltiples motivos, se puede retrasar.
    - Indicar que deben mantener su teléfono disponible, con batería y volumen activo.

- Si no contestan tras tres intentos, la hora se perderá y deberán reagendar.

- Si requieren documentos, ordenes médicas, recetas físicas, etc., podrán retirarlos en SOME o recibirlos por correo solicitándoselo al médico.

## PROTOCOLO DE LLAMADA

- Se realizarán hasta tres intentos de llamada, separados por dos minutos cada uno.
- Si no hay respuesta tras el tercer intento, registrar como “paciente no se presentó”.
- Si el paciente no contesta, se debe dejar constancia en la ficha electrónica de: hora y minuto de cada intento y el resultado de estos (Telefono apagado, desviada, buzón de voz, etc.)
- Anotar la forma de entrega de documentos (correo electrónico o retiro en SOME).
- Si el paciente contesta, pero no puede realizar la atención (por falta de privacidad, ruido, señal etc.), deberá solicitar una nueva hora. SOME debe informar esto claramente a los usuarios al momento de agendar.
- Se deberán mantener protegidos al menos 2 cupos de 15 minutos al final de la jornada de la tarde, para poder derivar a pacientes que durante la jornada de la mañana el médico determine que requieren ser vistos presencialmente para concluir su atención y dejar cerrado los casos.
- Registrar en la ficha clínica según el protocolo del CESFAM: motivo de consulta, enfermedad actual, registro de exámenes, indicaciones, diagnóstico y tratamiento. Cualquier otro que aplique según la atención.

# CURACIONES AVANZADAS

Esta unidad tiene como objetivo contribuir a mejorar la calidad de atención en pacientes portadores de úlceras venosas y pie diabético y otras heridas complejas mediante recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible, que permita mejorar la práctica clínica de los profesionales en su prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

El pie diabético es la complicación de mayor número de hospitalizaciones en la población diabética. El paciente diabético presenta un riesgo de ulceración de un 15% durante su vida. Es la 1º causa de amputaciones de origen no traumático.

## LOS OBJETIVOS DE IMPACTO:

Disminuir la falta de funcionalidad de los pacientes portadores de úlceras y pie diabético.

Resultados esperados:

- Mejorar la capacidad funcional y calidad de vida de los pacientes portadores de úlceras venosas y pie diabético.
- Contribuir a disminuir la incidencia, morbilidad y complicaciones asociadas a la enfermedad.
- Contribuir a disminuir el gasto en la atención de salud a través del uso racional de los recursos con tratamientos demostradamente costo-efectivos.

## DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

RRHH:

Enfermeras capacitadas en curaciones avanzadas.

Técnicos capacitados

Recursos materiales:

Se cuenta con diversos apósitos primarios y secundarios y todos los insumos necesarios para el usuario según lo requiera.

#### Movilización:

Se cuenta con un furgón para el traslado de los pacientes que tiene dificultad para deambular.

#### Agendas:

Curaciones en box

Curaciones en domicilio

Curaciones una vez por semana de 17:00 a 19:00 para usuarios que trabajan.

#### Nuevas prestaciones:

Implementación de toma de presión índice tobillo.

Aplicación de vendaje compresivo dos capas para usuarios con úlcera venosa.

Entrega de zapatos ortopédicos que permiten la descarga de lesiones.

Disminuir la falta de funcionalidad de los pacientes portadores de úlceras y pie diabético.

### POBLACIÓN QUE RECIBE CURACIONES AVANZADAS AÑO 2025

Meses	Paciente con Pie diabético	Pacientes con úlceras	Otras heridas complejas
Enero	29	33	19
Febrero	22	29	33
Marzo	22	23	29
Abril	23	21	22
Mayo	18	22	37
Junio	23	19	35
Julio	28	17	34
Agosto	22	17	38
Septiembre	19	18	39
Octubre	19	16	25

## CURACIONES SIMPLES AÑO 2025

MES	CURACIONES	ALTAS
Enero	317	56
Febrero	322	48
marzo	392	72
Abril	373	85
Mayo	330	53
Junio	343	56
julio	369	70
Agosto	299	65
Septiembre	287	41
Octubre	314	61

## METAS Y DESAFIOS PARA EL AÑO 2026

La unidad de curaciones avanzadas debe mirar a los usuarios de manera integral en todos los ámbitos del usuario, una mirada biopsicosocial.

Derivar a todos aquellos usuarios diabéticos de difícil recuperación a los equipos de cabecera para visitas en dupla psicosocial y conocer entornos del paciente, factores de riesgo y factores protectores.

Derivar a aquello pacientes que no recuperan a laboratorio para toma de cortisol para luego derivara a dupla psicosocial.

Manejo integral del usuario con médico para evaluación con exámenes.  
Implementar cultivos de heridas.

Aplicar toma de presión I/T a pacientes diabéticos o con sospecha de insuficiencia arterial.

Mantener todas las prestaciones , RRHH, recursos materiales para mejorar la calidad de vida de nuestros usuarios.

# EQUIPO SALUD EN TERRENO (ATENCIÓN DOMICILIARIA Y CLÍNICA MÓVIL)

## OBJETIVOS DEL PROGRAMA

- Brindar atención de salud integral a usuarios con dependencia moderada y problemas de movilidad no puede acceder a los centros de atención abierta.
- Disminuir vacíos de cobertura, llegando a los usuarios más rurales que no acceden a los centros de atención abierta.
- Apoyar las prestaciones del programas tales como cardiovascular , ECICEP y otros.

## ATENCIONES REALIZADAS DESDE ENERO A OCTUBRE 2025

	TOTAL ATENCIONES
CONSULTAS (CONTROLES CRÓNICOS, EMPAM, MORBILIDAD, EVALUACIONES INICIALES ETC)	1977
PROCEDIMIENTOS (TOMA DE MUESTRAS, CURACIÓN SIMPLE Y AVANZADA)	304

## DESAFÍOS 2026

### Atención domiciliaria:

- Aumentar coberturas de atención con un aumento de horas para salud en terreno.
- Mantener el nexo con las diferentes unidades como curaciones avanzadas y salud mental, dándole acceso a este tipo de atenciones a nuestros usuarios en su domicilio.

**123**

## Clínica móvil:

- Un desafío que tenemos es incorporar nuevos sectores a los cuales podemos llevar las atenciones de la clínica móvil.
- Tener un equipo multidisciplinario mejorando la atención oportuna a los usuarios que acceden a las atenciones de la clínica móvil.

## MATRIZ DE PROBLEMA PRIORIZADOS:

Problema de salud priorizado	Objetivo General	Objetivo específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo
Adultos mayores con mala adherencia a controles de salud en los distintos centros de salud de la comuna	Mejorar adherencia a controles de salud	Llevar la atención de cardiovascular a usuarios de localidades distantes.	Lograr un 80% de atenciones	Horas médicas para atenciones en domicilio. Horas Enfermera para atenciones en domicilio. Horas de TENS para atenciones en domicilio.	Atenciones de médico en domicilio. Atención de enfermera en domicilio. Realizar toma de muestra en domicilio para controles. Realizar perfiles de presión en domicilio si usuarios lo requirieran	Anual
Usuarios con aislamiento geográfico que se les dificulta tomar hora en los distintos dispositivos de salud.	Dar acceso a usuarios de localidades distantes de atenciones médicas y de enfermería.	Llevar atenciones de morbilidad, cardiovascular, controles de salud infantil a localidades distantes.	Lograr un 80% de atenciones	Horas médicas en clínica móvil. Horas de Enfermera en Clínica móvil.	Atenciones de morbilidad. Atenciones Cardiovasculares por Enfermera. Exámenes de medicina preventiva del adulto mayor (EMPAM).	Anual