

QUILLOTA, 30 de Noviembre de 2022.

La Alcaldía decretó hoy lo que sigue:

D.A. NUM: 10.941 /VISTOS:

- 1) Plan de Salud año 2023 Departamento de Salud Municipalidad de Quillota;
- 2) Acuerdo N°373/2022 adoptado por el Honorable Concejo Municipal de Quillota en Sesión Extraordinaria de 30/11/2022, Acta N°43-2022 **que aprobó por unanimidad el Plan de Salud año 2023, Comuna de Quillota**”;
- 3) El Acuerdo N°003-B/2021 adoptado por el Honorable Concejo Municipal de Quillota en Sesión de Instalación de Concejo Municipal periodo 2021-2024 de fecha 02/07/2021, que autoriza al Secretario Municipal la tramitación de los Acuerdos sin esperar la aprobación del Acta;
- 4) Las facultades que me confiere la Ley N°18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus posteriores modificaciones;

DECRETO

PRIMERO

Comuna de Quillota:

APRUÉBASE el siguiente Plan de Salud año 2023,

SaludQuillota veinte años innovando

PLAN DE SALUD AÑO 2023

DEPARTAMENTO DE SALUD
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

*1a salud que
Queremos*

Quillota
Municipalidad

DISTRIBUCION:

Concejales - Alcaldía - Control – Adm. Municipal – Delegación San Pedro –Delegación Aconcagua. Finanzas Salud – Salud - Acuerdo N°373/2022 - Acta N°43/2022 - Secretaría Municipal - Transparencia.

OCS/HCM/DMB/xva/gdr. -

INTRODUCCIÓN

En una visita a la comuna de Florianópolis, enmarcada como parte de una pasantía de la Asociación Chilena de Municipalidades hace ya más de una década, me tocó ser parte de un acontecimiento sorprendente como actor de la APS que ya llevaba varios años en el mundo de la gestión municipal de salud y que, ahora, en esta época, en que gran parte de quienes formamos parte de esta particular expresión del hacer salud en una comuna como Quillota en plena elaboración del Plan de Salud, reaparece en la memoria a modo de reflexión y, por qué no decirlo, como un ideal quizá, o ingenua aspiración.

En efecto, me tocó presenciar en vivo y en directo, la ocasión en que el equipo de salud de esa comuna brasilera presentaba su plan de salud. Lo hacían en una ceremonia de alta relevancia para quienes formaban parte del quehacer público. Estaban en ella responsables de las distintas políticas municipales; representantes de la ciudadanía y, lo más impresionante, directivos de todos los hospitales u organismos de nivel secundario y terciario que, al igual que los demás, tenían el deber de firmar el plan de salud de la APS de la comuna, responsabilizándose de las contribuciones que desde su organización debían hacer para el cumplimiento de dicho plan.

Pareciera ser que en esa realidad, la “menor complejidad” que se le atribuye tan lateramente en nuestro país a lo que realizan, al igual que nosotros, miles de personas en la APS, no pareciera ser un impedimento para proyectar a un grado de alta responsabilidad y compromiso a esos niveles del intra e intersector.

Cierto. No hemos avanzado tanto, pero igual el imperativo legal y técnico que es la construcción del plan de salud nos da una oportunidad para revisar lo que hacemos, junto a proyectar desafíos y también la oportunidad, por qué no, de vulnerar nuestros muros propios de la actividad, contruidos por miles de indicadores, metas, programas, siglas y términos de difícil comprensión para otros actores de la ciudadanía y de la propia organización municipal a la cual pertenecemos. Esto no es menor en cualquier proceso de trasladar responsabilidad y competencias al mundo propio de la ciudadanía.

Así lo hemos hecho por años, y progresivamente hemos adecuado nuestro lenguaje para esos actores, dándonos cuenta que lo realmente trascendental de nuestra actividad está en una acción tan simple y natural de la convivencia humana: compartir lo que hacemos, con un lenguaje fácil de comprender y con el desafío puesto en los propósitos y menos en superar las dificultades. No estarán todos los que estaban en Florianópolis, pero la verdad, nunca han estado...en cosas de baja complejidad.

Pero al lector de estas palabras —si es que los hubiere—, puede resultarle fuera de toda normalidad técnica o formal lo relatado (“que son las aproximaciones que realmente son importantes”). Lo que ocurre es que estamos celebrando 20 años de una decisión que permitió hacer carne una idea identitaria y no menos transformadora de construir una mezcla propia de hacer política de APS, tomándonos en serio el hecho de la municipalización de la salud. Pero no una municipalización sólo pensando en el trámite administrativo del Decreto Municipal, ni menos sólo en socializar los déficits de las políticas públicas del Estado, en esa permanente relación mórbida entre Estado y Municipio.

Nos referimos a algo que lo hemos definido como el modelo SaludQuillota, algo que técnicamente es tan innecesario como difícil de describir en el marco de esta introducción. Menos hoy, en que el bosque de la APS es tan frondoso. Sólo podría explicarlo diciendo que en ese frondoso bosque en que hoy han plantado pinos y eucaliptos, resalta vigorosamente lo perenne, noble o genuino del mañío o del roble, del coihue o del alerce; un ser que hace imposible ser trasplantado, expresiones propias sólo de esta naturaleza, de este nicho ecológico compartido, comprendido y valorado por estos seres humanos que nos han acompañado por más de 20 años de innovación.

Eso celebramos y lo seguiremos haciendo hasta cumplir 12 meses con tod@s l@s jardiner@s y guardabosques que conforman nuestra organización y con quienes nos han apoyado para estos logros, entre quienes están por cierto los destinatarios de este Plan de Salud: autoridades municipales, autoridades y colegas del Servicio de Salud; dirigentes sociales, ciudadan@s.

Nuestra celebración no puede estar ajena a la necesidad de renovar preocupaciones que nos han acompañado por décadas y también nuevos desafíos.

La apertura y la necesidad de sintonizar —más que oír o escuchar, solamente— el mundo de las diversidades. Plantea un gran desafío para una organización que, frente a las subjetividades, disminuye la marcha y la velocidad.

La crisis de los cuidados: escenario que ya no es parte de teorías del futuro y que nos exige visualizar rumbos o definiciones para enfrentar adecuadamente el envejecimiento de la población, y las consiguientes presiones sobre redes aún precarias para considerarse una verdadera alternativa.

La gran deuda de las políticas sanitarias que lo constituye la salud mental.

Y por último, algo propio de los jardineros, vivir y no sufrir el proceso al fin, de la acreditación, no sólo en nuestros establecimientos ya vestidos de frac para tal ocasión, sino también en la posibilidad de ampliarlo a otros establecimientos de nuestra red.

Todas las subdirecciones de SaludQuillota, al igual que cada establecimiento de nuestra red, han contribuido a este plan de la misma forma que cada día lo hacen ante la hermosa tarea que hemos tenido la suerte de realizar por cerca de tres décadas. Esto es con dedicación, responsabilidad, visión y compromiso, valga los agradecimientos para tod@s. También para nuestras autoridades que seguramente aprobarán este Plan de Salud en sesión de Concejo Municipal, como lo han hecho cada vez que lo hemos presentado. Para nuestr@s usuari@s y vecinos que siempre apoyan y junto a nosotr@s recolectan frutos del bosque. Por último, para nuestr@s coleg@s jardineros y guardabosques siempre abiertos para entregarnos las siempre útiles técnicas de cultivo. Para todas y todos, muchas gracias.

Víctor Alvarado Miric
Director del Departamento de Salud
Ilustre Municipalidad de Quillota

ÍNDICE

I.- DESCRIPCIÓN DE LA COMUNA	10
1.- DESCRIPCIÓN GEOGRÁFICA	10
2.- CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA	13
a. Estructura poblacional.....	14
b. Principales dinámicas migratorias	19
3.- FACTORES CONDICIONANTES Y DETERMINANTES DE LA SALUD.....	23
a. Indicadores sociales.....	23
b. Indicadores de salud	25
c. Indicadores educacionales	28
d. Indicadores de vivienda y entorno urbano.....	34
e. Acceso a servicios básicos	38
f. Indicadores económicos.....	38
g. Equidad y satisfacción de necesidades.....	42
h. Cultura	46
i. Deportes	47
j. Organizaciones sociales.....	48
4.- SECTOR SALUD	50
a. Política de Salud Comunal	50
i. Modelo de Salud Local (20 años).....	50
b. Definición Modelo SaludQuillota.....	51
c. Estructura de la Red Asistencial.....	54
i. Estrategia urbana	54
i.i. CES Cardenal Raúl Silva Henríquez	54
i.ii. Centro de Promoción de Salud y Cultura	54
i.iii. CES Doctor Miguel Concha	55
i.iv. Plataforma de Gestión Familiar	56
i.v. Centro Integral del Adulto Plaza Mayor.....	57
ii. Estrategia territorial	59
ii.i. CECOSF Cerro Mayaca	59
ii.ii. CECOSF Santa Teresita.....	61
ii.iii. CECOSF María Ernestina Fernández.....	63
iii. Estrategia rural familiar y comunitaria.....	64
iii.i. CESFAM La Palma	65
iii.ii. CESFAM Boco	66
iii.iii. CESFAM San Pedro.....	68
iv. Líneas específicas	69
iv.i. Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)	69
iv.ii. Centro Programa Emerger.....	69
iv.iii. Casas de Acogida de Quillota y San Pedro	70
v. Centros complementarios.....	72
v.i. Farmacia Comunal de Quillota	72
v.ii. Complejo Asistencial Docente	73
v.iii. Comunidad Terapéutica Ayutün	74
II.- INDICADORES BÁSICOS DE SALUD.....	76
1.- MORBILIDAD	76

a. Consultas de morbilidad	76
b. Pandemia Covid-19.....	79
i. Evolución Epidemiológica.....	79
ii. Estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento (TTA)	80
ii.i. Estrategia de Testeo.....	81
iii.ii. Estrategia Trazabilidad.....	84
iii.iii. Estrategia Aislamiento.....	86
c. Urgencias.....	87
2.- ESTADÍSTICAS VITALES A TRAVÉS DEL CICLO DE VIDA	88
a. Gestantes	89
b. Infantil	94
c. Adolescente	98
d. Edad Adulta	101
e. Personas Mayores	119
f. Programas y Unidades Transversales.....	141
i. Salud odontológica	141
ii. Salud mental	143
g. Gestión Farmacéutica	148
i. Comité de Farmacia y Terapéutica.....	149
ii. Farmacia y Botiquines como Unidad de Apoyo.....	149
iii. Programa Fondo Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria	151
5.- PROGRAMAS DE REFORZAMIENTO DE APS	151
a. Programa resolutivez en APS	152
i. UAPO.....	152
ii. Cirugía Menor	153
iii. Otorrinolaringología.....	153
iv. Gastroenterología	154
b. Programa Imágenes Diagnósticas	155
i. Programa de neumonía adquirida en la comunidad y enfermedades respiratorias crónicas	155
ii. Detección precoz de displasia de cadera para niños y niñas de 3 a 6 meses	155
iii. Detección precoz del cáncer de mamas	156
iv. Detección precoz de patologías biliares y cánceres de vesícula	157
c. Detección precoz del cáncer cervicouterino	158
6. EVALUACIÓN DE LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES)	160
III.- PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	165
1.- DIAGNÓSTICOS PARTICIPATIVOS	165
a. Diagnóstico comunitario de salud.....	165
i. Priorización de factores que priorizan la salud.....	165
ii. Insumos diagnósticos	168
2.- Actividades comunitarias	168
a. CES Dr Miguel Concha	168
b. CES Cardenal Raúl Silva Henríquez.....	170
d. CECOSF María Ernestina Fernández Marciel	186
e. CECOSF Santa Teresita	193
f. CESFAM La Palma	196
g. CESFAM San Pedro.....	203
h. CESFAM Boco y Posta de Manzanar	209

i. Centro de salud integral plaza mayor	213
j. Centro de promoción de la salud y la cultura	215
k. Centro Emerger	219
3.- Comité de gestión usuaria	222
a. Resumen de las actividades de las oficinas OIRS de la comuna	223
b. Variable urgencia.....	223
c. Lista de espera	223
d. Farmacia.....	224
e. Actividades ejecutadas en 2022.....	224
4.- Análisis de Solicitudes Ciudadanas	225
IV.- GESTIÓN DE LAS PERSONAS	228
1.- DOTACIÓN.....	228
2.- CARGOS LLAMADOS A CONCURSO INTERNO SEGÚN LEY N° 21.308.....	231
3.- PLAN ANUAL DE CAPACITACIONES	233
4.- CONVENIOS DOCENTES ASISTENCIALES.....	233
a. Hitos relevantes del campo docente.....	235
b. Logros de los campos docentes.....	235
V.- GESTIÓN FINANCIERA	237
VI.- DESAFÍOS.....	239
1.- LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS	239
a. Modelo de atención.....	239
i. Atención, cuidado integral y continuo de la red, de las personas y sus familias, en todas las etapas del ciclo vital, desde el modelo local de SaludQuillota	239
ii. Mejoramiento y evaluación continua de la calidad de atención clínica y de apoyo	240
iii. Fortalecimiento de la Resolutividad	240
iv. Desarrollo de líneas de prevención y promoción trasversales e integradas de la red	241
v. Mantención y aumento de la Satisfacción Usuaria.....	241
vi. Desarrollo de la inclusión social.....	242
b. Participación social y trabajo intersectorial	242
i. Desarrollo del Trabajo intersectorial.....	242
ii. Fortalecimiento de la participación social en salud	242
c. Desarrollo de personas	243
i. Fomento de una cultura de buen trato y climas laborales.....	243
ii. Fortalecimiento de la gestión de las personas	243
d. Eficiencia presupuestaria, financiera y logística	244
i. Inversión y mantenimiento de la infraestructura, equipamiento y tecnologías de la red asistencial.....	244
ii. Fortalecimiento de planificación y control efectivo de ingresos y gastos	245
e. Líneas transversales	245
i. Fortalecimiento de la vinculación con el resto del Municipio.....	245
ii. Ciudadanizar la salud	246
ANEXOS	247
ÍNDICE DE GRÁFICOS	265
ÍNDICE DE TABLAS	270
REFERENCIAS.....	272

SIGLAS

APS	Atención Primaria de Salud
AVPP	Años de Vida Potencialmente Perdidos
BCN	Biblioteca del Congreso Nacional
CASEN	Encuesta de Caracterización Socioeconómica
CECOSF	Centro Comunitario de Salud Familiar
CENABAST	Central Nacional de Abastecimiento del Sistema de Servicios de Salud
CEODO	Índice de Carie Cero
CESSFAM	Centro de Salud Familiar
CRSH	Centro Cardenal Raúl Silva Henríquez
DLP	Dislipidemia
DM	Diabetes Mellitus
DSM	Desarrollo Psicomotor
EMPA	Examen de Medicina Preventiva del Adulto
ERA	Enfermedades Respiratorias del Adulto
FNDR	Fondo Nacional de Desarrollo Regional
FONASA	Fondo Nacional de Salud
GES	Garantías Explícitas en Salud
HTA	Hipertensión Arterial
ICVU	Índice de Calidad de Vida Urbana
IMC	Índice de Masa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estadística
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
IRIS	Índice Regional de Inclusión Social
IS	Índice de Swaroop
ISAPRE	Instituciones de Salud Previsional
ISP	Instituto de Salud Pública
MDSF	Ministerio de Desarrollo Social y Familia
OEA	Organización de Estados Americanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
PACAM	Programa de Alimentación Complementario del Adulto Mayor
PGF	Plataforma de Gestión Familiar
PIE	Programa de Integración Escolar
PNAC	Programa Nacional de Alimentación Complementaria
PRAPS	Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud
REM	Registro Estadístico Mensual
RIDH	Red Internacional de Derechos Humanos
RN	Recién Nacido
SAPU	Servicio de Atención Primaria de Urgencia
SAR	Servicio de Atención de Urgencia

SEREMI	Secretaría Regional Ministerial
SIGGES	Sistema de Gestión de Garantías Explícitas en Salud
SIMCE	Sistema de Medición de la Calidad de la Educación
SOME	Servicio de Orientación Médica y Estadística
SSVQ	Servicio de Salud Viña del Mar Quillota
TENS	Técnico en Enfermería de Nivel Superior
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
TTA	Testeo, Trazabilidad y Aislamiento
UAPO	Unidad de Atención Primaria Oftalmológica
VIF	Violencia Intrafamiliar

I.- DESCRIPCIÓN DE LA COMUNA

1.- Descripción geográfica

La ciudad de Quillota integra una de las treinta y ocho comunas que conforman a la Región de Valparaíso. Administrativamente forma parte de la Provincia de nombre homónimo como capital de la misma, participando de una misma unidad subnacional con las comunas de La Cruz, La Calera, Nogales e Hijuelas. El territorio comunal se encuentra emplazado en la cuenca del río Aconcagua, ubicado en un valle dispuesto entre los cordones transversales al poniente y la cordillera de la costa al oriente. Ocupando un rango latitudinal entre los 32°49'51" y los 32°58'28" de latitud sur, y longitudinal del 71°27'5" a los 71°7'7" de longitud oeste, el territorio cuenta con una superficie de 301,6 km², representando el 1,9% del territorio regional y el 27,09% de la superficie provincial (INE, 2019). Adicionalmente, se encuentra a 50 km de Valparaíso, capital de la región, y a 130 km de Santiago, capital nacional.

El principal centro poblado de la comuna es la ciudad de Quillota, la cual comparte sus fronteras con las comunas de La Cruz, La Calera y Puchuncaví —esta última de la Provincia de Valparaíso— al norte; Hijuelas al oriente; Olmué y Limache, de la Provincia de Marga Marga, al sur; y la comuna de Quintero, de la Provincia de Valparaíso, al poniente. Esta ciudad se encuentra conurbada con las áreas correspondientes de Quillota, La Cruz, La Calera e Hijuelas, participando de este sistema territorial como su principal polo: con una población estimada de 149.159 personas entre estos espacios, Quillota concentra aproximadamente un 49,12% de la población total (Censo, 2017; Municipalidad de Quillota, 2022a).

Esta conurbación suburbana representa la segunda más importante de la Región de Valparaíso, y se estructura a través de los principales ejes de conexión existentes entre las comunas que la conforman: las avenidas Carlos Condell, 21 de Mayo, Camino Troncal, Carrera y Manuel Rodríguez por un lado, que cruza de forma continua a todas las comunas conurbadas; y las Autopista de Los Andes, que cruza a Quillota, La Cruz y La Calera, y la de Aconcagua, que conecta con Hijuelas. Adicionalmente, ésta destaca por ser también una de las más recientes del país, debido al acelerado crecimiento habitacional de La Cruz tras un aumento demográfico de cerca de un 80% entre el periodo del Censo del año 2002 y el del 2017.

Las presiones demográficas actuales han significado una reestructuración de la división territorial de la comuna en los últimos años. En el 21 de octubre de 2021, a través del Decreto Alcaldicio N°8.824, se aprobó una nueva delimitación de las unidades vecinales con el propósito de promover la descentralización, el bienestar social, la gestión comunitaria, el sentido de pertenencia y la participación ciudadana. De acuerdo por lo consignado por el PLADECO 2022-2026 de la Municipalidad de Quillota (2022a), esta “nueva organización propone diversificar las dinámicas vecinales, redistribuir recursos y resignificar hitos y/o símbolos de

pertenencia” (p. 15) de la población. La nueva distribución de las unidades vecinales acumula un total de trece zonas en el espacio urbano, y de seis en el rural; y en concreto, significó pasar de catorce unidades vecinales a diecinueve, tras generar cinco nuevas unidades territoriales en el sector urbano y una nueva en el rural.

En la tabla 1 se presenta información relativa a las características y localización de la totalidad de unidades vecinales en Quillota. Dentro de los valores presentes, destacan las unidades 1, 8 y 12 por ser las que cuentan con una mayor cantidad de habitantes, y las 14 y 18 por ser las más extensas. En relación a la densidad demográfica, destacan las unidades número 9, con 18.500 hab/km², la 11, con un aproximado de 15.478 hab/km² y la 4, con 13.770 hab/km² dentro del espacio urbano. En el rural, los dos territorios más densos consisten en 16 y 14, con un aproximado de 103 y 81 hab/km² respectivamente.

Tabla 1: Unidades Vecinales, superficie, estimado de habitantes y límites

N° Unidad Vecinal	Categoría	Superficie	N° de habitantes estimado ¹	Límites
1	Urbana	1,76 km ²	11.389	Norte: Calle Lorca Prieto Sur: División Condominio Alborada – Galvarino – Línea Predial Parque Industrial Este: Caletera 7 Oeste: Caja del río
2	Urbana	0,98 km ²	5.310	Norte: División Condominio Alborada – Galvarino – Línea Predial Parque Industrial Sur: Serrano – Prat Este: Caletera 7 Oeste: Caja del río – Molinare
3	Urbana	0,88 km ²	6.402	Norte: Limite predial Altos Serrano Sur: Calle La Concepción – 18 de Septiembre Este: Molinare Oeste: Caja del río
4	Urbana	0,55 km ²	7.574	Norte: La Concepción

¹ En relación con la población, es importante destacar que la estimación, realizada por Mapocho consultores (2022) se calculó de acuerdo a criterios distintos para el espacio urbano y rural, siendo el último de estos relativo a la información disponible en el CENSO 2017. Para el ámbito urbano, el número aproximado se generó a partir de la cantidad de predios por la cantidad de habitantes por vivienda a partir de la información del INE, lo que tiende a elevar los valores en relación con la información disponible en el censo.

				<p>Sur: Agustín Avezón</p> <p>Este: Av. Valparaíso</p> <p>Oeste: Caja del río</p>
5	Urbana	1,4 km ²	7.171	<p>Norte: -</p> <p>Sur: Yungay – La Concepción</p> <p>Este: Av. Condell</p> <p>Oeste: Línea predial calle Chacabuco – Av. Valparaíso</p>
6	Urbana	1,3 km ²	6.668	<p>Norte: Calle Serrano</p> <p>Sur: Calle Yungay – Límite predios Villa Santa Teresita</p> <p>Este: Av. Condell</p> <p>Oeste: Camino Internacional</p>
7	Urbana	1,58 km ²	5.964	<p>Norte: Yungay – Límite predios Villa Santa Teresita</p> <p>Sur: Camino Internacional o límite urbano</p> <p>Este: Camino Internacional</p> <p>Oeste: Av. Condell – Hmno. De la Fuente – Freire</p>
8	Urbana	0,97 km ²	10.045	<p>Norte: Yungay</p> <p>Sur: Alberdi – Hmno. De la Fuente</p> <p>Este: Av. Condell</p> <p>Oeste: Pinto – Bulnes</p>
9	Urbana	0,48 km ²	8.880	<p>Norte: Yungay</p> <p>Sur: Lorca</p> <p>Este: Pinto</p> <p>Oeste: Av. Valparaíso</p>
10	Urbana	0,6 km ²	5.709	<p>Norte: Agustín Avezón</p> <p>Sur: Línea Predio Fábrica Torre – Villa Antumapu</p> <p>Este: Av. Valparaíso</p> <p>Oeste: Caja del río</p>
11	Urbana	0,63 km ²	9.751	<p>Norte: Lorca Sur: Alberdi Este: Bulnes – Pinto Oeste: Av. Valparaíso</p>
12	Urbana	1,72 km ²	12.673	<p>Norte: Alberdi – Hmno. De la Fuente</p> <p>Sur: Camino Internacional – Camino</p>

				interior paradero 3 San Pedro Este: Freire Oeste: Camino troncal
13	Urbana	1,24 km ²	7.088	Norte: Línea predial villa Antumapu – Fabrica Torre Sur: Subdivisión predial paradero 3 San Pedro Este: Av. Valparaíso – Troncal Oeste: Caja del río
14	Rural	78 km ²	6.336	Localidad de San Pedro
15	Rural	32 km ²	1.970	Localidad de San Isidro
16	Rural	45 km ²	4.633	Localidad de La Palma
17	Rural	33 km ²	2.381	Localidad de Boco
18	Rural	51 km ²	1.019	Localidad de Rautén
19	Rural	43 km ²	1.239	Localidad de Manzanar

Fuente: PLADECO comuna de Quillota 2022-2026

2.- Caracterización demográfica

En los datos recolectados por el Censo de Población y Vivienda del año 2017, realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), la comuna de Quillota mostraba una población de 90.517 habitantes. En relación con la Región de Valparaíso, este territorio correspondía a la sexta más poblada con un 4,9% del total de habitantes, ubicada tras Viña del Mar (18,4%), Valparaíso (16,3%), Quilpué (8,4%), Villa Alemana (7,0%) y San Antonio (5,0%).

Del total de habitantes en la comuna, un 51,9% (46.980 habitantes) eran mujeres y un 48,1%, hombres (43.537 habitantes). Esta proporción implica que el índice de masculinidad a nivel comunal representa una cifra de 92,67, menor en dos puntos al 94,07 de la región.

Además, un 13,5% (12.186 habitantes) vivía en las localidades rurales dentro de la comuna, mientras que el 86,5% (78.331 habitantes) se encontraban en el espacio urbano. En ese entonces, esta última cifra destacó por presentar un porcentaje inferior a la realidad regional, en la que la población urbana alcanzaba un 91%.

Finalmente, en relación a la información complementaria que presenta el Reporte Estadístico Comunal (BCN, 2017), se observa una tendencia en la distribución etaria hacia el envejecimiento de la población. Para esa fecha se calculaba que la población adulta y adulta mayor correspondía a un 18,6% de la población, lo que junto a las estimaciones realizadas por el INE para el periodo 2005-2020 representa un crecimiento proyectado del 50% de la población de las personas sobre 60 años entre los años 2010 y 2020.

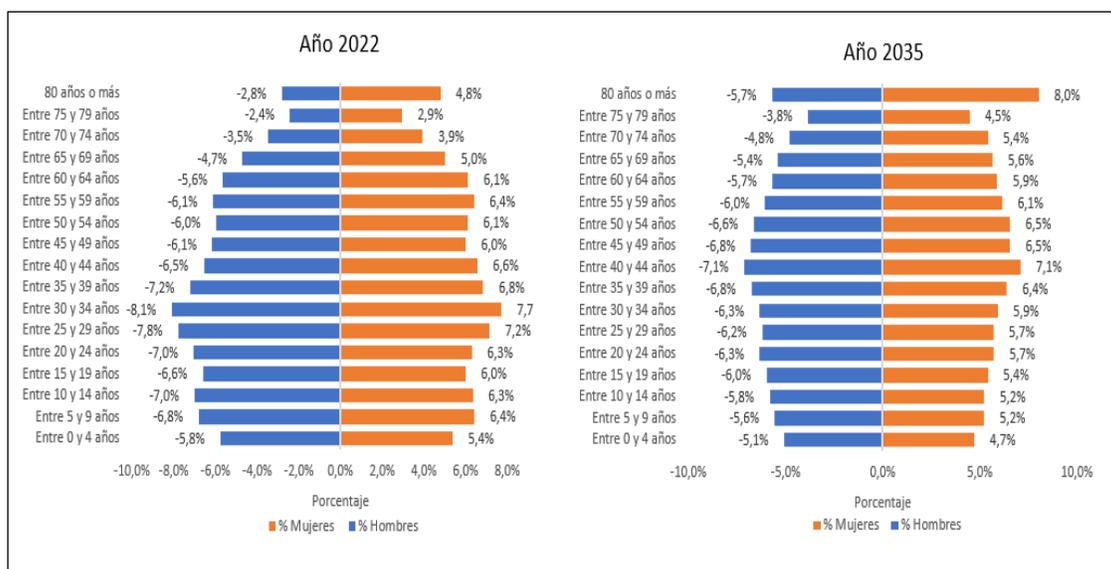
A modo de contraste, a continuación, se presentan las principales estimaciones de población realizadas hasta el año 2025, basadas en las proyecciones para el periodo 2002-2035 del INE.

a. Estructura poblacional

En el gráfico 1, se puede observar una tendencia poblacional en la que la base de la forma piramidal se achata mientras se agrandan progresivamente los tramos superiores de distribución etaria de los habitantes. La diferencia del tipo de información presente en los gráficos 1 y 2 permite poner en perspectiva los cambios demográficos proyectados en la comuna. En el primero, se presenta la distribución proporcional de la población de acuerdo a los rangos etarios, mientras que en el segundo, los números absolutos en los que se proyecta el crecimiento.

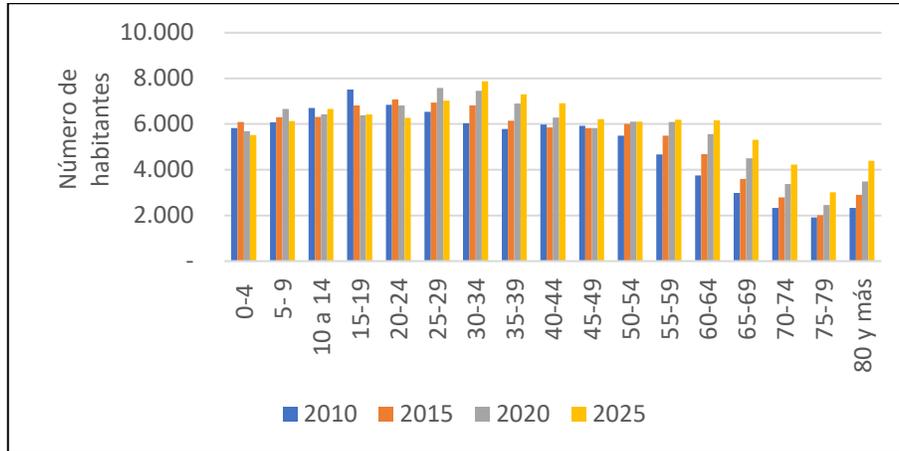
En términos absolutos, el gráfico 2 muestra una variación positiva para los cuatro tramos mayores de edad consistente en un 20,8%. Dicha variación contrasta con la tendencia negativa presente en los cuatro segmentos inferiores, el cual promedia un -1,5%. Dicho movimiento expresa un fenómeno patente en el gráfico 1: el envejecimiento de la población de Quillota. Esta dinámica generacional expresada en ambos gráficos, da cuenta de una proyección en la concentración de habitantes con mayor peso proporcional para las mujeres mayores a 80 años, siendo su equivalente en la población masculina al segmento de 40 a 44 años. El mismo fenómeno puede ser constatado al observar la variación en las cifras del índice de envejecimiento presente en el gráfico 3.

Gráfico 1: Pirámide poblacional de la comuna de Quillota por sexo (años 2022 y 2035)



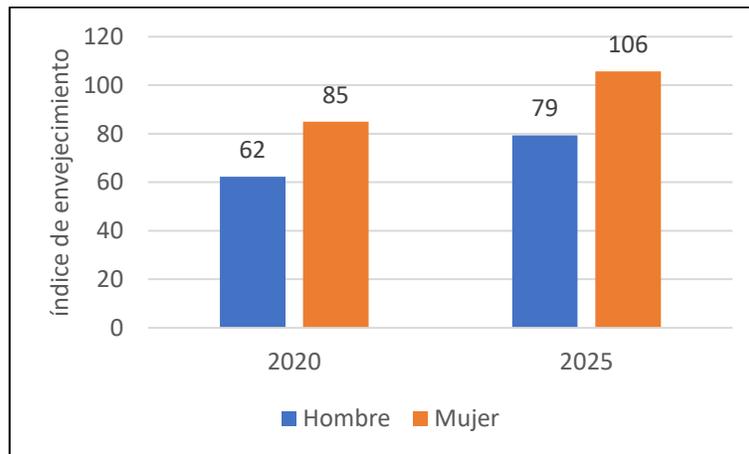
Fuente: INE (2022)

Gráfico 2: Población proyectada de la comuna de Quillota por rango etario (años seleccionados)



Fuente: INE (2022)

Gráfico 3: Índice de envejecimiento en la comuna de Quillota (años 2020 y 2025)



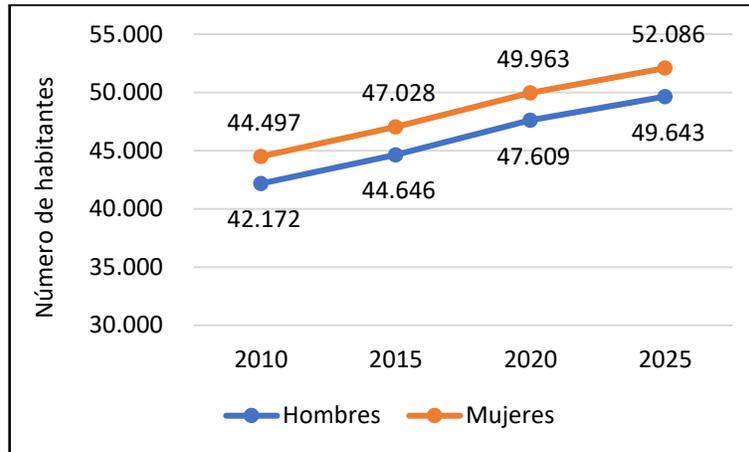
Fuente: INE (2022)

En términos generales, las variables de sexo en la población de Quillota se caracterizan por el predominio leve de las mujeres por sobre los hombres. Las proyecciones realizadas dan cuenta de que el crecimiento de la población no proyecta una alteración mayor en la proporción entre ambos sexos: según se aprecia en una interpretación conjunta de los gráficos 4 y 5, para el año 2025 se espera que la comuna cuente con 52.086 mujeres y 49.643 hombres. Esta proporción se mantiene estable en 51,2% y 48,8% respectivamente.

Sin embargo, las proyecciones realizadas en base a los tramos etarios muestran que este valor porcentual varía en relación a la edad de las personas. Como se ve en los gráficos 6 y 7, existe una diferencia en el índice de masculinidad

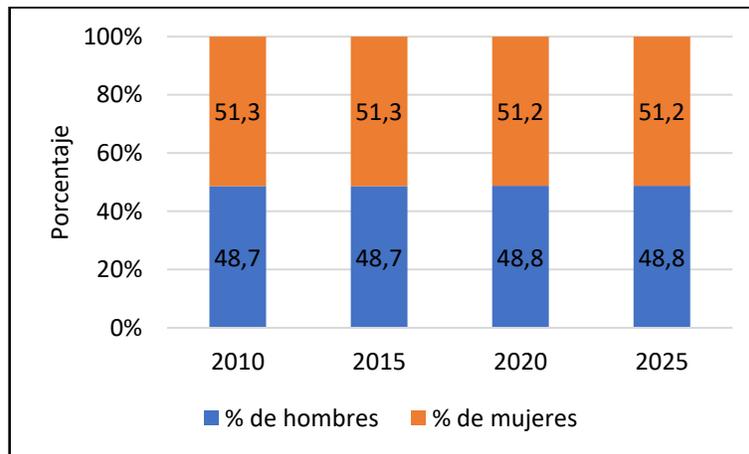
presente entre las personas de 0 a 49 años, y los habitantes entre los 50 y los 79 años. Finalmente, destaca la existencia de una baja muy pronunciada en el segmento de las personas mayores a los 80 años, atribuible a una mayor diferencia en la mortalidad entre los sexos que se genera en este tramo etario.

Gráfico 4: Proyecciones de la población de Quillota según sexo (años seleccionados)



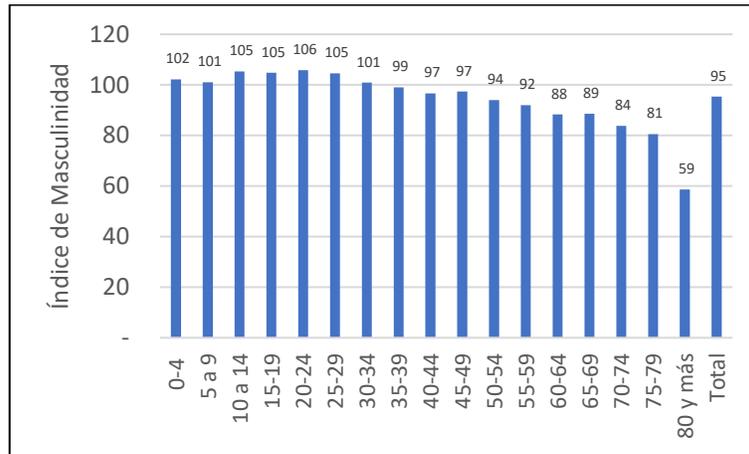
Fuente: INE (2022)

Gráfico 5: Distribución porcentual de la población de la comuna de Quillota por sexo (años seleccionados)



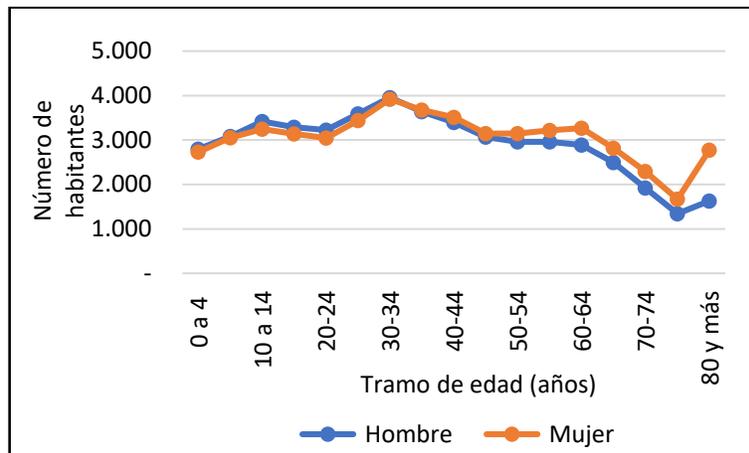
Fuente: INE (2022)

Gráfico 6: Índice de Masculinidad en la comuna de Quillota por tramos etarios (año 2025)



Fuente: INE (2022)

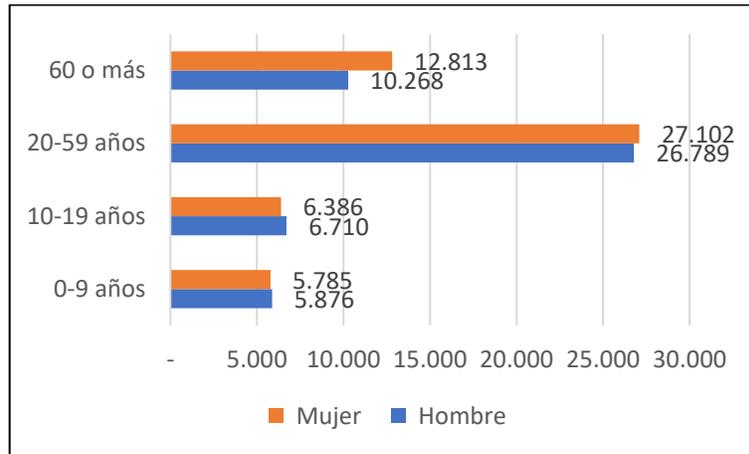
Gráfico 7: Población proyectada de la comuna de Quillota por rango etario y sexo (años seleccionados)



Fuente: INE (2022)

En virtud de lo anterior, en el gráfico 8 se observa en relación a la población masculina una concentración de 5.876 habitantes en las edades de 0 a 9 años, de 6.710 de 10 a 19 años, de 26.789 entre 20 y 59 años, y de 10.268 para mayores de 60 años. En mujeres, la concentración es semejante: entre los 0 y 9, con 5.784 personas, un número inferior de éstas entre los 10 y 19, con 6.386, y superior a la masculina en los últimos dos segmentos con 27.102 entre los 20 y 59, y con 12.813 a las mayores de 60.

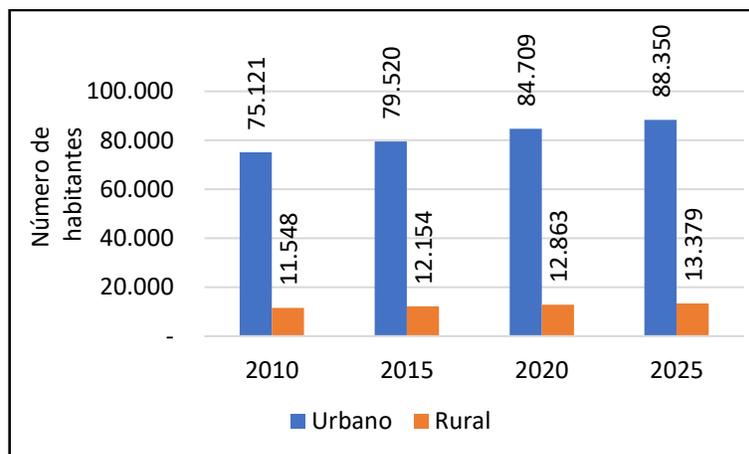
Gráfico 8: Población de la comuna de Quillota por etapas del ciclo vital y sexo (año 2025)



Fuente: INE (2022)

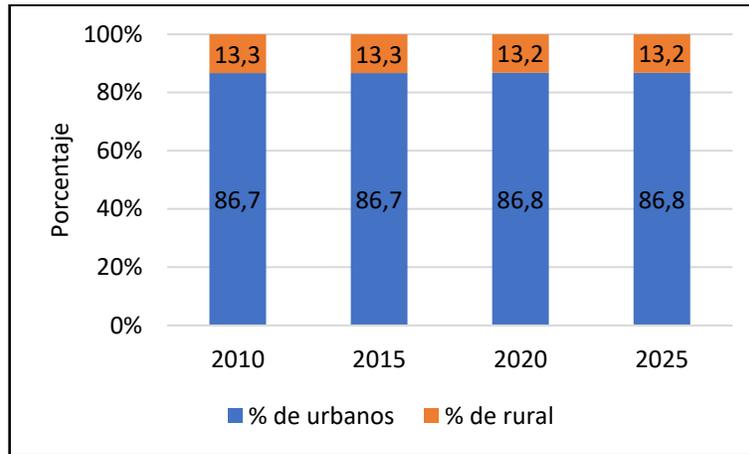
Finalmente, en relación a la concentración de población en los espacios rurales y urbanos, el gráfico 9 ilustra un aumento de 75.121 a 88.350 habitantes en los años 2010 y 2025 para el espacio urbano, y de 11.548 a 13.379 personas en el mismo periodo en el espacio rural. Esto no representa una alteración a los valores porcentuales expresados en el gráfico 10, de un 86,8% y 13,2% respectivamente.

Gráfico 9: Proyecciones de la población para la comuna de Quillota según zona urbana/rural (años seleccionados)



Fuente: INE (2022)

Gráfico 10: Distribución de la población de la comuna de Quillota por zona urbana/rural (Años seleccionados)



Fuente: INE (2022)

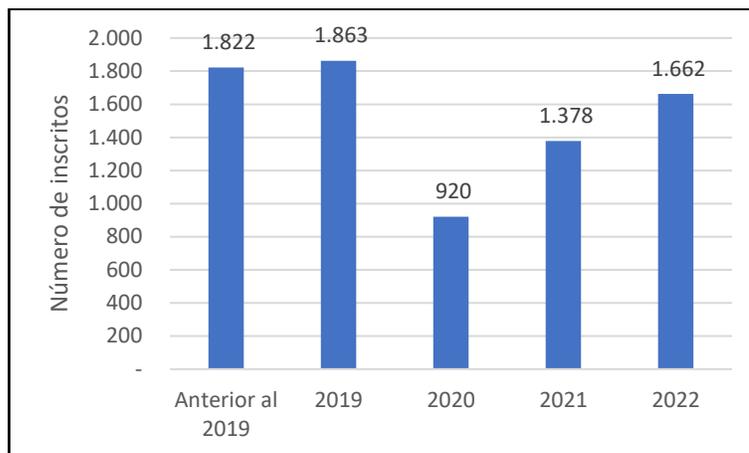
b. Principales dinámicas migratorias

La información disponible para presentar el estado demográfico de la población y movimientos migrantes es limitada en varios sentidos. Si bien el Censo del año 2017 generó algunos resultados asociados con este segmento poblacional, su carácter acotado hizo que esta medición se focalizase en aquellas comunas con una mayor cantidad de extranjeros. Dentro de los territorios locales contemplados en dicho catastro, no se consideró la situación de Quillota. Tampoco se pudo encontrar información pertinente en otros centros de datos oficiales para determinar con exactitud el número de extranjeros residentes en Quillota.

Para sopesar estas dificultades, se presentan estadísticas en base a la inscripción de personas migrantes en la red de Atención Primaria de Salud (APS). No obstante, la información levantada por la red de APS permite mostrar particularidades directas respecto a las necesidades y demandas interculturales hacia el sistema de salud municipal. Esta dimensión constituye la principal virtud y marco bajo el cual deben revisarse estos datos.

Dicho lo anterior, en la base de datos disponible por la red APS de Quillota se contabiliza un total de 7.645 inscripciones vigentes para el año 2022. De este modo, en el gráfico 11 se pueden apreciar la concentración según el año de inscripción de estas personas, mostrándose una mayor proporción en el año 2019 con un total de 1.863 (casi igual al total de extranjeros inscritos con anterioridad a dicho año). Este número luego se desploma a 920 en el año 2020, y comienza a crecer nuevamente hasta alcanzar las 1.662 inscripciones en el año en curso.

Gráfico 11: Extranjeros según año de inscripción en red APS de la comuna de Quillota (año 2022)

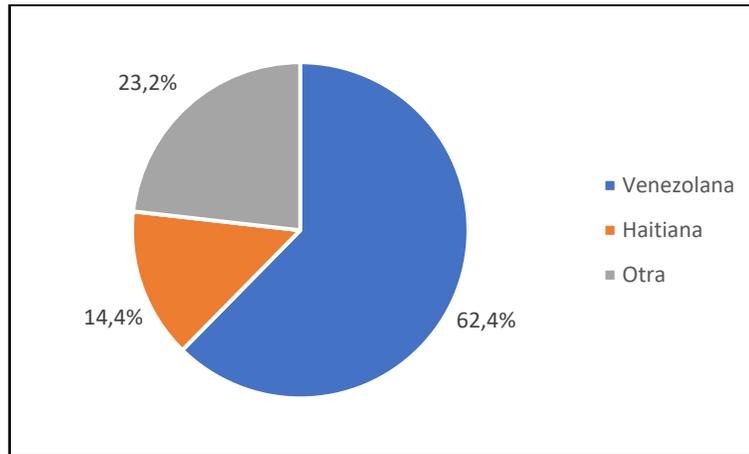


Fuente: IRIS (2022)

Esta cifra es consistente con la cantidad de inscripciones de venezolanos realizadas en el territorio comunal. De acuerdo con información estadística levantada por la Organización de Estados Americanos (OEA, 2020), entre 2018 y 2019 la migración venezolana aumentó en un 57,6%, superando a la migración peruana en el territorio nacional en el año 2020. Un informe evacuado por la Red Internacional de Derechos Humanos (RIDH, 2021) precisa tres tendencias características de este flujo migratorio: 1.- una disminución en la solicitud de asilo en 2019; 2.- una disminución de los ingresos de venezolanos como turistas al país durante este año; y 3.- un aumento en la solicitud de Visas de Responsabilidad Democrática a nivel nacional. Lo anterior implica que el 2019 aparece como un año clave en la presión migratoria producto de esta diáspora a nivel nacional, siendo posible asumir que el incremento en las inscripciones dentro de la red de APS en términos absolutos se corresponde con esta tendencia demográfica.

Lo anterior se confirma por la información expresada en el gráfico 12. Para éste, la población venezolana representa un 62,4% del total, siendo el grupo de migrantes mayoritario en la comuna. Esta proporción es seguida luego por la población haitiana, la cual se encuentra expresada por un 14,4% del total de inscripciones vigentes de extranjeros para 2022. Le sigue un 23,2% de migrantes de otras nacionalidades, dentro de la cual la primera mayoría refiere a personas colombianas, con un 6,3% del total.

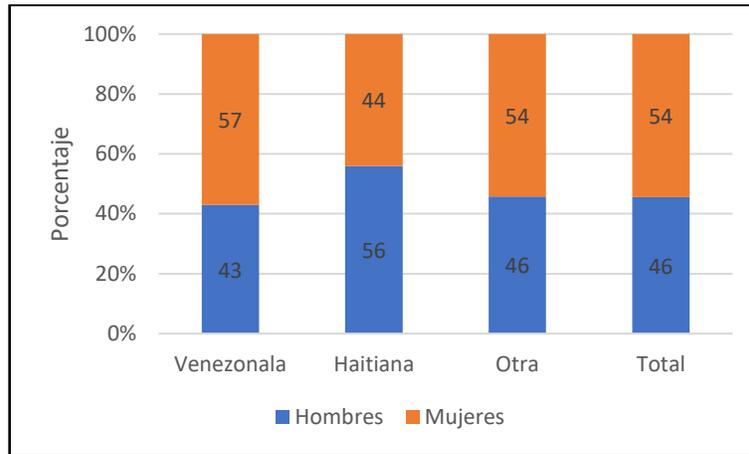
Gráfico 12: Distribución de la población migrante en la comuna de Quillota según inscripciones en APS (2022)



Fuente: IRIS (2022)

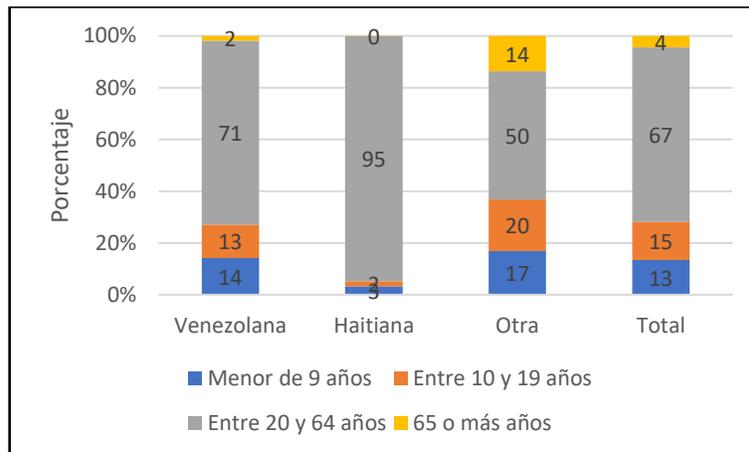
En relación con la concentración de población migrante por sexo y tramo etario, se pueden apreciar dos tendencias representadas por los tipos de flujo migratorio que llegan a la comuna. En este sentido, es importante destacar que el gran porcentaje de venezolanos genera una influencia significativa en cómo se generan las proporciones del total. Cuando se contrastan estos valores con los propios de la población haitiana, en los gráficos 13 y 14, se observan diferencias en relación con la concentración de población masculina y en edad adulta. Del total de población haitiana con inscripción vigente en APS, un 56% es hombre y un 95% son adultos; mientras que, en el total de venezolanos, la mayoría lo representa el 57% de mujeres, distribuido en ciclos vitales con un 13% de adolescentes y 14% de niños.

Gráfico 13: Distribución de población extranjera inscrita en la red APS Quillota por sexo y nacionalidad (año 2022)



Fuente: IRIS (2022)

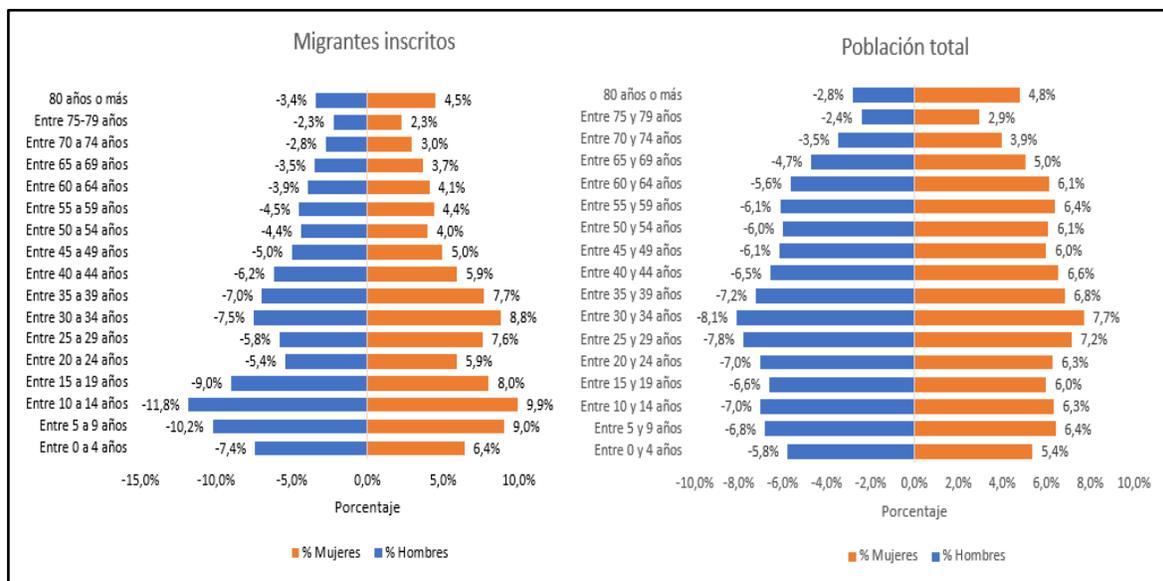
Gráfico 14: Distribución de la población extranjera inscrita en la red APS Quillota según tramo etario y nacionalidad (año 2022)



Fuente: IRIS (2022)

Estas tendencias marcan un correlato con la forma que adopta la pirámide poblacional entre los migrantes con inscripción vigente a 2022 dentro de la comuna. En la comparación realizada en el gráfico 15 destacan dos tipos de presión en la forma y efectos que genera ésta. En relación con su forma, los dos tipos de migración sostenidas por venezolanos y haitianos se representa por una tendencia a generar la forma de una pirámide con un hiato en el grupo etario que va de los 20 a 29 años. La presencia de una base importante de niños y adolescentes, por su parte, muestra una complementariedad entre el fenómeno de envejecimiento a nivel comunal y un refuerzo en el base generado por el fenómeno migratorio.

Gráfico 15: Comparación de pirámides poblacional entre migrantes y total en la comuna de Quillota (año 2022)



Fuente: elaboración propia desde INE (2022) e IRIS (2022)

En síntesis, los gráficos asociados con las presiones migratorias en Quillota dan cuenta que las principales demandas por un servicio de salud desde este segmento, se encuentran relacionado con las necesidades generadas por las características de cada flujo migratorio. La diáspora venezolana produce nuevas presiones demográficas en la primera infancia, siendo este factor un posible condicionante en su inscripción en los centros de salud. En cambio, la migración haitiana presenta particularidades asociadas a las condiciones laborales de la comuna, por lo cual origina una menor demanda por atención al segmento infantil.

3.- Factores condicionantes y determinantes de la salud

a. Indicadores sociales

La situación de la pobreza en la comuna de Quillota destaca por presentar índices que hasta el año 2015 se encontraban inferiores al total de la región. En relación a la pobreza por ingresos, ilustrada en el gráfico 16, se muestra una tendencia general que primero va del 23,4% de la población en 2011 al 9,9% en 2017, coincidiendo con la tendencia nacional en la reducción de este indicador. Por su parte, la pobreza multidimensional², ilustrada por el gráfico 17, presenta un aumento significativo entre 2015 y 2017 que va desde 12,2 a 19,8 puntos

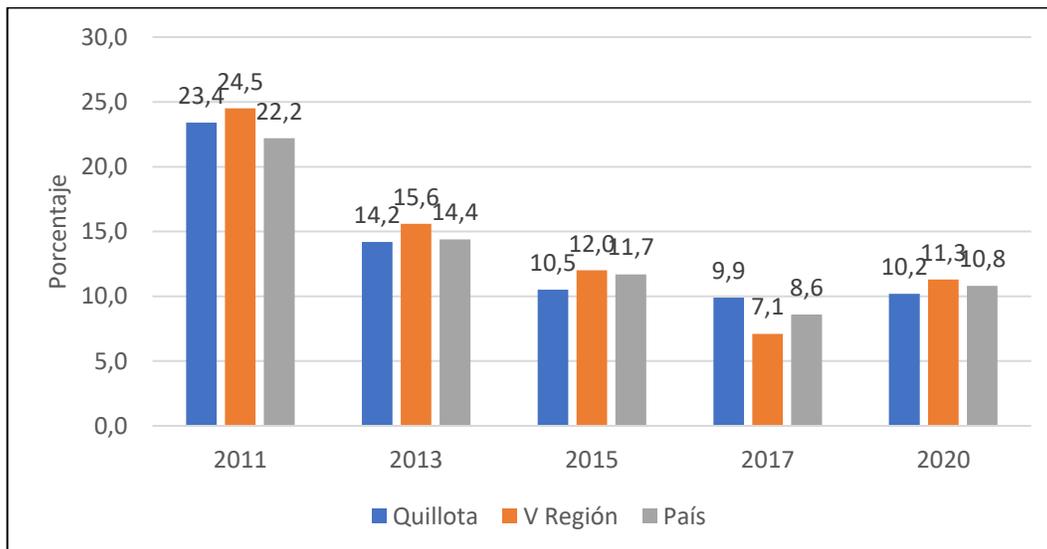
² Como consigna CASEN (2021), el levantamiento de estos mismos valores en 2020 sufrió modificaciones importantes producto de la emergencia sanitaria, lo que impide una comparación adecuada de los indicadores levantados en este año con respecto a la base de datos disponible por la misma institución.

porcentuales, en contraste con los valores estables presentes en la región y el país, que circundan en las cifras de 18,6% y 20,8% respectivamente.

La comparación entre ambos gráficos permite observar una diferencia sustantiva entre la realidad social de Quillota y las de la región de Valparaíso, y de Chile en su conjunto. La pobreza por ingreso establece el porcentaje de personas que reciben un salario considerado inferior al suficiente para acceder a un estándar de bienes y servicios mínimos para desarrollarse como personas, mientras que la pobreza multidimensional se enfoca en las oportunidades de la población, dividida en el acceso ponderado a educación (22,5%), trabajo y seguridad social (22,5%), salud (22,5%), vivienda y entorno (22,5%) y redes y cohesión social (10%). Por tanto, una mayor o menor congruencia entre las cifras reflejadas por ambos instrumentos permite identificar el grado de cercanía entre el desarrollo económico y el social.

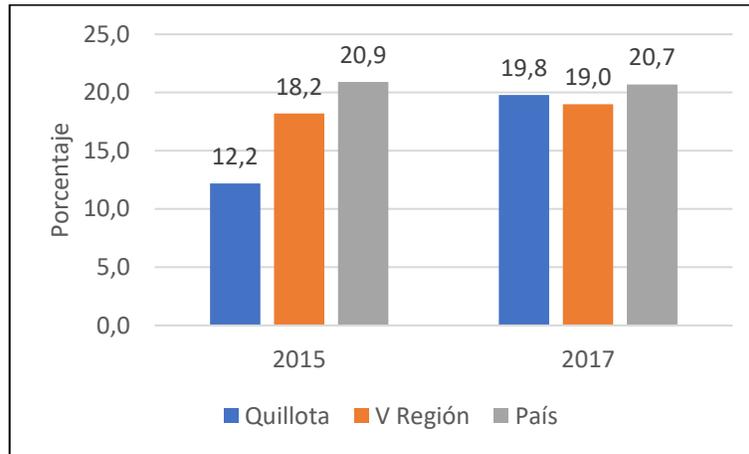
En este último punto, se observa una mayor congruencia entre ambos indicadores dentro de la comuna de Quillota para el año 2015, variable entre 10,5 y 12,2 puntos porcentuales. Lo anterior permite observar una proximidad entre el desarrollo económico y social en dicho periodo en comparación a la región de Valparaíso, fluctuante entre 12 y 18,2 puntos. Sin embargo, en 2017 ambos elementos se disocian de manera importante, mostrando una reversión de la realidad que se había observado inicialmente en 2015.

Gráfico 16: Pobreza por Ingresos en la comuna de Quillota, región de Valparaíso y país (años disponibles)



Fuente: MDSF (2022)

Gráfico 17: Pobreza Multidimensional en la comuna de Quillota, región de Valparaíso, y país (años disponibles)



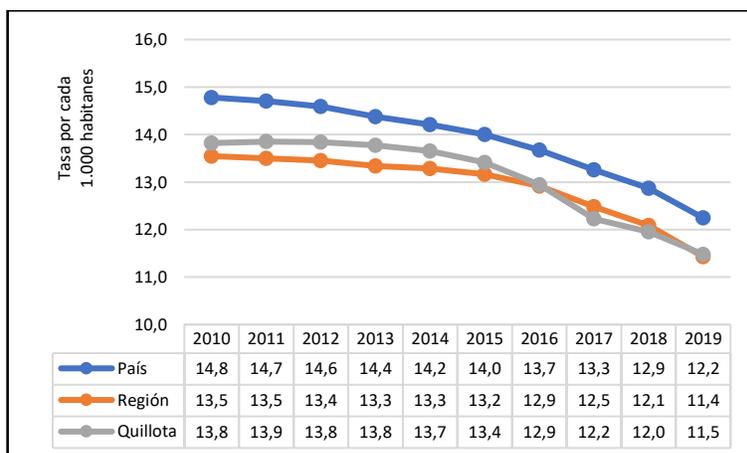
Fuente: MDSF (2022)

b. Indicadores de salud

Tanto el gráfico 18 como el 19 ilustran el estado de las principales tendencias que influyen en la estructura poblacional. Los dos tienden a coincidir con la descripción realizada en la descripción de la población: en Quillota se constata un evidente fenómeno de envejecimiento demográfico. Ello se traduce en que, para el gráfico 18, se observe una baja cada vez más pronunciada en la tasa de natalidad. En particular, se observa que en el año 2016 esta cifra, que generalmente se encontraba ligeramente por sobre al valor regional, tiende a igualarlo hasta el 2019.

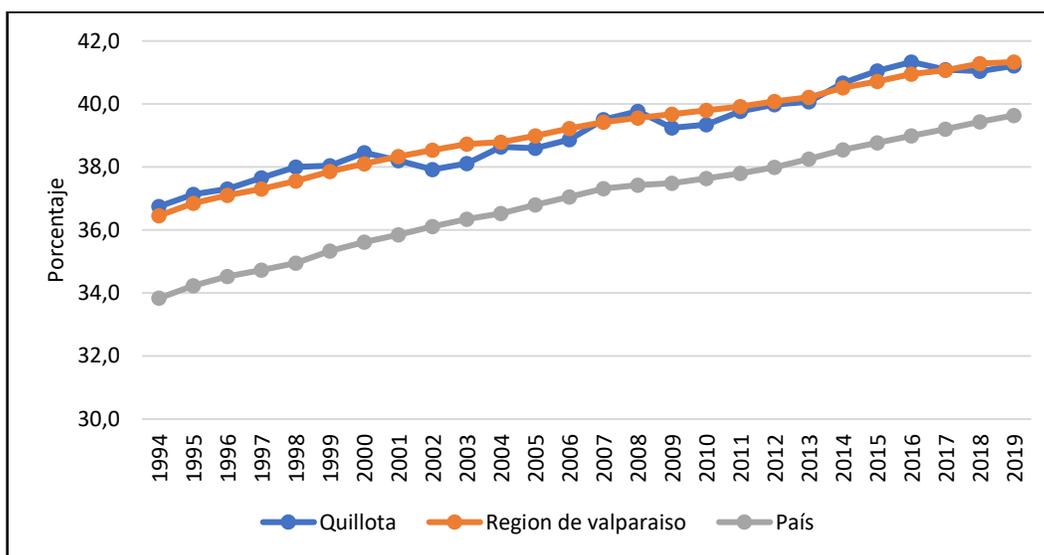
Este mismo fenómeno de envejecimiento se muestra en el aumento lineal del índice de Swaroop, el cual detalla el porcentaje de personas sobre los sesenta años fallecidas respecto al total de fallecidos. Nuevamente, se observa un valor superior a las cifras nacionales, y una tendencia mucho más marcada a mantenerse en el porcentaje regional.

Gráfico 18: Tasa de Natalidad en la comuna de Quillota, región de Valparaíso y país —promedio quinquenal— (período 2010-2019)³



Fuente: DEIS (2022a)

Gráfico 19: Índice de Swaroop en la comuna de Quillota, región de Valparaíso y país —Promedio móvil quinquenal— (Período 1994-2019)⁴



Fuente: DEIS (2022d)

En relación con la tasa de mortalidad, presentada en el gráfico 20, en Quillota se observa una disminución inicial que alcanzó a 5,7 personas cada mil habitantes en el año 2017. Después de este momento, se da un leve aumento que llega a las 7,0 personas en el 2021. Frente a otras escalas territoriales, se aprecia

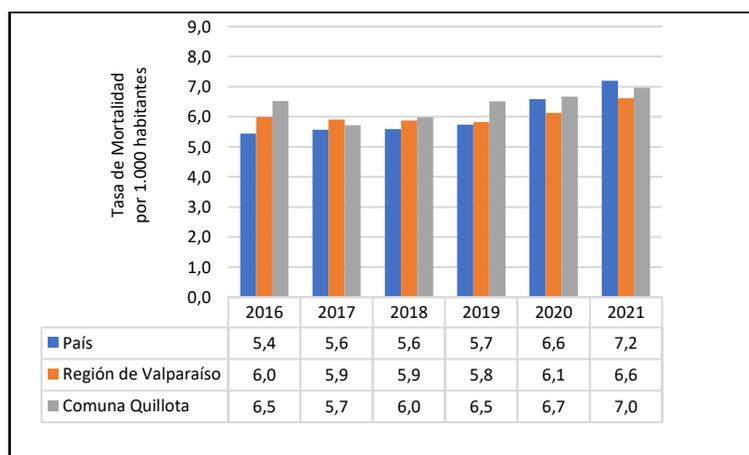
³ La Tasa de Natalidad al nivel comunal presenta amplia variabilidad, lo que distorsiona la visualización de los datos, por lo cual se optó por promediar los resultados anuales cada cinco años.

⁴ El Índice de Swaroop a nivel comunal presenta amplia variabilidad, lo que distorsiona la visualización de los datos, por lo cual se optó por promediar los resultados anuales cada cinco años.

que Quillota presenta cifras ligeramente superiores a las de la región de Valparaíso e inferiores al país.

A nivel de cada tendencia, se deduce que los efectos de la emergencia sanitaria sobre la mortalidad fueron significativamente inferiores en la comuna de Quillota, dada a una menor variación del indicador entre 2019 y 2021: la distancia entre estos años es de 0,5 en Quillota, siendo menor a la existente en la región de Valparaíso con 0,8 y al país con 1,5 puntos. En relación con los años de la pandemia por Covid-19, no se presenta una modificación en la tendencia observada en la comuna desde el 2017. La descripción relativa al manejo de la crisis sanitaria será especificada más adelante en este Plan.

Gráfico 20: Tasa de Mortalidad ajustada al país en la comuna de Quillota y la región de Valparaíso (período 2016-2021)⁵



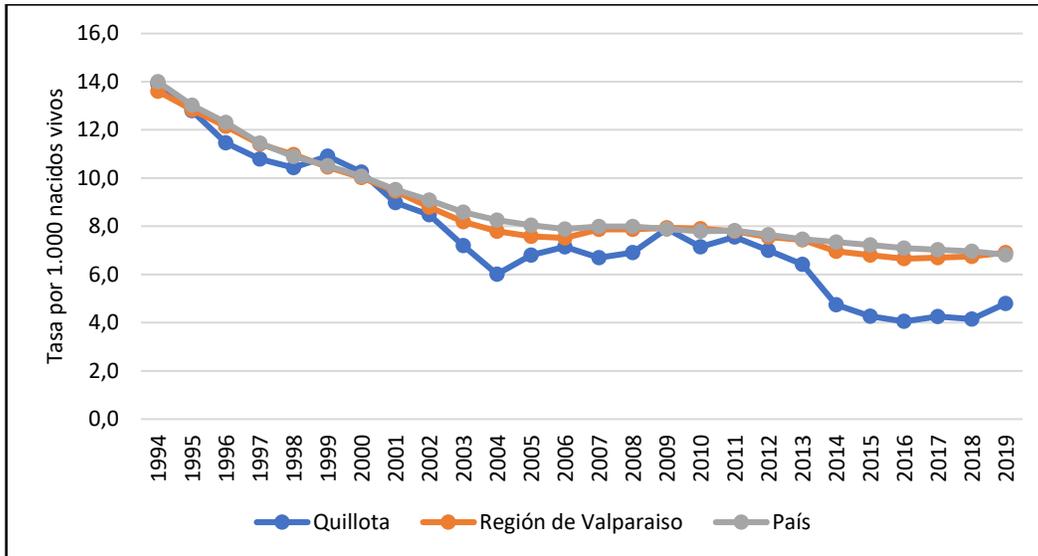
Fuente: DEIS (2022b) e INE (2022)

Finalmente, la tasa de mortalidad infantil que se exhibe en el gráfico 21, permite aproximarse a los efectos que han tenido las políticas locales sobre la infancia⁶. En este sentido, existen al menos tres tendencias identificables en el gráfico. Entre los años 1990 y 2002, hay una tendencia a la baja que se acopla a los valores regional y nacional. Sin embargo, entre el 2002 y el 2011 se observa una disminución que llega a su valor mínimo en el 2004. Finalmente, entre el 2011 y el presente se consolida la caída observada en el periodo anterior de forma persistente. Esta última se acentúa entre el 2012 y 2013, estabilizándose en un promedio quinquenal de 4,1 por cada mil nacidos vivos entre el 2013 y 2019.

⁵ La Tasa de Mortalidad fue calculada según las proyecciones de población de Instituto Nacional de Estadística (INE) en base al CENSO 2017 y los datos de defunciones del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). La tasa se presenta ajustada usando la población país como padrón.

⁶ Las medidas serán descritas con mayor énfasis en relación con las características del modelo de salud en Quillota más adelante en este capítulo.

Gráfico 21: Tasa de Mortalidad Infantil en la Comuna de Quillota, Región de Valparaíso y País -Promedio móvil quinquenal- (Período 1994-2019)⁷



Fuente: DEIS (2022c)

c. Indicadores educacionales

La información disponible de los indicadores educacionales en la comuna no presenta datos actualizados respecto a los niveles de alfabetización. La última cifra precisa disponible señala que Quillota se encontraba con niveles de alfabetización superiores al nacional en el 2002, sin haber sido vuelto a medir desde entonces. Con el afán de complementar esta información con otros valores educacionales que pueden ayudar a identificar el estado educacional en la comuna, se decidió establecer una descripción de esta dimensión a partir de fuentes más recientes tales como los años de escolaridad, la caracterización de la participación de la población en las distintas modalidades del sistema escolar y los resultados estandarizados de los centros educativos presentes en el territorio.

La tabla 2 presenta el número de establecimientos educacionales existentes en la comuna entre 2017 y 2022. En este período, Quillota presenta una diferencia de dos recintos, encontrándose un total 61 y 59 respectivamente. En el año más reciente, el panorama de la oferta presenta una preponderancia de instituciones educativas en el espacio urbano, con 55 contra 4 en el espacio rural. Además, hay 33 establecimientos que no cuentan con el Programa de Integración Escolar (PIE), junto con una mayor concentración de tipo Particular Subvencionado, también con 33 de ellos.

Estas cifras hacen patente que la reducción de este tipo de organismo en la comuna ocurrió sobre las escuelas Particular Subvencionadas del espacio

⁷ La Tasa de Mortalidad Infantil al nivel comunal presenta amplia variabilidad, lo que distorsiona la visualización de los datos, por lo cual se optó por promediar los resultados anuales cada cinco años.

urbano. Finalmente se observa un aumento de los recintos con PIE, pasando de haber 22 en el año 2017 a 26 en el 2022.

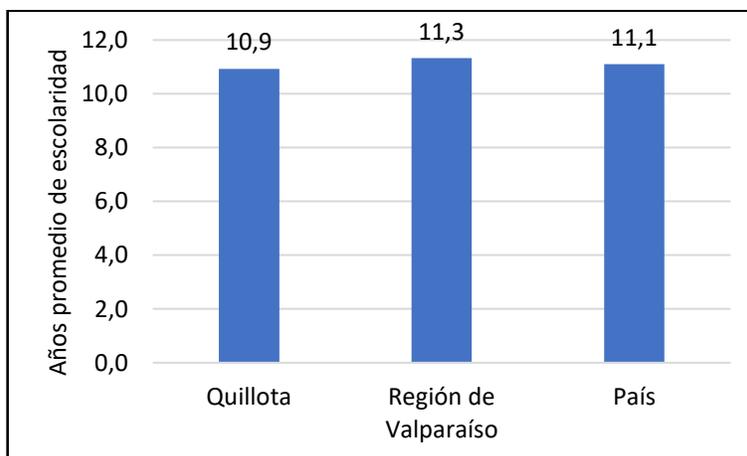
Tabla 2: Número de establecimientos educacionales en la comuna de Quillota según características relevantes (años 2017 y 2022)

Año	Zona		Adscripción al PIE		Dependencia			Total
	Urbana	Rural	Con PIE	Sin PIE	Municipal DAE	Part. Subvencionado	Part. Pagado	
2022	55	4	26	33	18	33	8	59
2017	57	4	22	39	18	35	8	61

Fuente: BCN (2022a)

En el promedio de años de escolaridad de la población, ilustrado en el gráfico 22, se observa que los niveles de Quillota son similares a los promedios de la región de Valparaíso y al país: los 10,9 años de escolaridad casi no se diferencian de los 11,3 de la región y los 11,1 del país.

Gráfico 22: Promedio de años de escolaridad en la población de 15 años o más



Fuente: BCN (2022a)

Lo segundo se refiere a los tipos de matrícula presentes en la comuna de Quillota. Según se puede apreciar en la tabla 3, para el 2022 un 55% de los estudiantes se encuentran matriculados en los establecimientos particular subvencionados, distinguiéndose con ello del 29% inscrito en instituciones municipales, y el 17% en los colegios particular pagados. Estos porcentajes se mantienen estables con respecto al 2017, con el movimiento de apenas un punto porcentual entre las instituciones particulares (-1%) y subvencionadas (+1%).

Tabla 3: Matrícula de estudiantes en la comuna de Quillota según dependencia del establecimiento (años 2017 y 2022)

Dependencia	2017		2022	
	N°	%	N°	%
Matrícula Municipal	6.101	29	6.603	29
Matrícula Subvencionada	11.445	54	12.637	55
Matrícula Particular Pagado	3.778	18	3.824	17
Total	21.324	100	23.064	100

Fuente: BCN (2022a)

Lo anterior se complementa con el detalle de matrículas presentes en cada nivel escolar, en la tabla 4. Este indicador presenta cifras estables, identificándose junto a ellas el impacto que tiene el envejecimiento de la población en la variación de los porcentajes (con diferencias marginales en el nivel pre básico entre el 2017 y 2022). De esta forma, se evidencia que la mayoría de los estudiantes se encuentran en el nivel básico, habiendo disminuido en un punto porcentual en nivel pre básico dentro del período. También se constata una preponderancia en ambos años de la educación media de tipo Científico-Humanista por sobre la Técnico-Profesional, con una concentración de alumnos de 25% y 6%, respectivamente, en el año 2022. Finalmente, se mantiene un 5% para ambos años del nivel especial.

Tabla 4: Matrícula de estudiantes en la comuna de Quillota según nivel escolar (años 2017 y 2022)

Nivel	2017		2022	
	N°	%	N°	%
Nivel Pre básico	2.156	10	2.154	9
Nivel Especial	1.130	5	1.101	5
Nivel Básico	11.473	54	12.610	55
Nivel Medio (Humanista Científico)	5.018	24	5.801	25
Nivel Medio (Técnico Profesional)	1.547	7	1.398	6
Total	21.324	100	23.064	100

Fuente: BCN (2022a)

El tercer elemento que permite aproximarnos al nivel educacional en la comuna se refiere a los resultados generales obtenidos en la prueba SIMCE, junto con los niveles diferenciales de educación presentes por cada tipo de establecimiento tal y cómo se presentan en los resultados conducentes a ingreso en la educación superior. Ambos indicadores se encuentran, respectivamente, en las tablas 5 y 6.

Los resultados arrojados por el SIMCE tienen la dificultad de que, para poder compararse, se debe respetar la discrecionalidad de sus valores. La adecuación de éstos se organiza en torno a cada nivel educativo, presentándose

información completa solamente en los cursos de 4° y 8° básico, el primero entre 2017 y 2018, y el segundo, para 2017 y 2019.

En razón de lo anterior, se observa que para el año 2019, el curso de 8° básico presentó mejores resultados en Matemáticas, seguido de Ciencias Sociales y, al último, la capacidad de Lectura. El mayor puntaje alcanzado fue de 271 puntos: un valor bajo considerando la escala en que se mide. En relación a la prueba de Lectura, se aprecia un puntaje obtenido de 247, lo que supone un nivel bajo de alfabetización funcional. Estos valores se mantuvieron constantes con respecto a la evaluación realizada en el año 2017.

En atención al desempeño de 4° básico, en el 2018 se obtuvieron 272 puntos en la prueba de Lectura, constituyendo con ello el mejor resultado de las pruebas correspondientes a ese nivel. Esta cifra es dos puntos superiores al resultado expresado en el 2017. En la prueba de matemáticas se ve una disminución del puntaje conseguido en este mismo año, pasando de 270 en el año 2017 a 265 en el 2018.

Tabla 5: Resultados del SIMCE en los establecimientos de la Comuna de Quillota (Años 2017,2018 y 2019)

Tipo de prueba		2017	2018	2019
4° básico	Lectura	270	272	-
	Matemáticas	270	265	-
6° básico	Lectura	-	249	-
	Matemáticas	-	254	-
	Ciencias Sociales	-	-	-
	Ciencias Naturales	-	251	-
8° básico	Lectura	247	-	247
	Matemáticas	271	-	271
	Ciencias Sociales	252	-	252
	Ciencias Naturales	-	-	-
2° medio	Lectura	261	250	-
	Matemáticas	280	268	-
	Ciencias Naturales	-	245	-
	Historia	-	259	-

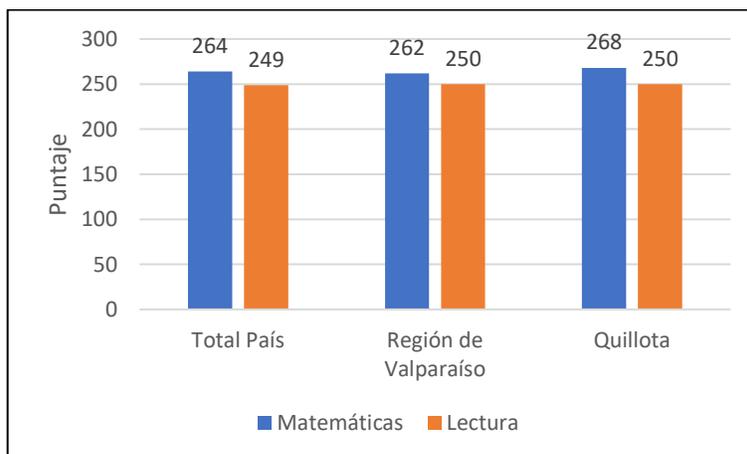
Fuente: BCN (2022a)

No obstante ello, en la comparación por región y país se observa que el puntaje obtenido por Quillota en las pruebas de Lectura y Matemática, para ambos cursos, es mejor o igual a ambas escalas territoriales. El gráfico 23 señala esto, al observarse un valor similar entre el país, la región y la comuna de Quillota que

redondea los 250 puntos en la prueba de Lectura. Para la prueba de matemáticas, Quillota presenta un mejor puntaje que el promedio regional y nacional, el cual fluctúa entre los 264 y 268 puntos.

La información presente en la tabla 6 da cuenta de que en relación con la prueba de Lectura en general se observan mejoras en el rendimiento de los estudiantes de 4° básico, con una variación entre el 2017 y 2018 de +0,7%. Lo anterior contrasta con la baja en los resultados de la prueba de Matemática de las tres escalas territoriales, fluctuante entre el -0,4% del promedio nacional y el -1,9% del comunal. Para el 8° básico se observa una tendencia inversa, en la que la prueba de Lectura obtiene entre un -0,8% en Quillota y un -1,7% en la región de Valparaíso, mientras que la de matemáticas mejora un +0,4% en la región y Quillota, y un +1,2% del promedio nacional. En el ciclo medio se ve una baja sostenida en todas las pruebas, oscilante entre un -0,8% en las pruebas de Matemática a nivel nacional y de Lectura en el regional, y un -4,3% en la prueba de matemáticas de Quillota. Esta información es importante para identificar aquellos segmentos etarios menos aventajados en ambos campos educativos.

Gráfico 23: Puntaje promedio en SIMCE 2° Medio en Lenguaje y Matemáticas en la comuna de Quillota, región de Valparaíso y país (año 2018)



Fuente: BCN (2022a)

Tabla 6: Variación del puntaje SIMCE en Lenguaje y Matemáticas para la comuna Quillota, región de Valparaíso y país (años disponibles)

Tipo de prueba		Total País		Región de Valparaíso		Quillota	
		Lectura	Matemáticas	Lectura	Matemáticas	Lectura	Matemáticas
4° básico	2017	269	261	264	258	270	270
	2018	271	260	266	255	272	265
	Variación (2017-2018)	0,7%	-0,4%	0,8%	-1,2%	0,7%	-1,9%
8 básico	2017	244	260	242	258	249	270
	2019	241	263	238	259	247	271
	Variación (2017-2019)	-1,2%	1,2%	-1,7%	0,4%	-0,8%	0,4%
2° medio	2017	252	266	252	266	261	280
	2018	249	264	250	262	250	268
	Variación (2017-2018)	-1,2%	-0,8%	-0,8%	-1,5%	-4,2%	-4,3%

Fuente: BNC (2022a)

Finalmente, en relación con la tabla 7, asociada a los puntajes de PSU que permiten que los estudiantes puedan ingresar a establecimientos superiores, es posible apreciar las diferencias en la calidad de las instituciones educacionales existentes. Para el 2021, un 88,7% de los alumnos egresados de colegios particulares pagados logran esta meta, lo que se aproxima al 70% de los estudiantes titulados de establecimientos particulares subvencionados, y que contrasta con un porcentaje bajo, de apenas un 38,8%, de quienes estudiaron en uno municipal. Esta diferencia en el rendimiento dentro de esta prueba entre los recintos municipales y pagados es significativa, en cuanto a que el valor de este último grupo es superior al doble de la lograda por el primero.

Sin embargo, las tendencias entre el año 2013 y el 2021 permite identificar progresos alcanzados. Tanto las instituciones educativas de tipo municipal como las pagadas muestran un alza sostenida en el logro de este puntaje. Con un porcentaje de éxito de un 31,9% de los establecimientos municipales al 2013, la

cifra obtenida en el 2021 presenta un aumento de casi siete puntos porcentuales, pudiéndose deducir con ello un mejoramiento en la gestión municipal para aumentar el acceso de la población a la educación superior.

Este rasgo también se evidencia cuando se comparan las diferencias entre los establecimientos municipales y los particulares pagados, observándose una distancia de 53 puntos porcentuales en el año 2013, de 51,3 en 2017 y de 49,9 en el 2021. Esto denota que, si bien los tres tipos de establecimiento aumentaron el porcentaje de alumnos con el puntaje usualmente requerido para acceder a la Educación Superior, el mejoramiento fue más acelerado en el caso de los primeros.

De momento, no es posible identificar aún una tendencia en los recintos subvencionados, ya que al aumento marginal obtenido entre el 2013 y el 2017, le sigue una baja de cinco puntos porcentuales para el 2021.

Tabla 7: Porcentaje de alumnos con puntaje PSU superior a los 450 puntos en los estudiantes de establecimientos de la Comuna de Quillota (Años 2013, 2017 y 2021)

Tipo de establecimiento	2013	2017	2021
Establecimientos Municipales	31,9	36,0	38,8
Establecimientos Particulares Subvencionados	74,4	75,2	70,0
Establecimientos Particulares Pagados	84,9	87,3	88,7

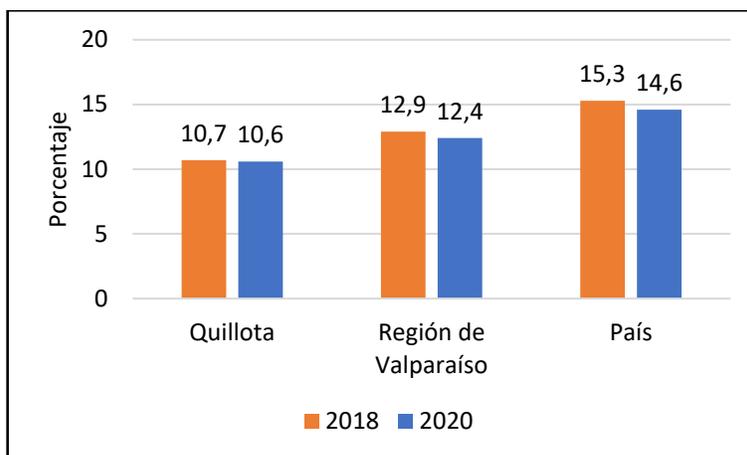
Fuente: BCN (2022a)

En síntesis, la comuna presenta años de escolaridad similares a los observados por la región y país. Sin embargo, los resultados educativos medidos en las principales pruebas de rendimiento escolar son relativamente bajos, aunque en una mejor posición si se efectúa una comparación con la región y el país.

d. Indicadores de vivienda y entorno urbano

A partir del gráfico 24, se constata que los niveles de hacinamiento en la comuna de Quillota son bajos con respecto a la región de Valparaíso y más aún con el país. En términos proporcionales, se detalla que en el año 2020 un 10,6% de los hogares presentan esta condición, cifra que se mantiene estable si se observa el año 2018. Estos valores contrastan con el 12,4% y 14,6% de viviendas con hacinamiento en de la región y de Chile, respectivamente.

Gráfico 24: Porcentaje de personas en hogares con hacinamiento en la comuna de Quillota, región de Valparaíso y país (años disponibles)



Fuente: BCN (2022b)

El déficit habitacional es otro indicador clave para evaluar la calidad de vida urbana. La situación de Quillota muestra que el porcentaje de éste también es bajo con respecto al de la región de Valparaíso. Con un total de 393.613 viviendas faltantes a nivel nacional para el 2017, la región concentra un 8,8% de éstas, mientras que en la comuna de Quillota se acumula un 0,3% respecto al total del país. Lo anterior se visualiza en la tabla 8.

Esta situación se reparte de manera diversa entre los espacios rurales y urbanos. Las 1.389 habitaciones pendientes que representan el total de este déficit en Quillota, se desagrega en un 82,7% corresponde al sector urbano, dejando al área rural con un atraso asociado al 17,3% del total comunal. Estos porcentajes presentan valores similares a los nacionales.

Tabla 8: Déficit habitacional en la comuna de Quillota, región de Valparaíso y país (año 2017)⁸

Sector	Total	Urbano		Rural	
		N°	%	N°	%
País	393.613	328.825	83,5	64.788	16,5
Región de Valparaíso	34.615	31.166	90,0	3.449	10,0
Quillota	1.389	1.149	82,7	240	17,3

Fuente: MINVU (2017)

⁸ Datos elaborados por el Observatorio Urbano del Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU) a partir de los datos del CENSO 2017.

El panorama recién descrito se condice con la realidad de los campamentos dentro de la comuna, tal y como se presentan en la tabla 9. Entre 2019 y 2021, Quillota logró reducir la cantidad de campamentos en su territorio en un -0,67%, pasando de contar con un total de tres a uno. Ello contrasta con la evolución de los campamentos a nivel país y región, dado que en ambos territorios se presenta un aumento de +0,21% y +0,24%.

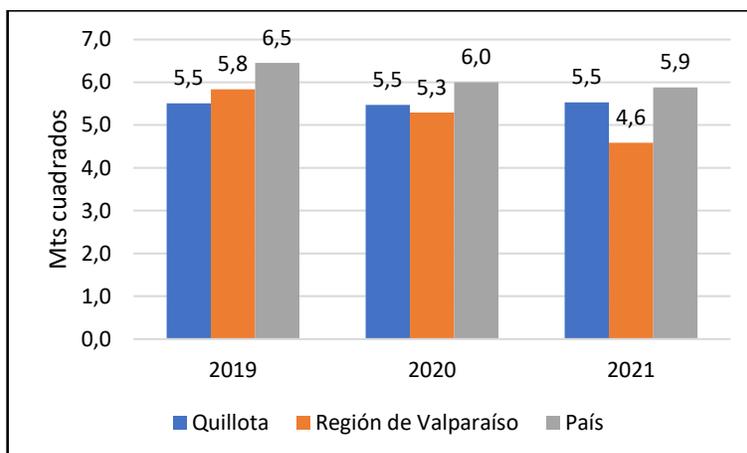
Tabla 9: Cantidad de campamentos en la comuna de Quillota, región de Valparaíso y país (años disponibles)

Sector	2019	2021	Variación 2019-2021
País	802	969	0,21%
Región de Valparaíso	181	225	0,24%
Quillota	3	1	-0,67%

Fuente: BCN (2022c)

Finalmente, en relación con la disponibilidad de espacios recreativos como plazas y parques públicos, la comuna presenta un valor constante de 5,5 metros cuadrados por cada habitante entre el 2019 y 2021. De acuerdo a lo ilustrado en el gráfico 25, esta realidad era semejante a la situación de la región de Valparaíso hasta el 2020, identificándose una diferencia significativa en relación a este valor para el 2021, cuando la región alcanza un total de 4,6 metros cuadrados. Adicionalmente, se aprecia una cifra que en 2019 era un punto menor que el panorama nacional, variando a 0,4 metros cuadrados de diferencia con esta misma escala territorial para el 2021. Por tanto, la situación de Quillota se ha mantenido estable al tiempo que a nivel nacional y regional ha empeorado los metros cuadrados de áreas verdes por habitante.

Gráfico 25: Metros cuadrados de áreas verdes con mantenimiento por habitante en la comuna de Quillota, región de Valparaíso y país (años disponibles)



Fuente: SINIM (2022)

Pese a lo anterior, cuando se compara el porcentaje de la población con acceso a plazas y parques públicos con el promedio de otras comunas similares a Quillota, se observa un porcentaje menor en los años disponibles. En virtud de lo que se expone en la tabla 10, para el año 2019 Quillota cuenta con un 72,6% de su población atendida por plazas públicas, y un 78,9% de personas atendidas por parques públicos. Pese a ello, el cambio expresado entre el 2018 y 2019 muestra una disminución inicial en la brecha entre ambos parámetros, tanto en parques como en plazas, con una variación mayor en Quillota que en las otras comunas.

Tabla 10: Porcentaje de la población con acceso a plazas y parques públicos en la comuna de Quillota y otras similares (años disponibles)⁹

	Porcentaje de la población atendida por plazas públicas			Porcentaje de la población atendida por parques públicos		
	2018	2019	Variación 2018-2019	2018	2019	Variación 2018-2019
Quillota	66,8	72,6	0,09%	62,5	78,9	0,26%
Promedio otras comunas	76	77	0,01%	83	84	0,01%

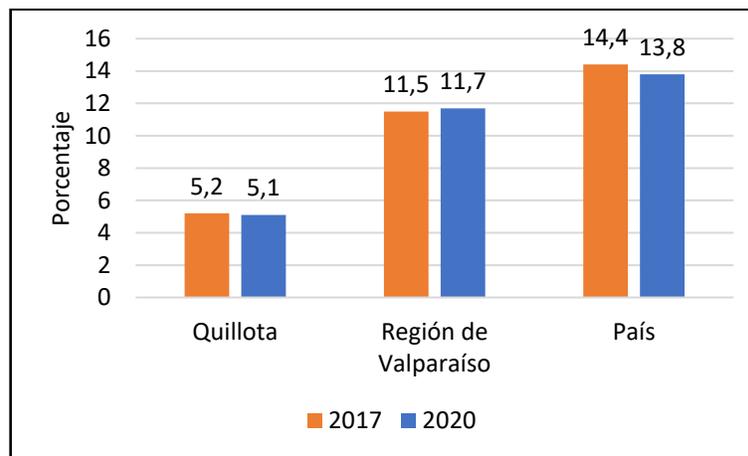
Fuente: INE (2022b)

⁹ El Instituto Nacional de Estadísticas (INE) define la población cubierta por parques públicos como aquella que se ubica a menos de 3.000 m. La población cubierta por plazas se define como aquella ubicada a menos de 400 m. Adicionalmente, es importante señalar que no se contempló a la totalidad de las comunas en el estudio realizado por este instituto. Para calcular los valores presentes en esta tabla, se compararon los valores de los 49 municipios no incluidos en las mediciones metropolitanas coincidentes con el Gran Concepción, el Gran Santiago y el Gran Valparaíso. Entre las comunas consideradas en esta categoría de “otros”, se presentan aquellas correspondientes a los principales emplazamientos urbanos del país.

e. Acceso a servicios básicos

Por servicios básicos se comprende la existencia de acceso agua potable, drenaje, electricidad y combustible para cocinar. En relación con el panorama ilustrado en el gráfico 26, en Quillota se observa un porcentaje estable entre 5,2% y 5,1% de personas en hogares carentes de dichos servicios, entre el 2017 y 2020, respectivamente. Estos porcentajes son notablemente inferiores a los identificados en el territorio regional y nacional. Para el año 2020, las cifras fueron de un 11,7% y 13,8%, respectivamente.

Gráfico 26: Porcentaje de personas en hogares carentes de servicios básicos en la comuna de Quillota, región de Valparaíso y país (años 2020 y 2017)



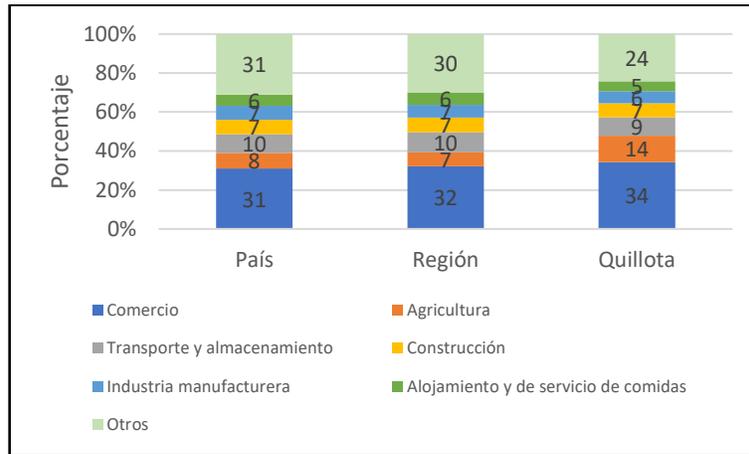
Fuente: BCN (2022b)

f. Indicadores económicos

Las principales actividades económicas en Quillota son apreciables en los gráficos 27 y 28. En el primero de éstos, se presenta el detalle de la proporción de empresas por rubro dentro de la comuna durante el año 2020. La comparación con la distribución presente en el territorio nacional y regional, da cuenta de en ésta las actividades agrícolas representan casi un doble del total regional, variable entre un 7% y un 14% de las actividades totales dentro de cada territorio. Lo anterior indica una mayor participación del sector primario dentro de la economía comunal, en comparación con el conjunto de actividades económicas desarrolladas en la región.

Sin perjuicio de lo anterior, la principal actividad económica desarrollada en Quillota corresponde al sector terciario, siendo el comercio el tipo de servicio más prestado con un 34% del total de empresas. Este valor es ligeramente más grande que el de la región y del país.

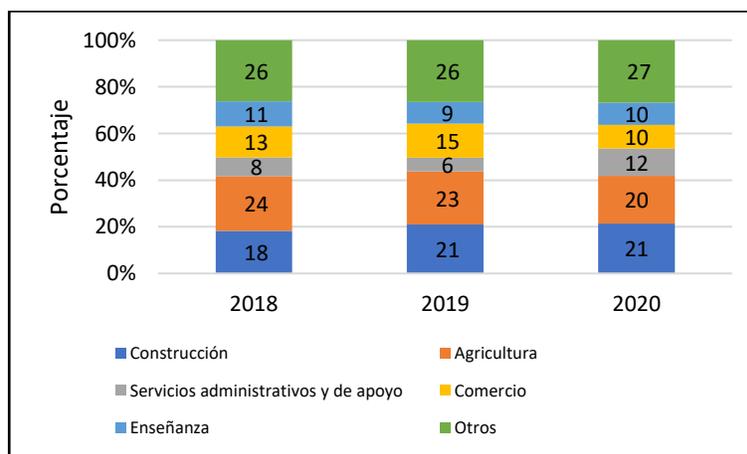
Gráfico 27: Porcentaje de empresas por rubro en la comuna de Quillota, región de Valparaíso, comuna de Quillota y país (año 2020)



Fuente: BCN (2021e)

Las variaciones de la fuerza laboral entre 2018 y 2020 se presentan en el gráfico 28, señalando una mayor concentración de trabajadores relativos al sector “otros”, mantenido de forma estable entre un 26% y 27%. En relación con el segundo y tercer tipo de trabajador más presente en la comuna, se ve una tendencia a la reducción de personas empleadas en la agricultura, de un 24% al 20%, y un aumento de las asociadas con el rubro de la construcción de un 18% a un 21%.

Gráfico 28: Porcentaje de trabajadores por rubro de empresa en la comuna de Quillota (años seleccionados)



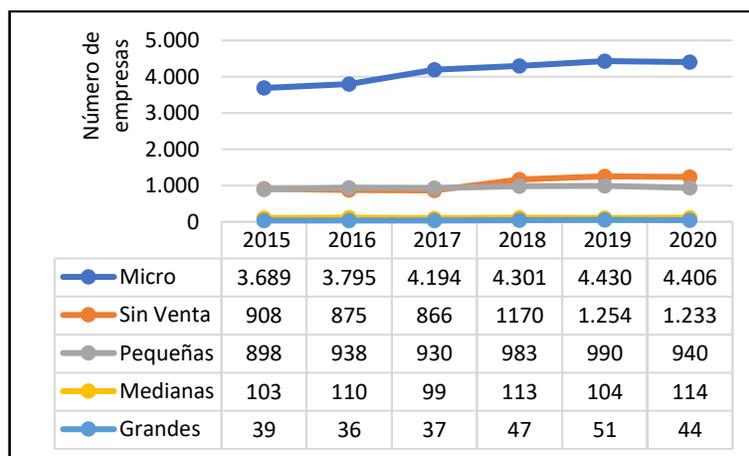
Fuente: BCN (2021e)

En relación con el tamaño de las empresas presentes en Quillota, tanto en el gráfico 29 como en el 30 se observa un mayor peso de las micro y pequeñas empresas, lo que es consistente con la realidad nacional.

De esta forma, el gráfico 29 muestra un estancamiento en el número de las empresas de tamaño medianas y grandes entre 2015 y 2020, mientras que las micro y pequeñas empresas muestran un mayor ritmo de crecimiento iniciado entre los años 2017 y 2018. Independiente del tipo de crecimiento, ambos gráficos dan cuenta de que las micro y pequeñas empresas concentran la mayor cantidad de actividades productivas en la comuna.

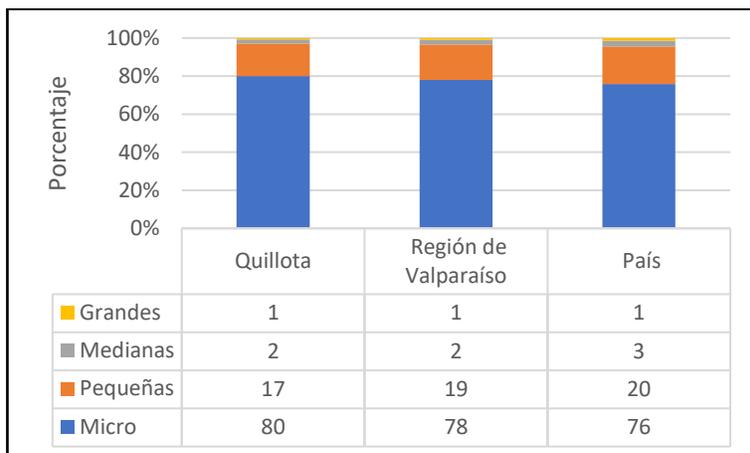
En relación con la región y el país, para el 2020 se aprecia un mayor peso de las micro empresas para Quillota. Dentro de la comuna, éstas representan un 80% de las disponibles, lo cual contrasta con un 78% de las de la región de Valparaíso y un 76% en el país. Una dinámica inversa se presenta con las pequeñas empresas, en las que el 17% de la comuna contrasta con el 19% y 20% a nivel regional y nacional, respectivamente.

Gráfico 29: Número de empresas en la comuna de Quillota según tamaño (años seleccionados)



Fuente: BCN (2021d)

Gráfico 30: Concentración de empresas por tamaño en Quillota, Región de Valparaíso y País (año 2020)¹⁰



Fuente: BCN (2021d)

Lo anterior se condice con la información presentada en la tabla 11, la cual da cuenta de una variación del 19% en las micro empresas en Quillota, en contraste con el aumento del 15% en la región de Valparaíso y del 17% nacional entre 2015 y 2020. En este sentido, el crecimiento de este tamaño en la comuna se encuentra mucho más próximo al porcentaje nacional que al regional. Esta dinámica se mantiene con respecto al crecimiento total de las empresas entre cada escala territorial, encontrándose en Quillota un alza de un 16%, en relación con el 13% de la región y un 15% de Chile.

Tabla 11: Variación del número de empresas por tamaño en la comuna de Quillota, región de Valparaíso y país (años 2015-2020)

Tamaño	Quillota			Región de Valparaíso			País		
	2015	2020	Variación 2015-2020	2015	2020	Variación 2015-2020	2015	2020	Variación 2015-2020
Micro	3.689	4.406	19%	67.966	78.337	15%	672.865	788.148	17%
Pequeñas	898	940	5%	17.422	18.658	7%	192.138	205.983	7%
Medianas	103	114	11%	2.289	2.400	5%	28.775	30.633	6%
Grandes	39	44	13%	867	973	12%	14.296	15.012	5%
Total	4.729	5.504	16%	88.544	100.368	13%	908.074	1.039.776	15%

Fuente: BCN (2021d)

¹⁰ La generación del gráfico no consideró al grupo “sin venta” para aumentar el nivel de precisión de instrumento.

g. Equidad y satisfacción de necesidades

En el panorama general del Índice Regional de Inclusión Social (IRIS) de la Universidad de Viña del Mar (2017; 2018), presentado en la tabla 12 y el gráfico 31, es posible observar que Quillota se encuentra, junto con Quilpué y Concón, dentro de las comunas de la región que presentan un rango superior de inclusión social. Este rango es alcanzado en los indicadores de Salud y Bienestar, de Vivienda y Entorno y de Empleo y Seguridad. Aquellos indicadores que se encuentran más bajos corresponden con la educación, con 49,1 y género con 37,8 en el año 2018.

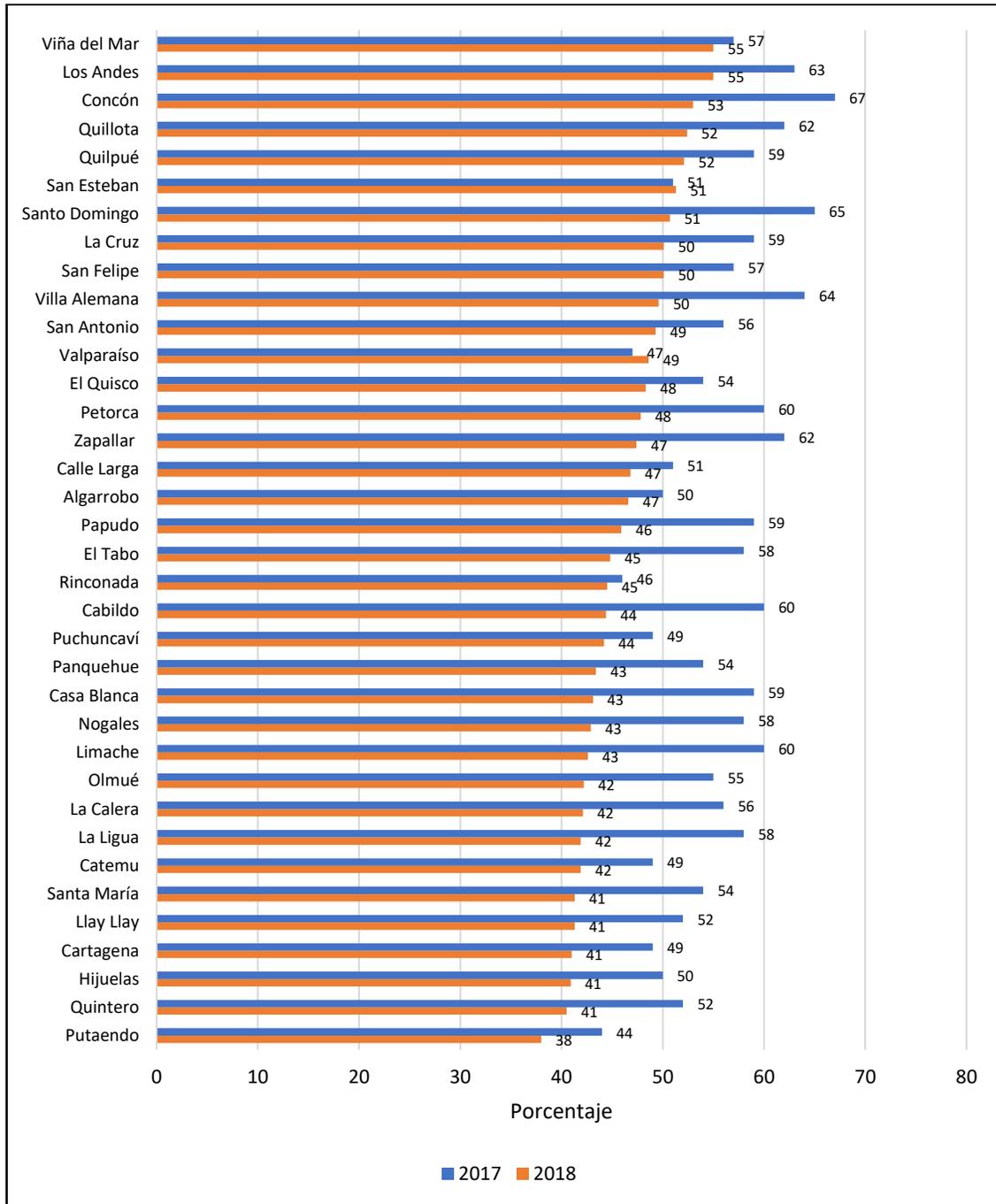
Se aprecia en el gráfico 31 una fluctuación en el IRIS neto para todas las comunas de la región entre +2 en San Esteban (única comuna junto con Valparaíso que presenta una variación positiva) y -17 en Limache entre 2017 y 2018. Quillota presenta una variación de 10 puntos y se encuentra en el cuarto puesto en este último año.

Tabla 12: Resultados comparados de IRIS por dimensiones en la región de Valparaíso (años disponibles)

	Educación		Género		Salud y Bienestar		Vivienda y entorno		Empleo y Seguridad	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Rango	Superior	Medio	Medio	Bajo	Superior	Superior	Medio	Superior	Superior	Superior
Puntaje en Quillota	59	49,1	-	37,8	60	52,6	67	48,2	57	74,2
Puntaje Máximo	82	58,4	86	55,6	66	58,8	76	52,4	64	98,2
Puntaje Mínimo	20	37,6	33	28,3	39	29	38	29,6	30	23,4
Posición	8°	14°	-	32°	10°	11°	14°	7°	4°	5°

Fuente: UVM (2017;2018)

Gráfico 31: Índice Regional de Inclusión Social en la región de Valparaíso (años disponibles)



Fuente: UVM (207;2018)

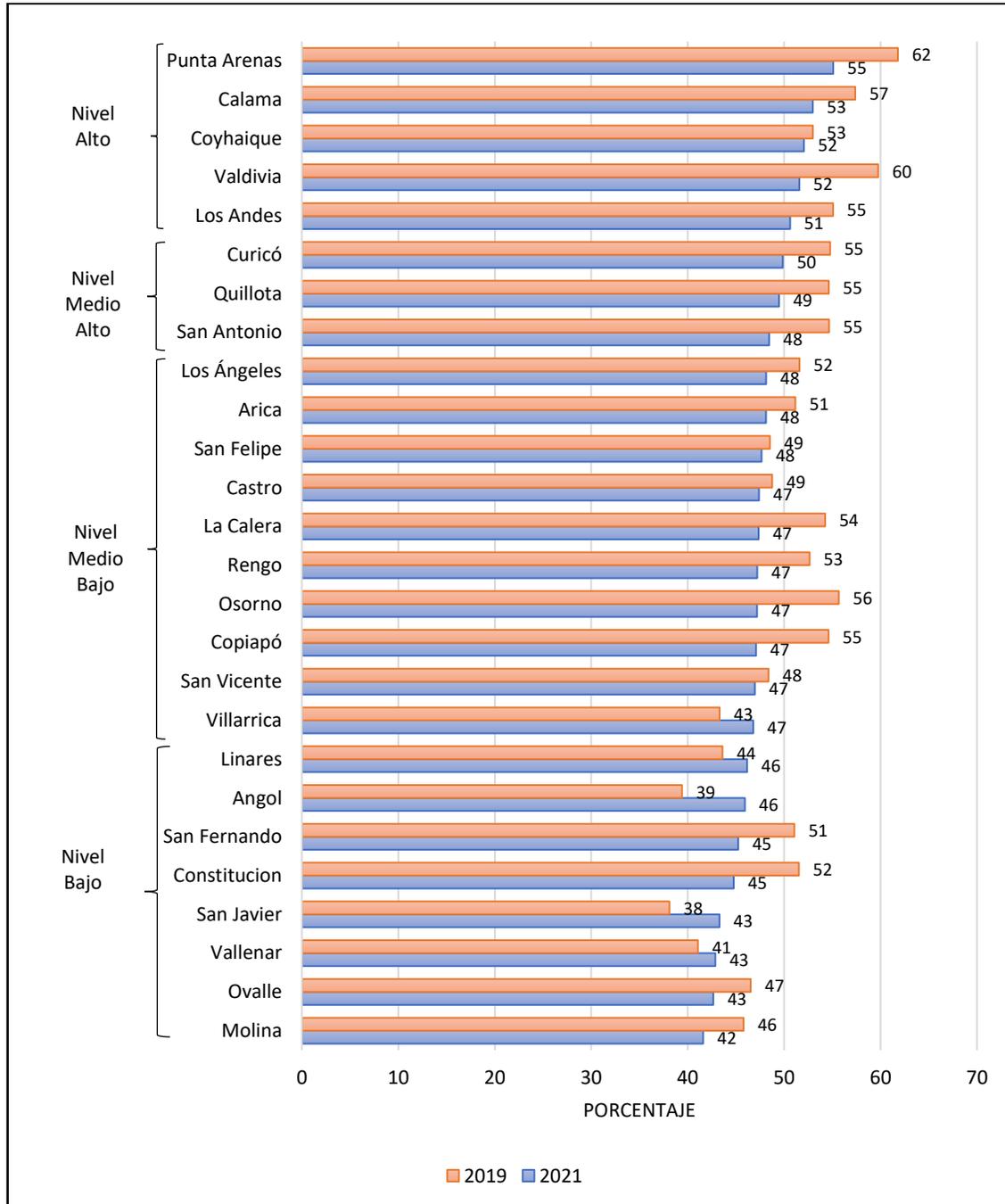
Finalmente, en relación con el índice de Calidad de Vida Urbana (ICVU) del Instituto de Estudios Urbanos y Territoriales de la Universidad Católica (2022), Quillota se presenta dentro de un nivel Medio-Alto. Según se ilustra en el gráfico 32, dicha categoría es compartida junto con las comunas de Curicó y de San

Antonio, con un índice de 55% para 2019 y de 49% en 2021. En el gráfico también se visualiza una reducción en el nivel asociado al ICVU en este periodo.

Finalmente, según se aprecia en la tabla 13, el indicador mejor evaluado dentro de las 6 dimensiones consideradas por el estudio es el de “salud y medio ambiente”, con un 70% (superior en 3 puntos porcentuales al promedio de las comunas). Al mismo tiempo, las “condiciones laborales” presenta el segundo indicador mejor evaluado. En contraste, los tres indicadores más bajos son los de “ambiente y negocios” (23%), “vivienda y entorno” (31%) y “condiciones socioculturales” (40%).

En relación con el promedio comunal, la situación de las condiciones socioculturales y las de vivienda son apenas un punto inferior en Quillota, mientras que en ambiente y negocios es dos puntos superiores a la media.

Gráfico 32: Índice de Calidad de Vida Urbana (años disponibles)¹¹



Fuente: Instituto de Estudios Urbanos y Territoriales – PUC- (2022)

¹¹ Las comunas se presentan ordenadas según la puntuación obtenida en el año 2021. En 2019 y 2021, el ICVU consideró 99 de las 345 comunas por sobre las 50.000 habitantes. En el año 2021 el indicador consideró 44 variables en total, diferenciadas en las siguientes dimensiones: Vivienda y entorno, Salud y Medio Ambiente, Condiciones Socioculturales, Ambientes de Negocios, Condiciones Laborales, Conectividad y Movilidad. Otra innovación incorporada en el año 2021 fue la desagregación de los resultados según la tipología de comunas: 1) comunas intermedias, con superiores a 250.000 habitantes y que no son consideradas parte de un área metropolitana según la Ley 21.074; 2) comunas declaradas, de hecho o potencialmente, como áreas metropolitanas según la Ley 21.074; 3) comunas de la Región Metropolitana.

Tabla 13: Resultados comparados del ICVU por dimensiones (año 2021)

	Salud y medio ambiente	Condiciones Laborales	Conectividad y movilidad	Condiciones socioculturales	Vivienda y entorno	Ambiente y negocios
Porcentaje Quillota	70	67	64	40	31	23
Promedio de comunas	67	69	55	39	32	21
Nivel de Quillota	Alto	Medio Bajo	Alto	Medio Bajo	Medio Bajo	Medio Alto
Mínimo	52	54	40	10	27	12
Máximo	81	82	68	49	44	42
Posición de Quillota	9°	16°	4°	13°	14°	9°

Fuente: Instituto de Estudios Urbanos y Territoriales – PUC- (2022)

h. Cultura

La comuna de Quillota se destaca por ser un espacio geográfico en donde se desarrollan una variedad de iniciativas y actividades culturales a destacar, muchas de ellas impulsadas por la institucionalidad municipal. En lo relativo al patrimonio inmaterial, existen fiestas religiosas de particular interés para los habitantes de la comuna. Se destaca el “Día de la Inmaculada Concepción” que incluye una procesión al Cerro Mayaca; y la “Fiesta de la Cruz de Mayo de Quillota”, celebrada el 2 de mayo de cada año. Existe una tradición de artesanos que trabajan greda y mimbre, así como también grupos de bailes chinos que participan en este tipo de festividades en la provincia.

En lo relativo al patrimonio material, la comuna cuenta con un inmueble reconocido como patrimonio histórico por la Ley de Monumentos Nacionales: la “Casa Colonial de Quillota”. Adicionalmente, existen 88 propiedades susceptibles de conservación histórica en 3 ejes: Centro Fundacional, Calle Merced y Pieza Ferroviaria de San Pedro.

La infraestructura cultural dependiente del municipio se compone por los siguientes establecimientos: 1.- Teatro “Municipal Diego Portales”; 2.- Auditorio Municipal “Víctor Vergara Flores”; 3.- Escuela Municipal de Bellas Artes; 4.- Museo Histórico Arqueológico-Biblioteca Pública “Melvin Jones”; 5.- Centro Cultural “Leopoldo Silva Reynoard”; 6.- Estadio Municipal “Lúcio Fariña Fernández”; 7.- Centro Turístico El Edén; y 8.- dependencias de otras unidades municipales. Ejemplo de este último son las instalaciones del Centro de Promoción de la Salud y la Cultura, donde se facilita la realización de actividades artístico-culturales para todos los habitantes de la comuna. Todos estos recintos constituyen la principal oferta de servicios culturales disponibles para la comunidad quillotana (Municipalidad de Quillota, 2022a).

Durante el período de pandemia, la Dirección de Cultura de la Municipalidad de Quillota impulsó estrategias que permitiesen atenuar la carencia de actividad artística presencial debido a las restricciones impuestas por el confinamiento. Una de ellas fue la “Tercera Temporada de la Gorra Virtual”, que permitió la presentación de artistas locales vía *streaming* a la comunidad; y la iniciativa “VacunArte y cultura móvil”, que facilitó la presentación de espectáculos culturales en aquellos lugares donde las personas pudieran reunirse con el distanciamiento adecuado, como el Vacunatorio del Centro Cultural “Leopoldo Silva Reynoard” y las ferias itinerantes emprendedores en la comuna (Municipalidad de Quillota, 2022b [2021]).

i. Deportes

La actividad física y la recreación es un importante factor promotor de la salud que está frecuentemente incorporado en las actividades desarrolladas en los establecimientos de la red comunal. Para facilitar el desarrollo de actividades deportivas, el municipio de Quillota ha concentrado esfuerzos en ampliar infraestructura a este fin, descentralizando la oferta de servicios deportivos hacia los barrios de la comuna.

Actualmente, Quillota cuenta con 9 espacios deportivos de dependencia municipal, detallados en la tabla 14 y entre los que destacan la existencia de piscinas, gimnasios y *skate parks*.

Tabla 14: Establecimientos deportivos de dependencia municipal en la comuna de Quillota

N°	Nombre	Dirección
1	Gimnasio CORVI	Blanco Encalada, entre calles Escuti y Castro, Quillota Centro
2	Gimnasio Antumapu	Pasaje Manquehue N° 325, Población Antumapu
3	Gimnasio San Pedro	Calles Luis Alberto entre Santa Rosa y Perez Cotapos, San Pedro
4	Piscina Municipal	Yungay N° 653, Quillota
5	Piscina San Pedro	Escuela Abel Guerrero Aguirre, San Pedro
6	Estadio Municipal Lucio Fariña Fernández	Manuel Bulnes N° 895, Quillota
7	<i>Skate Park</i>	Calle García Barrios con Pintor Manuel Antonio Caro, El Sendero
8	<i>Bike Park</i>	El Tamarugo, entre Los Arrayanes y Los Avellanos, Quillota
9	Complejo Deportivo Said	Las Heras N° 200-298, Población Salvador

Fuente: PLADECO 2022-2026

Recientemente se aprobó la construcción del Estadio El Bajío, mediante financiamiento del Fondo Nacional de Desarrollo Regional (FNDR) con una inversión cercana a los \$1.200 millones de pesos.

Complementan esta oferta dos recintos dependientes del Instituto Nacional del Deporte: la Cacha Deportiva en la Población Enrique Arenas de San Pedro y un terreno en el Paradero N° 5 de la Avenida 21 de Mayo, ambos por sobre los 3.000 m².

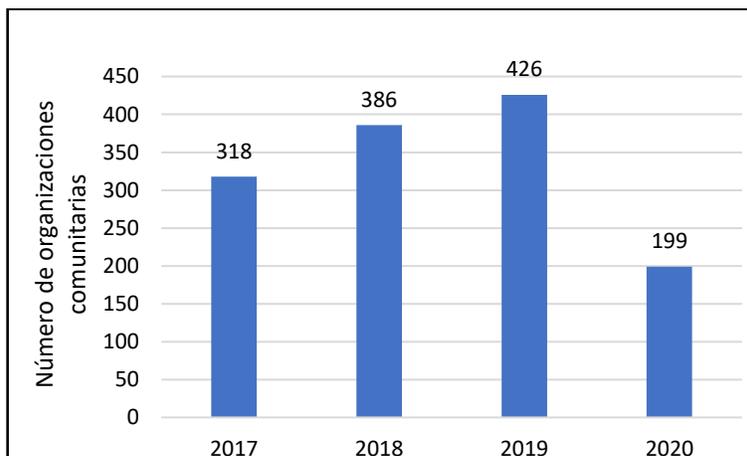
Por su parte, los recintos privados más relevantes en la comuna son multicanchas (50), Canchas de fútbol de pasto natural (30), canchas de fútbol de pasto sintético (8), gimnasios (7), recintos de rayuelas (9), piscinas (6) y medias lunas para la práctica de rodeo (5).

Un espacio estratégico para el deporte dentro de la comuna es el Estadio Municipal “Lucio Fariña Fernández”. En él se realizaron, durante el año 2021, un total de 54 partidos de fútbol profesionales. Además, durante el período de confinamiento, la Dirección de Deportes organizó clases virtuales de baile entretenido, aeróbica y *full body*; junto con difundir cápsulas virtuales con rutina de ejercicios para adultos y adultos mayores (Municipalidad de Quillota, 2022b). Desde luego, estas actividades constituyen un valioso aporte para el desarrollo integral de los habitantes de la comuna.

j. Organizaciones sociales

La última dimensión importante a considerar en los factores condicionantes y determinantes de la salud corresponde con el estado de las organizaciones sociales. De acuerdo con los datos disponibles en las bases de datos oficiales, Quillota contaba en el año 2017 con 318 organizaciones sociales, las cuales contrastan con las 199 existentes en 2020. De acuerdo a lo que ilustra el gráfico 33, entre 2017 y 2019 se constata un alza en la cantidad de organizaciones comunitarias de 108 unidades, alcanzando las 426 organizaciones para este último año. La reducción en esta cantidad se constata en los años coincidentes con la pandemia, presentando una caída abrupta de 227 unidades.

Gráfico 33: Número de organizaciones sociales en la comuna de Quillota (período 2017-2020)



Fuente: BCN (2022f)

Una medición del impacto de esta reducción es visible en la tabla 15, en la que se presenta un desglose del tipo de organizaciones comunitarias presentes en la comuna entre 2017 y 2020. De acuerdo a lo señalado en los datos, se observa una principal concentración aquellas organizaciones no clasificadas, concentrando entre un 51% y 64% hasta 2019. El segundo grupo más significativo responde a las Juntas de Vecinos, las cuales representan entre el 25% y el 23% del total para esa misma fecha, y los Centros u Organizaciones del Adulto Mayor, estable en un 11% hasta el 2018.

Sin embargo, la irrupción de la pandemia significó la ausencia completa de las organizaciones culturales, uniones comunales y otras organizaciones, alterando la proporción de las demás organizaciones ante el nuevo panorama. De esta forma, para el año 2020 se observa que las Juntas de Vecinos llegan a concentrar el 50% del total, mientras que las organizaciones de adultos mayores llegan al 24%. La tercera mayoría aparece representada por los clubes deportivos, los cuales concentran la cuarta mayoría entre 2017 y 2018.

Tabla 15: Tipos de organizaciones comunitarias en la comuna de Quillota (años seleccionados)

Tipo de organización comunitaria	2017		2018		2019		2020	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Juntas de Vecinos	78	25	87	23	100	23	100	50
Centros u Organizaciones del Adulto Mayor	35	11	44	11	11	3	48	24
Clubes Deportivos	21	7	27	7	24	6	31	16
Centros de Padres y Apoderados	11	3	13	3	8	2	16	8
Compañías de Bomberos	5	2	2	1	5	1	3	2
Centros de Madres	3	1	5	1	2	0	1	1
Centros Culturales	4	1	8	2	4	1	0	0
Otras organizaciones	161	51	198	51	271	64	0	0
Uniones Comunales	0	0	2	1	1	0	0	0
Total	318	100	386	100	426	100	199	100

Fuente: BCN (2022f)

4.- Sector Salud

a. Política de Salud Comunal

i. Modelo de Salud Local (20 años)

“Ser un sistema de salud municipal, integral, resolutivo y participativo, que entrega servicios de calidad, con énfasis en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad, aplicando un modelo innovado de gestión local con respeto del territorio, para contribuir a la mejoría del bienestar de la población de Quillota y de sus propios trabajadores/as”

Misión – Departamento SaludQuillota

“Contribuir en la construcción de una ciudadanía saludable para el logro de una comuna humana y feliz”

Visión – Departamento SaludQuillota

En el marco de la conmemoración de los 20 años de la constitución del Modelo de Salud Municipal en Quillota, es posible sistematizar y sintetizar el trabajo y los esfuerzos realizados a lo largo de estas más de dos décadas de innovación, transformación y modernización del Modelo de Salud.

La APS en Chile ha vivido un constante proceso de cambio que, desde su municipalización, ha aspirado a contribuir al cuidado de la salud de las personas,

familias y comunidades. En este marco, el modelo de gestión municipal de salud de Quillota se constituye como una experiencia de innovación pionera en Chile iniciada en la década de los noventa.

La experiencia de Quillota se inscribe dentro del proceso de desarrollo y autonomía de la gestión local, contexto en el cual desde el año 1995 se implementó una reingeniería en el área de salud municipal. Se elaboraron proyectos e instrumentos que no existían en el Sistema APS nacional, entre ellos la línea 800, agendas programadas y diferidas computacionalmente, y el cambio del Servicio de Orientación Médica (SOME) por módulos de atención personalizada.

Desde entonces, SaludQuillota ha promovido un sistema de salud primaria orientado en los paradigmas de la ciudadanización de la salud, la calidad y la resolutivez. En esta perspectiva se diseñó un modelo de atención centrado en la familia que propicia una ciudadanía más corresponsable del proceso salud-enfermedad. Esto supone el aumento de la participación ciudadana en salud, el incremento de los niveles de integración, la disminución de demandas asistenciales, el conocimiento y ejercicio de los derechos en salud por parte de los(as) ciudadanos(as) y, en definitiva, en la mejora de las condiciones de vida a través de la entrega de servicios de calidad.

Nuestro Modelo de Salud es complejo, se compone de una red articulada de subdirecciones, establecimientos de salud, prestadores y estrategias con enfoque territorial. Esta propuesta de modelo en red ha permitido que el sistema de salud municipal sea flexible y tenga capacidad de adaptación e innovación con los nuevos contextos y desafíos socio-epidemiológicos de la comuna. Por lo demás, ha permitido descentralizar la gestión y ejecución de las acciones de promoción, prevención y tratamiento, para intervenir y colaborar con las comunidades de Quillota por su bienestar integral, tanto a nivel individual como social. Nuestro Modelo de Salud es capaz de sustentarse en un escenario restrictivo en cuanto a recursos para gestionar y contribuir con el gobierno comunal y su estrategia de desarrollo local.

b. Definición Modelo SaludQuillota

El actual Modelo SaludQuillota surge a partir de un proceso de modernización que comenzó en la década de los noventa donde se estableció, por primera vez, una forma propia e innovadora de gestión de salud municipal y de Atención Primaria. Esta iniciativa se desarrolló por este Departamento, generando de manera previa a la Reforma Nacional de Salud, un Modelo centrado en las personas, las familias y la ciudadanía. A modo de diagnóstico, se identificó que el Modelo Nacional de Atención Primaria no respondía a las condicionantes de orden sanitario y financiero de aquel momento, y que, por otro lado, en la dimensión técnico-programática, se limitaba la corresponsabilidad de los ciudadanos en sus procesos de salud y enfermedad. Todo esto repercutió en la relación entre el

sistema y las personas, contribuyendo a la promoción de la individualidad en los esquemas de oferta-demanda predeterminados.

El proceso de desarrollo y autonomía de la gestión local comenzó a gestarse en la década del noventa, cuando se implementó una reingeniería del sistema, elaborando proyectos e instrumentos que no existían en la APS nacional. Al mismo tiempo, SaludQuillota buscó incorporar una lógica de trabajo enfocada en los y las ciudadanas. A partir de esta modernización del sistema, se da el puntapié inicial a una reforma que se consolida hoy en nuestro Modelo de SaludQuillota.

Éste apunta a resolver las brechas en diversas y múltiples problemáticas, las que van desde la relación de descentralización de la toma de decisiones en salud municipal, la organización interna y hasta el rol del ciudadano en materias de salud. Se logró identificar que existía rigidez por parte del sistema nacional de salud, el cual no permitía incorporar innovaciones en las programaciones y otros espacios alternativos de trabajo ciudadano. Asimismo, el sistema de financiamiento *per cápita* no respondía a las necesidades de la gestión de aquellos tiempos. Estos dilemas se contrapusieron con la visión de futuro, espacio y creatividad que el gobierno local buscaba para su comuna.

En cuanto a la organización interna, se visualizó que el sistema rígido que gobernaba el actuar funcionario producía desorden en el mediano y largo plazo. Se identificaron una gran cantidad de actividades repetitivas y mecánicas; existían servicios asociados a las prestaciones profesionales sin valor agregado; la infraestructura no era adecuada para atender, en un contexto de calidad, a los y las usuarias; los establecimientos de salud otorgaban las mismas prestaciones, generando competencia entre estos sin favorecer a la colaboración y al trabajo en red.

Por otro lado, se identificó que la participación ciudadana era baja: las personas no conocían sus derechos y deberes, y eran un actor pasivo en los procesos de salud y enfermedad tanto a nivel individual como familiar y comunitario. No existían espacios de integración ciudadana, donde confluyeran las distintas iniciativas de mujeres, jóvenes, familias y niños, realizando diversas actividades, en un marco de respeto a la diversidad, democracia e inclusión. En este mismo sentido, permanecía la creencia que la salud es privativa de los profesionales y técnicos que laboran en ella. No había espacio para la cultura ni para la promoción de la salud a través de acciones participativas.

El ámbito de salud fue asumido como una responsabilidad municipal en la comuna, generando estrategias para abordar localmente la salud como parte central de los planes de desarrollo comunal, siendo una de las orientaciones fundamentales de la misión municipal, el logro de una comuna saludable.

La reforma se desarrolló a través de estrategias innovadoras para su tiempo, que impulsaron un enfoque fortalecedor de los lazos familiares y vinculaciones socioculturales entre el sistema de salud y la dinámica de la sociedad

civil a nivel de actores individuales y organizados. Ésta es la única forma de incidir favorablemente en una cultura saludable de vida y corresponsabilidad. Por tanto, el Modelo en la actualidad busca activamente incorporar los determinantes sociales de la salud a la comprensión de los procesos de salud, enfermedad y atención.

En este marco, el Modelo se focaliza en las personas, las familias y en las comunidades, con fuerte enfoque territorial, atendiendo las necesidades, fortalezas e identidades propias de los territorios en los que los Centros de Salud y otras prestaciones se insertan y participan activamente. A nivel administrativo, el Modelo de Salud Quillota hace énfasis en el trabajo en equipo y en el trabajo en red de manera transversal a todos los niveles de organización, estrategias y prestación de servicios.

El Modelo SaludQuillota comprende que la salud es bienestar y, de cierta forma, se acerca a las nociones postuladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2006)¹². El trabajo de la gestión de la salud municipal se articula en torno a la promoción de la salud de manera integral y con especial foco en las garantías ciudadanas, al entender, asimismo, que la salud es “uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. Por lo tanto, se busca incidir favorablemente en una cultura ciudadana de mayor integración e inclusión de todos los grupos sociales, velando por la ciudadanización de la salud, comprendiendo a las personas como sujetos de derechos políticos y participantes activos, protagónicos y responsables de sus procesos de salud y enfermedad.

El Modelo SaludQuillota también responde a la convicción que cada comuna y territorio tiene el derecho a desarrollar su gestión de manera acorde a su realidad social, en un esfuerzo por descentralizar la salud en Chile. El Modelo se ha convertido en la forma en que Quillota y sus comunidades han decidido gestionar e implementar su propio bienestar, a partir de la realidad social y epidemiológica local.

En síntesis, el Modelo se encarga de la forma en que se acogen a las personas en el sistema de salud y del acompañamiento de los ciudadanos en todo su ciclo vital, es decir, desde la gestación hasta velar por el buen morir. Todo lo anterior implica comprender la atención como una que sea humana y de trato digno a las personas y sus comunidades. Esto ha instado al sistema a generar dispositivos y ofertas de prestaciones que sean flexibles, y que colaboren con la búsqueda de soluciones a los problemas y necesidades que se presenten en los procesos de salud-enfermedad-atención en la comuna, incorporando la innovación como medio para responder de mejor forma a las necesidades de las personas.

¹² Cabe destacar que, si bien la reforma del Modelo SaludQuillota no se realizó pensando en los lineamientos de la OMS, sí mantienen coherencia con esta visión de la salud, lo cual nos parece algo positivo a remarcar, aunque se haya llegado a la misma reflexión bajo distintos caminos.

c. Estructura de la Red Asistencial

La red de establecimientos de SaludQuillota en su búsqueda por la descentralización y la mayor eficiencia en la oferta de sus prestaciones, se compone de las **estrategias urbana, territorial, rural-familiar y comunitaria**. Al mismo tiempo, se compone de líneas específicas de prestaciones y centros complementarios, los cuales se presentarán con mayor detalle a continuación:

i. Estrategia urbana

La estrategia urbana se compone de cinco centros de salud distribuidos dentro de las 13 unidades vecinales de la ciudad de Quillota. Han sido emplazados en base a criterios de accesibilidad, oportunidad, resolutivez e integralidad, esperando con ello generar una sinergia entre las prestaciones que genera cada uno de ellos. En adelante, se detallan las acciones de cada uno.

i.i. CES Cardenal Raúl Silva Henríquez

Este establecimiento fue inaugurado el 13 de julio de 1999 y se ubica en la Avenida Las Industrias sin número con Avenida Valparaíso. Tiene como misión “Fortalecer las acciones preventivas y promocionales con un enfoque integral, tomando como base la familia, a través de un modelo de gestión donde las actuales actividades de prevención y fomento de salud, tales como controles, consultas, consejerías visitas domiciliarias, entrevistas, tratamientos, exámenes etc., las aglutina en unidades vinculantes y las acuerda con las familias en un plan de intervención familiar”.

Su canasta de prestaciones se basa en un modelo de gestión a cargo de unidades vinculantes, que se enfocan en la prevención y el fomento de salud, estas unidades son: Unidad del Niño y la Niña, Unidad del y la Adolescente, Unidad de la Mujer y Vida en Pareja, Unidad del Adulto, Unidad de Salud Odontológica, Unidad de Salud Mental, Unidades de Apoyo (Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), Programa Nacional de Alimentación Complementaria Adulto Mayor - (PACAM), Exámenes y Farmacia).

i.ii. Centro de Promoción de Salud y Cultura

Se ubica en la Avenida Condell 1440, en el sector urbano de Quillota. Tiene por objetivo favorecer el bienestar de las personas de Quillota y sus comunidades, a través del desarrollo de habilidades, destrezas e intereses en el ámbito social y cultural. Además, busca ser un establecimiento atractivo, moderno, innovador, eficiente, accesible, plural, participativo e inclusivo para todos y todas las habitantes de la comuna, logrando con ello ser un espacio de inclusión comunitario en donde

se pueda ampliar el abanico de atenciones de salud no solo a un ejercicio técnico sino también a un ejercicio preventivo de carácter familiar y comunitario.

Su misión se define como: “Promover los procesos de vinculación social a través de la habilitación de un espacio común en donde niños, jóvenes, hombres, mujeres y personas con discapacidad, puedan conocerse y desarrollar diversas expresiones artístico-culturales y recreativas que impulsan a las personas a compartir e integrarse”

Por su parte, su visión es: “Construir en conjunto con los habitantes de Quillota una comunidad que favorezca el desarrollo de ciudadanos saludables e integrados”

En cuanto a su trabajo, se basa en los siguientes lineamientos programáticos:

- Acción dentro del centro para jóvenes, mujeres, niños, niñas y personas con discapacidad.
- En el ámbito Comunal se realizan acciones con Mesas territoriales de organizaciones comunitarias, Mesa técnica integración social, Plan Comunal de Promoción de Salud, coordinación educación-salud y vínculos con privados en el área de la cultura

i.iii. CES Doctor Miguel Concha

Orienta su quehacer en la atención al daño o morbilidad, proveyendo atenciones de salud a los y las usuarias, asegurando resolutivez, calidad, pertinencia y efectividad.

Este Centro de Salud es parte de la red APS y es un centro pionero en la atención de salud con enfoque familiar y comunitario. En el Plan de Salud se menciona que el centro de salud está destinado a “Cobertura de atención de la salud, de los beneficiarios del sector urbano de la ciudad, su ubicación brinda en general un fácil acceso, debido a su ubicación estratégica, conformado por equipos multidisciplinarios, capacitados en diversos ámbitos”.

Sostiene en su misión: “Somos un Sistema Municipal de Atención Primaria de Salud integral, innovador y resolutivo, orientado en los usuarios y la ciudadanía, preocupados del acceso, eficiencia, equidad y calidad de nuestras prestaciones, teniendo como ejes el individuo y la familia, potenciando el trato digno y humano, fomentando la corresponsabilidad para lograr individuos sanos y una ciudadanía saludable, informada y participativa”

Al mismo tiempo, en su visión afirma que esta consiste en “Incidir en el desarrollo de Quillota como comuna saludable, promoviendo un cambio cultural en la gestión y fomentando la participación ciudadana, adaptándonos a los cambios

sociodemográficos de la ciudad, orientando nuestros esfuerzos en la promoción recuperación y rehabilitación, dentro de un enfoque familiar de salud”.

Este Centro de Salud le da atención al 85% de la población inscrita de la comuna, lo que equivale a 55.089 habitantes y complementa sus acciones con el resto de la red urbana.

- Los programas que se desarrollan principalmente en este centro son:
 - Programa de Odontología y especialidades.
 - Programa Infecciones Respiratorias Aguda - (IRA).
 - Programa Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA) y Rehabilitación Pulmonar.
 - Programa Rehabilitación con base comunitaria.
 - Programa de Atención domiciliaria Integral.
 - Neurología Infantil, dermatología, tuberculosis.
 - Kinesiología y Rehabilitación.
- Prestaciones
 - Morbilidad general.
 - Morbilidad pediátrica.
 - Control cardiovascular.
 - Urgencia dental adulto.
 - Control dental.
- Procedimiento y Exámenes
 - Exámenes de Laboratorio.
 - Electrocardiograma.
 - Espirometrías.
 - Flujometrías.
 - Pesquisas Hipertensión Arterial (HTA).
 - Podología.

i.iv. Plataforma de Gestión Familiar

La Plataforma de Gestión Familiar (PGF) es una entidad técnico-administrativa que pertenece al Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez. Se encarga de coadyuvar al fortalecimiento de las familias usuarias del sistema de

la Red SaludQuillota, propendiendo a una corresponsabilidad social y familiar en los procesos de salud y enfermedad.

En simples palabras, la PGF se encarga de incorporar, implementar y ejecutar el enfoque familiar al sistema integrado de salud municipal. Para esto, en concreto, elabora “Planes Familiares Saludables”, constituidos por una propuesta de un conjunto de prestaciones otorgadas o coordinadas por la atención primaria y sus redes. Esta se presenta a la familia para su aprobación y consenso, permitiendo el acercamiento a la salud, siempre entendiendo que existen brechas de inequidad al acceso de este derecho. Por lo que, la PGF se encarga de optimizar y, en lo posible, garantizar un acceso y cobertura a las prestaciones que, a través de metas y/o políticas públicas, están destinadas a disminuir la brecha de inequidad.

Sus objetivos específicos son:

1. Establecer e incorporar, al trabajo diario, lineamientos de gestión en la PGF, en el área administrativa y clínica, separando las funciones de cada una de éstas.
2. Desarrollar las áreas comunitaria e intersectorial, la que se enfoque al cambio socio cultural de la comunidad de Quillota, afianzando/potenciando vínculos con organizaciones para intervenciones comunes.
3. Fomentar la práctica del enfoque de derechos, a través de intervenciones con las familias demandantes y con el intrasistema sanitario.
4. Desarrollar un área comunicacional, que dé cuenta de las acciones desarrolladas por la PGF, en su vinculación con las familias, el intrasistema y con el Inter sector.
5. Generar un Plan de Formación Continua para los y las funcionarias de la PGF, en el contexto del desarrollo de las potencialidades conjuntas y las competencias individuales.
6. Desarrollar una estrategia de filiación social, que genera pertenencia institucional entre los y las usuarias que se adhieren a este sistema y que están activos en los planes familiares saludables.

i.v. Centro Integral del Adulto Plaza Mayor

Este establecimiento funciona desde el 2013 y se ubica en la calle La Concepción N°418. El Centro atiende a personas mayores de 60 años del área urbana. Busca lograr una medicina participativa, invitando a la persona mayor a ser el actor principal de su proceso de salud mediante la corresponsabilidad, la perseverancia, el deseo y la voluntad. El equipo de salud trabaja reconociendo las capacidades y ampliando las oportunidades de las personas mayores, a quienes

se les realiza evaluación geriátrica integral, que involucra a distintos profesionales trabajando en equipo.

El Centro tiene como misión: “Ser un centro de atención de salud con un enfoque Bio-Psico-Social-Ecológico focalizado en la población mayor a 60 años del área urbana de la Comuna de Quilota, cuyo equipo de trabajo multidisciplinario, centrado en el ser de la persona, otorga prestaciones promocionales, educativas, preventivas, y terapéuticas innovadoras para responder a las necesidades del adulto mayor contemporáneo”.

El Objetivo General es: “Entregar atención humanizada de calidad, integral, oportuna y resolutive a la población adulta mayor, inserta en el desafío de mejorar su calidad de vida, e invitando a las personas a mantener, recuperar y mejorar su autonomía con atenciones multidisciplinarias e innovadoras a través de la incorporación de un nuevo modelo de atención como lo es la medicina participativa en la que los adultos mayores forman parte activa de los procesos y decisiones que contribuyen a su salud”.

Y sus objetivos específicos son:

1. Atenciones Integrales interdisciplinarias de las diferentes profesionales basadas en el respeto, la comunicación cercana y la generación de vínculos afectivos.
2. Proporcionar información adecuada desde el punto de vista médico, cultural, etario y de género, acerca de la promoción de la salud, el tratamiento de las enfermedades y las medicaciones, tanto a las personas mayores como a quienes cuidan de ellas.
3. Apoyar la continuidad de la asistencia entre el nivel comunitario y los niveles asistenciales primario y secundario.
4. Incorporar a la familia como eje importante en el proceso de salud del adulto mayor.
5. Favorecer la satisfacción usuaria tanto interna como externa mediante la generación de espacios amigables, de empoderamiento y corresponsabilidad en los procesos de salud.
6. Innovar en la atención a través de las terapias complementarias, servicios de teleasistencia y espacios de aprendizaje grupal.
7. Generar instancias para medir impacto mediante evaluación, seguimiento y ajuste de los procesos que ocurren en el centro.
8. Articular los canales de la red comunal para los adultos mayores con o sin riesgo psicosocial.

El Centro brinda a la población las siguientes atenciones, tanto individuales como comunitarias y grupales:

- Atenciones Individuales:
 - Morbilidad general.
 - Atenciones sociales.
 - Atenciones psicológicas.
 - Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM)
- Procedimientos
 - Tratamientos inyectables.
 - Curaciones.
 - Pesquisas de presión arterial.
 - Toma de muestras.
- Atenciones familiares, grupales y comunitarias
 - Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.
 - EMPAM en terreno.
 - Talleres a cuidadores de pacientes postrados.
 - Taller de habilidades cognitivas.
 - Taller de riesgo de caídas.
 - Gimnasia adulto mayor.
 - Visitas domiciliarias integrales a cuidadoras de pacientes postrados.
 - Intervención individual y familiar.

Además, este centro de salud cuenta con la Unidad de Atención Primaria de Oftalmología (UAPO) que será descrita más adelante.

ii. Estrategia territorial

Por su parte, las estrategias desarrolladas desde el enfoque territorial en el Modelo de Salud se concretizan a través de tres Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF). Éstos se localizan en las unidades vecinales número 1, 3 y 6, alojándose con ello en el eje noreste de la zona urbana de la comuna.

ii.i. CECOSF Cerro Mayaca

Fue inaugurado el 20 de junio del año 2006. Se ubica en la Calle Aconcagua N°13, en el sector urbano de la comuna de Quillota. Su trabajo está enfocado en la atención de salud familiar y comunitaria, y para ello elabora actividades de acercamiento con la comunidad en distintas escalas territoriales y demográficas.

CECOSF tiene una orientación preventiva, promocional y de recuperación del daño, enfocándose principalmente en el modelo de salud familiar-comunitario, y apuntando hacia el cuidado integral de la salud de las personas, cuyo propósito es contribuir a mejorar la salud de la población beneficiaria del sector público, desde una perspectiva de red más cercana a la gente y favoreciendo la participación comunitaria.

Su misión: “Un centro de salud familiar inserto en la comunidad tendiente a favorecer la participación ciudadana, orientado a disminuir las brechas en acceso, oportunidad y calidad de sus servicios con una cartera de prestaciones con fuerte énfasis en lo biopsicosocial”

Como visión se plantea: “Contribuir al desarrollo de una comuna saludable, a través de un modelo de atención centrado en la familia y ciudadanos, fomentando la participación comunitaria y la corresponsabilidad en el cuidado de la salud a través del ciclo vital.”

Las prestaciones que entrega el CECOSF “Cerro Macaya” son las siguientes:

- Atenciones Individuales:
 - Morbilidad general.
 - Atención priorizada.
 - Atención de la mujer.
 - Control de embarazo.
 - Control de salud infantil.
 - Atención dental niños y adultos.
 - Atención social.
 - Atenciones psicológicas.
 - Atenciones nutricionales.
 - Atenciones kinesiólogo.
 - EMPA y EMPAM.
 - Tratamientos inyectables, curaciones, pesquisas, retiro de puntos, inmovilizaciones, toma de muestra de exámenes en clínica y terreno
- Atenciones familiares, grupales, comunitarias:
 - Evaluaciones familiares integrales
 - EMPAM en terreno.

- Talleres de pautas de crianza, alimentación saludable y resolución de conflictos, manejo de HTA, salud oral infantil, salud oral embarazadas, estimulación temprana, lactancia materna.
- Talleres a cuidadoras de pacientes postrados.
- Visitas domiciliarias integrales a cuidadoras de pacientes postrados.
- Visitas domiciliarias integrales (VDI) a pacientes postrados, adultos mayores y familias con dificultades biopsicosociales (atención médica, de enfermería, social y dental).
- Intervención individual y familiar.
- Programa cardiovascular para adultos mayores de 75 años. (en terreno y box)
- Entrega de PACAM y PNAC, en CECOSF y terreno.
- Entrega de medicamentos, en farmacia y terreno.
- Atenciones ludoteca comunitaria (talleres, actividades recreativas tardes de cine).
- Taller de actividad física para niños/as y adultos.
- Área dental comunitaria:

Principalmente centrada en acciones en jardines infantiles del sector, que incluye por una parte diagnóstico y tratamiento, y por otras acciones de promoción de los cuidados de salud oral infantil. Así, se planificó:

 - Talleres con padres.
 - Talleres con educadoras.
 - Talleres con niños/as.

ii.ii. CECOSF Santa Teresita

Se inauguró el 12 de septiembre de 2012, en la Calle Vicuña Mackenna N°525 con la calle Diego Echeverría, en el sector urbano de Quillota, abarcando los sectores de la Población Santa Teresita, Villa Paraíso, Villa Coopreval, Población Los Lúcumos, Población Lo Garzo, Villa Ariztía y Junta de Vecinos Aspillaga. La construcción de este centro de salud fue una iniciativa de los propios vecinos del sector nororiente, quienes participaron en el proceso de construcción y elección de nombre para otorgarle un reconocimiento a sus dirigentes vecinales.

Este centro tiene como misión: “fomentar la promoción y prevención de la salud de sus usuarios [y usuarias], además de contribuir en la mantención y recuperación de ésta, a través de un modelo de atención centrado en las familias

de la comunidad, logrando una interacción entre sí, a fin de determinar riesgos para intervenir correctamente según sus necesidades”.

A su vez, su visión es: “Ser una Centro de Salud Comunitario Familiar de excelencia, referente comunitario de la promoción, prevención y corresponsabilidad en salud, con un modelo de atención centrado en las familias y la comunidad que responda cabalmente al modelo comunal de salud, con énfasis en la calidad de la atención y en el trato humanizado hacia nuestros usuarios y sus familias”

Este CECOSF tiene como enfoque de atención la salud familiar y comunitaria, y para el cumplimiento de su enfoque tiene los siguientes objetivos:

1. Disminuir la brecha en el acceso a los servicios de salud de la población de usuarios asignados al CECOSF.
2. Fortalecer los niveles de participación de la comunidad para incrementar así sus niveles de salud.
3. Empoderar a la comunidad de usuarios en el concepto de corresponsabilidad, proceso mediante el cual asumen un compromiso respecto a su salud individual y colectiva.
4. Acompañar a las familias del territorio en los procesos de salud-enfermedad, a lo largo del ciclo vital.
5. Establecer con la comunidad una alianza colaborativa en la participación, involucrándose en la gestión del centro de salud.
6. Fomentar el uso de los espacios del CECOSF en el quehacer comunitario del territorio.

Adicionalmente, este establecimiento cuenta con atenciones tanto individuales como grupales, tales como:

- Atenciones individuales:
 - Morbilidad general.
 - Programa cardiovascular para adultos mayores de 65 años.
 - Atención de la mujer y vida en pareja.
 - Control de embarazo.
 - Control de salud infantil.
 - Atención dental niños y adultos.
 - Atenciones sociales.
 - Atenciones nutricionales.
 - EMPA y EMPAM.

- Tratamientos inyectables, curaciones, pesquisas, retiro de puntos, inmovilizaciones, toma de muestra de exámenes.
- Atenciones grupales:
 - Intervención familiar.
 - EMPA y EMPAM en terreno.
 - Entrega de PACAM y PNAC, en CECOF y terreno.
 - Entrega de medicamentos, en farmacia y terreno.
 - Actividades recreativas, tales como las tardes de cine.

También se realizan talleres de promoción de salud y calidad de vida, alimentación saludable, pautas de crianza, resolución de conflictos, manejo de Hipertensión Arterial (HTA) y Diabetes Mellitus (DM), salud oral infantil y de embarazadas, estimulación temprana, lactancia materna, entre otros.

ii.iii. CECOSF María Ernestina Fernández

Fue inaugurado el 19 de enero de 2017 y está ubicado en la Calle Teniente Riquelme 230, en la Villa Escuela.

Este CECOSF brinda atenciones básicas de salud, dependiendo de los Centros de Salud Raúl Silva Henríquez y Miguel Concha para prestaciones más complejas. Pretende acercar la atención sanitaria a las personas de su territorio, destacándose por el trabajo con las familias y comunidad en temas referentes a la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Se propone como Misión: “Centro Comunitario de Salud Familiar, brinda atenciones básicas de salud, dependiendo del centro de salud CRSH y Doctor Miguel Concha para prestaciones más complejas. Pretende acercar la atención de salud a las personas de su territorio, destacándose por el trabajo con las familias y comunidad en temas referentes a la promoción de la salud y prevención de enfermedades”.

Y como Visión: “Ser un CECOSF de calidad, otorgando atención integral e inclusiva, con un trabajo cercano con la comunidad e intersector, empoderando a las familias del territorio en su proceso de salud”.

El CECOSF María Ernestina Fernández entrega atención de salud a las villas y poblaciones: Rinconada, La Escuela, Condominio Quillota, Villa Rebolar I y II, Villa Alborada, Centro Sargento Aldea, Los Molinos de Quillota I y II, Centro Merced, Los Molinos de Quillota I y II, Condominio Simón Álamos, Villa Doctor Sagre, Los Queltehues, Villa Merced, Nueva Italia, Villa Magisterio, Villa Padre Hurtado, Pedro Aguirre Cerda, Doña Francisca, El Diamelo, Rafael Ariztía,

Condominio Incahuasi, Villa las Lilas, Villa El Crisol, Centro 21 de Mayo, Villa Aconcagua I y II, e Ignacio Serrano.

En su establecimiento se prestan las siguientes atenciones:

- Atenciones individuales:
 - Morbilidad general.
 - Programa cardiovascular para adultos mayores de 70 años.
 - Atención de la mujer y vida en pareja.
 - Control de embarazo.
 - Control de salud infantil.
 - Atención dental niños y adultos.
 - Atenciones sociales.
 - Atenciones kinesiólogía y terapeuta ocupacional enfocadas a la rehabilitación.
 - Atenciones nutricionales.
 - EMPA y EMPAM.
 - Procedimientos de enfermería: tratamientos inyectables, curaciones, pesquisas de hipertensión, retiro de puntos, toma de muestras sanguíneas, entre otras.
- Atenciones Grupales:
 - Intervención familiar.
 - EMPA y EMPAM en terreno.
 - Visitas domiciliarias integrales.
 - Entrega de PACAM y PNAC, en CECOSF y terreno.
 - Entrega de medicamentos, en farmacia y terreno.

Además, ofrece talleres de promoción de la salud y prevención de enfermedades: alimentación saludable, pautas de crianza, manejo de HTA y DM, salud oral infantil, salud oral embarazadas, estimulación temprana, lactancia materna, actividad física, entre otros.

iii. Estrategia rural familiar y comunitaria

El territorio rural de la comuna cuenta con cuatro establecimientos de salud localizados en los sectores de La Palma, Boco, San Pedro y Manzanar. Se encuentra integrado casi en su totalidad por los Centros de Salud Familiar (CESFAM) y una Posta Rural.

iii.i. CESFAM La Palma

Se localiza en el sector rural de nombre homónimo, emplazado en el camino San Francisco s/n, a 5 km del centro de Quillota.

Sus instalaciones se inauguraron el año 1994. Desde esa época el CESFAM ha desarrollado un trabajo conjunto con las zonas rurales cercanas, a través de la colaboración con colegios y jardines infantiles, además de las mesas territoriales de Santa Oliva, Los Almendros y Las Pataguas, siguiendo con ello, los lineamientos de SaludQuillota que buscan potenciar una atención integral, familiar y comunitaria.

El enfoque del CESFAM pone énfasis en lo preventivo-promocional, de modo de establecer relaciones continuas con la población usuaria, conocer su entorno familiar y comunitario, comprender las interacciones entre los miembros de la familia, para determinar riesgos sanitarios y así orientar de mejor manera las intervenciones.

Este CESFAM tiene como misión: “Ser un Centro de Salud Rural que trabaja fuertemente con la comunidad organizada, rescatando su identidad local para el logro de familias e individuos sanos; desarrollando acciones curativas y preventivas - promocionales en salud, promoviendo la participación ciudadana y la corresponsabilidad de manera de impactar positivamente y a lo largo del tiempo en la calidad de vida de las personas”.

Y como visión: “Convertirnos en referentes de Atención Primaria de la comunidad rural a la que pertenecemos; siendo un centro de salud de excelencia, comprometido con la salud integral de nuestros usuarios/as, sus familias y la comunidad en general; incorporando en nuestras atenciones un sello que evidencie calidez, empatía y acompañamiento continuo en los procesos de salud de la población beneficiaria”.

El establecimiento presta las siguientes atenciones:

- Programa de la Mujer y Vida en Pareja: control prenatal con acompañamiento; control puerperio y recién nacido con acompañamiento; control de regulación de fecundidad; control ginecológico.
- Programa Infantil: evaluación neurosensorial; control de lactantes con evaluaciones Massel y Campbell, 2,4,6 meses, Edimburgo 2 y 6 meses; escala de evaluación desarrollo psicomotor 8 y 18 meses; TEPSI 2 a 3 años; estimulación en Jardín Infantil itinerante; control de salud en etapa preescolar y escolar hasta los 9 años.
- Programa Adolescente: control adolescente desde los 10 a los 19 años.

- Programa del Adulto/a: EMPA a partir de los 15 años; ingresos y control Cardiovascular (HTA, DM, Dislipidemias, Intolerancia a la Glucosa, Resistencia a Insulina); pesquisa de Hiperplasia Prostática y de Cáncer de Próstata a través de Antígeno Prostático.
- Programa Adulto/a Mayor: EMPAM, a toda persona mayor a partir de los 65 años; ingresos y control Cardiovascular (HTA, DM, Dislipidemias, Intolerancia a la Glucosa, Resistencia a Insulina); pesquisa de Hiperplasia Prostática y de Cáncer de Próstata a través de Antígeno Prostático.
- Programa Dental: atención de urgencias dentales y tratamientos a todos los grupos etarios.
- Atención de Morbilidad a todos los grupos etarios.
- Atención de rehabilitación y enfermedades respiratorias en sala mixta.
- Atención nutricional en todos los grupos etarios.
- Atención psicológica a todos los grupos etarios.
- Programa de Cirugía Menor, en resolución de toda cirugía ambulatoria menor de toda la Comuna de Quillota.

iii.ii. CESFAM Boco

El Centro de Salud Familiar Boco fue creado el año 1995. Antes de esa fecha, el establecimiento funcionaba como Posta rural (1984). Este se localiza en la Calle Balmaceda s/n de la localidad rural de Boco, a pocos kilómetros del centro de Quillota. Este establecimiento posee la dirección administrativa de la Posta Rural de Manzanar.

Comenzó un proceso en el año 2008 para transformarse en CESFAM y ampliar sus prestaciones de servicios, terminando en 2009. El centro tiene como misión “Ofrecer una atención integral en salud a nuestros usuarios [y usuarias], sus familias y la comunidad, apoyando las acciones curativas con estrategias promocionales y preventivas que impacten de manera positiva y en el largo plazo, en la calidad de vida de las personas”.

Al mismo tiempo, su visión es la de “Ser un Centro de Atención Primaria de excelencia, con énfasis en la calidad y calidez humana de la atención, comprometidos con la salud integral de nuestros usuarios, sus familias y la comunidad, buscando establecer con ellos siempre una relación empática, comprensiva y comprometida”.

El CESFAM Boco brinda a sus inscritos programas y atenciones tales como:

- Programas:
 - Programa de la Mujer: control prenatal con acompañamiento; control puerperio y recién nacidos con acompañamiento; control ACO; control ginecológico.
 - Programa Infantil: evaluación neurosensorial; control de lactantes con evaluaciones Massel y Campbell, 2,4,6 meses, Edimburgo 2 y 6 meses; escala de evaluación desarrollo psicomotor 8 y 18 meses; TEPSI 2 a 3 años; estimulación en Jardín Infantil itinerante; control de salud en etapa preescolar y escolar hasta los 9 años.
 - Programa del Adulto/a: EMPA a partir de los 15 años; ingresos y control Cardiovascular (HTA, DM, Dislipidemias, Resistencia a Insulina); pesquisa de Hiperplasia Prostática y de Cáncer de Próstata a través de Antígeno Prostático.
 - Programa Adulto/a Mayor: EMPAM a toda persona mayor a partir de los 65 años; ingresos y control Cardiovascular (HTA, DM, Dislipidemias, Intolerancia a la Glucosa, Resistencia a Insulina); pesquisa de Hiperplasia Prostática y de Cáncer de Próstata a través de Antígeno Prostático.
 - Programa Dental: atención de urgencias dentales y tratamientos a todos los grupos etéreos. Programa Comunal de Endodoncia.
 - Programa de Apoyo a Pacientes Postrados: atención domiciliaria integral al paciente postrado; toma de exámenes y otros procedimientos en domicilio; apoyo al cuidador del paciente y a su grupo familiar a través de atenciones individuales; capacitaciones grupales; espacios de autoayuda e incorporación de terapias complementarias.
 - Programa Sala de Estimulación Itinerante Chile Crece Contigo: ofrece atención domiciliaria a niños y niñas con riesgo de rezago o rezago manifiesto del Desarrollo Psicomotor (DSM), previa evaluación de enfermería. Ofrece capacitación a padres y a la familia para apoyar el proceso de desarrollo de los niños.
 - Programa de Actividad Física “Por una Vida Sana, Boco se mueve”: brinda un espacio de promoción de la salud y calidad de vida a un total de 60 beneficiarios, entre ellos 20 personas mayores, quienes realizan actividad física tres veces por semana, incorporando el desarrollo de máquinas. Cuentan con

seguimiento y control por nutricionista, psicólogo, talleres de alimentación saludable, entre otras actividades de promoción.

- Atención:
 - Atención de morbilidad a todos los grupos etarios.
 - Atención nutricional a todos los grupos etarios.
 - Atención psicológica a todos los grupos etarios. Con incorporación de técnicas complementarias (*reiki*).

iii.iii. CESFAM San Pedro

El CESFAM San Pedro trabaja en conjunto con una comunidad empoderada y que contribuye a su desarrollo en el pleno despliegue de sus potencialidades, logrando niveles de salud dignificantes. Su propósito es contribuir al desarrollo de una localidad rural saludable e identitaria, garantizando un enfoque familiar y un rol articulador de los actores comunitarios rurales. Se caracteriza por dar continuidad a la atención, ya que cuenta con Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU).

Este CESFAM es un centro de salud rural ubicado en la calle Rene Schneider s/n, en la localidad de San Pedro. Hasta 1989 funcionaba como Posta Rural para el sector, dado que solo realizaba consultas mensuales de atención primaria con médicos y enfermeras. Luego de esto, cambió a Consultorio de Salud básico, con atención permanente y estable, con equipos médicos que incluyeron matronas, nutricionista, kinesiólogo, dentista, asistente social, psicólogos, psicopedagogas y masoterapeutas. Esta modalidad perduró hasta 2008, fecha en que se inició el proceso para convertirlo en CESFAM, priorizando la atención familiar y comunitaria, con trabajos tanto de prevención y promoción de salud como de vida sana y trabajo social en el territorio.

Su misión y visión es la siguiente: “Sistema de Salud cuyo propósito es contribuir al desarrollo de una localidad rural saludable e identitaria, garantizando un enfoque familiar y un rol articulador de los actores comunitarios rurales”.

Ofrece los siguientes programas y orientaciones:

- Orientación hacia el usuario.
- Atención cercana y de calidad y con enfoque familiar.
- Promoción de la salud.
- Participación social.
- Control de uso de agroquímicos.
- Promoción de alimentación saludable y ecológica.

- Red de productoras naturales.
- Continuidad de la Atención: SAPU.

iv. Líneas específicas

Adicionalmente, se cuenta con una serie de líneas específicas que dan apoyo a los centros correspondientes con las tres estrategias principales. Estos apoyos se hacen para responder a diferentes demandas que la ciudadanía ha levantado hacia la red de APS de Quillota en el transcurso del desarrollo del Modelo de Salud.

iv.i. Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)

La UAPO se creó el 2014, a través de una alianza estratégica con el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (SSVQ), y por intermedio de un convenio de resolutivez. La Unidad atiende a personas de entre 15 y 64 años inscritas en la Red Municipal de Centros de Salud Quillota. Esta Unidad se encuentra al interior del Centro Integral Plaza Mayor.

El establecimiento cuenta con equipos de última generación, como son el “Campímetro”, una “Cámara Retinal no Midriática” y un “Tomógrafo Axial Computarizado”, que permiten diagnosticar glaucoma, retinopatía diabética y otras patologías. A través de otro convenio realizado por el SSVQ, las personas con sospecha de retinopatía diabética son derivados al Hospital Sótero del Río para evaluación y manejo. Para poder acceder a atención en la Unidad Oftalmológica, los usuarios y usuarios de la atención primaria de Quillota deben solicitar una interconsulta con un médico de cualquier centro de salud de la red.

La Unidad cuenta con una canasta compuesta por las siguientes prestaciones:

- Consulta por vicio de refracción (presbicia, astigmatismo, hipermetropía y/o miopía).
- Fondo de ojo en personas diabéticas.
- Confirmación, seguimiento y tratamiento de personas con glaucoma.
- Calificación de urgencia oftalmológica, lo más común es la extracción de cuerpo extraño corneal.

iv.ii. Centro Programa Emerger

El Centro de Atención Programa Emerger está ubicado en la calle Freire N°1211, es una iniciativa impulsada desde el Departamento de Salud, conformada por 3 programas. Su misión es brindar una atención de calidad a varones y mujeres

residentes de Quillota y beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA), mayores de 20 años, que presentan consumo problemático de alcohol.

El tratamiento que realiza el centro tiene un enfoque biopsicosocial, con énfasis en los recursos y motivación individual, necesarias para el cambio. Junto a Emerger, también funcionan los programas El Molino y Montún. Ambos funcionan en modalidad ambulatoria. El primero es un convenio con el SSVQ y está orientado a personas mayores de 20 años, que tengan consumo abusivo o sean dependientes de alcohol o drogas. El segundo, Montún, está destinado a menores de 20 años y asegura una atención oportuna, de calidad y gratuita a jóvenes consumidores de alcohol o droga.

Este centro tiene una metodología de trabajo basado en el Modelo Motivacional, lo que se expresa de la siguiente manera:

- Entrevistas de Acogida y Evaluación de ingreso: se evalúa y define con la persona al ingreso voluntario a tratamiento ambulatorio básico o necesidad de derivación a centro de mayor complejidad u otro programa de salud mental.
- Entrevista de diagnóstico integral interdisciplinaria para las personas que deciden ingresar a la modalidad ambulatoria básica que ofrece Centro Emerger: La información aportada en esta fase permite definir objetivos para co-construir un tratamiento personalizado.
- Tratamiento: incluye entrevistas individuales (psicosociales y médicas), visitas domiciliarias, intervenciones motivacionales, gestiones con la red de salud y social, intervenciones familiares y talleres grupales.
- Entrevistas de preparación de egreso, cierre de caso y seguimiento de altas terapéuticas.

iv.iii. Casas de Acogida de Quillota y San Pedro

La Casa de Acogida Beatita Benavides fue inaugurada en el año 2003, y se localiza en Avenida Condell N°200. Esta unidad está destinada a la atención de personas en situación de vulnerabilidad con algún diagnóstico de enfermedad terminal y/o secuelas de enfermedad neurológica y que requieran de atención de cuidados paliativos, médicos, de enfermería y rehabilitación en modalidad de internación.

El centro cuenta con una capacidad de alrededor de 30 camas, con un horario de visita extendido, para que los y las usuarias cuenten con la compañía de sus seres queridos la mayor parte del tiempo.

A las personas con antecedentes de enfermedades como cáncer terminal o accidentes vasculares y sus familiares se les brindan un lugar de contención y

respeto. Además, se apoya al tratamiento médico de los pacientes en situación de riesgo, vulnerabilidad y mejorar su calidad de vida. En las dependencias de la Casa de Acogida de Quillota, también funciona el Centro de Rehabilitación Kimche que está orientado principalmente al adulto mayor y otorga tratamiento con un enfoque multidisciplinario.

Este recinto en conjunto con la Casa de Acogida San Pedro están orientados al cuidado de personas en condición terminal, bajo la idea de una “Muerte Digna”. Esta directriz supone proporcionar acompañamiento hasta los últimos días, como término de un ciclo en donde la Municipalidad se compromete con el bienestar, felicidad y ciudadanía de sus usuarios.

Tanto la Casa de Acogida Beatita Benavides como la San Pedro, tienen por misión: “Brindar ayuda en la mitigación del dolor, obtención de autonomía funcional y fomentar estilos de vida saludable mediante un modelo de atención interdisciplinario y solidario, orientado a usuarias/os que presenten determinantes sociales de riesgo”.

De igual forma comparten su objetivo general, el cual consiste en: “favorecer mejoras en la calidad y esperanza de vida a través de una atención basada en la integralidad del ser humano, coordinada en conjunto a sus unidades vinculantes de enfoque interdisciplinario, con fuertes valores institucionales dirigidos a la autonomía funcional, desarrollo personal y alivio del dolor”.

Sin embargo, tanto las tareas como las prestaciones difieren. Para la Casa de Acogida Beatita Benavides entiende como tareas propias de su quehacer:

- Incorporar a la familia en el proceso salud/enfermedad de los usuarios y usuarias.
- Entregar atenciones interdisciplinarias basadas en el amor, respeto, dignidad y el fortalecimiento de los vínculos afectivos.
- Entregar atención integral en el proceso salud/enfermedad.
- Articular una red entre APS y la atención hospitalaria.
- Prestaciones
 - Evaluación y tratamiento médico.
 - Evaluación y tratamiento de enfermería.
 - Higiene y confort, a cargo de Técnicos en Enfermería de Nivel Superior (TENS).
 - Kinesioterapia respiratoria.
 - Kinesioterapia Motora.
 - Rehabilitación fonoaudiológica.
 - Evaluación y seguimiento nutricional.

- Evaluación y tratamiento Terapia Ocupacional.
- Evaluación psicosocial.
- Rehabilitación ambulatoria “Sala Kimche”.
- Evaluación y tratamiento en domicilio.
- Realización de talleres dirigidos a familiares de usuarios/as.
- Atención de ambulancia (enfermería, procedimientos, traslados).

De su lado, la Casa de Acogida de San Pedro fue inaugurada en el año 2007, ubicándose en la calle San Fernando N°60 de dicha localidad. Este recinto está destinado a la atención de personas en situación de vulnerabilidad con algún diagnóstico de enfermedad terminal y/o secuelas de enfermedades neurológicas y que requieran de atención de cuidados paliativos, médicos, de enfermería y rehabilitación en modalidad de internación. El centro cuenta con una capacidad aproximada de 12 camas, con un horario de visita extendido para que los y las usuarias tengan la compañía de sus seres queridos la mayor parte del tiempo.

- Cuenta con las siguientes prestaciones:
 - Evaluación y tratamiento médico.
 - Evaluación y tratamiento de enfermería.
 - Kinesioterapia respiratoria.
 - Kinesioterapia motora.
 - Rehabilitación fonoaudiológica.
 - Evaluación y seguimiento nutricional.
 - Evaluación psicosocial.
 - Rehabilitación ambulatoria “Sala Kimche”.

v. Centros complementarios

Finalmente, con una motivación semejante a las líneas específicas se generó un plan específicamente orientado a resolver variables de orden social en las demandas que la ciudadanía ha dirigido hacia SaludQuillota.

v.i. Farmacia Comunal de Quillota

Este dispositivo nace en el año 2016 como una iniciativa para intermediar ante los laboratorios y la Central de Abastecimiento del Ministerio de Salud (CENABAST), los medicamentos que por una patología crónica necesitan consumir por largo tiempo y que representan un alto impacto financiero en las familias. A diferencia de otras farmacias populares del país, en Quillota se apuesta por una

modalidad en la que se cuenta con un arsenal farmacológico de acuerdo con la inscripción que han hecho los propios beneficiarios, lo que hasta el momento ha resultado muy exitoso.

Respecto del ahorro que ha significado para las personas que han solicitado la intermediación de sus medicamentos en la farmacia comunal y que han sido despachados, se traduce en promedio en un 67% de habitantes. La Farmacia Comunal está abierta para todas las personas con residencia en Quillota, independiente de su afiliación de salud, ya sea FONASA, ISAPRE o de instituciones de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y Carabineros. En el caso de los usuarios FONASA que deseen acceder a los beneficios de la farmacia, deben estar inscritos en los centros de salud de Quillota.

v.ii. Complejo Asistencial Docente

El Complejo Asistencial Docente (también llamado Complejo Bulnes) está ubicado en la calle Bulnes 900. El terreno en que se emplaza es considerado como un sector de equipamiento comunitario.

En sus inicios, el Complejo fue concebido como una unidad en que se desarrollarían distintos dispositivos. El año 2018 se crea el Complejo Asistencial Docente mediante decreto alcaldicio. En ese momento funcionaban dos dispositivos sanitarios: 1.- el Laboratorio Clínico Municipal y 2.- la Droguería. Ya en el año 2021, mediante un decreto alcaldicio, se incorporan los dispositivos de 3.- la Central de Esterilización y 4.- Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR).

1.- Laboratorio Clínico Municipal:

Su función es el procesamiento de exámenes tomados a la población usuaria en los diferentes Centros de Salud, tanto urbanos como rurales. Procesa los exámenes de 10 tomas de muestra ubicadas en diferentes puntos de Quillota. Comenzó su funcionamiento el mes de diciembre del 2018.

A mediados del 2020 se consiguió que el Laboratorio Clínico Municipal fuera seleccionado por la SEREMI de Salud para la creación de una nueva sección de Biología Molecular, lo que se traduce en que se pueden procesar muestras de PCR en el contexto de la pandemia por SARS-COV-2.

2.- Droguería Municipal:

El segundo dispositivo inicial del Complejo Asistencial Docente es la Droguería Municipal. Su función es la de almacenar y distribuir a todos los Centro de Salud de la red SaludQuillota los medicamentos e insumos clínicos necesarios para su funcionamiento. Fue construida durante el año 2018 y

cuenta con autorización sanitaria y certificación del Instituto de Salud Pública (ISP) para funcionar como tal.

A comienzos del año 2022 se finalizó una ampliación de sus dependencias, requisito necesario para su correcto funcionamiento.

3.- Central de Esterilización

La Central de Esterilización surge como una necesidad en la red SaludQuillota, dado que actualmente no se cuenta con ningún centro de salud que pueda conseguir la respectiva autorización sanitaria en este complejo proceso. Su función es el acopio, lavado y desinfectado, reparación y esterilización del material clínico y textil que requieren todos los centros de salud de la red SaludQuillota.

4.- SAR

A fines del año 2019 se comenzó la construcción del SAR por parte del SSVQ que actuó como entidad ejecutora. Fue entregado al municipio el día 29 de abril de 2021. Es un dispositivo de poco más de 500 m² de construcción. Reemplazó al SAPU que funcionaba antes en el Centro de Salud Miguel Concha.

La mayor resolutivez se explica porque cuenta con un equipo de radiografía (Rx) osteopulmonar, posibilidad de realizar algunos exámenes de urgencia y acceso a telemedicina. Además, cuenta con equipamiento moderno para la atención de personas afectadas por un paro cardiorrespiratorio. Entre sus instalaciones existe un espacio destinado a la atención de personas afectadas por situaciones de violencia intrafamiliar. Funciona desde las 17:00 horas hasta las 08:00 horas del día siguiente y las 24 horas los días sábado, domingo y festivos.

Dado el contexto de pandemia, se habilita un horario extendido entre las 08:00 horas hasta la 17:00 horas, de lunes a viernes, para atender a personas afectadas por cuadros respiratorios. Esto, porque cuenta con suministro de oxígeno, recurso indispensable para la atención de personas que consultan por este tipo de patologías.

v.iii. Comunidad Terapéutica Ayutün

La comunidad terapéutica Ayutün fue inaugurada el año 2019, y se localiza en camino a la Tetera S/N, Quillota. Esta unidad está destinada a la atención de hombres mayores de dieciocho años, vulnerables y que tengan un consumo problemático de alcohol y/o drogas. El programa cuenta con una modalidad de

tratamiento residencial con enfoque multidisciplinar. El recinto cuenta con una capacidad de catorce camas, espacios para recreación y una huerta.

El objetivo de este organismo es el de facilitar el proceso de autoconocimiento y desarrollo personal de los y las usuarias, para que, a través de la participación en la comunidad y el acompañamiento de los profesionales en los distintos ámbitos, logren entenderse y resignificar, reconociéndose como un ser humano, amado y respetado desde el ser un legítimo otro, que padece una enfermedad y no como un enfermo, para así lograr una integración funcional en la sociedad.

Actualmente, el centro cuenta con atenciones tendientes, en primera etapa, a la desintoxicación de alcohol y drogas, para luego pasar a etapas de tratamiento, mantenimiento y posterior alta y seguimiento.

Sus objetivos específicos son:

1. Contribuir al proceso médico de desintoxicación de alcohol y drogas.
 2. Incorporar a la familia en el proceso terapéutico del paciente.
 3. Proporcionar atenciones interdisciplinarias, internas y con los programas de la red de atención.
 4. Fomentar estilos de vida saludable.
- Prestaciones:
 - Evaluación y tratamiento médico de desintoxicación.
 - Evaluación y tratamiento psicológico.
 - Supervisión de tratamiento por el técnico en enfermería de turno.
 - Taller de desarrollo personal con monitores.

II.- INDICADORES BÁSICOS DE SALUD

Dentro de este apartado se entregarán cifras que representan la actividad básica de la APS en Quillota. Con el afán de observar la evolución de estos valores, se seleccionó como periodo al que va del año 2020 al 2022. Adicionalmente, el año 2022 considera datos hasta septiembre de dicho año, en virtud de los plazos necesarios para realizar el análisis del desempeño del año en curso.

Las principales materias abordadas en este capítulo refieren a las consultas de morbilidad, las estadísticas de actividad por ciclo vital, las Garantías Explícitas en Salud (GES) y otros Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS), entre otros. Cuando se identificaron limitaciones en el análisis de los datos para cada uno de estos ítems, se señala la manera en que se resolvieron en el cuerpo del texto.

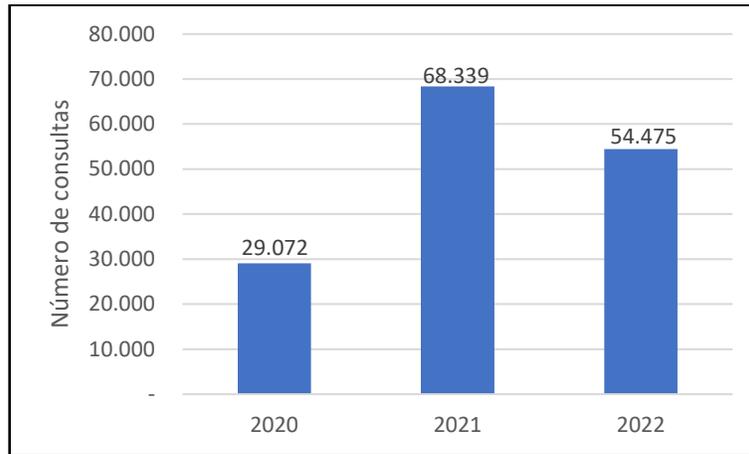
1.- Morbilidad

a. Consultas de morbilidad

La medición de las consultas de morbilidad presenta un alza considerable entre el total del año 2020 y la del 2021. El gráfico 34 señala una diferencia que va de las 29.072 del primer año del periodo a las 68.339 del segundo. Sin embargo, para el año 2022 se observa una relativa baja en lo que va del año, en cuanto el valor identificado hasta septiembre del actual año en curso es de 54.475. Esta limitación en el número de meses considerados en el último año supone una dificultad en la comparación entre estos montos.

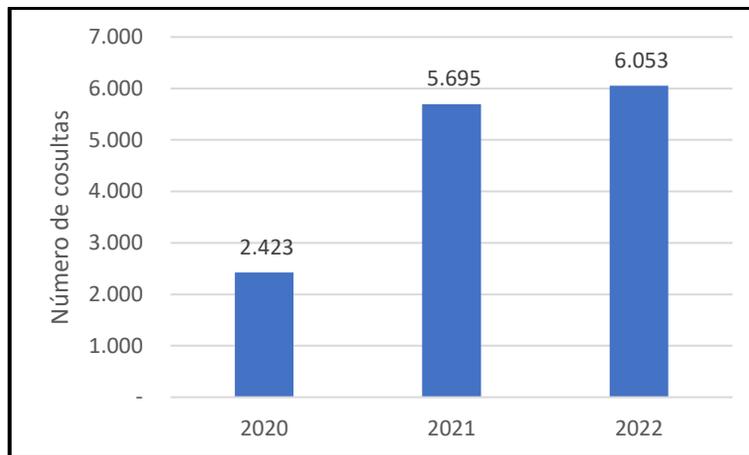
Por lo mismo, el gráfico 35 ofrece un consolidado de los promedios de consulta mensual dentro del periodo. En virtud de lo anterior, cuando se corrige este dato se aprecia que en 2022 también ha existido un alza en las consultas por morbilidad respecto al 2021. En concreto, se pasó de un promedio de 5.695 en 2021 a 6.053 consultas mensuales en 2022. Esta diferencia se traduce en una fluctuación de un +135,1% entre 2020 y 2021, y de +6,3% entre 2021 y 2022.

Gráfico 34: Consultas de morbilidad en la comuna de Quillota (período seleccionado)



Fuente: REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 35: Promedio mensual de consultas por morbilidad en la comuna de Quillota (período seleccionado)



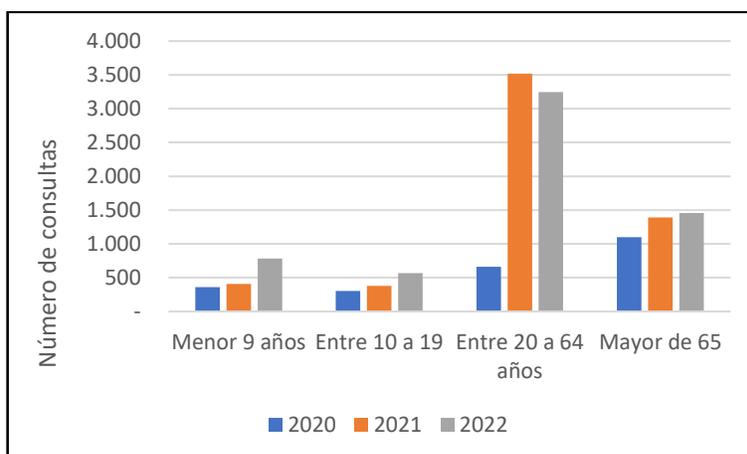
Fuente: REM (2020; 2021; 2022)

Ahora bien, si se cruza los promedios de consultas mensuales con los rangos etarios en las que se realizan, se detectan distintas tendencias de acuerdo a las realidades socioculturales asociadas a cada uno de éstos. Tal y como se aprecia en el gráfico 36, los tramos correspondientes a la infancia y la adolescencia, de 0 a 9 años el primero y de 10 a 19 el segundo, presenta un aumento sostenido en las consultas realizadas. Las 358 iniciales para el primero de éstos en el 2020 se elevan a unas 409 en 2021, y a 783 en 2022. En cambio, las 304 del segundo para 2020 suben a unas 380 en 2021, y a unas 568 en 2022. Esta dinámica es semejante a la de las personas mayores, quienes comienzan con 1.098 en 2020, aumentan a 1.390 en 2021 y llegan a las 1.457 en 2022. El panorama de la variación de dichos valores en el gráfico 37 respalda esta misma tendencia, viéndose un

aumento mayor en el caso de las primeras dos etapas vitales y un incremento más leve entre 2021 y 2022 para el último.

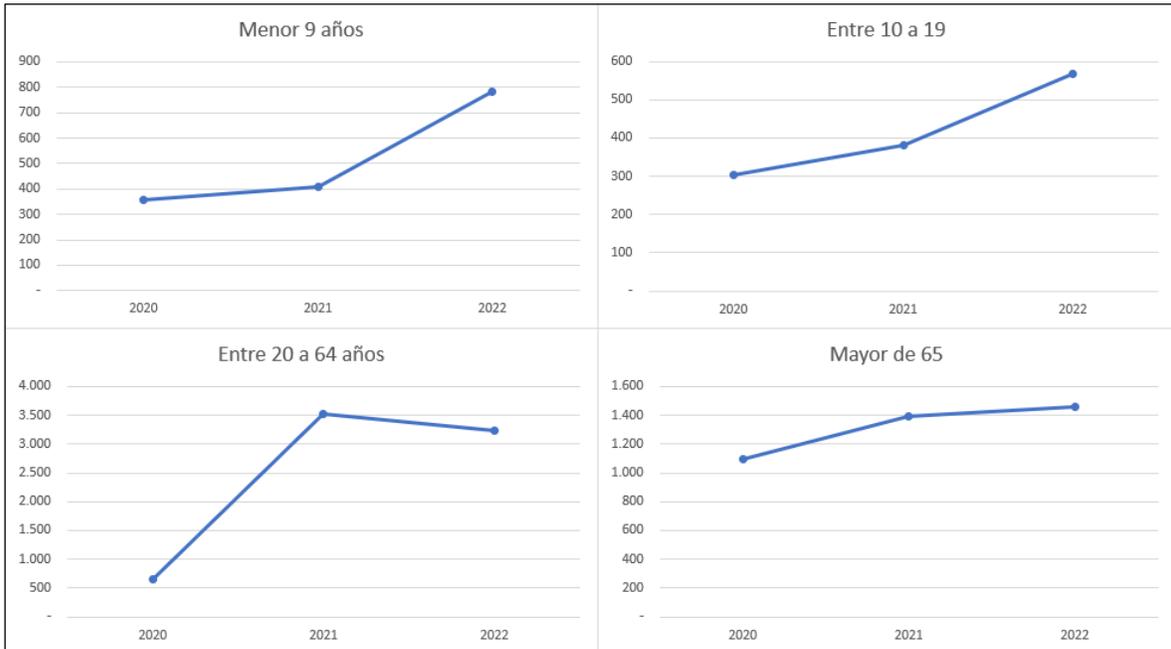
En relación con la etapa adulta, que va de los 20 a 64 años, se aprecia en ambos gráficos un comportamiento distinto en relación a los anteriores. En este caso, se observa un valor inicial de 662 consultas, la que se dispara a 3.517 en 2021 y, finalmente, baja levemente a 3.244 en 2022. Esta situación puede explicarse por una serie de factores que sobre determinan las consultas en 2021 y reanuda su comportamiento habitual en 2022: 1.- la reintegración de las personas adultas a sus actividades laborales bajo la modalidad acostumbrada antes de la emergencia; y 2.- el cambio en el ritmo de consultas médicas luego del levantamiento de las restricciones entre 2020 y 2021, al cambiar la exigencia de sanitización de box de atención.

Gráfico 36: Promedio mensual de consultas de morbilidad en la comuna de Quillota por ciclo vital (período seleccionado)



Fuente: REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 37: Promedio de consultas anuales por morbilidad en la comuna de Quillota según ciclo vital (período seleccionado)



Fuente: REM (2022)

b. Pandemia Covid-19

Desde el primer caso confirmado en la comuna durante marzo de 2020 hasta la elaboración de este informe, Quillota y especialmente el Departamento de Salud, han afrontado la pandemia de forma innovadora, es decir, equilibrando por un lado la adaptación de las estrategias ministeriales y por otro, creando servicios nuevos con tal de satisfacer las necesidades de los y las usuarias. Las dos secciones siguientes describen, primero la evolución de los casos desde una mirada epidemiológica y luego las estrategias utilizadas para mitigar la propagación del virus en la comuna.

i. Evolución Epidemiológica

La pandemia SARS-COV-2 ha presentado periodos de alta incidencia acumulada de casos en contraste con otros de menor cantidad, diferencia explicada tanto por factores epidemiológicos como sociales, cambios en las conductas de las personas, políticas nacionales de prevención, la movilidad de las personas, los cambios de contagiosidad del virus, las nuevas técnicas y criterios de diagnóstico así como la aparición de vacunas y estrategias de índole social que buscaban crear conciencia e iniciativas locales para disminuir el contagio.

Para el análisis de cada año se ha definido los datos de casos nuevos semanales versus la positividad en los test de antígenos tomados en el laboratorio

comunal. Para los casos nuevos se utilizaron los datos emitidos desde el reporte diario de Secretaría Regional Ministerial (SEREMI), mientras que la positividad local se calculó en base al número de PCR positivos versus total de muestras procesadas en el laboratorio comunal de Quillota. De esta forma, los indicadores relativos al manejo de la pandemia en la comuna, de acuerdo al resumen ilustrado por el gráfico 38, son como siguen:

2020: el primer año de pandemia se caracterizó por una latencia en el aumento de casos durante el primer trimestre para llevar un aumento explosivo durante los dos siguientes trimestres, determinando el estado de confinamiento de la comuna durante su tercer trimestre. Desde entonces, se comenzó con la toma y procesamiento de PCR en laboratorio comunal pudiendo obtener cifras locales de positividad.

2021: este año el nuevo aumento de casos se dio durante los dos primeros trimestres, alcanzando un *peak* mayor al del año 2020. La comuna entró en confinamiento en el segundo trimestre.

2022: El primer trimestre se vivió el peak más grande desde el inicio de la pandemia en la comuna, principalmente asociado a las nuevas variantes con mayor tasa de contagiosidad.

Gráfico 38: Resumen de casos COVID-19 por trimestre en la comuna de Quillota



Fuente: Unidad de Epidemiología (2020; 2021; 2022)

ii. Estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento (TTA)

La estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento (TTA) tiene por objetivo detener la cadena de transmisión, mediante el diagnóstico oportuno, la investigación de casos, la identificación y localización de sus contactos estrechos,

y el apoyo para un aislamiento o cuarentena segura y efectiva. La estrategia se despliega territorialmente a partir del rol conductor y articulador de las SEREMIS. La estrategia cuenta con disposiciones desde el nivel central, por medio de sus decretos, resoluciones, orientaciones técnicas y manuales, y se sustenta en orientaciones epidemiológicas existentes y aquellas que se generen con ocasión de la alerta sanitaria por COVID-19.

La estrategia se sustenta en tres objetivos centrales:

- 1.- Identificar personas contagiadas de SARS-COV-2 mediante acciones de testeo amplias y con respuesta oportuna.
- 2.- Investigar casos para identificar contactos e incorporar elementos de trazabilidad retrospectiva, para monitorear sus síntomas y contactar a los casos con tratamiento en función de necesidades y los recursos para un aislamiento seguro.
- 3.- Informar a contactos estrechos de la probabilidad de haber sido contagiados, junto con facilitar acceso a testeo y seguimiento de síntomas, coordinando la entrega de recursos para una cuarentena segura y efectiva.

ii.i. Estrategia de Testeo

Considera las acciones destinadas a detectar personas contagiadas con COVID-19 y que se encuentran en período infeccioso, mediante la aplicación de distintas técnicas diagnósticas. Incluye las acciones necesarias para posibilitar la trazabilidad prospectiva de casos y de contactos, desde la información de toma de muestra al resultado del testeo. De esta forma, en 2020, primer año de la pandemia, la comuna de Quillota estableció un plan de reorganización progresivo que priorizó un enfoque de prestaciones COVID. De igual manera, se generó una diferenciación de atenciones en la zona urbana de la ciudad, creando un centro respiratorio comunal ubicado en el CS. Dr. Miguel Concha, junto a un centro no respiratorio, en el Estadio Lucio Fariña Fernández.

Durante el primer trimestre del año 2020 se comienza a implementar la estrategia TTA, conformando un equipo que realizaba búsquedas activas, a través de la toma de test rápidos debido a la escasez de PCR a nivel nacional. La implementación de la toma de PCR en nuestra comuna, transitó por distintas etapas. En primera instancia sólo la atención secundaria podía realizar la toma de muestra. Más adelante en el transcurso de la emergencia, se otorgan los permisos a la atención primaria, específicamente al CS. Dr. Miguel Concha, dando cupos de toma de muestra y procesando en laboratorios autorizados por la red. Posteriormente, el 17 de septiembre del 2020, se crea el laboratorio biomolecular, dentro del laboratorio municipal de la comuna, aumentando los cupos de procesamiento de muestra de forma progresiva, dando resolución a la necesidad de diagnóstico.

A continuación, se detallan los datos de tomas de muestras de PCR realizadas en nuestra comuna durante el año 2020, destacando que se realizaron 14.762 PCR en total, de los cuales 14.667 fueron en calidad de sospechas, es decir, usuarios que indicaban sintomatología y correspondían a un posible caso confirmado de COVID-19; además de haberse hecho 95 Búsquedas Activas, es decir, usuarios sin sintomatología específica. Cabe destacar que en dicho año se realizaron muestras en menor cantidad por la baja disponibilidad de PCR a nivel nacional, dando prioridad al testeo de casos sintomáticos.

Durante el año 2021 se mantiene un plan de reorganización progresivo. Específicamente, se transita desde un enfoque mayoritario de prestaciones COVID, hacia retomar y priorizar las prestaciones propias del sistema de salud, adecuando la estrategia, estructura de la red y la dirección para dar respuesta en esta nueva etapa.

Se reorientaron las prestaciones del Centro de Salud Dr. Miguel Concha para atención de morbilidad general y resto de su oferta programática. Se mantiene la estrategia de resolución de patología respiratoria en el Estadio Lucio Fariña Fernández, para posteriormente implementarlo en el nuevo recinto del SAR, en horario de 8:00 a 17:00 horas de lunes a jueves y viernes de 8:00 a 16:00.

Durante este año se implementan tomas de muestra de PCR en la mayoría de los centros de salud de la red y además se obtiene la autorización sanitaria durante el mes de abril para la realización de antígenos en el dispositivo respiratorio, siendo estos procesados en el Laboratorio Municipal.

En relación con los datos de tomas de muestras de PCR realizadas en Quillota en este mismo año, se observa un aumento en relación con el año anterior. Destaca en este periodo la realización de 48.799 PCR en total, de los cuales 11.736 fueron en calidad de sospechas y 37.063 de Búsquedas Activas. Este año se caracteriza principalmente por una de las mayores alzas de contagios, conforme a lo cual se les insta a los usuarios a la detección preventiva.

Finalmente, durante el 2022 se mantiene el plan de reorganización progresivo, retomando casi en su totalidad las prestaciones propias del sistema de salud, y adecuando la estrategia, estructura de la red y la dirección para dar respuesta en esta nueva etapa.

Las prestaciones de atención a la morbilidad general, y el resto de la oferta programática, se desarrollan por completo en todos los centros de salud. Adicionalmente, se mantiene la estrategia de resolución de patología respiratoria en el SAR en el mismo horario. También se crea un SAPU no respiratorio en apoyo a la alta demanda de usuarios, que se desarrolla en CS. Dr. Miguel Concha en horario de 17:00 a 22:00 de lunes a viernes y los sábados de 10:00 a 14:00 horas.

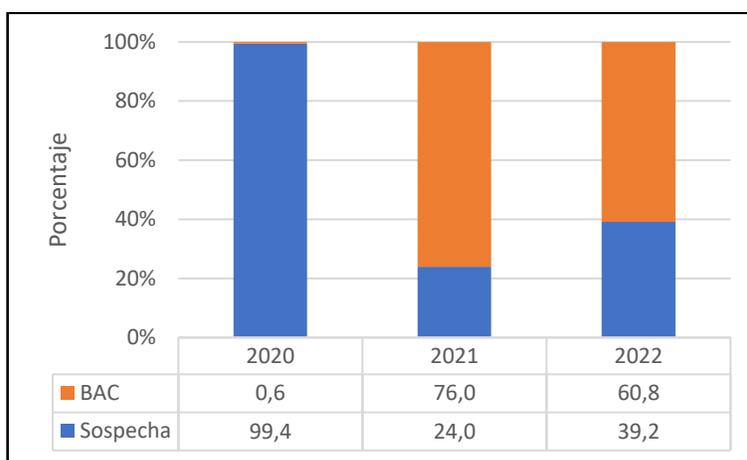
Durante este año se mantienen las tomas de muestra de PCR en la mayoría de los centros de salud de la red y además se obtiene la autorización sanitaria para

la realización de antígenos en el CESFAM San Pedro, SAPU San Pedro, CESFAM La Palma y CECOSF Santa Teresita. Lo anterior significó un aumento en la capacidad de diagnóstico de la población.

En lo que respecta a los datos de tomas de muestras de PCR realizadas en Quillota durante el año 2022, se presenta una tendencia al alza en relación al año anterior. Frente a esto, destaca el hecho de que se han realizado 42.911 PCR en total, con corte a octubre/2022. De estos, 16.761 fueron en calidad de sospechas, mientras que 26.050 de Búsquedas Activas.

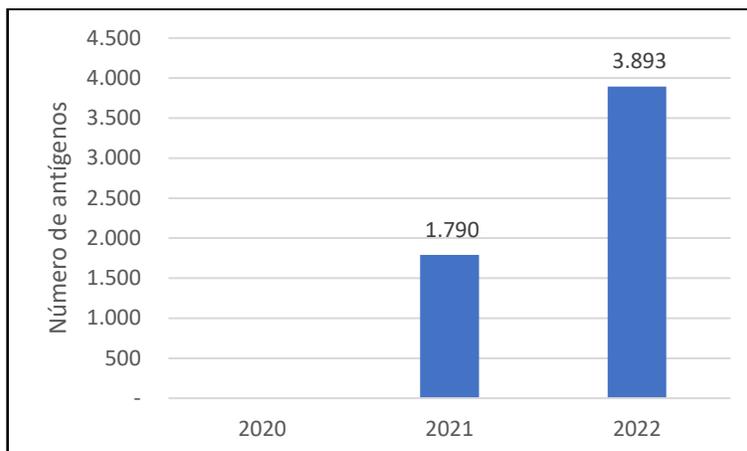
El resumen de los productos asociados con esta estrategia se puede apreciar en los gráficos 39, 40 y 41, en los que se consideran las concentraciones y fluctuaciones asociadas con los tipos de muestras tomadas en Quillota dentro de cada año del período.

Gráfico 39: Concentración anual de toma de muestras PCR en la comuna de Quillota



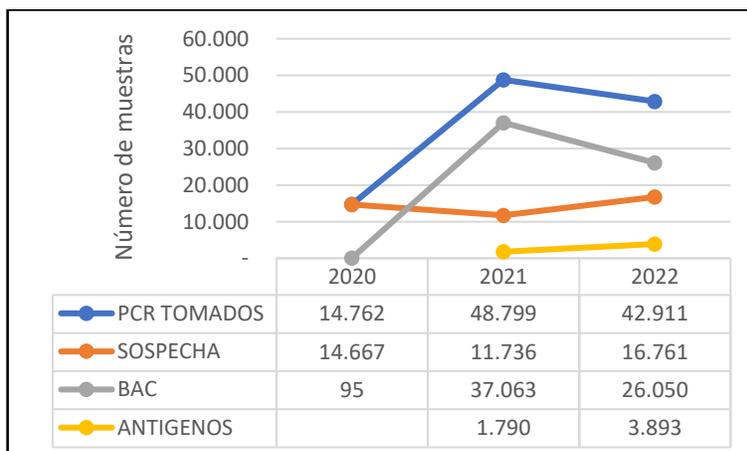
Fuente: Unidad de Epidemiología (2020; 2021; 2022)

Gráfico 40: Concentración anual de toma de muestras de antígenos en la comuna de Quillota



Fuente: Unidad de Epidemiología (2020; 2021; 2022)

Gráfico 41: Fluctuación anual en toma de muestras de PCR en la comuna de Quillota



Fuente: Unidad de Epidemiología (2020; 2021; 2022)

iii.ii. Estrategia Trazabilidad

Por estrategia de trazabilidad se comprende el monitoreo retrospectivo de casos correspondientes al virus SARS-COV-2. Dicha estrategia se orienta a poder identificar el lugar y las circunstancias en las que cada persona se contagia. Este enfoque es particularmente útil en el control de COVID-19, ya que esta enfermedad se caracteriza por propagarse a través de conglomerados (clústeres) en espacios cerrados, siendo muy relevantes los eventos superdiseminadores. De esta manera

la trazabilidad retrospectiva se orienta a conocer cuándo y dónde se contagió la persona y si pudo haberse contagiado simultáneamente con otras personas.

La aplicación dentro de esta estrategia para cada año se realizó de acuerdo a los criterios que se exponen en adelante:

2020: se comienza el plan de contingencia de pandemia a nivel comunal y se instaure el concepto de trazabilidad comunal de casos, es decir, se desarrolla una trazabilidad centralizada, coordinada y supervisada desde el Departamento de Salud. Los casos son derivados desde el SSVQ por medio de planillas excel. Los casos se dividen y derivan a profesionales de algunos centros, los cuales cumplen con la labor de realizar trazabilidad retrospectiva. En el mes de septiembre de dicho año se crea la Unidad de Vigilancia Epidemiológica, dependiente de la Subdirección de Modelo en Red del Departamento de salud, quien se hace cargo de la trazabilidad centralizada a través de la división de casos, su traspaso a funcionarios de distintos centros y a la supervisión de las labores de vigilancia mediante plantillas *drive*. Durante este periodo, se realizaron un total de 987 casos positivos trazados. Con respecto a las licencias médicas, estas se encontraban centralizadas en el CS. Dr. Miguel Concha y el Equipo COVID.

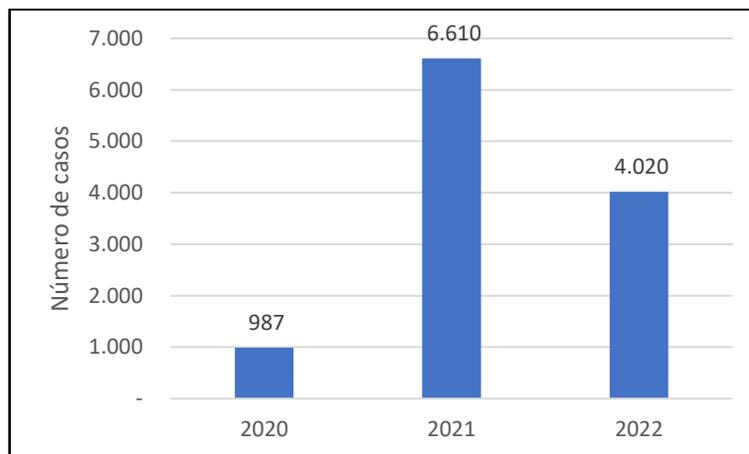
2021: Para este año, la estrategia de trazabilidad centralizada se mantiene a cargo de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica debido al alza de casos. Los centros rurales, CECOSF, CRSH, PGF y Unidades Municipales comienzan a realizar labores de trazabilidad, pero siempre bajo la supervisión de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica. Al comenzar a bajar los casos y las necesidades derivadas del manejo sanitario de la pandemia, los centros vuelvan a sus funciones habituales, y la trazabilidad comunal vuelve a quedar a cargo de un equipo especializado que formaba parte de la Unidad de Vigilancia. Dicha unidad se hizo cargo de la trazabilidad tanto de casos positivos, de contactos estrechos y probables. Con respecto a la gestión de licencias médicas, estas dejan de estar centralizadas y se traspasan a cada centro de salud, derivando al establecimiento correspondiente a su inscripción según cada territorio donde resida el usuario positivo. Este año se realizaron un total de 6.610 casos positivos trazados.

2022: La trazabilidad se mantiene supervisada de forma centralizada. También se mantiene un equipo especializado a cargo de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica, y se realiza sólo trazabilidad de casos positivos debido al cambio de las orientaciones ministeriales y con ello la definición de “contactos estrechos”, los cuales se eliminan y pasan a ser personas en “estado de alerta”. Dicha redefinición implicó un cambio normativo en las medidas epidemiológicas, estableciendo que estas personas ya no deben realizar aislamiento, pasándose a la realización solo de testeos preventivos. La gestión de licencias médicas se mantiene en cada centro de salud.

Con el pasar del 2022 y los cambios en los lineamientos del manejo de la pandemia, se establece a la Autoridad Sanitaria como responsable de la trazabilidad retrospectiva de los casos positivos. Con ello se pasa a una modalidad de resolución de solicitudes ciudadanas COVID-19 por medio de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica, las cuales son demandadas por la comunidad por medio de formularios digitales a través de canales oficiales como página SaludQuillota. Estas solicitudes se enfocan en la gestión de licencia médica, visita médica y orientación con respecto a conductas a seguir. A lo largo de este año se han realizado 4.020 casos positivos trazados.

En el gráfico 42 se ilustra la cantidad de intervenciones realizadas en el contexto de la estrategia de trazabilidad centralizada, especificando que durante el año 2020 se trazaron un total de 987 casos, derivados del SSVQ. Para el año 2021, se comienza a realizar una mayor trazabilidad ya que la comuna empieza a generar testeos de forma independiente, por lo que los casos se informan de modo más expedito que antes. Esta nueva velocidad en la capacidad de testeo implicó poder abarcar casi la totalidad de casos positivos en la comuna, alcanzando un total de 6.610 casos positivos. Finalmente, para el actual año en curso esta función se traspasa a solicitudes ciudadanas, donde se logra llegar a un total de 4.020 casos positivos.

Gráfico 42: Cantidad de acciones de trazabilidad de la APS realizadas durante la pandemia en la comuna de Quillota



Fuente: Unidad de Epidemiología (2020; 2021; 2022)

iii.iii. Estrategia Aislamiento

La estrategia de aislamiento se ha desarrollado en terreno, acercando las prestaciones a los domicilios de las personas por medio de equipos de visita y de supervisión de aislamiento. El detalle de acciones desarrolladas por cada año se presenta en la siguiente síntesis de la estrategia:

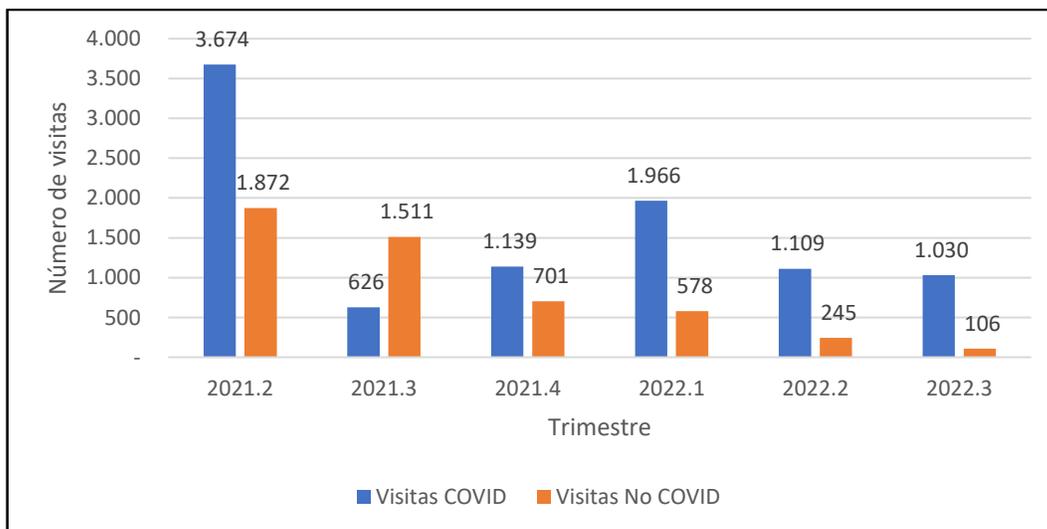
2020: el primer año de pandemia se constituye una unidad de atención domiciliaria conformada por enfermeras, técnicos de enfermería y médicos, denominada “Equipo Covid-19”. Entre sus acciones destacan la realización de visitas médicas, tratamientos, atención de urgencias y verificación de aislamiento en casos específicos.

2021: al siguiente año, se incorpora un equipo de técnicos denominado “Visita 48 horas”. Estos se encargan de la fiscalización en domicilio del cumplimiento del aislamiento de los casos positivos. Posteriormente se incorporó la visita de los casos no contactados telefónicamente y casos que no cumplían aislamiento correspondiente.

2022: Desde finales de 2021 se realizó un cambio de estrategia de fiscalización en domicilio, pasando a la notificación de los casos con PCR positivo, y haciendo visitas a grupos priorizados según sus factores de riesgo (principalmente menores de 5 años y personas mayores).

En el gráfico 43 se aprecia la tendencia a la disminución de visitas desde su máximo durante el primer semestre de 2021, con 3.674. Si se compara con la información disponible en el gráfico 38, se observa que el número de visitas por COVID-19 responden a la situación epidemiológica de la comuna.

Gráfico 43: Visitas médicas realizadas durante la pandemia Covid-19 por trimestre (2021-2022)



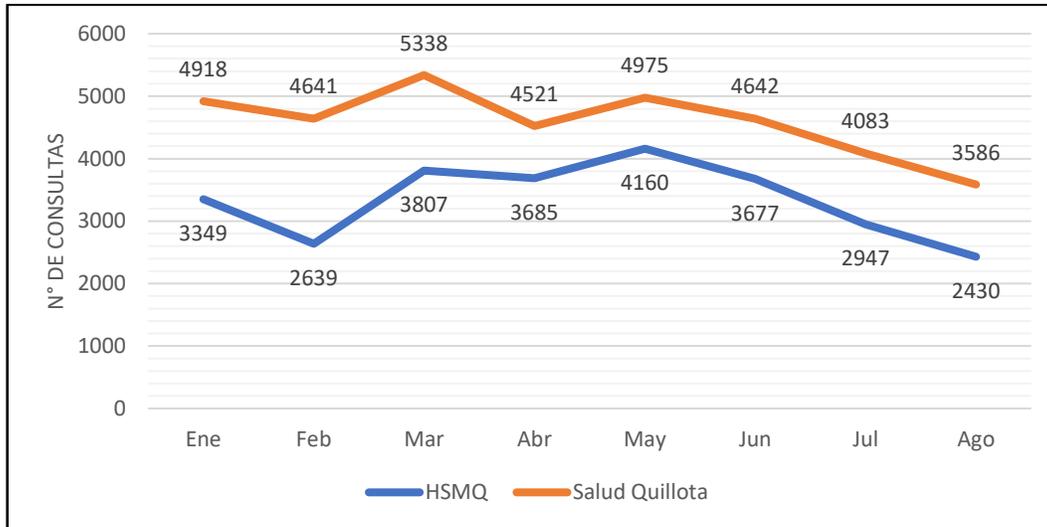
Fuente: Unidad de Epidemiología (2020; 2021; 2022)

c. Urgencias

La red de dispositivos de urgencia presentes en la comuna de Quillota se conforma por el SAR, SAPU San Pedro, Urgencia respiratoria y el Hospital San Martín de Quillota. El gráfico 44 muestra la evolución del número de consultas de

urgencias realizadas por estos recintos entre enero y agosto del año 2022. Se aprecia que las consultas realizadas por el nivel comunal son mayores a las efectuadas por el Hospital base. De hecho, la proporción de consultas efectuadas en el nivel primario oscila entre un 64% y un 54%, denotando el valioso aporte que realiza SaludQuillota a la descongestión de las urgencias del nivel secundario.

Gráfico 44: Consultas de urgencias realizadas por la red SaludQuillota y Hospital San Martín (enero-agosto 2022)



Fuente: elaboración propia en base a DEIS y Registro Local de SAPU Diurno

2.- Estadísticas vitales a través del ciclo de vida

Las estadísticas vitales que se reúnen en este apartado refieren a la caracterización del estado de salud de los inscritos en la red de APS de Quillota en razón del ciclo vital. Estos se identifican con la gestación, la infancia, la adolescencia, la adultez y la vejez. Los períodos de tiempo considerados para cada una son entre la concepción y el nacimiento en caso de los gestantes, personas menores a los 9 años para la infancia, entre los 10 y los 19 para los adolescentes, entre 20 a 60 a adultos y 60 o más correspondiente a las personas mayores. Cada una de estas etapas presenta estados de salud y tipos de enfermedad diferentes en función de las particularidades de las dinámicas socioculturales y los factores de riesgo específicos de cada una de ellas.

Los siguientes indicadores responden a las actividades desarrolladas de acuerdo a la canasta de prestaciones de la red de APS de Quillota para cada segmento etario. De manera transversal, también se consideraron datos asociados a los programas de salud mental y odontológico.

En relación con los hallazgos, es importante señalar dos cosas. En primer lugar, estos fueron recogidos a partir de información disponible tanto en los censos poblacionales como el Reporte Estadístico Mensual (REM) a cargo del MINSAL. En este sentido, la complementariedad entre ambas fuentes refiere a los resultados arrojados por los diferentes tipos de exámenes asociados con el desarrollo de los programas ejecutados para cada etapa del ciclo vital. Especialmente en el enfoque de la salud preventiva, la cual arroja importante información respecto a distintos factores de riesgo condicionantes de patologías cardiovasculares de la población inscrita.

Lo segundo refiere a las dificultades en el análisis de los datos dada la naturaleza temporal en la cual se levantaron los indicadores para desarrollar este Plan. El origen de los datos considerados, impacta en lo que concierne a los valores proporcionales y absolutos presentes para el periodo, ya que las cifras levantadas para 2020 y 2021 corresponden a la totalidad de dichos años, a diferencia del 2022 que, por ser el año en curso, las considera sólo hasta septiembre del mismo. Con tal de sortear la dificultad que exige la diferencia en los periodos considerados para cada fuente, se ofrece un análisis centrado en los porcentajes disponibles. Cada vez que se consideró que el porcentaje era insuficiente para establecer una comparación adecuada, se elaboraron otras estrategias como la construcción de promedios mensuales o el señalamiento de dicha limitación en el cuerpo del texto.

a. Gestantes

Lo primero a destacar en la información disponible en la tabla 16 es la diferencia entre los totales. Para los años 2020 y 2021, se cuenta con 884 y 883 ingresos respectivamente. En cambio, para el 2022, se cuentan con 684. Como se explicó con anterioridad, dicha diferencia dice relación con los meses considerados dentro de cada cifra. Si se estima el promedio mensual en cada año, las cifras son de 73,6 ingresos en 2020 y 2021, y de 76 en 2022.

Es pertinente señalar la existencia de una tendencia a concentrar el mayor porcentaje de ingreso dentro del segmento de los 25 a 29 años. Los rangos etarios con mayor concentración que le siguen son los inmediatamente contiguos, con valores estables que varían, para la distancia más corta, entre 3 puntos porcentuales y los 9,8 para 2021 y 2020 respectivamente, y en la más larga entre 6,3 en 2022 y 12,1 en 2020. En total, el conjunto de estos tres grupos concentra el 58,2% en 2020, el 76,3% en 2021 y van por un 73,8% en el actual año en curso.

Tabla 16: Ingreso de gestantes según edad en la comuna de Quillota (período seleccionado)

Edad	Año 2020		Año 2021		Año 2022	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 15 de años	3	0,3	5	0,6	4	0,6
15 - 19 años	66	7,5	47	5,3	50	7,3
20 - 24 años	202	22,9	183	20,7	150	21,9
25 - 29 años	289	32,7	259	29,3	193	28,2
30 - 34 años	182	20,6	232	26,3	162	23,7
35 - 39 años	112	12,7	114	12,9	98	14,3
40 - 44 años	30	3,4	41	4,6	25	3,7
45 - 49 años	0	0,0	2	0,2	2	0,3
Total	884	100,0	883	100,0	684	100,0

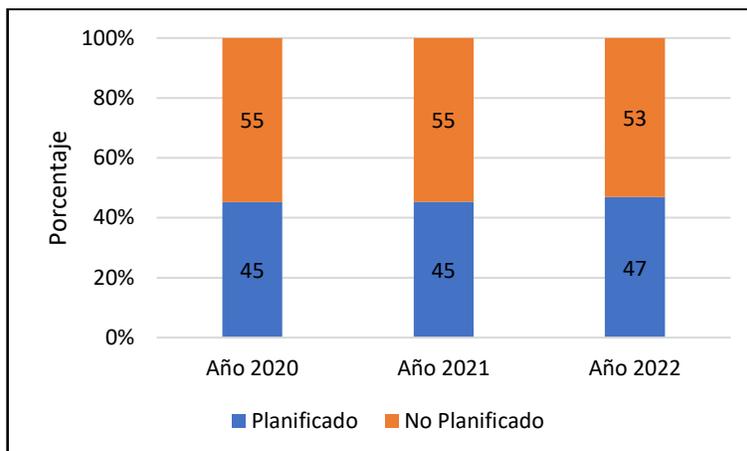
Fuente: Datos obtenidos Serie Estadística MINSAL (2020; 2021; 2022)

En lo que respecta a las características socioculturales asociadas con el ingreso de personas gestantes, en el gráfico 45 se detallan las proporciones de embarazos planificados dentro de cada año. Esta descripción se complementa con los valores asociados con el embarazo adolescente presente en la tabla 16. Dentro de estas cifras, se observa una baja importante entre el año 2020 y 2021, fluctuante entre un 7,8% y 5,9% respectivamente. En lo que va del 2022, sin embargo, se constata un retorno a la cifra anterior a la pandemia. Estos fenómenos también se observan a nivel nacional.

De igual forma, el grupo de embarazos no planificados es significativo en el periodo considerado, manifestándose un valor estancado en el 55% para 2020 y 2021, y una cifra que va por el 53% hasta septiembre de 2022.

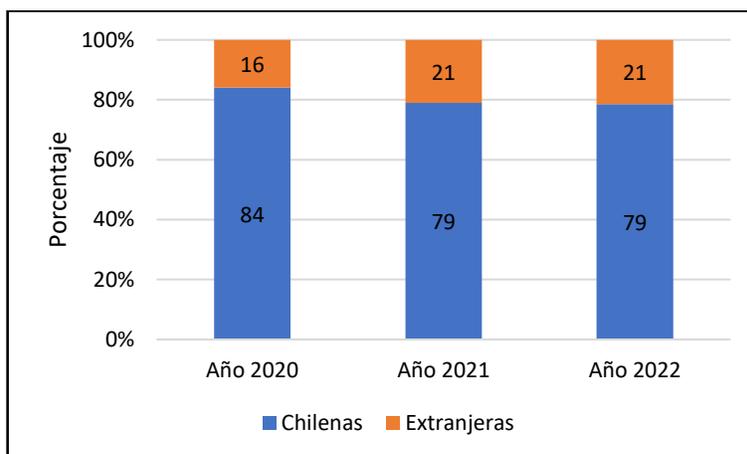
En relación con los ingresos por nacionalidad, ilustrado por el gráfico 46, se aprecia una preponderancia de ingresos en personas de nacionalidad chilena, con un 84% en 2020 que luego baja al 79% en 2021 y lo que va de 2022.

Gráfico 45: Ingreso de gestantes según planificación del embarazo¹³ en la comuna de Quillota (período seleccionado)



Fuente: Datos obtenidos Serie Estadística MINSAL (2020: 2021: 2022)

Gráfico 46: Ingreso de gestantes según nacionalidad en la comuna de Quillota (período seleccionado)



Fuente: Datos obtenidos Serie Estadística MINSAL (2020: 2021: 2022)

Dentro de aquellos indicadores asociados con el estado de salud de las gestantes, es importante destacar los porcentajes de ingresos según los estados nutricionales presentados en la tabla 17. Entre estos, en el 2020 se constata una distribución cercana entre los segmentos con obesidad y sobrepeso, sumando un 69% de los ingresos totales entre ambas. Dicho valor se reduce en el 2021, con un valor conjunto de un 65% de los ingresos. Dentro de este grupo, destaca que la

¹³ El total ingresos fue 888, 884 y 667, para los años 2020, 2021 y 2022, respectivamente.

segunda mayoría de embarazos sean personas eutróficas, con un tercio del total asociado a este mismo año.

Finalmente, en el año en curso se presenta nuevamente una concentración del 69% de los ingresos entre las personas con malnutrición por exceso¹⁴. En relación a comparación de porcentajes por segmento, se da un paso entre 2020 y 2022 de una mayor concentración desde las personas con sobrepeso a la con obesidad. En lo que va del 2022, estos valores muestran un aumento de ingresos en personas con sobrepeso con respecto al 2021 en 5 puntos porcentuales, identificándose con ello un desafío importante a atender en la comuna.

Tabla 17: Ingreso de gestantes según estado nutricional en la comuna de Quillota (período seleccionado)

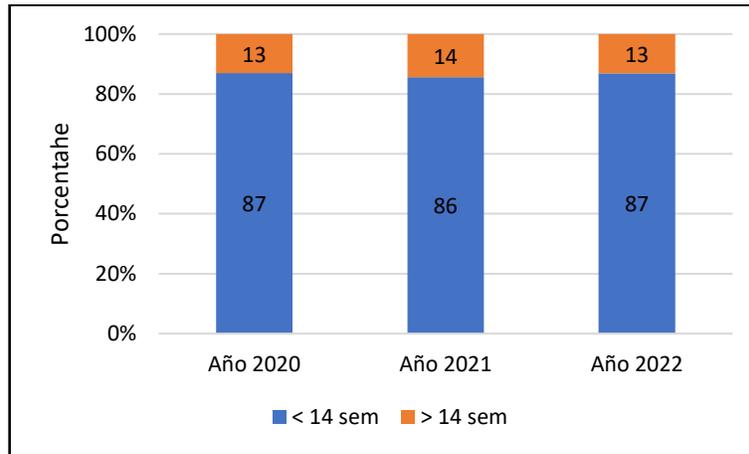
Estado Nutricional	Año 2020		Año 2021		Año 2022	
	N°	%	N°	%	N°	%
Obesidad	135	34	170	37	168	36
Sobrepeso	139	35	131	28	153	33
Eutrófica	107	27	155	33	140	30
Bajo Peso	11	3	9	2	6	1
Total	392	100	465	100	467	100

Fuente: Datos obtenidos del censo poblacional MINSAL (2020; 2021; 2022)

Adicionalmente, el ingreso de gestantes según semanas de gestación ilustrado en el gráfico 47 presenta una buena señal en las características de esta población. Con un valor estancado entre el 86% y 87% de ingresos anteriores a las 14 semanas para el periodo considerado, se evidencia el cumplimiento sostenido de la directriz sanitaria del MINSAL en esta materia.

¹⁴ Por malnutrición por exceso se hace referencia a la sumatoria de los valores entre obesidad y sobrepeso.

Gráfico 47: Ingreso de gestantes según semanas de gestación en la comuna de Quillota (período seleccionado)



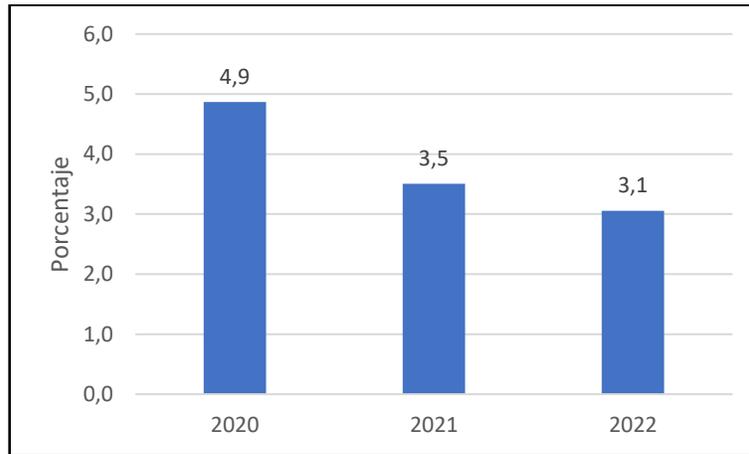
Fuente: Datos obtenidos Serie Estadística MINSAL (2020; 2021; 2022)

Finalmente, el ingreso de las gestantes al Programa Maternal se encarga de identificar casos de Violencia Intrafamiliar (VIF). La notificación de este dato se realiza a partir de las preguntas que se les realiza a las gestantes durante el control de ingreso, en el que se les consulta si es que vivieron o han vivido VIF en el último tiempo. En este sentido, esta información refiere al registro de la primera consulta, y se limita únicamente a las personas que refieren vivir o haber vivido episodios de violencia durante esta entrevista.

Lo anterior constituye un tipo de información más sensible que las denuncias realizadas en la comuna, pero que de todas formas no es suficiente para identificar la totalidad de casos de una temática que sigue siendo un tabú a nivel nacional. De igual forma, el dato tampoco establece una distinción entre los tipos de violencia, lo que dificulta tanto la precisión del valor arrojado como la identificación de formas de violencia física, psicológica, emocional, económica y sexual; así como tampoco aborda posibles casos de violencia obstétrica y digital.

Independientemente de lo anterior, en Quillota se observa una disminución en los casos notificados que va desde el 4,9% del total de personas gestantes en 2020, pasa a un 3,5% en 2021 y llega a un 3,1% del total para septiembre de 2022. Estos valores contrastan con los que se presentan en una publicación académica del año 2011 sobre la red de APS en Peñalolén, en la que se encuentra un 5,9% de casos de violencia física en gestantes y un 30,1% de abuso emocional (Crempien, Rojas, Cumsille y Oda, 2011).

Gráfico 48: Porcentaje de Violencia Intra Familiar (VIF) en personas gestantes de la comuna de Quillota (período seleccionado)



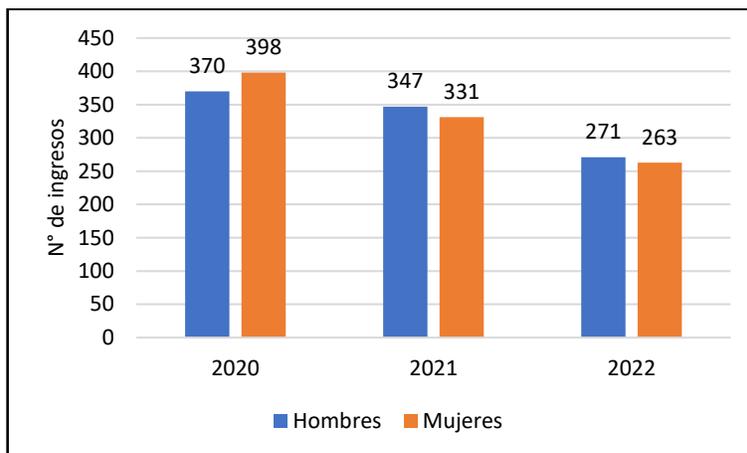
Fuente: Datos obtenidos de REM (2020; 2021; 2022)

b. Infantil

La situación general de la población infantil, presente en el gráfico 49 y la tabla 18, da cuenta de una variación de 90 ingresos entre 2020 y 2021, con un total de 768 y 678 respectivamente. En lo que va del año 2022, se cuenta con un total de 534. Para 2020, el principal ingreso es del sexo femenino con un 51,8% del total, mientras que en 2021 esta condición se da en el masculino con un 51,2% aproximado. En lo que va del 2022, se marca la misma tendencia de preponderancia del sexo masculino, con una diferencia mucho más cerrada entre ambos segmentos, cifrada en 8 niños.

En relación con la población que se encuentra bajo control durante los primeros años de vida, presente en la tabla 18, se aprecian cifras totales de 4.188 en 2020, de 3.678 en 2021 y de 3.299 en lo que va de 2022. La concentración de los infantes beneficiados con el programa, muestra que el tramo de los 24 a 35 meses presenta para todos los años del período una mayor concentración de asistentes fluctuante entre 467 hombres en 2020 y 266 mujeres en 2022. Una dinámica semejante se observa para el polo opuesto, donde en el segmento de 7 a 11 meses se ve, salvo por el caso de los hombres en el 2022, con la menor cantidad de personas atendidas. En este caso, los valores varían entre 131 hombres en 2021, y 174 del mismo sexo en 2020. La proporción de los tramos de edad para el año 2022, destacan como segundas y terceras mayorías una coincidencia en los tramos de 42 a 59 meses, que va desde las 240 mujeres en ambos grupos, a los 262 hombres de entre 42 a 47 meses.

Gráfico 49: Ingresos al Programa de Salud Infantil en la comuna de Quillota (período seleccionado)



Fuente: Datos obtenidos Serie Estadística MINSAL (2020; 2021; 2022)

Tabla 18: Población bajo control de 0 a 5 años 11 meses y 29 días en niños de la comuna de Quillota (período seleccionado)

Tramo de edad	Año 2020		Año 2021		Año 2022	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0-6 meses	234	245	265	216	241	227
7-11 meses	174	182	131	157	180	125
12-17 meses	227	221	209	218	189	196
18-23 meses	235	233	232	241	142	155
24-35 meses	467	453	414	371	281	266
36-41 meses	200	188	223	207	156	145
42-47 meses	178	207	168	184	262	240
48-59 meses	384	360	225	217	254	240
Total	2.099	2.089	1.867	1.811	1.705	1.594

Fuente: Datos obtenidos de censo poblacional MINSAL (2020; 2021; 2022)

El estado nutricional de la infancia en Quillota presenta tendencias el aumento en los últimos tres años del porcentaje de población obesa y con obesidad severa. Este movimiento puede ser constatado en las tablas 19 y 20, cada una referida a los diagnósticos nutricionales entre 0 y 5, y entre los 6 y 9 años. Entre 2020 y 2022, este primer grupo muestra una disminución de los porcentajes en estado nutricional normal, el cual cayó del 69% al 55% hasta septiembre de 2022. El sobrepeso en este mismo grupo presenta un aumento leve entre 2020 y 2021, y un aumento significativo en 2022 al saltar de un 19% a un 26%. Finalmente, la situación de la obesidad muestra un incremento parejo desde el 8% en 2020, pasando por un 11% en 2021 y un 14% hasta septiembre de 2022.

Tabla 19: Diagnóstico nutricional desde los 0 años a los 5 años 11 meses y 29 días en niños de la comuna de Quillota (periodo seleccionado)

Estado nutricional	2020				2021				2022			
	Total		Hombre	Mujer	Total		Hombre	Mujer	Total		Hombre	Mujer
	N°	%			N°	%			N°	%		
Riesgo de desnutrir	186	3	96	90	140	3	68	72	154	5	91	63
Desnutrido	32	1	18	14	13	0	8	5	22	1	11	11
Sobrepeso o riesgo de obesidad	1.004	18	477	527	922	19	470	452	832	26	416	416
Obeso	457	8	243	214	523	11	264	259	448	14	229	219
Normal	3.810	69	1.908	1.902	3.365	68	1.693	1.672	1.788	55	933	855
Total	5.489	100	2.742	2.747	4.963	100	2.503	2.460	3.244	100	1.680	1.564

Fuente: Datos obtenidos de censo poblacional MINSAL (2020; 2021; 2022)

Para los infantes de entre 6 y 9 años, descrito en la tabla 20, se ven números muchos más acentuados. Si bien la malnutrición por exceso ha tendido a estancarse en torno a un 22% en los casos con sobrepeso, y entre un 19% y 21% para los niños obesos, se observa una disminución en la población “normal”. Esta última cae de un 50% del total a un 43% en 2021, y a un 42% en lo que va del año en curso. Este movimiento es proporcional con el aumento del diagnóstico de obesidad severa, el cual subió de un 5% a un 10% entre 2020 y 2021, y llegó a un 12% del total en 2022.

Tabla 20: Diagnóstico nutricional desde los 6 años a los 9 años 11 meses y 29 días en niños de la comuna de Quillota (periodo seleccionado)

Diagnostico	2020				2021				2022			
	Total		Hombre	Mujer	Total		Hombre	Mujer	Total		Hombre	Mujer
	N°	%			N°	%			N°	%		
Riesgo de desnutrir	92	3	44	48	65	3	37	28	94	3	52	42
Desnutrido	13	0	8	5	9	0	2	7	9	0	6	3
Sobrepeso/Riesgo de obesidad	798	23	386	412	482	22	235	247	609	22	308	301
Obeso	653	19	348	305	461	21	266	195	587	21	315	272
Obeso severo	186	5	120	66	214	10	151	63	331	12	229	102
Normal	1.722	50	837	885	937	43	459	478	1.194	42	628	566
Total	3.464	100	1.743	1.721	2.168	100	1.150	1.018	2.824	100	1.538	1.286

Fuente: Datos obtenidos de censo poblacional MINSAL (2020; 2021; 2022)

Finalmente, es importante considerar el rendimiento de los programas municipales en la atención de factores asociados al desarrollo psicomotor. Dicho instrumento mide el desarrollo de las funciones clave en las personas para poder desenvolverse en su entorno físico y social. Esta medición responde a los estándares definidos en el MINSAL para niños entre 0 y 24 meses, incluyéndose con ello mediciones relativas a las áreas del lenguaje, la sociabilidad, la coordinación y la motricidad.

En la tabla 21 se puede apreciar una leve disminución en el porcentaje de personas en la primera infancia que presentan un desarrollo normal. El 92% presente en 2020, bajó 5 puntos porcentuales para 2021. En lo que va de 2022, este valor se mantiene con un 87% del total. Este porcentaje muestra un cumplimiento con la meta ministerial, la cual establece al 15% de personas con rezago, riesgo y retraso como el estándar. En este sentido, Quillota presentó un 8% en 2020 y un 13% en 2021 y 2022.

Este aumento en el porcentaje de personas fuera del rango normal se refiere a un aumento de la población con rezago y con riesgos en esta dimensión. Para 2021, se observa un paso de un 2% del total a un 4%, cifra que se mantiene en 2022; mientras, la situación de riesgo muestra un aumento de un 4% a un 7% entre 2020 y 2021, y una reducción en un punto porcentual para septiembre de 2022. Lo anterior implica que los programas municipales han sido exitosos en la derivación y tratamiento de las situaciones de riesgo y rezago, logrando con ello que se mantengan los valores asociados con el retraso en el desarrollo psicomotor entre un 2% y 3% para el periodo en general.

Tabla 21: Desarrollo Psicomotor en la comuna de Quillota (período seleccionado)

Resultado	2020				2021				2022			
	Total		Hombre	Mujer	Total		Hombre	Mujer	Total		Hombre	Mujer
	Nº	%			Nº	%			Nº	%		
Normal	732	92	363	369	1077	87	519	558	1255	87	613	642
Normal con rezago	13	2	10	3	51	4	37	19	63	4	32	31
Riesgo	31	4	23	8	82	7	52	30	88	6	58	30
Retraso	19	2	15	4	33	3	26	7	29	2	19	10
Total	795	100	411	384	1243	100	634	614	1435	100	722	713

Fuente: Datos obtenidos Serie Estadística MINSAL (2020; 2021; 2022)

c. Adolescente

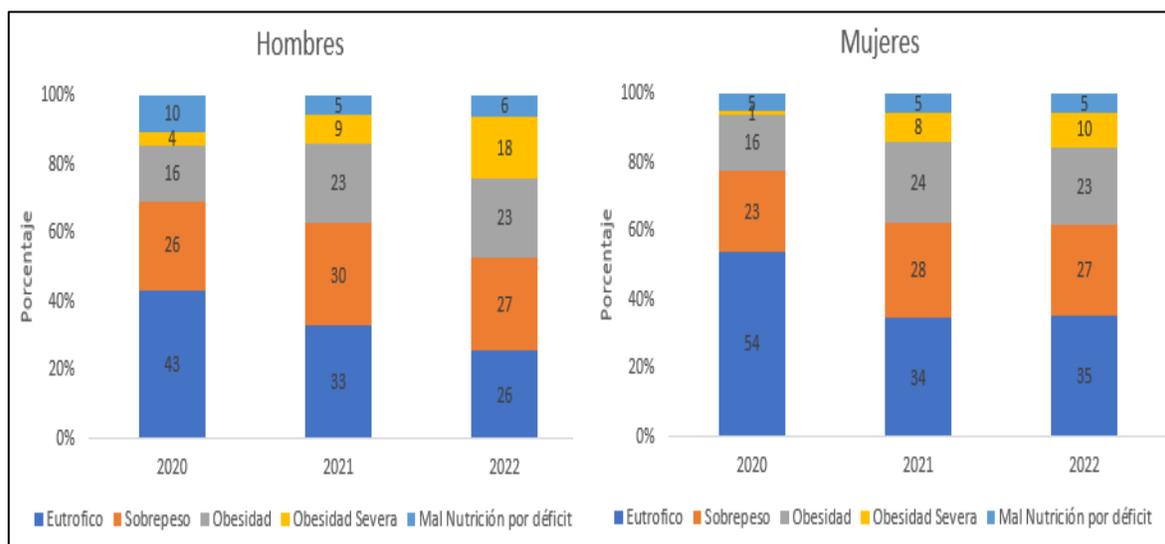
La información existente sobre los adolescentes se basa en los datos capturados del PRAPS *Espacios Amigables, Programa Adolescente*. Dicho programa se ejecuta dentro del espacio escolar, influyendo con ello en la forma en que se captura el dato.

En el caso del estado nutricional, la información disponible reproduce parcialmente las tendencias ya observadas en las etapas anteriores. De acuerdo a lo ilustrado por el gráfico 50, la distribución para el año en curso de las categorías de sobrepeso y obesidad se mantienen iguales para ambos sexos.

Sin embargo, en lo que respecta a la proporción de adolescentes eutróficos y con obesidad severa, se aprecia una diferencia de género importante en la medida en que el 35% de las mujeres se encuentran en este primer estado, en contraste con el 26% atribuido a los hombres para el segundo. Cuando se diferencia esta distribución con el panorama para el año 2020, se aprecia una disminución sostenida de los hombres eutróficos, el cual se encontraba en el 43%. En cambio, las mujeres presentan una reducción de un 54% en 2020 a un 34% en 2021, estancándose en esta cifra desde este año.

En relación con los valores asociados con la obesidad severa, se aprecia un aumento en la cantidad de hombres encontrados en esta categoría. El 4% inicial de 2020 aumentó hasta un 18% en 2022; mientras que el 1% de las mujeres adolescentes en 2020 llegó hasta un 10% del total en 2022. Este comportamiento en el periodo refuerza una mayor presencia de este factor de riesgo en la población masculina.

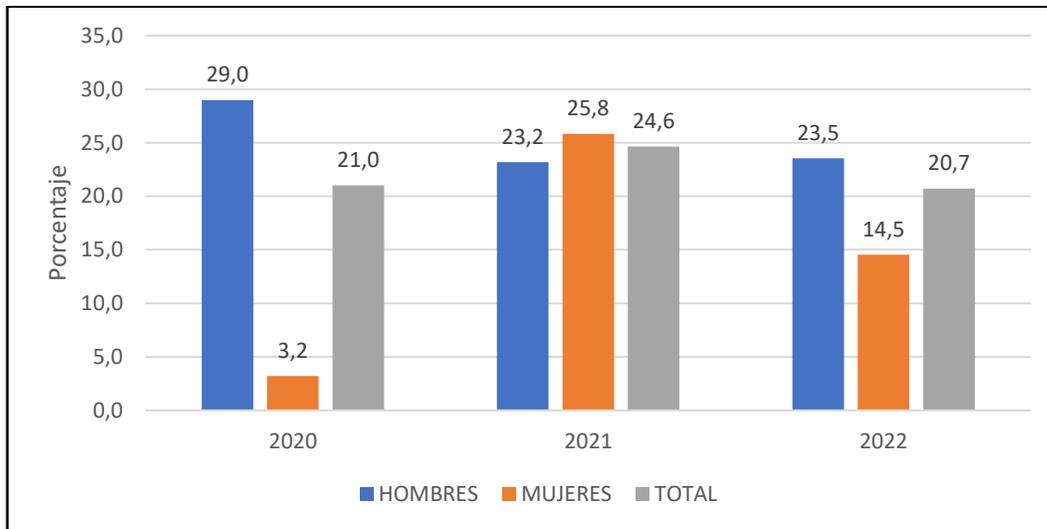
Gráfico 50: Estado nutricional de adolescentes por sexo en la comuna de Quillota (período seleccionado)



Fuente: datos obtenidos censo MISNAL (2020; 2021; 2022)

Esta realidad, sin embargo, contrasta con las sospechas por hipertensión entre 2020 y 2022. Los porcentajes de sospechas presentadas en el gráfico 51 señala lo anterior, al representar la variación en las principales concentraciones de este índice entre hombres y mujeres. Así, por ejemplo, la sospecha en hombres se presenta en un rango mucho más estable que en las mujeres, tras haber bajado de un 29% en 2020 a redondear el 23% entre 2021 y 2022. En las mujeres, se aprecia un incremento de este valor entre un 3,1% del total de sospecha en 2020, a un 25,8% en 2021 y un 14,5% en 2022.

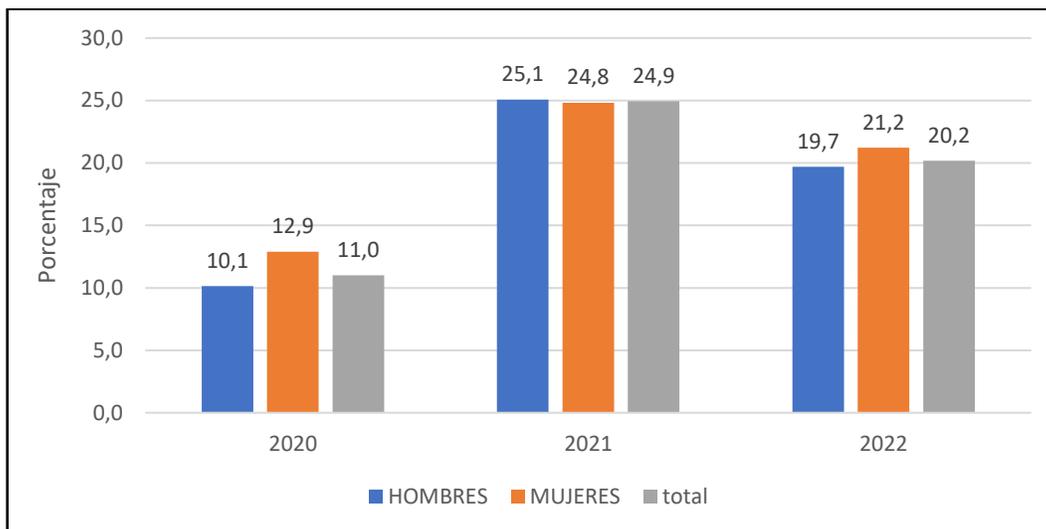
Gráfico 51: Porcentaje de sospecha de hipertensión en Adolescentes por sexo en la comuna de Quillota (período seleccionado)



Fuente: datos obtenidos censo MISNAL (2020; 2021; 2022)

Otro indicador importante refiere a la sospecha por problemas a la visión entre ambos sexos. El gráfico 52 presenta un panorama parejo en las sospechas asociadas con cada sexo, presentando variaciones de no más de 2 puntos porcentuales entre los dos. Adicionalmente, destaca un aumento en la sospecha dentro del total para 2021, superando el doble de su valor desde el 11% del total presente en 2020 y el 24,9% alcanzado. Dicho valor luego disminuye en 4,7 puntos porcentuales, llegando al 20,2%.

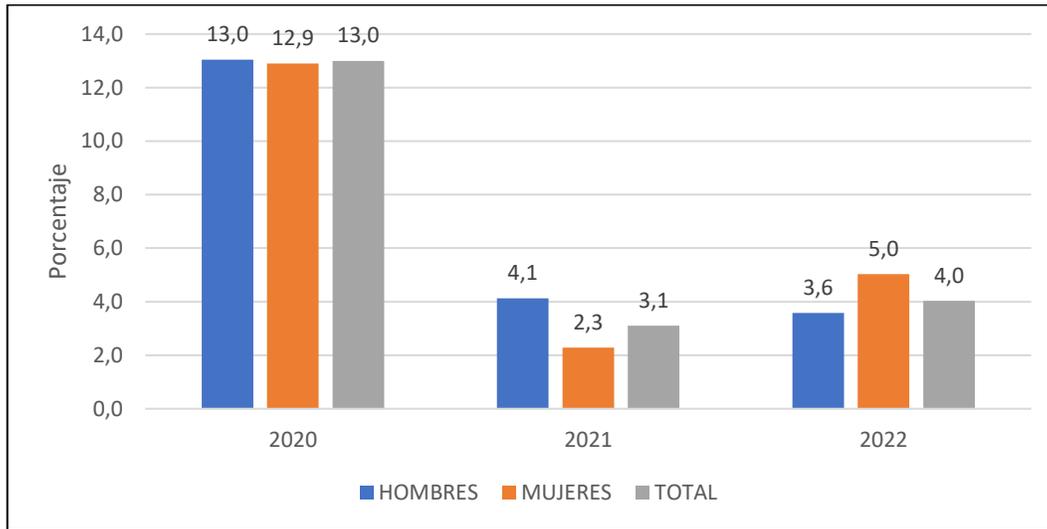
Gráfico 52: Sospecha de problemas en agudeza visual en adolescentes por sexo en la comuna de Quillota (período seleccionado)



Fuente: Registro Local, Programa Espacios amigables en adolescentes (2020; 2021; 2022)

Finalmente, la información existente en relación al consumo de alcohol y drogas en adolescentes plantea una dificultad al momento de analizarlo. Según se aprecia en el gráfico 53, hay una caída abrupta entre el año 2020 y el 2021, expresada en un decrecimiento de 10 puntos porcentuales del total (es decir, entre un 13% a un 3,1%). Esta situación podría deberse al contexto en que se levantó la información, ya que las cuarentenas aparejadas con la pandemia COVID-19 influyeron sobre la forma en que se ejecutan los programas asociados con este índice. En concreto, modificó la cantidad y modalidad en que se capturó el dato, impactando con ello en los porcentajes señalados.

Gráfico 53: Consumo de alcohol y drogas en adolescentes por sexo de la comuna de Quillota (período seleccionado)



Fuente: Registro Local, Programa Espacios amigables en adolescentes (2020; 2021; 2022)

d. Edad Adulta

Los datos contemplados en esta etapa provienen de los Exámenes de Medicina Preventiva para el Adulto (EMPA) y del programa de atención al daño cardiovascular, los cuales notifican el estado y grado de adherencia al tratamiento de los pacientes que presentan afecciones de salud. En este sentido, los gráficos que se presentan han sido divididos en función a ambas aristas de la política municipal.

Los resultados asociados con los exámenes de salud preventiva confirman los efectos de los problemas nutricionales observados en las etapas anteriores. La prevalencia de la malnutrición por exceso que, de forma insistente, han aparecido con anterioridad, vuelve a mostrar su relevancia dentro de las personas adultas.

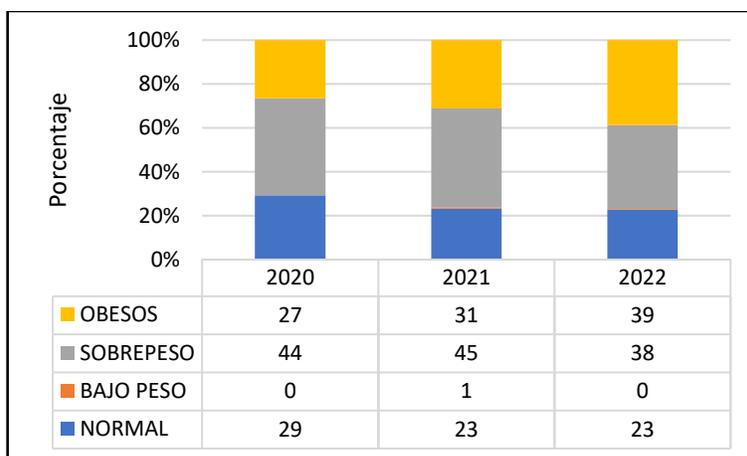
Los datos disponibles en los gráficos 54 y 55, presentan un aumento en la obesidad para ambos sexos. Este dato es consistente en los valores porcentuales entre 2020 y 2022. En el primero de éstos, enfocado en la evolución de la distribución de este indicador en varones, se aprecia que el 29% de ellos se encontraba en un Índice de Masa Corporal (IMC) normal para 2020, situación que disminuye y se mantiene en un 23% para los dos años restantes. Esta cifra se ve acompañada con un aumento de 1 punto porcentual de los hombres con sobrepeso, y de 4 puntos para obesos. En septiembre de 2022, la proporción con sobrepeso disminuye en favor de la obesidad, la cual llega a un 39% del total.

En relación con lo señalado en el gráfico 55, se observa una disminución sostenida de la proporción de mujeres en IMC normal, el cual pasa de un 26% en

2020 a un 21% en 2021 y 19% en 2022. Los valores de féminas con sobrepeso y bajo peso se mantienen estables, cercano al 37% en el caso del primero y de un 1% del total en el segundo.

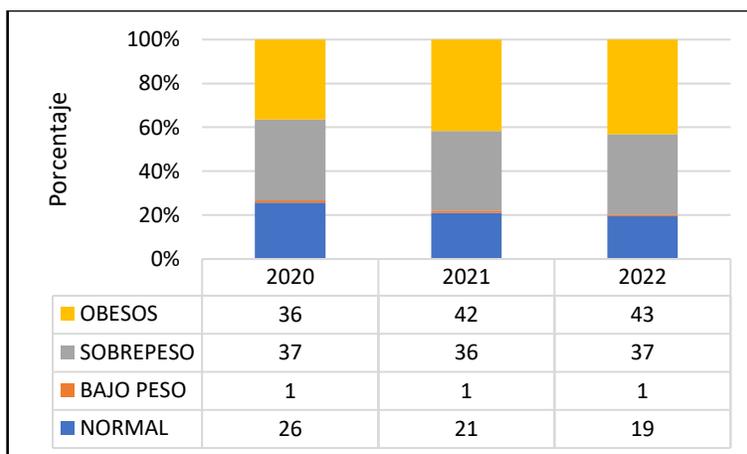
De esta forma, la variación porcentual entre cada año para el caso de mujeres con estado nutricional “normal” es absorbido por la obesidad, la cual comenzó en un 36% en el 2020, para llegar hasta un 43% en 2022. La comparación entre ambos gráficos muestra una mayor prevalencia de sobrepeso en hombres, y de obesidad en mujeres.

Gráfico 54: Estado nutricional diagnosticado en el Examen de Medicina Preventiva para hombres de la comuna de Quillota (período seleccionado)



Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 55: Estado nutricional diagnosticado en el Examen de Medicina Preventiva para mujeres de la comuna de Quillota (período seleccionado)

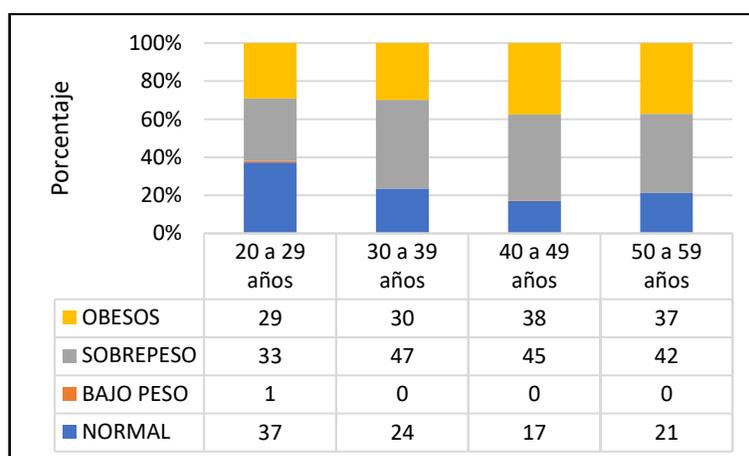


Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Cuando se compara el mismo indicador en los resultados informados por tramo etario de los hombres, ilustrado en el gráfico 56, se observa una mayor concentración de problemas nutricionales entre los 30 y 49 años. El primero de estos tramos, correspondiente entre los 30 y 39 años, presenta un 47% de su total con sobrepeso, situación que es ligeramente similar a la del siguiente grupo. De manera inversa para ese mismo tramo se reportó un 30% de su total con obesidad, cifra que se asemeja con el 38% de habitantes masculinos entre 40 y 49 años.

En el caso de los segmentos extremos, se aprecia una mayor proporción de hombres en IMC normal entre los 20 y 29 años, con un 37% del total, y de hombres con sobrepeso entre 50 y 59 años, con un 42% correspondiente a su tramo etario.

Gráfico 56: Estado nutricional diagnosticado en el Examen de Medicina Preventiva según tramo etario en hombres en la comuna de Quillota (período seleccionado)



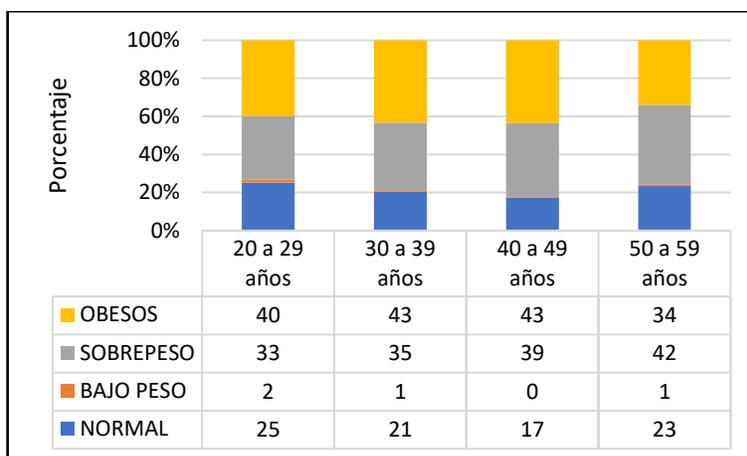
Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Este mismo indicador enfocado en la población femenina es descrito por el gráfico 57. En este caso, se presenta una mayor cantidad de mujeres con obesidad en relación a los hombres, ambos de 20 a 29 años, signado por un valor más bajo de mujeres con IMC normal (25%) que de hombres en igual estado (37%), y un aumento 11 puntos más alto de mujeres obesas, con un 40% del total de este rango etario.

Los valores de obesidad más altos se presentan entre los 40 y 49 años. Con una proporción similar a los tramos anterior y posterior, esta categoría se presenta en un 43% para los grupos intermedios, y en un 34% en el extremo derecho del gráfico. Sin embargo, las mujeres en IMC normal contrastan con los valores de ambos grupos, encontrándose con un 17% de entre 40 y 49 años versus un 21% del grupo anterior y un 23% del posterior. El valor que se eleva dentro de

esta métrica corresponde a las mujeres con diagnóstico nutricional de sobrepeso, con un 39%, situación que sólo es superada por el sobrepeso del segmento que va de los 50 a 59 años con un 42%.

Gráfico 57: Estado nutricional diagnosticado en el Examen de Medicina Preventiva según tramo etario en mujeres de la comuna de Quillota (período seleccionado)



Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

A modo de síntesis del estado nutricional de las personas adultas, se observa una distribución pareja de este índice entre los tramos etarios, lo que muestra patrones de alimentación poco saludables en la población en control.

El segundo indicador levantado en los exámenes preventivos refiere a la prevalencia de tabaquismo entre hombres y mujeres. Dicha información puede contrastarse a partir de la descripción por grupo etario que se señalan en gráficos 58 y 59. Una lectura comparada de ambos, muestra cifras que en general son un poco más bajas entre el 2020 y 2022. Los valores más altos en 2020, correspondiente al 40% de hombres entre 40 y 49 años y el 38% entre 50 y 59, contrastan con las del año 2022: el 37% de hombres entre 20 y 29 años y el 33% de mujeres entre 50 y 59.

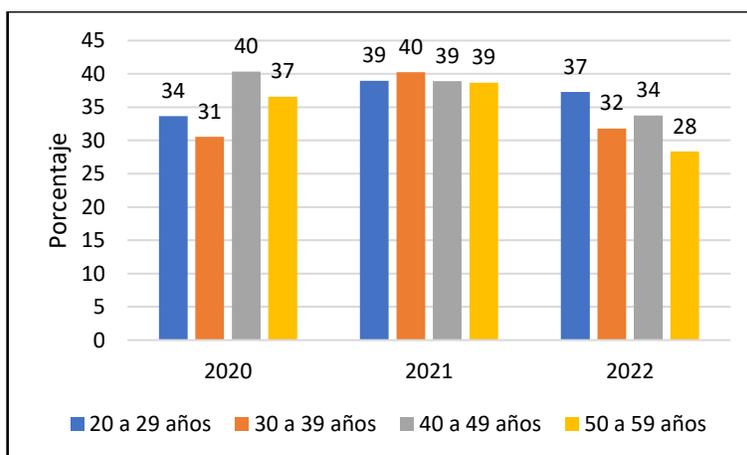
Se observan distintas tendencias para cada generación en estos casos. Entre 20 y 29 años, los hombres presentan un mayor porcentaje de tabaquismo que las mujeres, con 14 puntos porcentuales de diferencia. En ambos casos estos valores tienden a subir de forma pareja entre 2021 y 2022.

El siguiente rango etario muestra una mayor cantidad de mujeres fumadoras, variable entre un 36% y un 31%. Los valores de las mujeres permanecen más estables con una diferencia entre el 36% y el 28% de su población, mientras que la de los hombres fluctúa de manera más pronunciada entre un 31% el 2020 y un 40% el 2021.

Para el tramo de 40 a 49 años, se observa una mayor cantidad de hombres con esta prevalencia, un 40% de su total contrastado con el 33% del femenino. Se observa una tendencia en el caso de los hombres a disminuir este índice con los años, llegando al 34% en 2022; y a mantenerse relativamente estable con las mujeres, variando de un 33% a un 35% entre 2020 y 2021, pero bajando a un 29% en 2022.

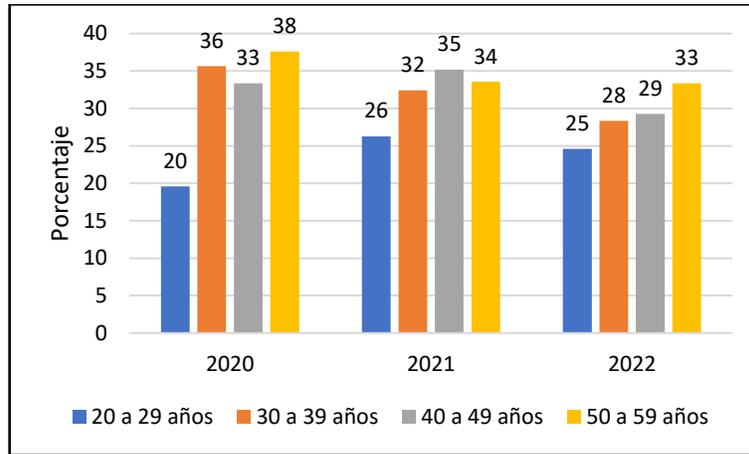
Finalmente, el tramo superior muestra cifras mucho más parejas entre ambos sexos, comenzando con un 38% de mujeres y un 37% de hombres en el 2020, y llegando a un 33% y 28% respectivamente en el 2022. En este caso, se observa una diferencia de 5 puntos que se mantiene estable desde el 2021.

Gráfico 58: Prevalencia de tabaquismo detectada en el Examen de Medicina Preventiva según tramo etario en hombres de la comuna de Quillota (período seleccionado)



Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 59: Prevalencia de tabaquismo detectada en el Examen de Medicina Preventiva según tramo etario en mujeres de la comuna de Quillota (período seleccionado)



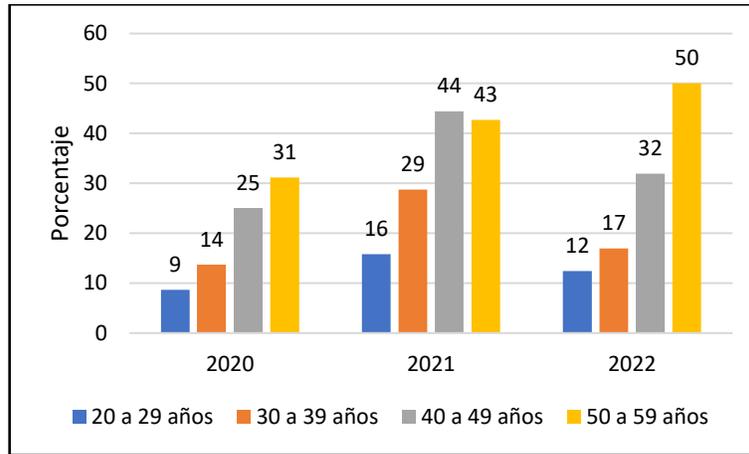
Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

El tercer indicador levantado por SaludQuillota en los EMPA refiere al riesgo de hipertensión. En este caso, los valores alterados se consideran como aquellos que presenten un valor superior o igual a los 140/90 mmHg, generando con ello un primer indicativo para derivar al usuario a una pesquisa por hipertensión. En los gráficos 60 y 61 se diferencia el estado de la presión alterada por sexo, observándose una tendencia al aumento de este indicador de forma gradual hacia el último tramo etario de este ciclo vital excepto por el año 2021, donde los hombres de 40 a 49 años superaron en un punto porcentual al grupo que los sucede en el gráfico.

Ambos gráficos muestran diferencias escalonadas entre los tramos etarios correspondientes para hombres y mujeres. Los valores entre 2020 y 2022 tienden a estabilizar esta tendencia estadística, mostrando un aumento cada vez más pronunciado entre hombres y mujeres. Los valores para el presente año varían entre un 12% y 4% de hombres y mujeres entre 20 y 29 años, y entre sus respectivos 50% y 22% para el tramo superior.

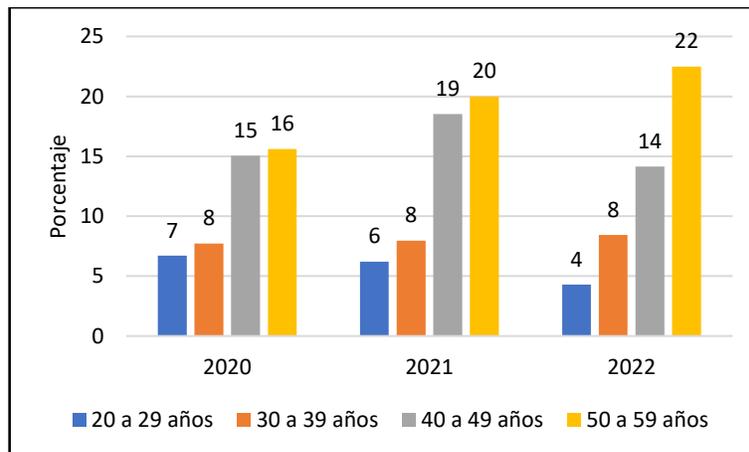
Estas curvas presentan un aumento en la alteración de la presión arterial con los años, consistente con el aumento de la malnutrición por exceso en el mismo periodo de tiempo. De esta forma, los valores superiores en el 2020, correspondientes al 31% de hombres y 16% de mujeres entre 50 y 59 años, avanzan de forma significativa en los hombres al subir 19 puntos porcentuales en estos dos años. Para las mujeres este aumento es más leve, con un salto de seis puntos.

Gráfico 60: Presión arterial alterada detectada en el Examen de Medicina Preventiva según tramo etario en hombres de la comuna de Quillota (período seleccionado)



Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 61: Presión arterial alterada detectada en el Examen de Medicina Preventiva según tramo etario en mujeres de la comuna de Quillota (período seleccionado)



Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

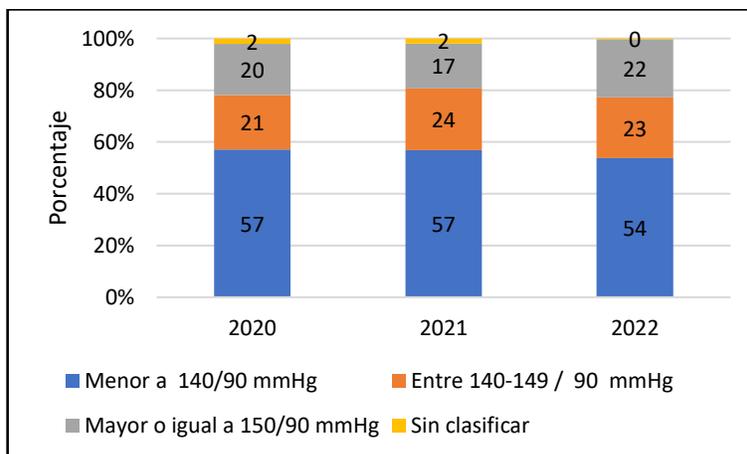
Los gráficos que se presentan en adelante representan los datos de la población bajo control del programa cardiovascular. En este sentido, la medición presenta el grado de adherencia que, según cada sexo, manifiestan a los tratamientos de diferentes patologías. Dentro de los parámetros revisados, se consideran factores asociados con la hipertensión, la dislipidemia, la diabetes y los riesgos cardiovasculares.

En los casos de población hipertensa, descrito en el conjunto de gráficos 62, 63, 64 y 65, se observan distintas concentraciones de la población por sexo.

Los porcentajes de hombres que muestran una presión menor a 140/90mmHg, es decir que se encuentran compensados, es inferior entre 11 y 13 puntos porcentuales para las mujeres que los hombres. Lo anterior se manifiesta en la comparación entre los gráficos 62 y 63, en condiciones donde el 57% estable de hombres en dicha situación contrastan con la variación entre 66% en 2022 y 70% en 2021 de las mujeres.

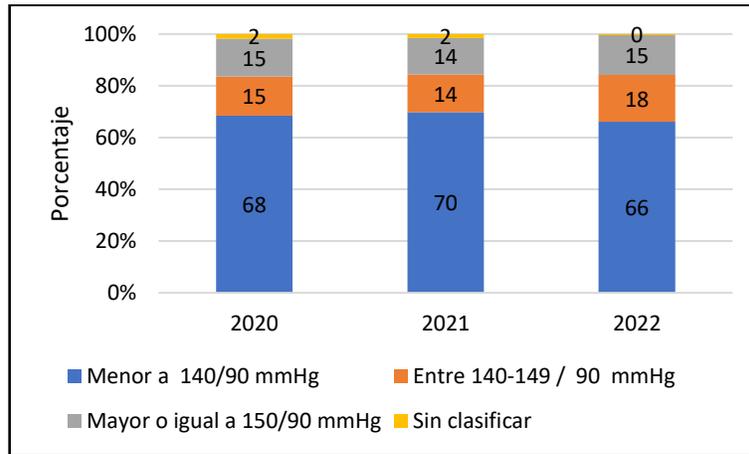
En relación con los grados de adherencia durante el período, se observa que un 45% se clasifican como descompensados, un número cuatro puntos superiores a lo que se había observado en 2020 y 2021. Esta cifra se divide entre un 23% en un rango entre los 140 y 149/90 mmHg, y un 22% superior a 150/90 mmHg. Cuando se observa su distribución por edad, en el gráfico 64, se constata una mayor proporción de hombres de entre 40 y 49 años, con 55% con rangos inferiores a los 140/90 mmHg, seguidos por el tramo etario más joven representado por su 56%. Ello implica que estos tramos presentan un mayor grado de adherencia a los tratamientos. El grupo con peores resultados es el rango que va de los 30 a los 39 años, con un total de descompensados de un 42% de su total, compuesto por un 18% en rango medio y un 24% superior a los 150/90 mmHg.

Gráfico 62: Hombres hipertensos bajo control en el Programa Cardiovascular en la comuna de Quilota (período seleccionado)



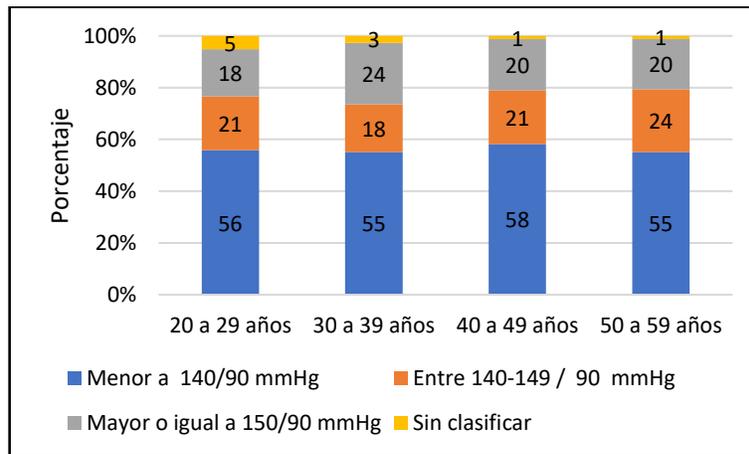
Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 63: Mujeres hipertensas bajo control en el Programa Cardiovascular en la comuna de Quillota (período seleccionado)



Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 64: Hombres hipertensos bajo control en el Programa Cardiovascular en la comuna de Quillota por tramo etario (período seleccionado)



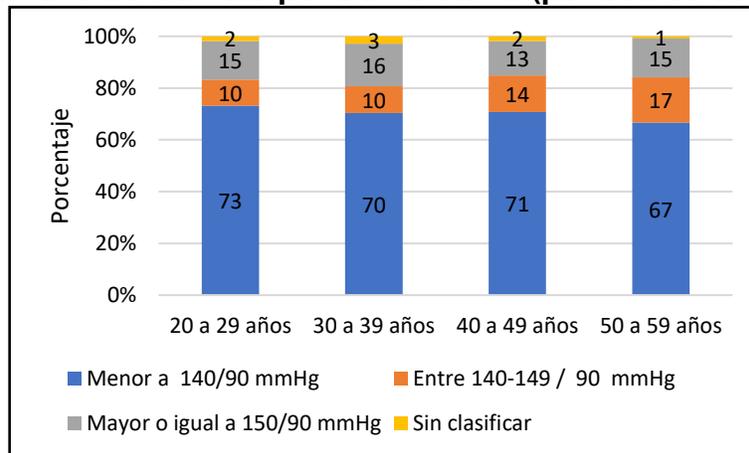
Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

En el caso de las mujeres, se observa un mayor grado de adherencia a los tratamientos. Lo anterior se manifiesta en un 66% de usuarias con una presión inferior a 140/90 mmHg en el año 2022, y por un 33% con la presión superior a dicho rango. Esta cifra se descompone en un 18% en un rango entre 140-149/90 mmHg, y un 15% superior a 150/90 mmHg.

Esto pone de manifiesto una mejor situación de las mujeres en relación con el diagnóstico de hipertensión. Dicho comportamiento estadístico, de acuerdo a lo señalado por el gráfico 65, muestra que esta tendencia se presenta con mayor preponderancia en la población joven, con un 73% de mujeres entre 20 y 29 años

en contraste con el 67% de 50 a 59 años en dicha condición. Pese a lo anterior, el 25% en los casos que se sigue observando hipertensión para el primer rango etario muestra una mayoría de casos con un valor superior a los 150/90 mmHg con un 15%, situación que se mantiene estable con una fluctuación hacia un 16% en el siguiente grupo, y de un 13% en la población femenina con hipertensión entre 40 y 49 años.

Gráfico 65: Mujeres hipertensas bajo control en el Programa Cardiovascular en la comuna de Quillota por tramo etario (período seleccionado)



Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

En relación con la dislipidemia, la situación de los pacientes diagnosticados con esta condición es presentada por los cuatro gráficos siguientes. El panorama general por sexo es ilustrado por los gráficos 66 y 67, mientras que la distribución de estos valores por cada tramo etario es presentada en el gráfico 68 para los hombres y el 69 para las mujeres. En estos casos, se presentan en la totalidad de éstos una mayor adherencia de los pacientes con dislipidemia a los tratamientos médicos que lo que se veía en el caso de la hipertensión.

En los valores presentados en el gráfico 67 y 68 se observa que el nivel de colesterol en la sangre menor a 200 mg/dl se presenta en el 90% de los casos, tanto de la población masculina como femenina, en 2020, situación que tiende a crecer con diferencias de 2 puntos porcentuales, en 2021, y 1 punto, en 2022. La situación en la actualidad, exhibe un 94% de varones compensados, cifra cercana al 95% del otro sexo, en dicha condición.

Si se considera el porcentaje acumulado de personas descompensadas, se ve que el número de los hombres es inferior e, incluso, que se encuentra fijo en el 2% de su total. Mientras, en las mujeres, éste representa un 3% para los tres años analizados, descompuesto en un 1% con un valor superior a los 240 mg/dl y un 2% en el rango intermedio de 201 a 239 mg/dl. Lo anterior indica que la variación

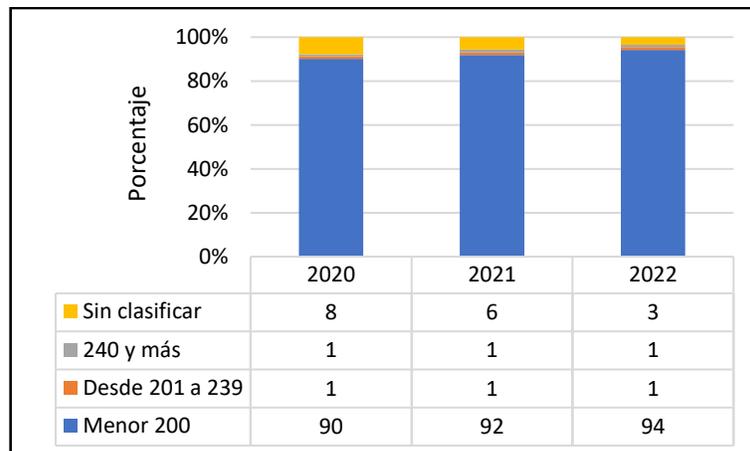
porcentual entre hombres y mujeres se determina por la categoría “sin clasificar”, la que contiene a la población inasistente a sus controles de salud.

En este sentido, es posible deducir un grado de adherencia igual a los tratamientos derivados de esta enfermedad, junto con un comportamiento semejante en los chequeos médicos, presentando una diferencia promedio de 1 punto porcentual entre ambos sexos. Entre 2020 y 2022 se aprecia un aumento en la asistencia a controles, lo que vuelve a mostrar un valor positivo en el tratamiento de la enfermedad.

Dentro del 2% de hombres que presentan un diagnóstico descompensado de dislipidemia, se marca una tendencia a aumentar el nivel de control de esta patología, que aumenta del 86% de niveles de colesterol en la sangre inferiores a 200 mg/dl en el grupo más joven, a un 93% en el de mayor edad. Esta cifra marca una evolución gradual, que llega a un valor cercano a su máximo en las personas mayores a 30 años. También se observa una mayor concentración de hombres que no asisten a control en el primer tramo etario, panorama que disminuye paulatinamente hacia el grupo de 50 a 59 años.

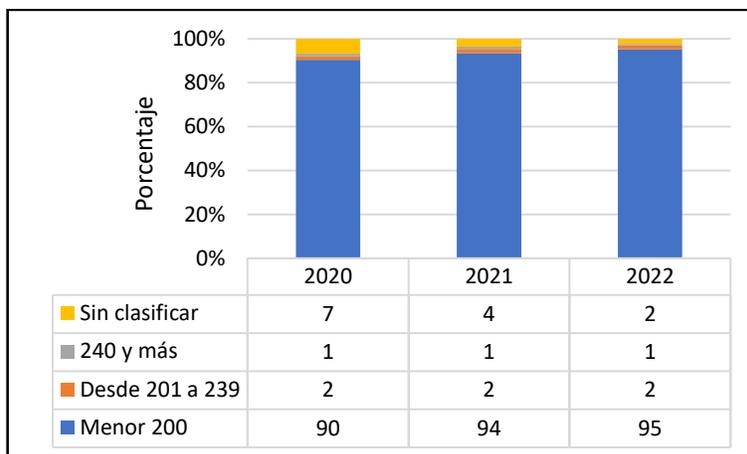
Finalmente, en el 3% de las usuarias descompensadas, se observa una tendencia similar a la de los hombres en el gráfico 69, aunque con una distribución mucho más estable entre los porcentajes de la población total de cada tramo etario. Lo anterior se traduce en una variación desde el 91% la población más joven afectada por esta condición, al 93% alcanzado sobre los 40 años. En relación a la asistencia a control, se da una dinámica semejante a la del otro sexo, pero de nuevo con variaciones porcentuales mucho menores que caen desde un 7% en mujeres entre 20 y 29 años, y 4% entre 50 y 59 años.

Gráfico 66: Niveles de colesterol en hombres dislipidémicos bajo control en el Programa Cardiovascular de la comuna de Quillota (período seleccionado)



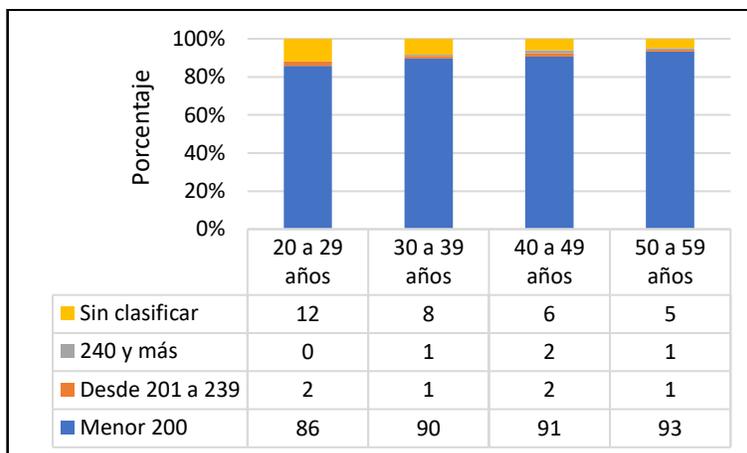
Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 67: Niveles de colesterol en mujeres dislipidémicas bajo control en control en el Programa Cardiovascular de la comuna de Quillota (período seleccionado)



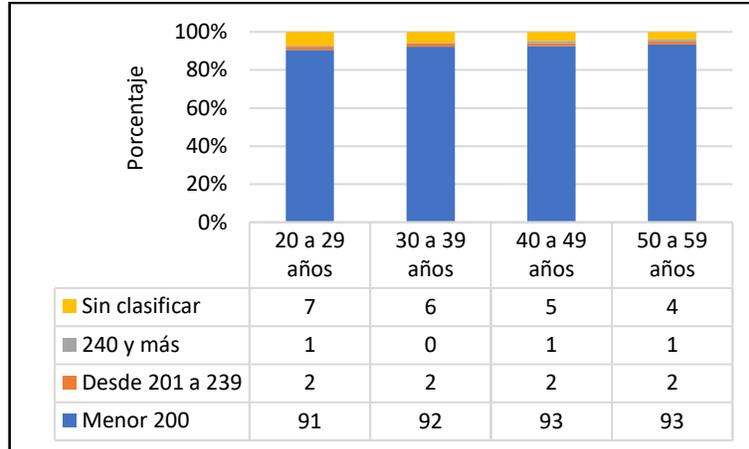
Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 68: Niveles de colesterol en hombres dislipidémicos bajo control en el Programa Cardiovascular según tramo etario de la comuna de Quillota (período seleccionado)



Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 69: Niveles de colesterol en mujeres dislipidémicas bajo control en el Programa Cardiovascular según tramo etario de la comuna de Quillota (período seleccionado)



Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

La diabetes constituye la tercera enfermedad cardiovascular controlada por el Departamento de SaludQuillota. La revisión del grado de adherencia de esta población se hace a partir de la hemoglobina glicosilada, el cual presenta un historial en el comportamiento del paciente durante los últimos 6 meses. Para la etapa considerada, su determinación está señalada por valores inferiores a 7 HbA1c. Los resultados de los controles hacia la población afectada por la diabetes se pueden apreciar en el conjunto de gráficos que van del 70 al 74, bajo una lógica semejante a cómo se han revisado éstos para la hipertensión y la dislipidemia.

El grado de adherencia a los tratamientos por diabetes dentro de esta etapa, muestra un comportamiento más homogéneo por parte de las mujeres en el periodo revisado que los hombres. En el caso de las primeras, el porcentaje de pacientes con una hemoglobina glicosilada inferior a 7 HbA1c oscila entre un 37% en 2020 y un 34% en 2021, mientras que en los hombres este porcentaje se mueve entre un 33% en 2020 y un 25% en 2021.

Sin embargo, esta mayor disciplina del sexo femenino se ve restringido cuando se comparan los valores más críticos señalados por este grupo de gráficos. El año con más descompensaciones por diabetes para ambos casos se sitúa en el 2021, con un 64% que se distribuye en un 15% con un rango de entre 7 y 7,9 HbA1c, un 9% entre 8 y 8,9 HbA1c y un significativo 40% del total con un rango superior a 9 HbA1c en la población masculina. En el caso de las mujeres, este porcentaje alcanza un 58%, distribuido entre un 13% de mujeres diabéticas entre 7 y 7,9 HbA1c, 10% entre 8 y 8,9 HbA1c y un importante 35% superior a los 9 HbA1c.

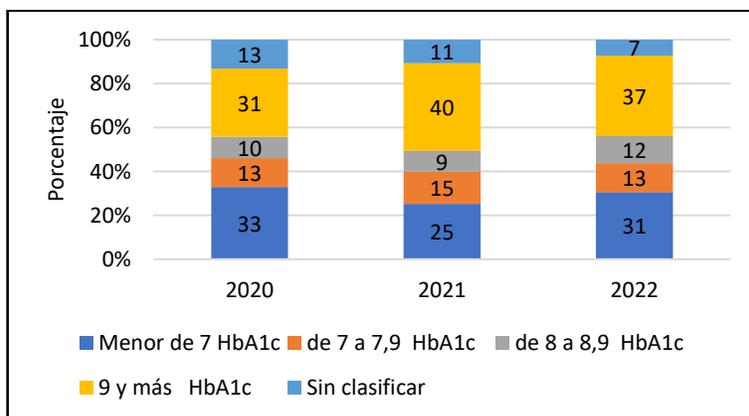
Dentro del panorama general observado en la población masculina, caracterizado por una diferencia entre un 37% de adherencias al tratamiento versus un 62% de descompensaciones, la situación etaria muestra una oscilación en sus valores de 19 puntos porcentuales entre cada tramo.

La situación etaria presenta un preocupante 51% de pacientes entre 30 y 39 años con niveles de hemoglobina glicosilada superiores a 9 HbA1c. Como se evidencia en el gráfico 72, los varones dentro de este rango etario muestran la menor adherencia a los tratamientos, representados por un 18%. Esta cifra contrasta con un mayor porcentaje alcanzado en la población más joven, y se encuentra 11 puntos debajo del 29% alcanzado por los hombres entre 40 y 49 años. En general, la población no controlada no disminuye de su 10%.

La distribución general que presentan las mujeres diabéticas bajo control para 2022 se caracteriza por una diferencia mucho menos pronunciada entre el porcentaje de adherencia y el de descompensación. Esta distribución se expresa en el gráfico 73, en el cual se puede constatar que un 37% corresponde a un resultado inferior a los 7HbA1c, mientras que el 57% se encuentra por sobre el rango normal. En relación con las usuarias que no asisten a control, se constata un rango que disminuye en más de su mitad entre cada grupo etario.

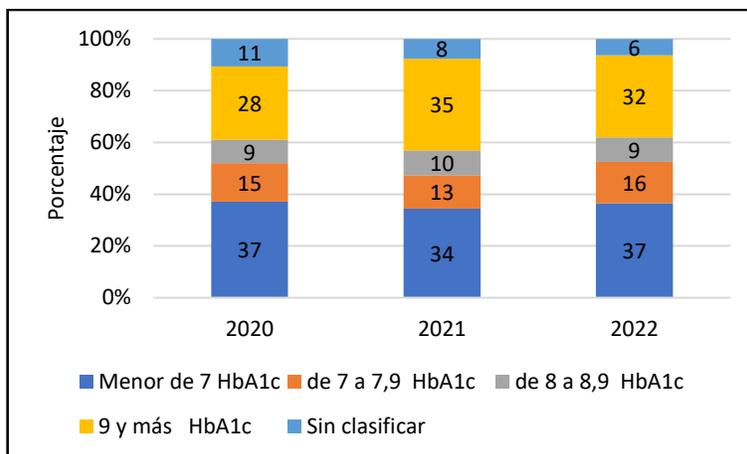
La revisión de las diferencias existentes dentro de cada rango etario, presenta una tendencia similar a la de los hombres con el menor nivel de adherencia en las pacientes de entre 30 y 39 años. Sin embargo, la diferencia en las cifras con los hombres es significativa, toda vez que ésta se expresa en una diferencia de 11 puntos porcentuales. Igualmente, esta diferencia en la conducta de las mujeres diabéticas se traduce en una variación menor entre los distintos rangos etarios, oscilante entre 16 y 7 puntos porcentuales.

Gráfico 70: Resultado de hemoglobina glicosilada en hombres diabéticos bajo control en el Programa Cardiovascular de la comuna de Quilota (período seleccionado)



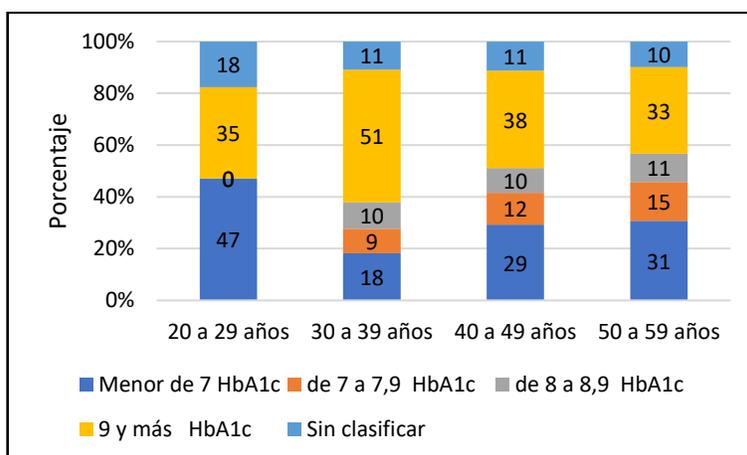
Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 71: Resultado de hemoglobina glicosilada en mujeres diabéticas bajo control en el Programa Cardiovascular de la comuna de Quillota (período seleccionado)



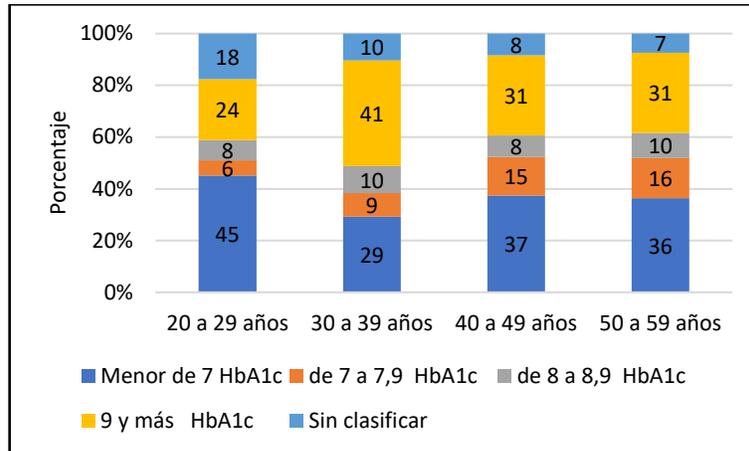
Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 72: Resultados de hemoglobina glicosilada en hombres diabéticos bajo control en el Programa Cardiovascular según tramo etario de la comuna de Quillota (período seleccionado)



Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 73: Resultados de hemoglobina glicosilada en mujeres diabéticas bajo control en el Programa Cardiovascular según tramo etario de la comuna de Quillota (período seleccionado)



Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

El último elemento a considerar refiere al riesgo cardiovascular en la población bajo control correspondiente al segmento adulto. La calificación de este riesgo se realiza en base a la aplicación de tablas de estratificación del riesgo asociado a dichos factores. Ésta permite predecir el riesgo global de esta persona de sufrir un evento cardiovascular dentro de los siguientes 10 años.

Lo que considera la revisión estadística presentada en los gráficos 74, 75, 76 y 77 son los niveles de riesgo representados por el “bajo”, expresado por un porcentaje menor al 4% de probabilidad de sufrir un evento en los próximos 10 años; el “moderado”, signado entre el 5% y 9% de probabilidad; y el “alto”, que presenta una posibilidad superior al 10%. El total de la población utilizada para calcular los porcentajes refiere a las 4.721 personas controladas en 2020, las 4.013 en 2021 y las 4.382 en 2022.

Los resultados relativos a este riesgo permiten elaborar una buena síntesis del estado de salud de las personas adultas con patologías cardiovascular en Quillota. Este examen se aplica a la población bajo control por alguna enfermedad que influye en este tipo de riesgo. En otras palabras, el estado en que se encuentre permite construir una idea de la situación general de las personas adultas en Quillota.

Dicho lo anterior, es interesante observar que el porcentaje de personas que presentan un riesgo alto de presentar un accidente cardiovascular se intensificó durante el 2021, dato que parece ser consistente con el aumento de varias situaciones de riesgo dentro de ese año. Lo anterior se condice también con los porcentajes de este riesgo en la población masculina, en el cual el nivel alto es superior en todos los años al de las mujeres. Pese a lo anterior, el aumento en los problemas nutricionales de las mujeres manifiesta una influencia en la reducción de

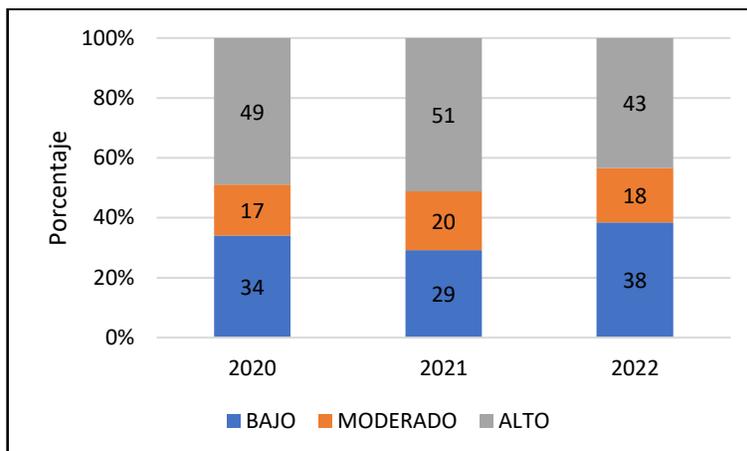
esa brecha, la cual se encontraba en una diferencia de 14 puntos porcentuales en 2020, se redujo a su mitad en 2021 y llegó a 6 puntos en el año en curso. Finalmente, estas observaciones consolidadas por la comparación del gráfico 74 y 75 no muestra una tendencia clara en los niveles de bajo riesgo, oscilando entre un 29% y 38% en el caso de los hombres y entre un 38% y 47% entre las mujeres.

El análisis de los gráficos 76 y 77 en conjunto, relativo al desagregado de la medición de riesgo cardiovascular entre cada tramo etario, muestra una tendencia progresiva para ambos sexos. Tanto hombres como mujeres presentan una menor probabilidad de presentar un accidente de este tipo entre los 20 y 29 años, representada por un 20% en nivel alto, un 25% en moderado y un 55% en el bajo para los hombres; y de un 23% en alto, 18% moderado y 59% bajo en las mujeres. Esta información contrasta con el riesgo en la población examinada entre los 50 y 59 años, donde los hombres acumulan 58% en alto, un 13% en moderado y un 29% en bajo; para las mujeres, esta situación representa un 42% con alta probabilidad, un 18% en moderado y 50% en bajo riesgo cardiovascular.

Destacan tres observaciones ante esta tendencia. En primer lugar, los hombres presentan una variación mucho más extrema de esta situación de riesgo, en condiciones donde el 55% en riesgo bajo del tramo más joven contrasta con el 58% de riesgo alto en los mayores a 50 años. La segunda, es que los porcentajes de riesgo moderado tiende a mantenerse estable, con una menor variación de estas diferencias etarias entre las mujeres. Finalmente, y relacionado con lo anterior, el hecho de que, pese a mostrarse como más disciplinadas en cuanto a la adherencia a tratamientos, las mujeres adultas tienden a distribuir este riesgo entre los polos alto y bajo, mostrándose pese a eso un aumento bastante más controlado del primer nivel que con los hombres.

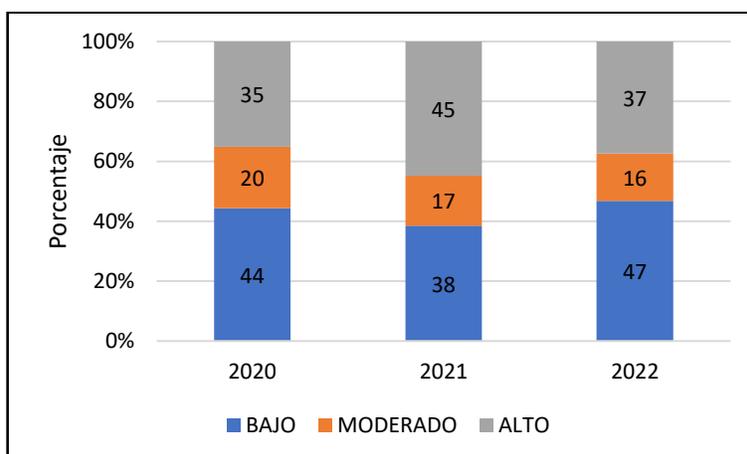
Todos estos hallazgos representan las situaciones de riesgo a las que se ven expuestos estos dos segmentos, en razón de las conductas que muchas veces se ven influenciadas por los estereotipos de género.

Gráfico 74: Riesgo cardiovascular en hombres bajo control en el Programa Cardiovascular de la comuna de Quillota (período seleccionado)



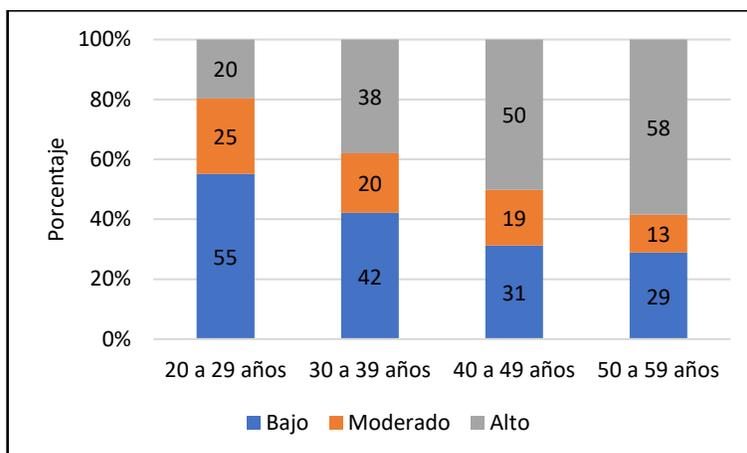
Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 75: Riesgo cardiovascular en mujeres bajo control en el Programa Cardiovascular de la comuna de Quillota (período seleccionado)



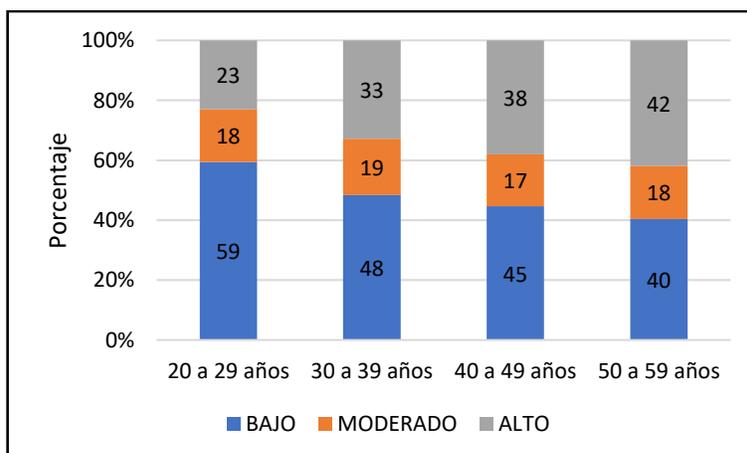
Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 76: Riesgo cardiovascular en hombres bajo control en el Programa Cardiovascular de la comuna de Quillota según tramo etario (período seleccionado)



Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 77: Riesgo cardiovascular en mujeres bajo control en el Programa Cardiovascular de la comuna de Quillota según tramo etario (período seleccionado)



Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

e. Personas Mayores

Como se observó en el capítulo sobre la dinámica poblacional en Quillota, con las transformaciones demográficas, el cuidado de las personas mayores plantea un desafío importante para la salud de los habitantes de la comuna. A continuación, se presentan los estados nutricionales y situaciones de riesgo de este grupo, dentro del cual se visualizan la aparición de escenarios que lo diferencian de las etapas anteriores, como lo es el aumento de la proporción en la población de personas bajo peso en comparación con el ciclo adulto. A este propósito,

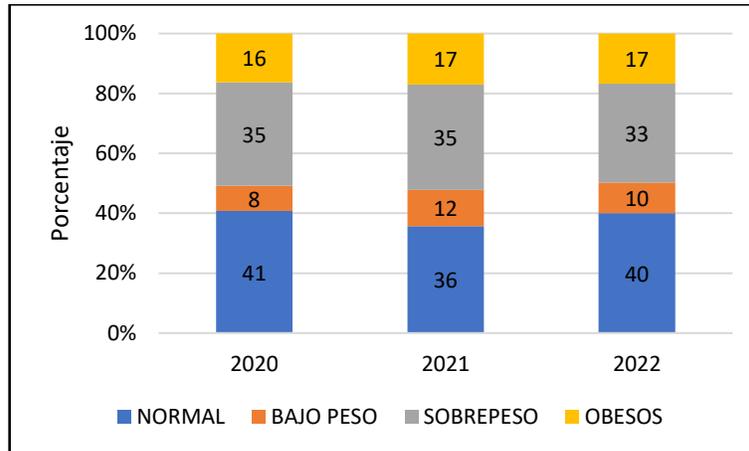
recordar que dicho nivel es inexistente en las personas del último tramo de la adultez, representando un 0% de los hombres en este tramo etario y un 1% de las mujeres.

En la población total contabilizada para las personas mayores, un 10% de los hombres son diagnosticados en bajo peso en el año en curso, mientras que el 12% de las mujeres comparten esta situación para el 2022. La evolución de estas cifras en el tiempo, tal y como ilustran los gráficos 78 y 79, muestra un estancamiento de dicho valor, oscilante en 4 puntos porcentuales para los hombres (de un 8% a un 12% entre 2020 y 2021) y en 2 puntos para las mujeres (de un 10% en 2020 a un 12% en 2021). Esta tendencia se mantiene con los demás valores, evidenciándose que el 2021 el IMC normal tendió a bajar su proporción a un 36% de hombres y 33% de mujeres mayores, mientras aumentó el porcentaje de bajo peso de ambos sexos a un 12%.

Al desagregar los datos por tramo etario en hombres y mujeres, se observa una tendencia natural para la población masculina a aumentar la cifra de bajo peso de un 5% entre 60 y 69 años al 20% sobre 80 años. Esta situación, reflejada por el gráfico 80, es esperable dado a que, con la edad, se tiende a reducir la masa muscular de las personas. Sin embargo, la distribución etaria de dicha condición en las mujeres mayores, en el gráfico 81, agrega nueva información a considerar sobre las determinantes socioculturales que influyen sobre el estado nutricional de esta etapa.

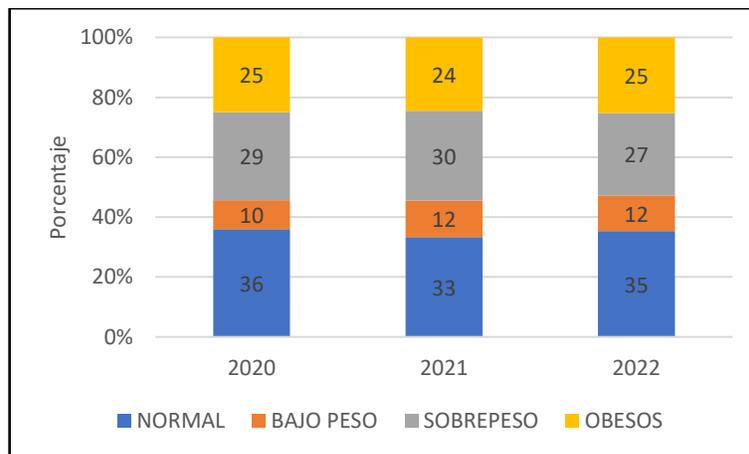
Con un 10% de mujeres con bajo peso entre los 60 y 69 años, esta proporción se eleva al 18% del total del grupo que va de los 70 a 79 años, mientras que disminuye al 11% en el rango sobre los 80 años. Todos los valores tienden a reducirse dentro de este tramo intermedio, conforme aumenta la cantidad de mujeres en estado nutricional normal, representado por un 41% del total. En el caso de las mujeres mayores a 80 años, se ve que las proporciones se asemejan a las de 60 a 69 años.

Gráfico 78: Estado nutricional en hombres detectado en el Examen de Medicina Preventiva para el adulto mayor de la comuna de Quillota (período seleccionado)



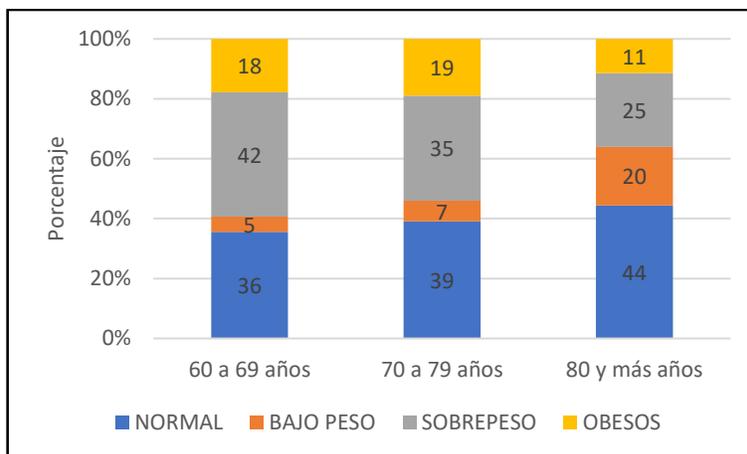
Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 79: Estado nutricional en mujeres detectado en el Examen de Medicina Preventiva para el adulto mayor de la comuna de Quillota (período seleccionado)



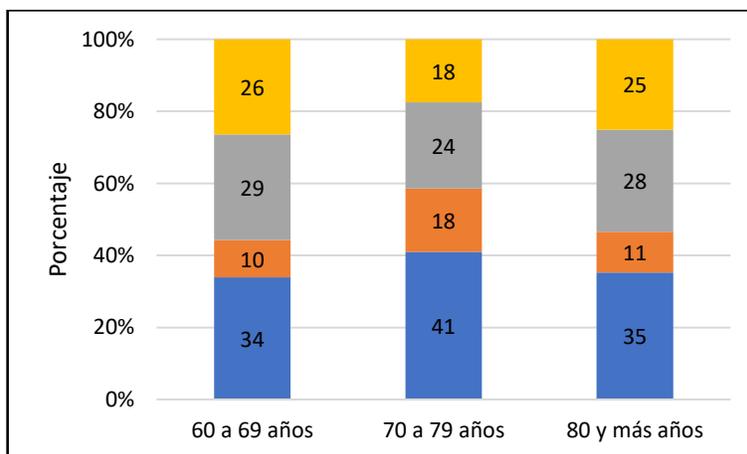
Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 80: Estado nutricional en hombres detectado en el Examen de Medicina Preventiva para el adulto mayor según tramo etario de la comuna de Quillota (período seleccionado)



Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 81: Estado nutricional en mujeres detectado en el Examen de Medicina Preventiva para el adulto mayor según tramo etario de la comuna de Quillota (período seleccionado)



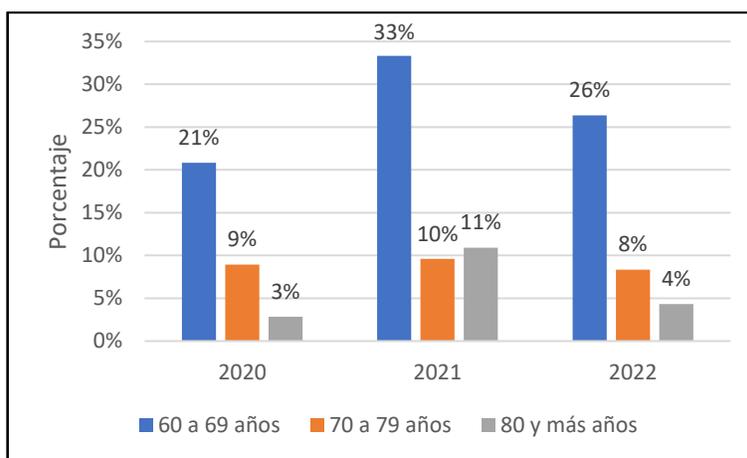
Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

El tabaquismo en las personas mayores vuelve a arrojar información que da cuenta de la forma en que las conductas de autocuidado asociadas al género influyen sobre la salud de la población. Si se comparan los gráficos 82 y 83, lo primero que destaca es que los hombres muestran porcentajes iguales o superiores a las mujeres para todos los grupos etarios.

La concentración de población dentro del total con esta conducta, muestra su valor más alto en un compartido 33% de personas mayores entre los 60 y 69 durante el 2021, valor que en 2022 bajó a un 26% en los hombres y a un 16% en las mujeres. Destaca por igual que en 2021, no se contabilizaron mujeres mayores a 80 años con tabaquismo.

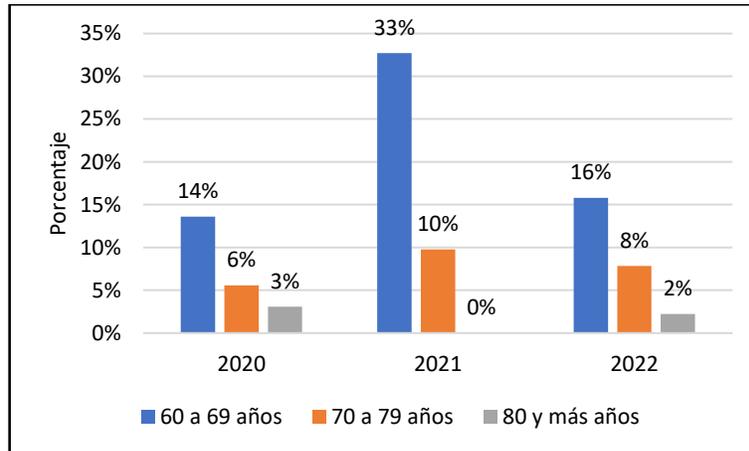
En relación con el panorama de esta condición en 2022, se observa una mantención de las cifras con respecto al 2020, con una variación inferior a los 5 puntos porcentuales para todos los casos. También se observa que la distribución dada en 2020 se reproduce, en razón de una disminución de la proporción de personas fumadoras para cada tramo etario conforme más avanza la edad. Es importante destacar que se desconocen las posibles causas tras esta disminución con la edad. En este sentido, la información disponible no permite realizar una inferencia de sus posibles motivaciones. Por lo que resulta de gran interés estudiar las determinantes socioculturales tras esta tendencia.

Gráfico 82: Porcentaje de tabaquismo en hombres adultos mayores detectado en el Examen de Medicina Preventiva por tramo etario de la comuna de Quillota (período seleccionado)



Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 83: Tabaquismo en mujeres adultas mayores detectado en el Examen de Medicina Preventiva por tramo etario de la comuna de Quillota (período seleccionado)

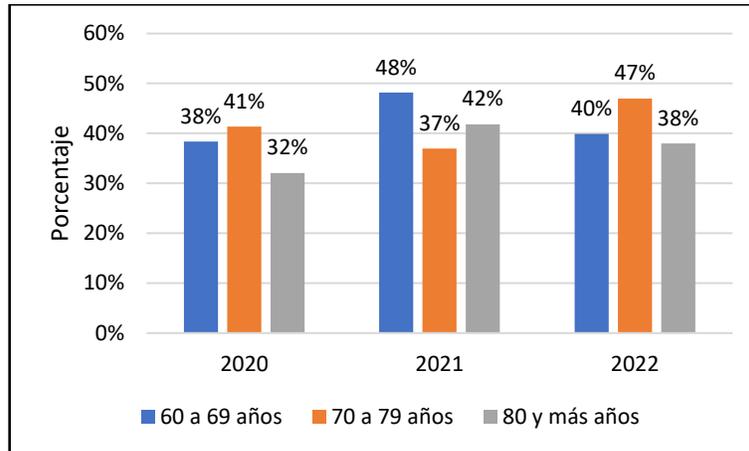


Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

La información asociada con la presión arterial vuelve a mostrar dinámicas consistentes con la presencia de determinantes de género en las personas mayores. En el conjunto de gráficos que van del 84 al 87, se puede evidenciar tanto la concentración como la variación de la presión arterial alterada para cada sexo. Si se comparan los resultados de los gráficos 84 y 86, se observa una distribución similar de las poblaciones masculina y femenina mayores a los 70 años con mayor presencia de esta afección. Las mayores diferencias por género se presentan en el tramo etario de entre 60 y 69 años, encontrándose una menor distancia en el siguiente rango de edad para los años considerados salvo en 2022, con una diferencia de un 47% de hombres sobre el 43% de las mujeres.

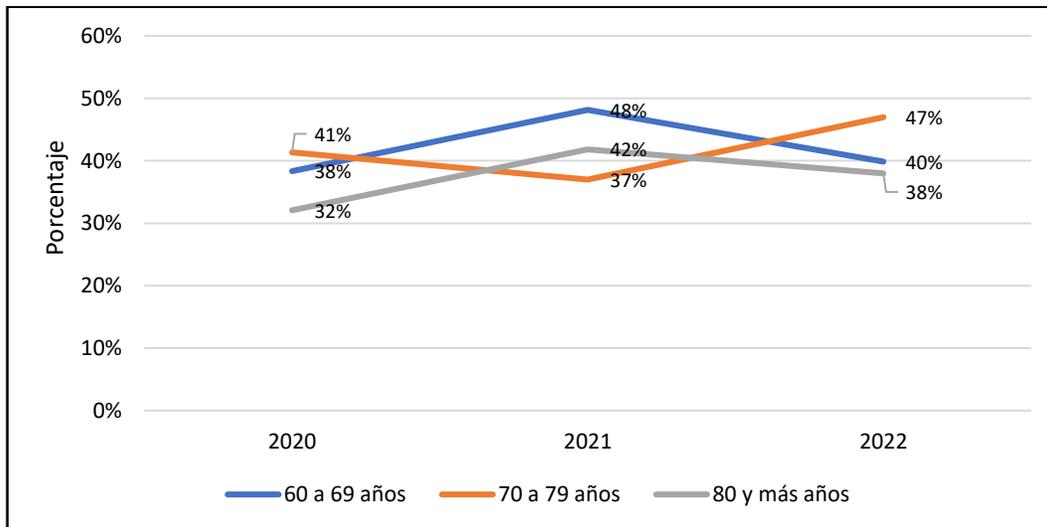
La comparación de los gráficos 85 y 87, sin embargo, presentan un comportamiento poblacional diferente para ambos sexos. En el caso de los hombres, se aprecia que pese a encontrar valores relativamente estables, entre 2020 y 2022 han tendido a aumentar los porcentajes de HTA alta en especial para la población mayor a 80 años. Este último valor pasó de encontrarse próximo al eje del 30% a acercarse al del 40%, siendo el 38% el valor más bajo alcanzado en este periodo. De manera adversa, la población femenina muestra una menor variación en sus valores, sin identificarse una tendencia general hacia el aumento de estas cifras. Lo que sí destaca en estas variaciones es la inestabilidad asociada con el tramo mayor a los 80 años, el cual pasó de un 39% a un 26% entre 2020 y 2021, y se volvió a elevar a un 41% para septiembre de 2022.

Gráfico 84: Porcentaje de presión arterial alterada en hombres adultos mayores detectado en el Examen de Medicina Preventiva por tramo etario de la comuna de Quillota (período seleccionado)



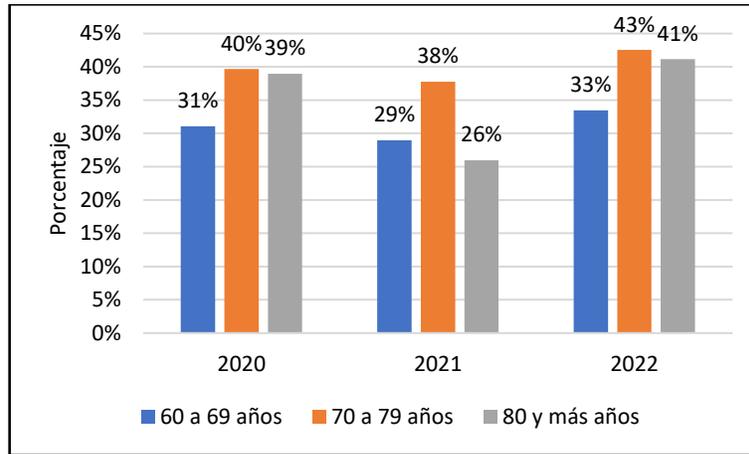
Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 85: Variación del porcentaje de presión arterial alterada detectado en el Examen de Medicina Preventiva en hombres adultos mayores por tramo etario de la comuna de Quillota (período seleccionado)



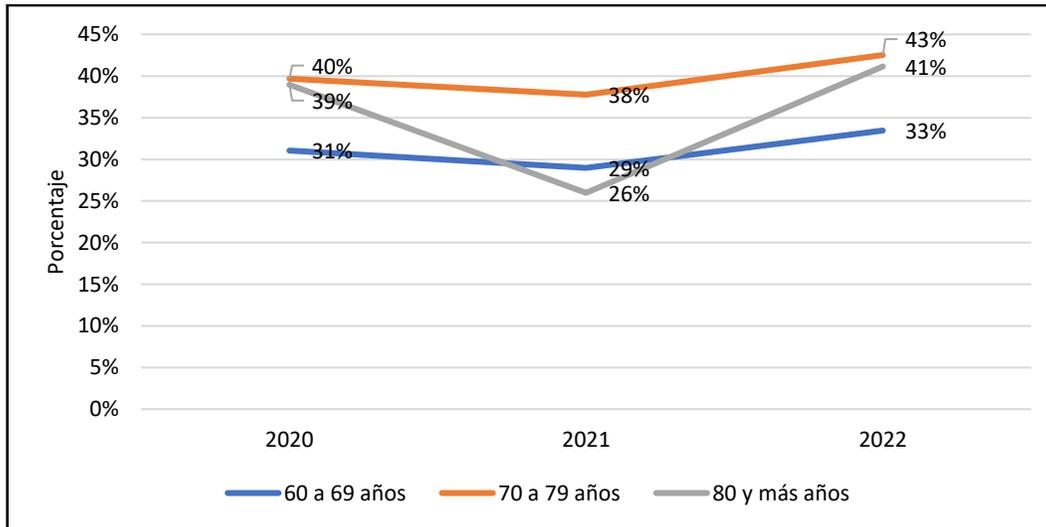
Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 86: Porcentaje de presión arterial alterada en mujeres mayores detectado en el Examen de Medicina Preventiva por tramo etario de la Comuna de Quillota (período seleccionado)



Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 87: Variación del porcentaje de presión arterial alterada detectado en el Examen de Medicina Preventiva en mujeres mayores por tramo etario de la comuna de Quillota (período seleccionado)



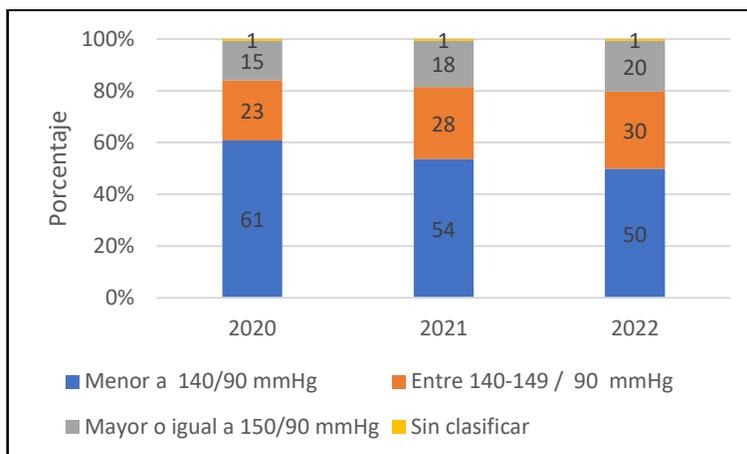
Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

En relación con la presencia de HTA en las personas mayores, presentado en el conjunto de gráficos que van del 88 al 91, se observa una distribución consistente con las tendencias apreciadas tanto para la etapa anterior como con la presión alterada de las personas mayores a 60 años. Esto dice relación con una concentración de los distintos niveles de los resultados arrojados por el estudio similar a cada sexo entre ambas etapas, con una disminución leve entre el mayor grupo etario de los adultos y el menor de este grupo; además de evidenciarse una

disminución del nivel inferior a los 140/90 mmHg entre un 61% en 2020 y un 50% en 2022 para el total de los hombres y entre un 64% en 2020 y un 55% 2021 de las mujeres adultas mayores. Lo anterior no altera sustancialmente los valores evidenciados para la población con un nivel mayor a los 150/90 mmHg en las mujeres. A diferencia de lo que ocurre en los hombres, donde los niveles restantes suben conforme disminuye el porcentaje con una presión inferior a los 140/90 mmHg, las mujeres absorben la variación porcentual entre estos años en el grupo que se encuentre entre los 140-149/90 mmHg.

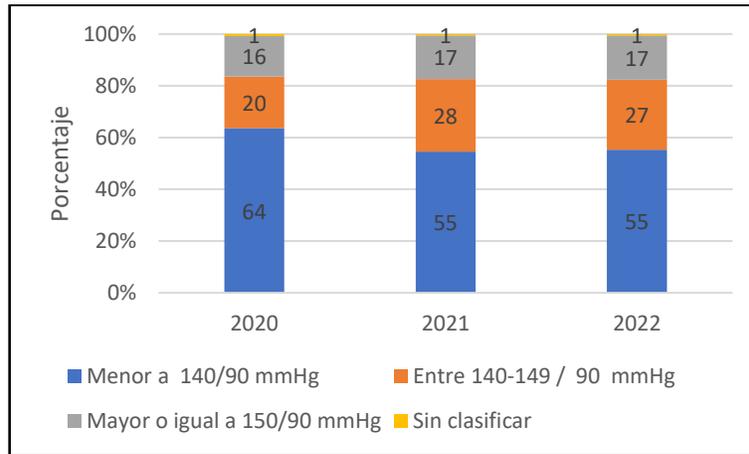
Cuando se desagregan estos porcentajes de acuerdo a los tramos etarios, se observan números similares en hombres y mujeres. De acuerdo a lo expresado en el gráfico 90, esta presenta variaciones de 1 punto porcentual en el nivel inferior a los 149/90 mmHg entre cada tramo para los hombres. Este valor comienza con un 54% para el rango de 60 a 69 años, y finaliza con un 56% en los mayores de 80 años. En las mujeres se dan cifras superiores en el tramo de 60 a 69 años, el cual alcanza el 62% del total. Este valor luego cae al 56% del siguiente tramo, y cierra con un 55% de las mujeres adultas mayores por sobre los 80 años.

Gráfico 88: Hombres adultos mayores hipertensos bajo control en el Programa Cardiovascular en la comuna de Quillota (período seleccionado)



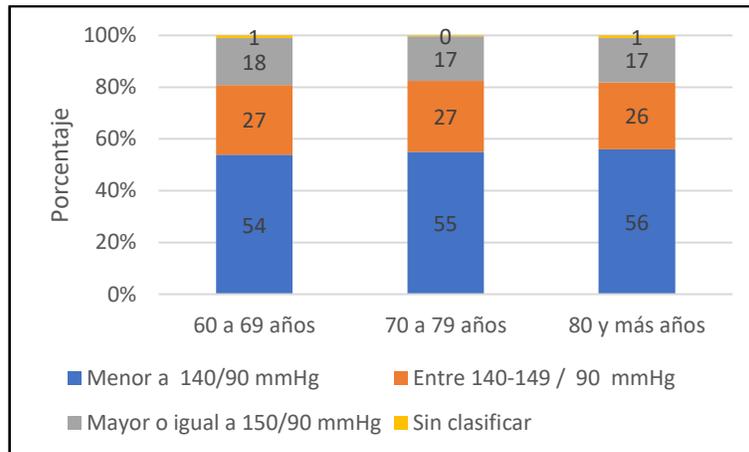
Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 89: Mujeres adultas mayores hipertensas bajo control en el Programa Cardiovascular en la comuna de Quillota (período seleccionado)



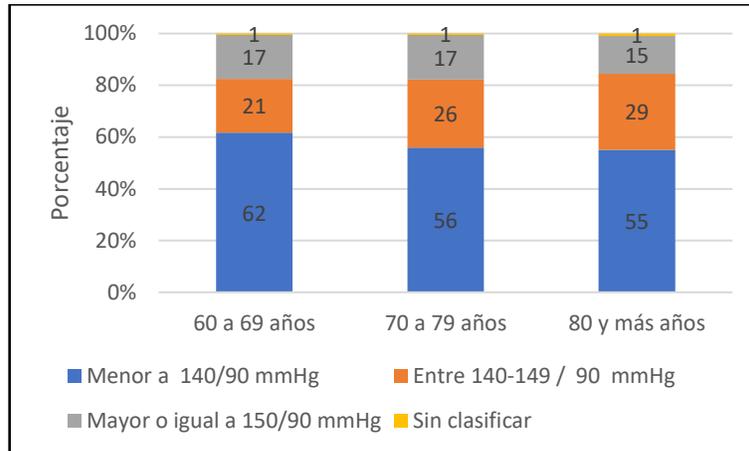
Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 90: Hombres adultos mayores hipertensos bajo control en el Programa Cardiovascular según rango etario en la comuna de Quillota (período seleccionado)



Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 91: Mujeres adultas mayores hipertensas bajo control en el Programa Cardiovascular según rango etario en la comuna de Quillota (período seleccionado)

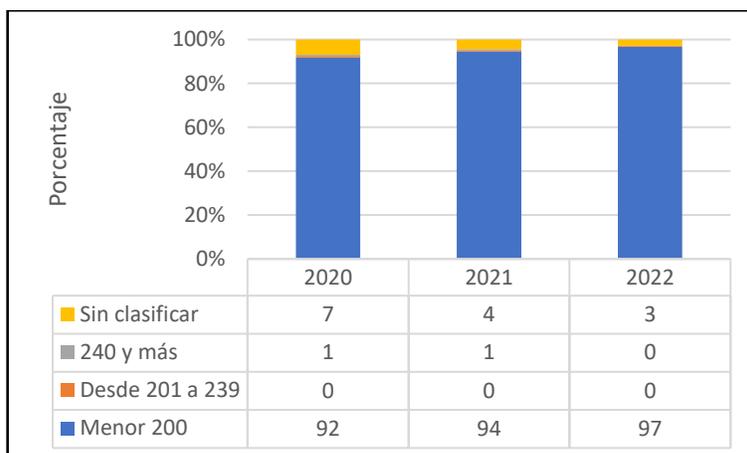


Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

La adherencia a los tratamientos por dislipidemia y DM muestra grados mucho más parecidos entre hombres y mujeres. A diferencia de la etapa adulta, los hombres muestran menos variaciones en razón de su edad y de los años, lo que coloca de relieve los efectos que tienen las prácticas de cuidado que las familias realizan en su favor.

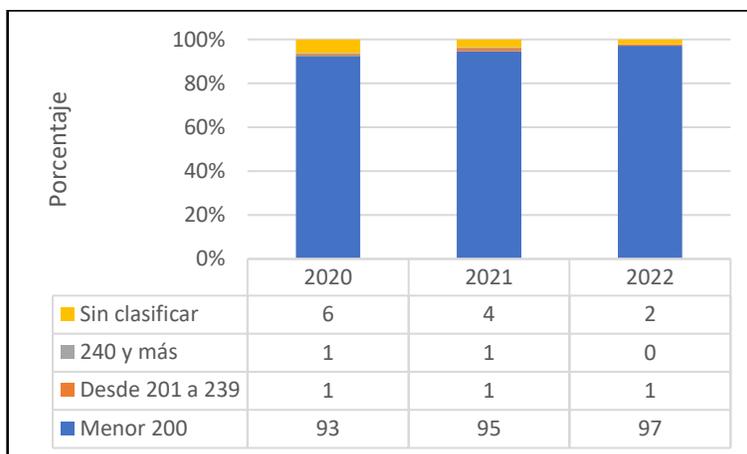
En relación con la dislipidemia, ilustrada por el conjunto de gráficos que van del 92 al 95, no se aprecian grandes diferencias entre los sexos y las edades. Los valores se mantienen casi iguales, con una diferencia de un punto porcentual entre hombres y mujeres para cada año. Así, por ejemplo, en 2020 los hombres presentan un 92% del total de pacientes controlados con un nivel de colesterol inferior a los 200 mg/dl, mientras que las mujeres acumulan un 93% de su población controlada. En 2022, la diferencia se estrecha aún más, con un 97% del total para ambos sexos. Finalmente, las diferencias por tramo etario tampoco muestran grandes diferencias, sin poder identificarse una tendencia clara entre los tres segmentos poblacionales contemplados.

Gráfico 92: Niveles de colesterol en hombres adultos mayores con dislipidemia bajo control en el Programa Cardiovascular (período seleccionado)



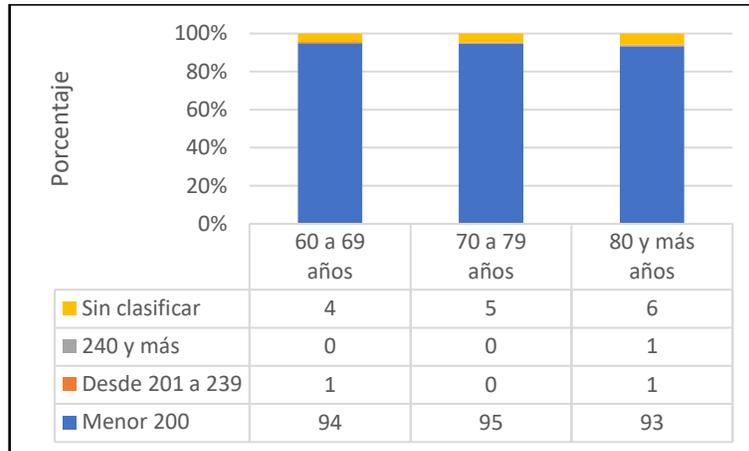
Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 93: Niveles de colesterol en mujeres adultas mayores con dislipidemia bajo control en el Programa Cardiovascular (período seleccionado)



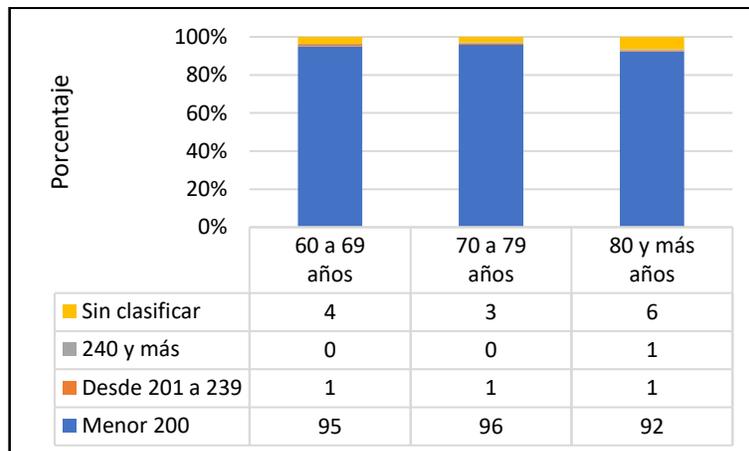
Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 94: Niveles de colesterol en hombres mayores con dislipidemia bajo control en el Programa Cardiovascular por tramo etario (período seleccionado)



Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

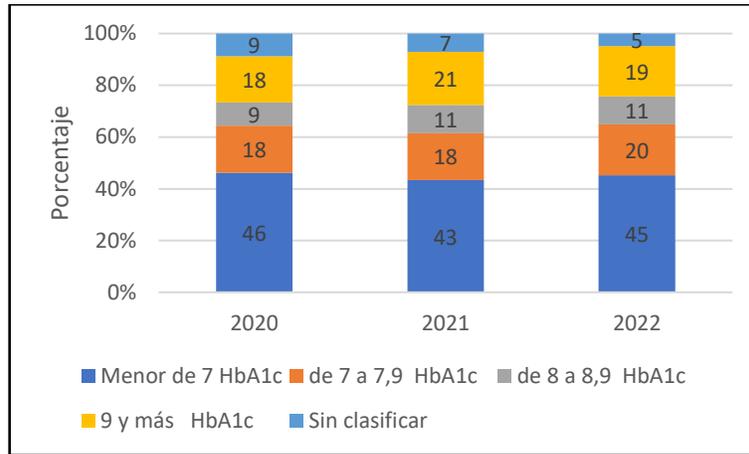
Gráfico 95: Niveles de colesterol en mujeres mayores con dislipidemia bajo control en el Programa Cardiovascular por tramo etario (período seleccionado)



Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

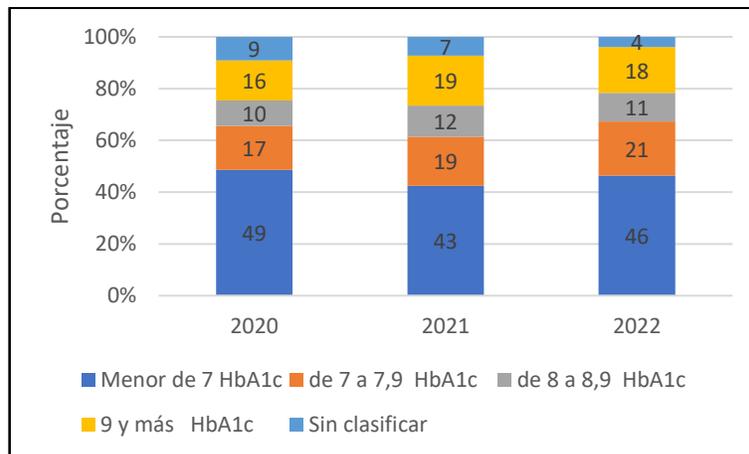
Sin embargo, el resultado de la hemoglobina glicosilada en pacientes diabéticos del segmento más envejecido, presenta una mayor sensibilidad en torno al nivel de adherencia a los tratamientos que muestra cada sexo. Según se aprecia en los gráficos 96 y 97, la mayor diferencia entre los sexos es un 46% de hombres versus un 49% de mujeres que se encuentran con hemoglobina glicosilada normal, en 2020.

Gráfico 96: Resultado de hemoglobina glicosilada en pacientes hombres mayores diabéticos bajo control en el Programa Cardiovascular de la comuna de Quillota (período seleccionado)



Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 97: Resultado de hemoglobina glicosilada en pacientes mujeres mayores diabéticas bajo control en el Programa Cardiovascular de la comuna de Quillota (período seleccionado)

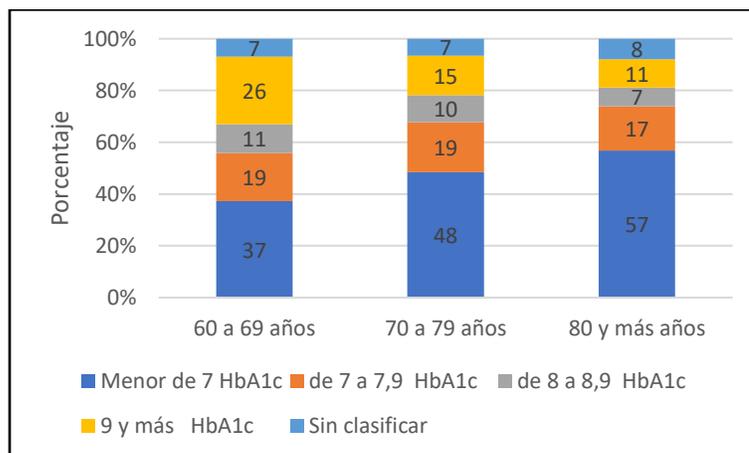


Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Como se aprecia en la comparación de los gráficos 98 y 99, el grupo de mujeres mayores con un nivel inferior a los 7HbA1c tiende a crecer considerablemente con los años, pasando de un 62% del segmento de 60 a 69 años, a un 89% en mayores de 80. Esta realidad contrasta con el aumento de este mismo nivel en los hombres, el cual va de un 37%, entre 60 y 69 años, y asciende a un 57% de mayores de 80. Nuevamente, esta información podría respaldar los efectos que tienen las prácticas familiares de cuidado, en la medida en que —como

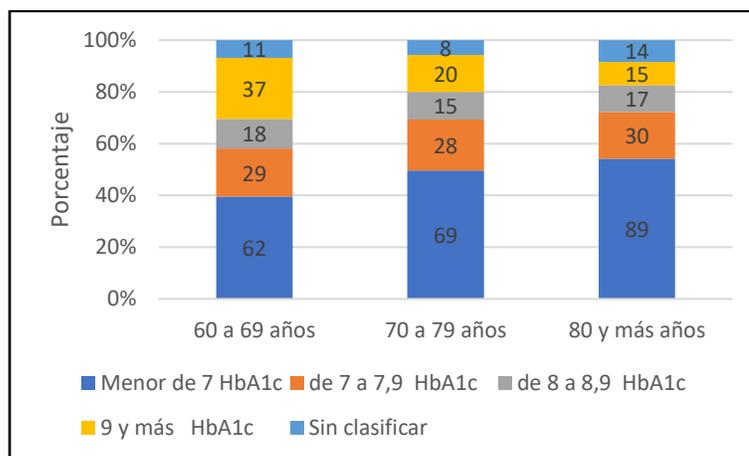
se señalará más adelante— las mujeres mayores cuentan con más herramientas de autocuidado con las que adaptarse a los desafíos de la vejez.

Gráfico 98: Resultado de hemoglobina glicosilada en pacientes hombres mayores diabéticos bajo control en el Programa Cardiovascular por tramo etario en la comuna de Quillota (período seleccionado)



Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 99: Resultado de hemoglobina glicosilada en pacientes mujeres mayores diabéticas bajo control en el Programa Cardiovascular por tramo etario en la comuna de Quillota (período seleccionado)



Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Respecto al riesgo cardiovascular, se presenta el panorama general correspondiente a este segmento poblacional en el conjunto de gráficos que van del 100 al 103. Los hombres no presentan una variación significativa en sus

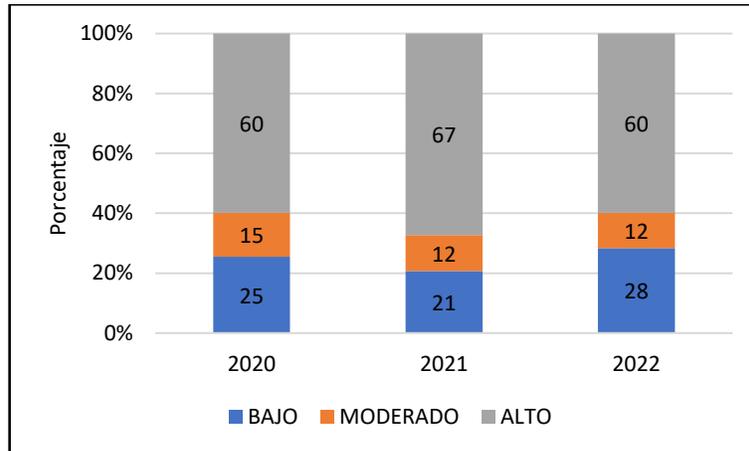
proporciones, entre 2020 y 2022, observándose en el gráfico 100 únicamente un aumento del riesgo alto, en 2021, tras alcanzar un 67% que luego logra revertirse y volver a su valor inicial, en 2022. Este mismo índice aplicado a la población femenina, ilustrado por el gráfico 101, sin embargo, muestra un aumento en las proporciones polares en el último año, llegando a concentrar un 41% y 46% en los niveles bajo y alto, respectivamente. Esta distribución en el último grupo destaca, por cuanto hay una posibilidad de que distintos factores de género incidan en la acumulación y subsanación de factores de riesgo asociado a prácticas de cuidado y autocuidado.

En este sentido, la distribución porcentual por tramo etario para las mujeres muestra un comportamiento normal. En el gráfico 103 se observa cómo el nivel alto tiende a aumentar con la edad de la población femenina correspondiente a esta edad, mientras el nivel bajo presenta pocas diferencias entre los primeros dos tramos y una disminución en 5 puntos porcentuales hacia las mayores de 80 años.

Este comportamiento contrasta con las proporciones de los hombres mayores. Según se aprecia en el gráfico 102, la concentración de población con un riesgo cardiovascular alto se mantiene estable en un 62% del total de cada tramo etario, observándose modificaciones en los valores del nivel moderado entre un 14% entre los 70 y 79 años y un 10% para mayores de 80.

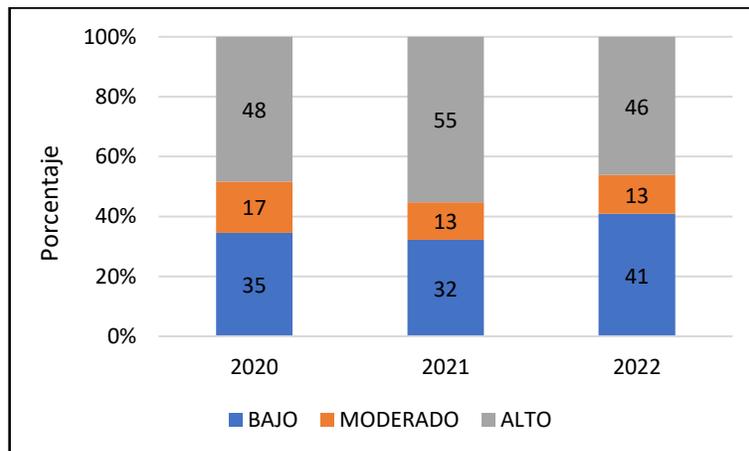
Esta situación puede tener múltiples explicaciones, que van desde la mayor tasa de mortalidad de hombres mayores a 70 años en comparación a las mujeres, como una eventual estabilización de los valores producida por recibir una mayor cantidad de cuidados desde los sistemas familiares. Ambos rasgos se apoyan en que la estadística general muestra un mayor incremento de factores de riesgo durante su vida adulta, que pasa a estabilizarse en la vejez. Sin embargo, hacen falta más estudios para asignar las causalidades de este fenómeno.

Gráfico 100: Riesgo Cardiovascular en hombres adultos mayores bajo control en el Programa Cardiovascular de la comuna de Quillota (período seleccionado)



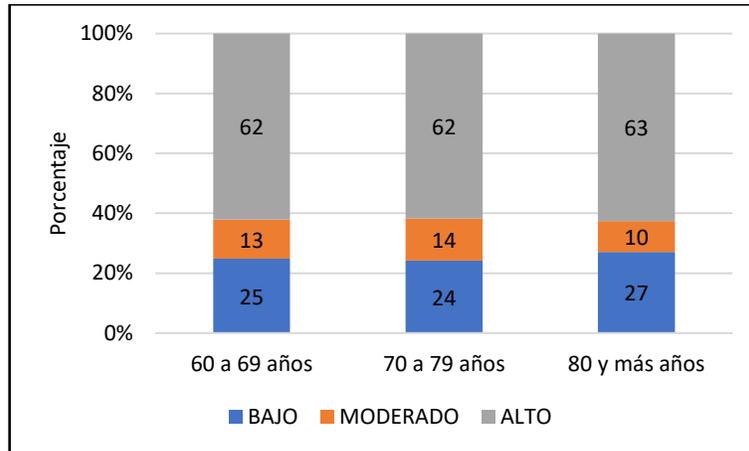
Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 101: Riesgo Cardiovascular en mujeres adultas mayores bajo control en el Programa Cardiovascular de la comuna de Quillota (período seleccionado)



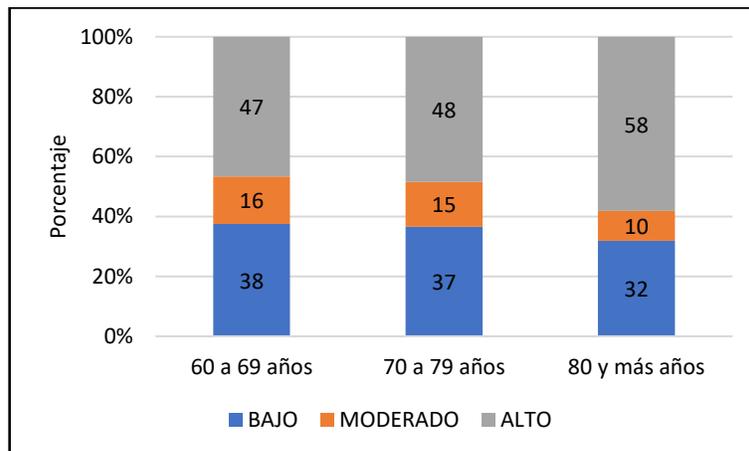
Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 102: Riesgo Cardiovascular en hombres adultos mayores bajo control en el Programa Cardiovascular según tramo etario de la comuna de Quillota (período seleccionado)



Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 103: Riesgo Cardiovascular en mujeres adultas mayores bajo control en el Programa Cardiovascular según tramo etario en la comuna de Quillota (período seleccionado)



Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

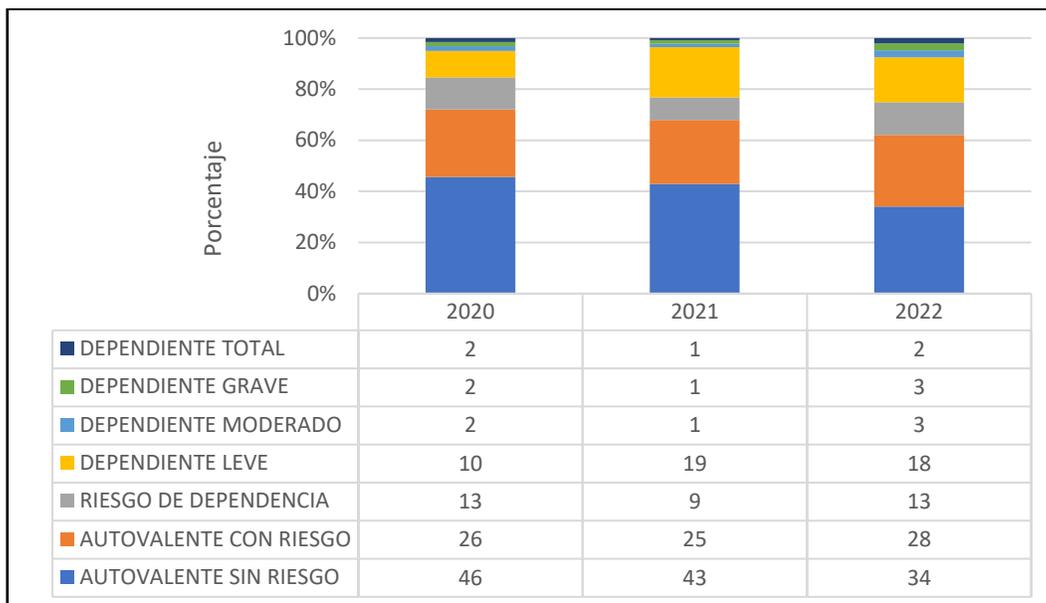
El estado de la funcionalidad de las personas mayores da cuenta de una evolución durante el periodo estudiado en el que, en ambos casos, ha tendido a bajar la proporción total de personas mayores autovalentes. Entre 2020 y 2022, este valor ha caído en un -13,9% en la población masculina, y en un -16,2% en la femenina. La mayor fluctuación, en ambos casos, ocurre entre el 2021 y 2022, donde el 68% de hombres mayores autovalentes disminuye a un 62%, mientras que para las mujeres se pasa de un 64% de su total a un 55%.

Esta realidad presenta una anomalía frente a la tendencia general que había demostrado la población femenina, ya que estos valores muestran una mayor proporción de mujeres en estado de dependencia leve y moderada, así como también de dependencia grave y total. Los valores asociados a ambos conjuntos de categorías, ilustrados en los gráficos 104 y 105, presentan un total de 17% de mujeres contra el 12% de los hombres en el grupo medio para 2020, y de un 5% contra 3% del mayor grado de dependencia durante el mismo año. En actual año en curso, esta proporción se eleva a una diferencia de 25% contra 20% de dependencia leve y moderada; y se igualan en un 5% de dependencia grave y total para ambos sexos.

La descomposición de estos valores de acuerdo a los tramos etarios, presenta una tendencia que reafirma el comportamiento anómalo de este indicador. Si se compara la variación general, calculada entre el primer y último tramo etario de cada sexo, se observa que los hombres presentan una mayor disminución de la autovalencia con una caída de un -59,5% contra el -55,1% correspondiente a las mujeres mayores. Sin embargo, en los hombres se aprecia una pérdida sostenida y gradual de la funcionalidad entre cada tramo, mientras que en las mujeres se tasa un aumento de este indicador en un 14,2% entre el rango de los 65 a 69 y los 70 a 75 años, seguido de una caída mucho más fuerte expresada en un -17,5% contra un -12,8% entre los 70 a 75 y los 75 a 79 años para mujeres y hombres respectivamente, y de un -52,4% contra un -50,1% entre los 75 a 79 años y los 80 o más.

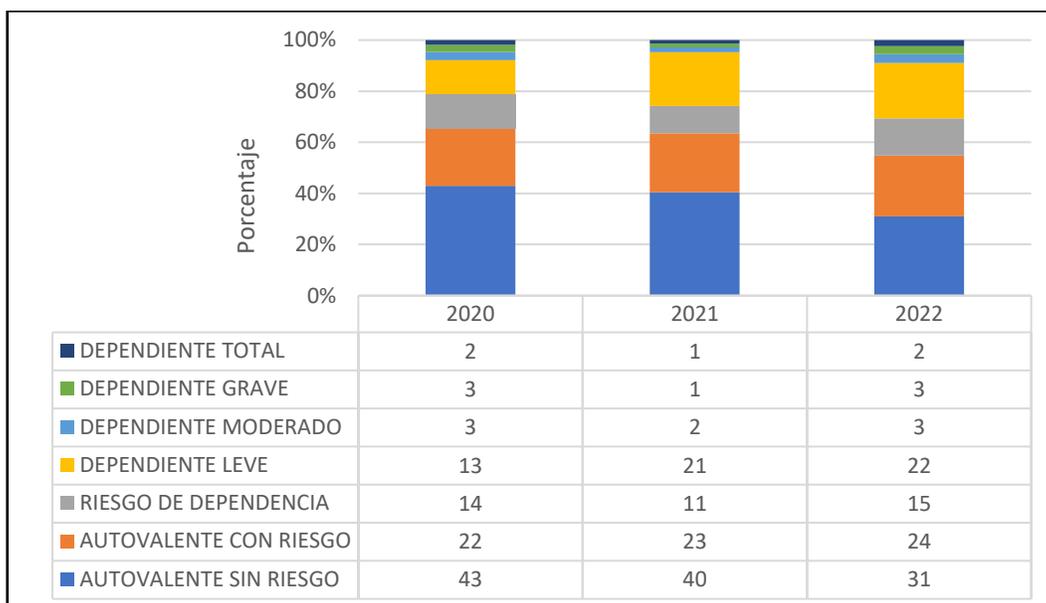
En síntesis, con el nivel de funcionalidad de las personas mayores dentro de la comuna, ocurre algo parecido a lo observado al cierre de la revisión de los datos disponibles para el riesgo cardiovascular: se constata una serie de fenómenos de asociación probable a factores de género, en particular a lo que refiere a las formas de cuidado, que sin embargo requieren de una mayor investigación para poder medir su impacto. En lo concreto, el conjunto de gráficos 104 a 107 presenta tendencias interesantes para ambos sexos, en la medida que ilustran una tendencia adversa a la sostenida en los demás indicadores de otras etapas del ciclo vital. En especial a los que refieren al análisis comparado de los gráficos 106 y 107, en los que se aprecia un deterioro más pronunciado en las mujeres que en los hombres a partir de los 70 años.

Gráfico 104: Clasificación según funcionalidad en hombres adultos mayores de la comuna de Quillota (período seleccionado)



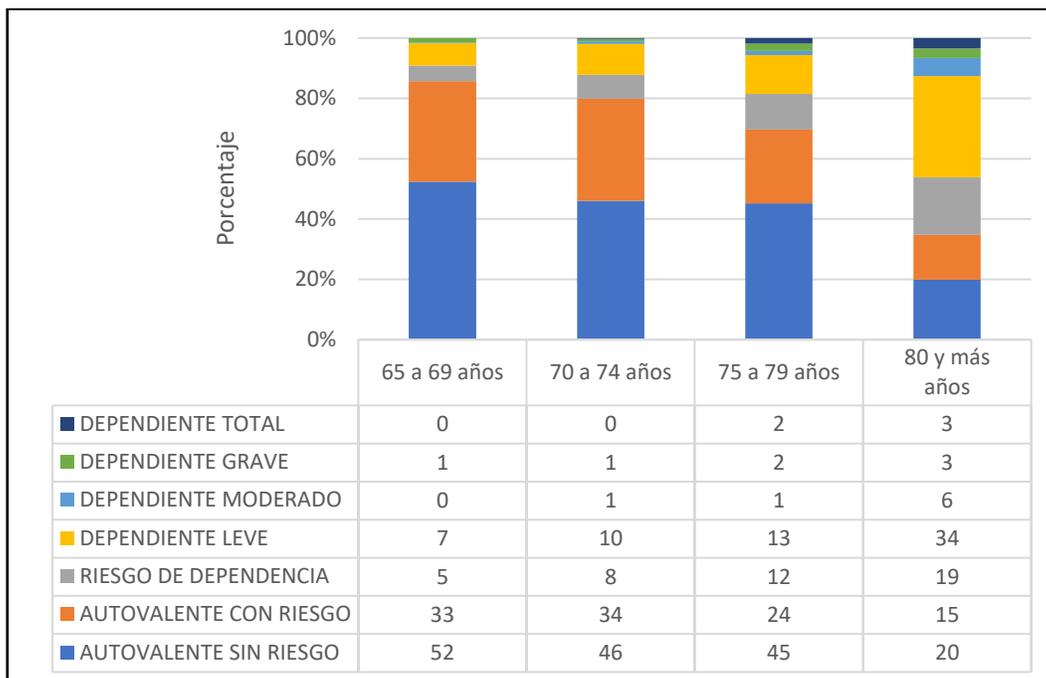
Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 105: Clasificación según funcionalidad en mujeres adultas mayores de la comuna de Quillota (período seleccionado)



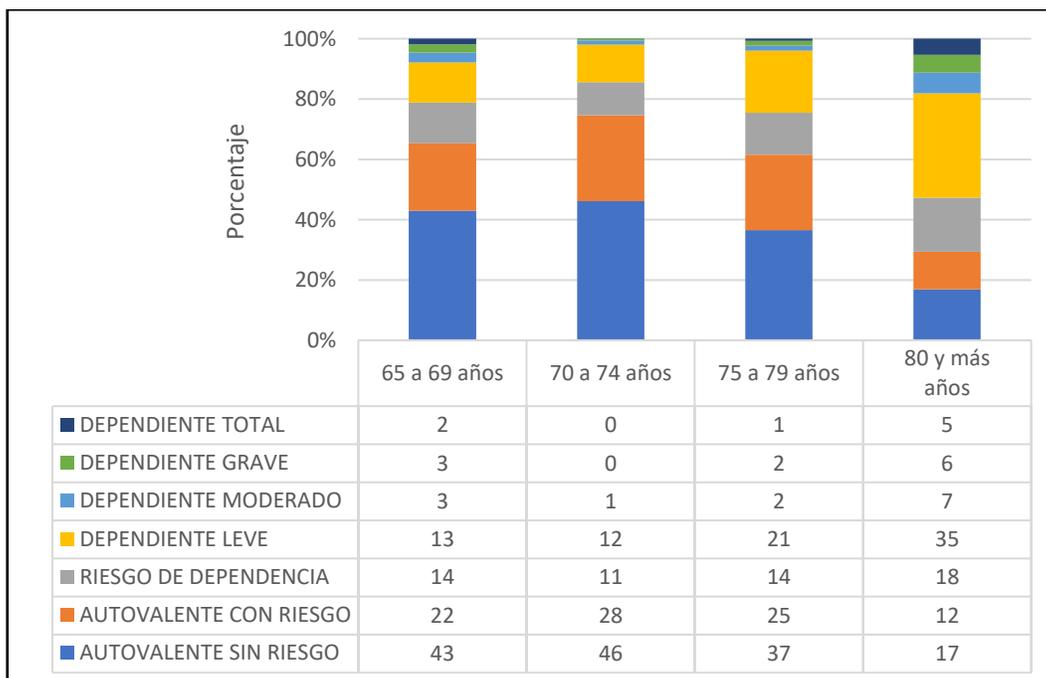
Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 106: Clasificación de funcionalidad en hombres adultos mayores por tramo etario de la comuna de Quillota (período seleccionado)



Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 107: Clasificación de funcionalidad de mujeres adultas mayores por tramo etario de la comuna de Quillota (período seleccionado)



Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

En relación con las personas mayores, las diferencias en los resultados asociados a cada sexo vuelven a poner en evidencia los efectos de las conductas asociadas al género de las personas en Quillota. Como se vio en todos los segmentos etarios, las mujeres en general tienden a mostrar una mayor adherencia al tratamiento, información nutricional mucho más estable y un menor riesgo cardiovascular que en el caso de los hombres. Al mismo tiempo, se observa en los últimos tres años una tendencia a aumentar los factores de riesgo dentro de la población bajo control femenina, junto con un aumento más pronunciado en los niveles de dependencia de las mujeres adultas mayores por tramo etario.

Estas diferencias ponen de manifiesto la importancia que tiene la crisis de los cuidados como una hipótesis desde la que explicar esta contradicción. Ésta hace referencia a las dificultades de los sistemas sociales, públicos y sanitarios para construir salidas articuladas a las necesidades de la población ante las presiones demográficas tendientes al envejecimiento en la población de los últimos años (Pérez-Orózco, 2006; González, Guizardi y Larrazabal, 2021). De acuerdo a investigaciones académicas, la dimensión de los cuidados explica en parte el comportamiento ambivalente de los indicadores de salud de la población femenina.

Los estudios cualitativos enfocados en las dinámicas asociadas con las mujeres mayores en relación a las prácticas de cuidado en Chile, enfatizan una paradoja relevante para identificar situaciones propias de las relaciones de género dentro de este ciclo vital que influyen sobre estas diferencias estadísticas. En general, se observa una mayor vulnerabilidad económica y social dentro de la población femenina, lo que se traduce en una mayor dependencia de las instituciones públicas (Knodel y Ofstedal, 2003; Montaña, 2004; Giménez, 2004; Marco, 2004). Sin embargo, también se aprecia que las mujeres mayores cuentan con más herramientas socio-relacionales que los hombres, como son la creación de lazos sociales y la existencia de prácticas de autocuidado que permiten una mejor respuesta a las problemáticas propias del envejecimiento que con sus pares varones (Knodel y Ofstedal, 2003; González *et al.*, 2021).

Lo anterior plantea la relevancia que tienen estas herramientas socio-relacionales y las prácticas de autocuidado dentro del género femenino. Ambos aspectos generan tendencias contrarias para este ciclo vital, las cuales adscriben a la contradicción señalada en el párrafo anterior. En primer lugar, se aprecia una mayor longevidad del sexo femenino a causa de estas herramientas, lo que coloca a la población masculina en desventaja, producto de las conductas asociadas a su género, menos vinculada a conductas saludables y a relacionarse con los servicios sanitarios. En segundo lugar, se ha descrito los efectos perniciosos de las cargas que genera el sistema familiar hacia las mujeres mayores con la categoría del “síndrome del cuidador”, traducido en la presencia de enfermedades asociadas a la sobrecarga física y emocional de los cuidados intensivos (Flores, Rivas y Seguel, 2012).

Esta incidencia de los fenómenos asociados con la crisis de los cuidados se manifiesta en la comuna en virtud de la información poblacional expresada en el apartado de caracterización demográfica de Quillota. En particular, se presenta en la mayor defunción de hombres sobre mujeres que integran al segmento etario de entre los 75 y 79 años. Adicionalmente, se observa en los efectos de estas condicionantes de género sobre la salud quillotana en las diferencias de los valores expresados para cada sexo dentro de los indicadores de cada grupo etario, sumado a los distintos comportamientos que expresan hombres y mujeres en relación a la acumulación de factores de riesgo cardiovascular a lo largo de sus vidas.

Todo lo anterior pone de manifiesto una parte importante de las necesidades y desafíos que el envejecimiento poblacional supone hacia el sistema sanitario de Quillota. En concreto, ello se explica en razón de un aumento de las demandas de cuidado al sistema familiar ante la falta de oferta de servicios afines por la red pública de salud. Adicionalmente, la crisis de los cuidados plantea el desafío para el sistema sanitario de establecer estrategias con enfoque de género en el abordaje del envejecimiento, que propendan a mejorar la salud de hombres y mujeres atendiendo a los factores socio-culturales que interfieren en las conductas saludables, en la dinámica de cuidados y, finalmente, en la salud de los individuos y comunidades.

Este tópico será abordado nuevamente en el sexto capítulo del presente plan comunal, como un desafío que ha sido evidenciado de forma consistente en el análisis de los indicadores demográficos y de salud de la comuna. En particular, se debe destacar el importante objetivo que significa la puesta en marcha del anhelado Proyecto de Centro de Bienestar para las Personas Mayores y sus Familias.

f. Programas y Unidades Transversales

Las cifras asociadas con los programas y unidades transversales a los diferentes segmentos etarios dan cuenta de información de aquellas acciones llevadas a cabo por SaludQuillota de forma general. La separación que se ofrece en relación con los demás indicadores de salud se refiere a la categoría especial que ocupan, buscando poder destacar las tendencias particulares de estas dimensiones con relativa independencia de las afecciones de salud específicas de cada etapa. En este sentido, se realizaron mediciones en torno a dos ejes principales. De un lado, la salud odontológica, que en razón de su menor extensión se detalla primero. Del otro, la salud mental, la cual se presentará de acuerdo a las distintas etapas del ciclo vital.

i. Salud odontológica

La medición del estado de la salud dental en la comuna se puede determinar a partir del índice CEOD 0. Dicho indicador mide la presencia de caries, extracciones y obturaciones en niños menores de 7 años, constituyendo con ello

un valor certero respecto a variables como la alimentación y la higiene bucal de los niños y niñas de la comuna. El número cero dentro de éste presenta, por consiguiente, la ausencia de cualquiera de estas tres situaciones, siendo con ello el valor ideal del indicador.

Los valores presentes en la tabla 22 muestran un decrecimiento sostenido en el porcentaje igual a cero en Quillota, el cual pasa de estar en un 76% del total para el año 2020 a un 71% en el 2022. Pese a lo anterior, el segundo valor más alto refiere a índices en el rango de 1 a 2, con un 10% en 2020, un 11% de 2021 y el 12% en el año en curso, lo que muestra un índice controlado en los dos valores más bajos. De forma adicional, se observa un índice mucho más alto durante el año 2021, panorama que se corrige en sus valores más altos para 2022.

Tabla 22: Índice CEOD 0¹⁵ en niños y niñas menores de 7 años en Control Odontológico de la Comuna de Quillota (período seleccionado)

ÍNDICE CEOD 0	Año 2020		Año 2021		Año 2022	
	N°	%	N°	%	N°	%
0	1.742	76	1.320	72	1.606	71
1 a 2	220	10	194	11	281	12
3 a 4	155	7	130	7	181	8
5 a 6	76	3	90	5	103	5
7 a 8	55	2	70	4	52	2
9 o más	53	2	32	2	43	2
Total	2.301	100	1.836	100	2.266	100

Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

En relación a las especialidades odontológicas para mayores de 15 años, se contabilizan un total de 95 consultas realizadas en 2022. Según se aprecia en la tabla 23, este número se descompone en 58 consultas por periodoncia y 37 por endodoncia. Los valores presentados hasta septiembre de 2022, contrastan con las 154 consultas totales en 2021, y se encuentran próximas a las 107 en 2020. Sin embargo, si se ajustan estas cifras a los promedios mensuales, se aprecia un ritmo aproximado de 10,5 consultas para cada mes de 2022, cercanas a las 12,8 de 2021 y superiores a las 8,9 de 2020.

¹⁵ El indicador CEOD 0 se refiere al índice de dientes con caries, extraídos u obturados. Un índice de 0 señala ausencia de cualquiera de estas condiciones.

Tabla 23: Número de consultas realizadas según especialidad odontológica en la comuna de Quillota (período seleccionado)

Año	Periodoncia	Endodoncia	Total
2020	78	29	107
2021	96	58	154
2022	58	37	95

Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

Finalmente, en la tabla 24 se observan los números de personas que se han beneficiado de los programas odontológicos focalizados en población vulnerables de la comuna. En total, para el año 2020 se han dado 353 altas y se han entregado 892 prótesis. Este valor contrasta con el año en curso, en el que se cuentan hasta septiembre con 166 altas y 385 prótesis entregadas. Esta baja en ambos números se atribuye al contexto de la pandemia, en razón de una disminución de la población beneficiaria de éstos.

Tabla 24: Número de beneficiarios por PRAPS en salud odontológica de Quillota (período seleccionado)

Año	Programa odontológico integral estrategia Más Sonrisas para Chile		Programa Odontológico Integral Estrategia Hombres de Escasos Recursos		Programa Mejoramiento del Acceso del Acceso Estrategia Resolución de Especialidad en APS		Ges odontológico adulto de 60 años	
	Nº de altas	Nº de prótesis	Nº de altas	Nº de prótesis	Nº de altas	Nº de prótesis	Nº de Pacientes	Nº de Prótesis
Año 2020	317	599	10	20	26	52	130	221
Año 2021	409	739	49	94	35	65	150	185
Año 2022	159	284	7	13	0	0	51	88

Fuente: Datos obtenidos en REM (2020; 2021; 2022)

ii. Salud mental

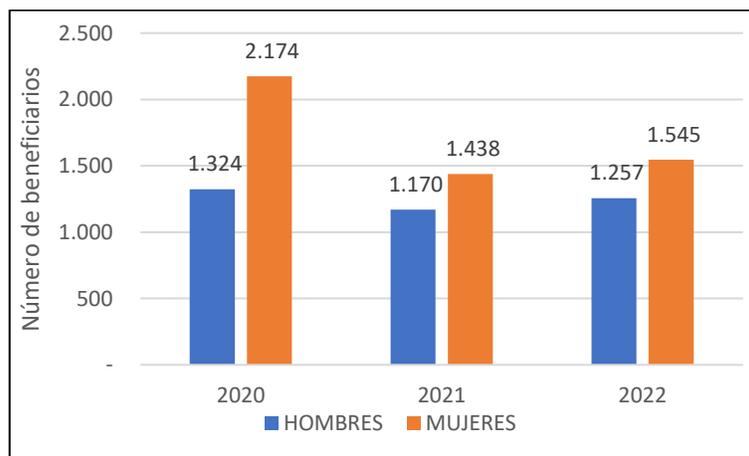
Para los indicadores de salud mental, es importante comenzar señalando que los datos considerados refieren a la estadística generada por el programa

diseñado para este propósito. Ello implica que dicha información no presenta la realidad de la población total de la comuna, sino de aquellas personas que son destinatarias de las prestaciones psicológicas que genera la política municipal. En este sentido, en base a los tipos de factores que inciden en el ingreso a éste, se aprecian dos tendencias diferentes para cada sexo de las personas bajo control, entre 2020 y 2022.

El gráfico 108 presenta un valor estancado en los hombres, oscilante entre 1.170 personas y 1.324. Mientras, las mujeres disminuyeron su participación entre 2020 y 2021, estabilizando su valor en ese año entre las 1.438 y las 1.545. Este comportamiento se explica por las variaciones expresadas en el gráfico 109, en el que es visible un aumento de los diagnósticos realizados en mujeres en la etapa adulta en comparación con los hombres. En concreto, se evidencia un aumento en la concentración de las consultas de la población masculina en la adolescencia, en la que se acumula un total de 1.466 beneficiarios. Esa cifra luego cae a 880 en adultos y a 245 de adultos mayores.

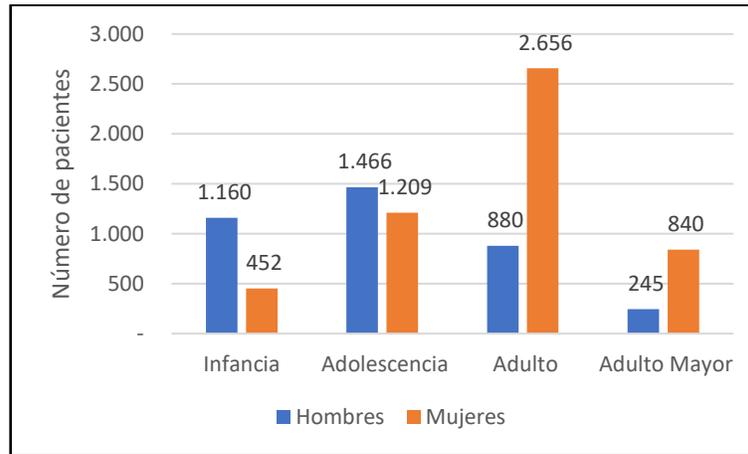
En cambio, las mujeres tienden a crecer su participación en el Programa de Salud Mental conforme se avanza en las etapas del ciclo vital. En términos absolutos, ellas pasan de ser 452 en la infancia, para casi triplicar su valor en la adolescencia y a superar el doble de los 1.209 de dicha etapa al llegar a la adultez. En el caso de las personas mayores, se presenta una disminución generalizada de los valores absolutos, lo que no deja de mostrar una concentración significativamente mayor de mujeres para los rangos etarios contemplados en esta etapa.

Gráfico 108: Población bajo control en el Programa Salud Mental de la comuna de Quillota (período seleccionado)



Fuente: datos obtenidos en censo poblacional MINSAL (2020; 2021; 2022)

Gráfico 109: Cantidad población bajo control Programa Salud Mental en la comuna de Quillota por ciclo vital (período seleccionado)



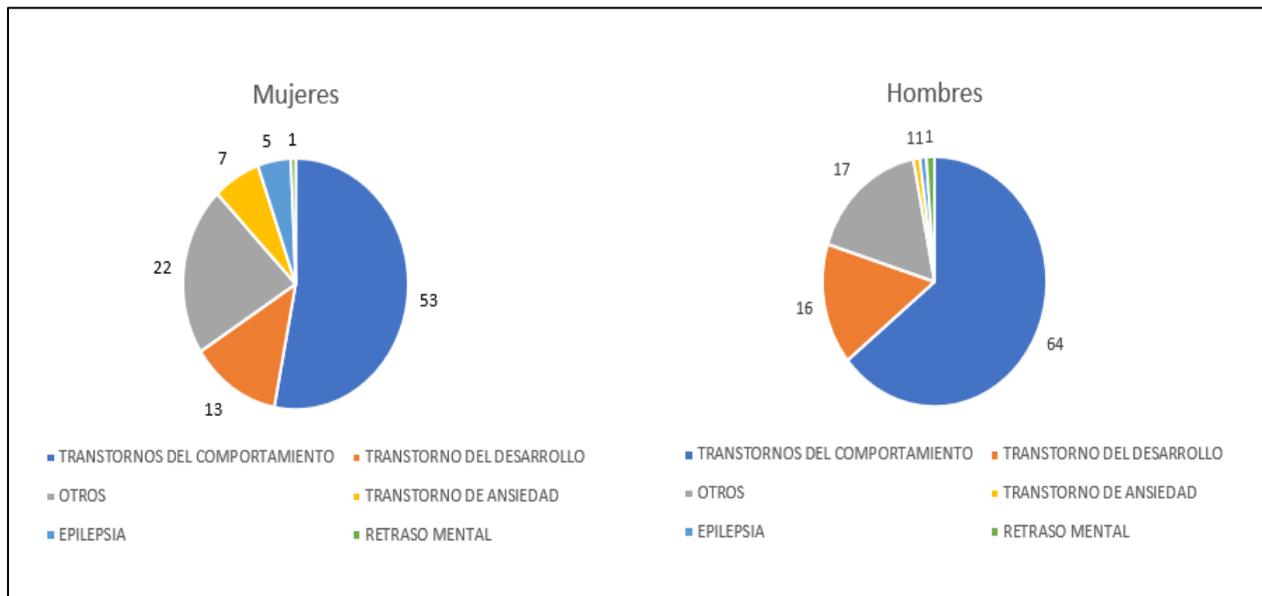
Fuente: datos obtenidos en censo poblacional MINSAL (2020; 2021; 2022)

El motivo de estas tendencias al aumento y disminución de las personas beneficiadas por el programa según su sexo puede observarse en el conjunto de gráficos que van del 110 al 113¹⁶. En éstos, se pueden ver los principales diagnósticos realizados a estas personas según sexo. La información expresada en estos cuatro gráficos elabora una aproximación interesante a los caracteres de género presentes en la comuna.

En primer lugar, en aquellos casos donde se aprecia una mayoría de hombres sobre mujeres con diagnósticos para el 2022, el tipo de diagnóstico que más destaca refiere a los trastornos del comportamiento con un 64% en los niños y un 63% en los adolescentes. Esta cifra contrasta con el 53% y 41% respectivo para las mujeres, en quienes se presenta una mayor prevalencia de diagnósticos por trastornos de ansiedad (con un 7% en infancia y un 27% del total en la adolescencia). Esta distribución permite inferir los efectos que tiene la mediación de los espacios escolares en la inclusión de la población masculina dentro de estas dos etapas. Influencia que se confirma con la menor proporción de hombres diagnosticados en su etapa adulta.

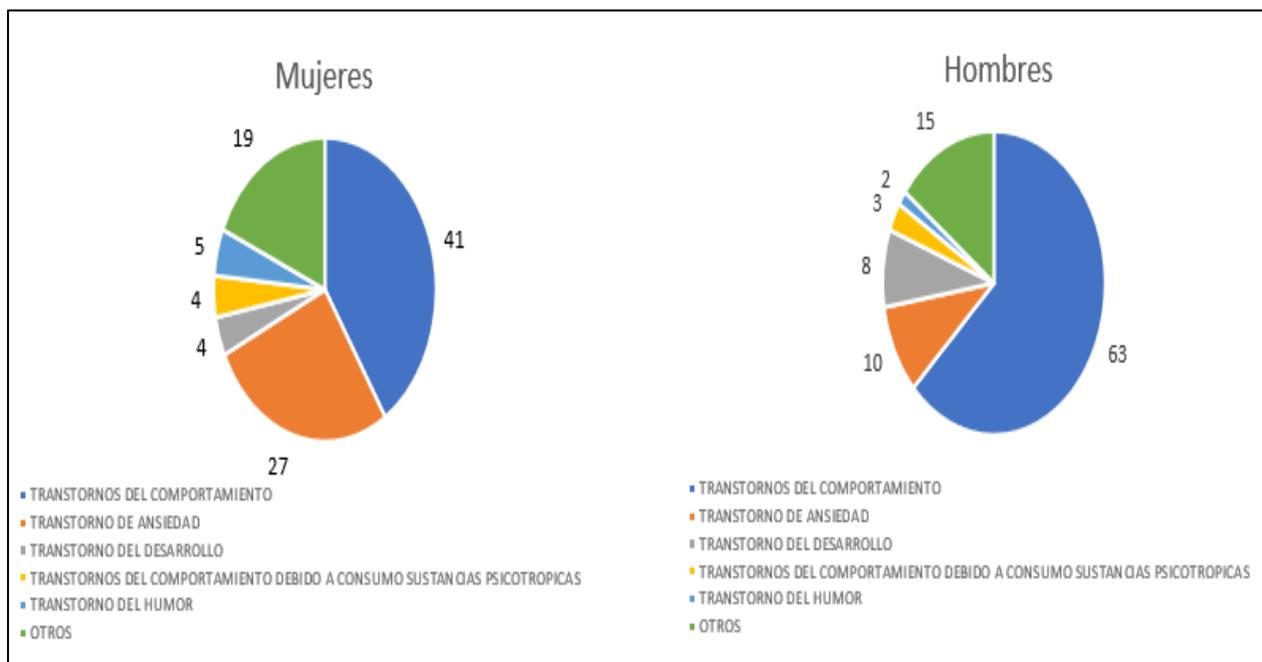
¹⁶ El porcentaje de diagnósticos se realiza a lo largo del año 2022, ya que los datos disponibles por año refieren a los valores asociados con los usuarios que se encuentran en tratamiento. Se consideró que construir el dato con la frecuencia acumulada por los tres años constituía una distorsión de estas proporciones. Con este mismo fin, en “otros” se agregaron todas aquellas condiciones que concentrasen un valor igual o menor a un 1% de diagnósticos, junto a aquellas tipologías que el censo poblacional del MINSAL establece dentro de esta categoría. Para cada caso, se especificará qué situaciones psicológicas se incluyeron dentro de este grupo.

Gráfico 110: Proporción de diagnósticos por sexo en niños y niñas bajo control en el Programa de Salud Mental de la comuna de Quillota (año 2022)¹⁷



Fuente: datos obtenidos en censo poblacional MINSAL (2020)

Gráfico 111: Proporción de diagnósticos por sexo en adolescentes bajo control en el Programa de Salud Mental de la comuna de Quillota (año 2022)¹⁸



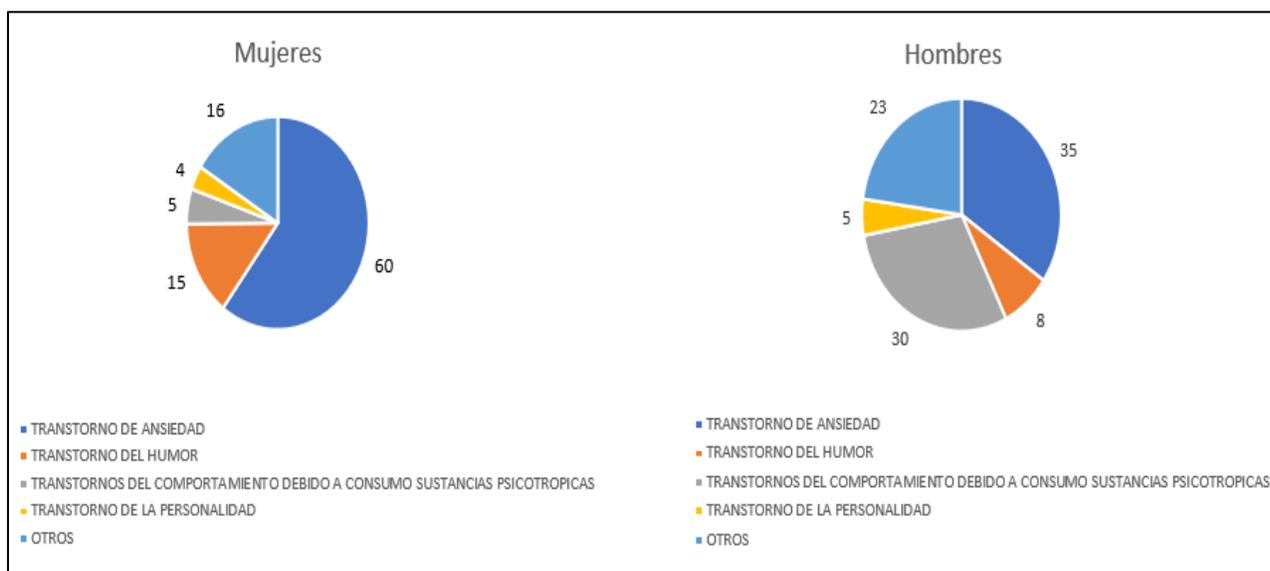
Fuente: datos obtenidos en censo poblacional MINSAL (2020)

¹⁷ En otros se incluyen las categorías de: trastorno de la conducta alimentaria, abuso sexual, violencia y trastorno de la personalidad.

¹⁸ En otros se agregaron trastorno de la conducta alimentaria, retraso mental, trastorno de la personalidad, violencia, epilepsia, intento de suicidio, esquizofrenia y abuso sexual.

En relación con la concentración de los tipos de diagnósticos en adultos y personas mayores, los comportamientos de género producen una diferencia mucho más marcada. Los números ascendentes por ansiedad en las mujeres llegan al 60% del total, valor que no varía mucho en relación con el 58% de las mujeres adultas mayores. El segundo valor superior refiere a trastornos del humor, el cual también se mantiene estable con un 15% del total. En cambio, en los hombres adultos se observa un 30% de ingresos motivados por el consumo de sustancias psicotrópicas, valor solo 5 puntos porcentuales inferior a aquellos que llegan por trastornos de ansiedad. El 35% asociado a este último valor se eleva a un 56% de los adultos mayores ingresados en el programa.

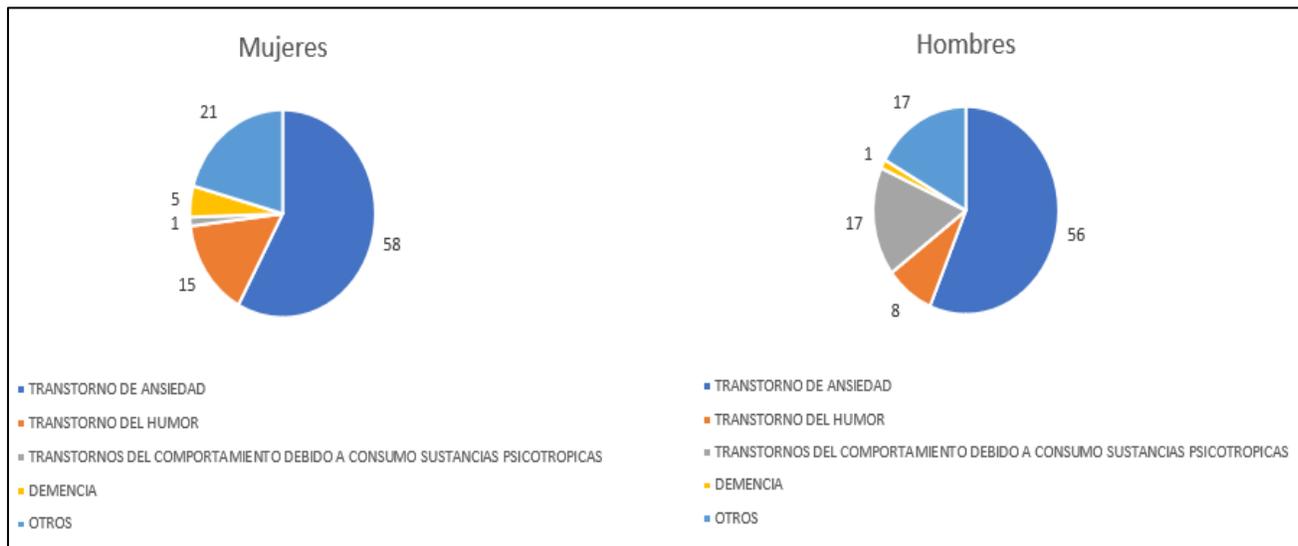
Gráfico 112: Proporción de diagnósticos por sexo en adultos bajo control en el Programa de Salud Mental de la comuna de Quillota (año 2022)¹⁹



Fuente: datos obtenidos en censo poblacional MINSAL (2020)

¹⁹ En otros se agregaron los diagnósticos de demencia, violencia, trastorno del desarrollo, retraso mental, trastorno de la conducta alimentaria, esquizofrenia, ideación de suicidio, trastornos de comportamiento y epilepsia.

Gráfico 113: Proporción de diagnósticos por sexo en adultos mayores bajo control en el Programa de Salud Mental de la comuna de Quillota (año 2022)²⁰



Fuente: datos obtenidos en censo poblacional MINSAL (2020)

g. Gestión Farmacéutica

La Unidad de Farmacia integra el grupo de Unidades de Apoyo Técnico, cuya gestión tiene por objetivo mejorar la calidad de vida de los y las usuarias a través del uso eficiente, seguro, informado de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos. Una adecuada gestión de farmacia permite mantener continuidad y seguridad en la atención de los y las usuarias, asegurando un stock permanente de fármacos para el tratamiento de patologías agudas y crónicas. Además de lo ya mencionado, la Unidad de Farmacia debe velar por el cumplimiento de la normativa vigente en cuanto al manejo de botiquines y droguería comunal, profesionalizando el funcionamiento de los establecimientos y asegurando también el correcto almacenamiento, distribución y dispensación de fármacos a los y las usuarias con la finalidad que el medicamento se encuentre en las óptimas condiciones cuando estos lo requieran.

Los productos farmacéuticos y dispositivos médicos tienen distintas vías de financiamiento, las cuales son: *Per cápita*, aporte municipal, programas ministeriales y fondos que transfiere el SSVQ a través de PRAPS. La tarea del Área de Farmacia es aprovechar, racionalizar y ocupar de la mejor forma estos recursos, optimizando el abastecimiento, socializando el uso racional de fármacos, asesorar en optimización de terapias y evitando al máximo la pérdida por merma de estos. La mayoría de estas tareas se realizan a través de Comité de Farmacia y Terapéutica.

²⁰ En otros se consideran también los diagnósticos de trastorno de la personalidad, violencia y retraso mental.

i. Comité de Farmacia y Terapéutica

Este es un organismo técnico-asesor en las materias relativas al uso y manejo de medicamentos e insumos terapéuticos en APS. Dicho comité trabaja para resguardar el cumplimiento de los objetivos y desafíos que emanan de la gestión.

Las funciones del Comité de Farmacia y Terapéutica son:

- Elaborar y mantener actualizado el Arsenal Farmacológico para los consultorios de Atención Primaria municipal de acuerdo al Arsenal Farmacológico emanado por el Servicio de Salud, a través de su propio Comité de Farmacia y Terapéutica, tomando en consideración los criterios de selección y las propuestas de los coordinadores médicos locales.
- Aplicar los criterios generales establecidos en las normas de programación de medicamentos e insumos terapéuticos y adecuarlos a la realidad local.
- Analizar los informes sobre uso y consumo de medicamentos e insumos terapéuticos para proponer políticas que racionalicen su uso.
- Adecuar el Arsenal Farmacológico a las normas y esquemas de tratamiento para las patologías de mayor prevalencia.
- Proponer los contenidos de los programas de educación sobre uso racional de medicamentos que se desarrollen en los consultorios y postas de salud rural.

ii. Farmacia y Botiquines como Unidad de Apoyo

A continuación, se detallan las recetas y prescripciones despachadas en promedio este año 2022 en los distintos Centros de nuestra Red de Salud Comunal en la tabla 25. En ésta, se observa que el valor más alto asociado al promedio mensual de recetas refiere a enfermedades de tipo crónica, con un valor de 15.874. A este valor le siguen las recetas de morbilidad, con 3.458, y de urgencia, con 3.233 mensuales.

Tabla 25: Promedio de recetas y prescripciones 2022

Tipo de receta	Promedio de recetas mensuales	Promedio prescripciones mensuales
Crónica	15.874	62.221
Ginecológica	20	26
Maternal	1.842	2.399
Morbilidad	3.458	6.732
Odontológica	560	852
Sala ERA	159	349
Sala IRA	2	4
Salud Mental	89	135
SAPU	69	116
Urgencia	3.233	8.275
Total	25.307	81.110

Fuente: informe de recetas despachadas, IRIS (2022)

La proyección de dispensación de recetas y prescripciones a diciembre 2022 se describe en la tabla 26. En ésta, se aprecia un total de 303.683 recetas y 973.314 prescripciones.

Tabla 26: Dispensación proyectadas de recetas y prescripciones a diciembre 2022

Tipo de receta	Recetas	Prescripciones
Crónica	190.489	746.653
Ginecológica	234	312
Maternal	22.108	28.783
Morbilidad	41.495	80.785
Odontológica	6.718	10.228
Sala ERA	1.913	4.184
Sala IRA	29	53
Salud Mental	1.070	1.622
SAPU	828	1.394
Urgencia	38.800	99.299
Total	303.683	973.314

Fuente: Informe de recetas despachadas, IRIS (2022)

En la tabla 26 podemos observar el alto número de recetas y prescripciones que se despachan de manera mensual. He aquí la importancia de la unidad de farmacia, la cual debe velar por el cumplimiento de las políticas nacionales, normas y procedimientos locales sobre atención farmacéutica, además de mantener el suministro de los medicamentos e insumos terapéuticos para lograr una atención oportuna y de calidad.

Adicionalmente, se observa lo proyectado para el año 2022, de dispensación de recetas y prescripciones, aquí cobra gran importancia el trabajo de gestión farmacéutica para poder dar cumplimiento a las terapias de los y las usuarias, ya que el no contar con el medicamento adecuado, en el momento adecuado y en las condiciones adecuadas significa una merma en la condición de salud de la población.

iii. Programa Fondo Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria

A través de este programa se ha buscado asegurar a la población bajo control en establecimientos de APS con diagnóstico de DM tipo 2, HTA y DLP el acceso oportuno, seguro y de calidad a los medicamentos, que permite dar continuidad a los tratamientos, como también insumos y dispositivos médicos para la curación avanzada de heridas. Con lo anterior, se ha podido resguardar el stock de aproximadamente 100 fármacos y dispositivos médicos en nuestros centros de Salud contribuyendo así a la compensación de los y las usuarias de estas patologías y llevando a cero los reclamos por falta de este tipo de fármacos e insumos.

Gracias a este programa podemos contar con más recurso humano de Químicos Farmacéuticos y Auxiliar de Farmacia, profesionalizando la entrega de tratamientos, no solo realizando la gestión que permite el abastecimiento, almacenamiento y dispensación de los medicamentos, sino que brindando asesoría en la administración, realizando atención farmacéutica con el objetivo de optimizar la terapias, mejorar la adherencia del usuario, interviniendo con el equipo prescriptor para sugerir tratamiento y obtener mejores resultados.

5.- Programas de reforzamiento de APS

Los datos consultados para generar la estadística asociada con este ítem, refiere a los productos rendidos dentro del marco del convenio generado entre SaludQuillota y el SSVQ. De acuerdo con su objetivo, estos programas buscan mejorar la calidad y cantidad de los servicios entregados que permitan avanzar hacia una atención integral de los y las usuarias de la red de APS. Dicha mejora se busca realizar a través del potenciamiento de la accesibilidad, oportunidad,

pertinencia diagnóstica y calidad técnica de las atenciones de especialidad pertinentes al nivel de APS.

Dentro de las áreas consideradas en este acuerdo, se encuentra el programa resolutivez en la APS que está conformado por la Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO), servicios de Otorrinolaringología, gastroenterología y procedimientos de cirugía menor, definidos por su baja complejidad y por ser usualmente postergados a nivel secundario debido a este mismo motivo. A ello se suma el programa de imágenes diagnósticas, cuyo objetivo es el de mejorar la capacidad de detección precoz de cáncer mamario y vesicular, neumonía adquirida en la comunidad y la displasia de cadera.

Un mayor detalle de los convenios suscritos entre el Municipio y SSVQ durante el año 2022 se refiere en el anexo 1, dentro de este Plan.

a. Programa resolutivez en APS

i. UAPO

En relación con la información disponible en SaludQuillota para las prestaciones de salud entregadas por la UAPO, se observa un decrecimiento en los lentes entregados entre el 2019 y los años de la emergencia sanitaria. Esta diferencia se aprecia en la tabla 27, la cual muestra una caída abrupta en el total anual entregado de 3.043 a 631 en 2020.

Sin embargo, se aprecia un aumento en las cifras en 2021, 82 unidades inferior a las 2.000, y a un rendimiento igualmente alto hasta septiembre de 2022 en el que el promedio mensual de 161,5 anteojos entregados en 2021 son solo 11,5 unidades superiores a los 150 mensuales de lo que va del año en curso. Todo lo anterior muestra una baja en el interés de la comuna por esta prestación, la cual se ha tendido a revertir paulatinamente conforme se ha ido dando por superada la pandemia por SARS-COV-2.

Tabla 27: Total de lentes entregados 2019-2022

Año	N° de lentes entregados
2019	3.043
2020	631
2021	1.938
2022	1.350

Fuente: REM (2019; 2020; 2021; 2022)

ii. Cirugía Menor

Los valores presentados por Cirugía Menor muestran un rendimiento parecido entre 2019 y 2022. Según se presenta en la tabla 28, esta área del programa también mostró una reducción de su rendimiento durante el 2020 y 2021. Sin embargo, la tendencia a reanudar el número usual de biopsias para antes de que se decretara la emergencia sanitaria es mucho más nítida que en el caso anterior, contando con un total igual al 2019 para septiembre de 2022. De igual forma, es rescatable la cantidad de atenciones realizadas por esta área, en la medida en que las 372 llevadas a cabo en 2019 fueron superadas en 2021 con 481 y aumentadas en septiembre de 2022 con 379 hasta esa fecha. El porcentaje de envío a biopsias muestra que se mantiene la tendencia cercana al 11% de envíos dentro del total de atenciones realizadas.

Tabla 28: Biopsias realizadas por Cirugía Menor (2019-2022)

Año	N° Atenciones realizadas	N° de Biopsias enviadas a anatomía patológica	N° de Biopsias con informe de sospecha de malignidad	Total de Biopsias
2019	372	44		44
2020	106	5	1	6
2021	481	54	1	55
2022	379	42	2	44

Fuente: REM (2019; 2020; 2021; 2022)

iii. Otorrinolaringología

En este caso, el rendimiento de las prestaciones generadas por este programa muestra una reversión de los efectos de la pandemia también más significativos a los observados en el caso de la UAPO. Los números presentados en la tabla 29 presenta una tendencia similar a la de Cirugía Menor, donde los valores presentes en 2019 caen para 2020, con una diferencia de consultas de entre 130 y 48 respectivamente. Este número luego se revierte en 2021, y vuelve a crecer a septiembre de 2022 a 218. En relación con el número de audífonos entregados frente al número de consultas, se evidencia una disminución mucho más baja, en la medida en que la cantidad de audífonos por cada 100 consultas se expresa en un 52,3% en 2019, un 95% en 2020 y un 58% en 2021. Esta cifra no se encuentra disponible al momento de extraer el dato en 2022, ya que este valor depende del proceso de licitaciones públicas.

Tabla 29: Consultas anuales por Otorrinolaringología (2019-2022)

Año	N° de consultas	N° de audífonos entregados
2019	130	68
2020	48	46
2021	181	105
2022	218	

Fuente: REM (2019; 2020; 2021; 2022)

iv. Gastroenterología

Para la revisión de las cifras relativas al rendimiento de las prestaciones gastroenterológicas, es importante comenzar destacando que la emergencia sanitaria dificultó la adjudicación de licitaciones para los años 2020 y 2022. Por este motivo, dentro del período seleccionado para comparar sus valores, se revisaron la cantidad de endoscopías solicitadas junto a sus resultados en los años 2019 y 2021 según se puede apreciar en la tabla 30. Destaca que en la totalidad de casos no se cuentan con informes emitidos por sospecha de malignidad. Lo segundo a señalar es que los valores de los test de ureasa y de la solicitud de endoscopias son iguales para cada año, ya que las disposiciones emitidas de SaludQuillota indica que a todos los y las usuarias que lleguen se les debe realizar dicho test junto con la endoscopía.

El número de endoscopias solicitadas muestra valores similares para ambos años, con una diferencia de 7 unidades. Otro valor significativo hace referencia a la detección de la bacteria de Helicobacter Pylori. Este microorganismo, cuando se encuentra activo, constituye un factor de riesgo para cáncer gástrico. De esta forma, se observa que, de los 60 test solicitados en 2019, 32 fueron positivos; mientras que de los 53 de 2021, 26 confirmaron su presencia en el usuario. Ambos valores son cercanos a la mitad del total de exámenes, demostrando con ello un buen rendimiento de esta disposición preventiva.

Tabla 30: Resultados positivos de consultas gastroenterológicas en la comuna de Quillota (años disponibles)

Año	Endoscopías Solicitadas	Test de ureasa solicitadas	Test de ureasa positivas (+) H PYLORI
2019	60	60	32
2021	53	53	26

Fuente: REM (2019; 2021)

b. Programa Imágenes Diagnósticas

i. Programa de neumonía adquirida en la comunidad y enfermedades respiratorias crónicas

El tipo de examen asociado con el programa relativo a las enfermedades respiratorias es la radiografía de tórax. A través de ésta, es posible detectar distintas patologías que afectan al sistema respiratorio. De esta forma, en la información descrita por la tabla 31, se observa un aumento de dichos exámenes en 2022 con respecto al 2019. Lo anterior muestra un incremento de su demanda, en condiciones donde la emergencia sanitaria había disminuido las radiografías realizadas en 2020 con una caída de 921 en 2019 a 240 en 2020. Este valor aumenta en 200 unidades para 2021, y llega a 1.121 a septiembre de 2022.

Tabla 31: Cantidad de radiografías de tórax en la comuna de Quillota (período seleccionado)

Año	N° de radiografías
2019	821
2020	240
2021	441
2022	1.121

Fuente: REM (2019; 2020; 2021; 2022)

ii. Detección precoz de displasia de cadera para niños y niñas de 3 a 6 meses

La detección de displasia de cadera en niños de entre 3 y 6 meses se logra a partir de la realización de radiografías de pelvis. En este sentido, el número de exámenes disponibles en la tabla 32 muestra una baja sostenida en el número de radiografías, de 973 en 2019 a 572 en 2022. Sin embargo, si se corrige el dato a partir del promedio mensual de radiografías realizadas, se aprecia el inicio de una recuperación de la demanda con una diferencia de 81 exámenes mensuales en 2019, 51 en 2021 y 64 en 2022.

Tabla 32: Cantidad de radiografías de pelvis en la comuna de Quillota (período seleccionado)

Año	Nº de radiografías
2019	973
2020	816
2021	613
2022	572

Fuente: REM (2019; 2020; 2021; 2022)

iii. Detección precoz del cáncer de mamas

En relación con los objetivos del programa asociados con la detección precoz del cáncer de mamas, en las tablas 33 y 34 se ofrece un resumen de los principales hallazgos arrojados, respectivamente, por los exámenes de ecografía mamaria y de mamografías bilaterales en el periodo utilizado en este capítulo.

Al igual que con la mayoría de las ramas del programa, se observa un alza en los números de exámenes totales realizados entre los años 2019 y 2022, con un hiato en 2020 provocado por la emergencia sanitaria. La tabla 33 muestra una recuperación del total de exámenes realizados para 2019 en 2021. Para septiembre de 2022 se observa una disminución de las consultas realizadas en 2021, lo que de todas formas la posiciona en un valor mucho mayor al total de 2019.

En relación con los resultados de las mamografías bilaterales, la misma tabla presenta que la gran mayoría de resultados pertenece a los BIRADS entre 0 y 2. Se observa un aumento del porcentaje con BIRAD entre 1 y 2 en 2021, el cual se mantiene cercano en 2022. En la columna de 2021 esta variación se explica por una diferencia significativa con respecto al BIRAD 0 observado en 2019 y el BIRAD 3 en 2020. Para 2022 se ve que la leve disminución en el porcentaje de este mismo grupo se da en favor de los valores iguales a 0. De manera general, se presentan resultados bajos para los niveles superiores al BIRAD 4, mostrando que el programa preventivo ha logrado identificar la aparición de cáncer de forma temprana dentro de la comuna. La disminución de los valores superiores a BIRAD 3 también es consistente con la reducción de las magnificaciones realizadas de un 6,3% del total en 2019 a un 0,3% en 2022.

Tabla 33: Exámenes de mamografías bilaterales en la comuna de Quillota (periodo seleccionado)

Año	2019		2020		2021		2022	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
BIRADS 0	142	16,6	33	10,5	32	2,0	55	4,7
BIRADS 1 o 2	643	75,0	236	75,2	1533	95,2	1094	92,9
BIRADS 3	68	7,9	41	13,1	44	2,7	25	2,1
BIRADS 4, 5 o 6	4	0,5	4	1,3	2	0,1	4	0,3
Total Realizadas	857	100	314	100	1611	100	1178	100
Sin informe BIRADS	0	0	0	0,0	0	0	0	0
Magnificaciones	54	6,3	13	4,1	7	0,4	3	0,3

Fuente: REM (2019; 2020; 2021; 2022)

En relación con las derivaciones a ecografía mamaria generadas por estos resultados, se observa una tendencia anual similar a la observada entre las tablas 33 y 34. Esta se expresa en una disminución inicial de los exámenes realizados entre 2019 y 2020, seguido de un aumento significativo en 2021 y una reanudación del valor normal hacia septiembre de 2022.

Tabla 34: Exámenes de ecografía mamaria en la comuna Quillota (período seleccionado)

Año	N° de exámenes	Informe de sospecha de malignidad	% de malignidad
2019	363	4	1,1
2020	61	2	3,3
2021	515	0	NA
2022	336	0	NA

Fuente: REM (2019; 2020; 2021; 2022)

iv. Detección precoz de patologías biliares y cánceres de vesícula

La información disponible en relación con los exámenes asociados a las patologías biliares y cánceres de vesícula muestran la misma tendencia que con las demás líneas del programa de imágenes diagnósticas. En la tabla 35 se evidencia que los 433 exámenes realizados en 2019 caen abruptamente a 99 en 2020, valor que luego se recupera con un alza leve en 2021 y que se asemeja en los datos levantados hacia septiembre de 2022 con un promedio mensual que oscila entre 36 unidades en 2019 y 35 en 2022.

En relación con el resultado de los exámenes, se muestra el éxito de la detección temprana con un resultado positivo que cae del 20,1% de los exámenes en 2019 a un 13,3% en 2022.

Tabla 35: Exámenes de ecotomografía abdominal en la comuna de Quillota (período seleccionado)

Año	Nº de exámenes	Con resultado de Litiasis Biliar	% de resultado positivo
2019	433	87	20,1
2020	99	28	28,3
2021	453	66	14,6
2022	315	42	13,3

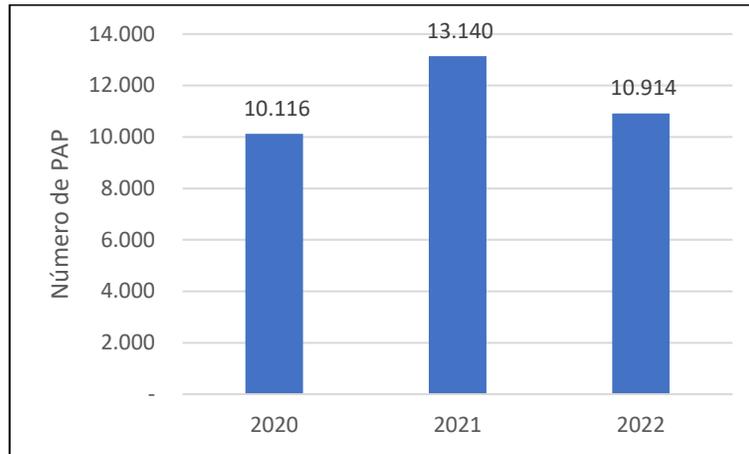
Fuente: REM (2019; 2020; 2021; 2022)

c. Detección precoz del cáncer cervicouterino

De forma adicional, se agregan datos relativos a los exámenes realizados con tal de generar una identificación precoz del cáncer cervicouterino. En este caso, la información disponible muestra una tendencia similar a las prestaciones revisadas por los programas anteriores. Esta tendencia se explica, para el período 2020 a 2022, por un aumento de los exámenes realizados de forma anual. Lo anterior lleva, en unos casos, a la estabilización de este valor en 2022 o a su elevación con respecto a los años considerados.

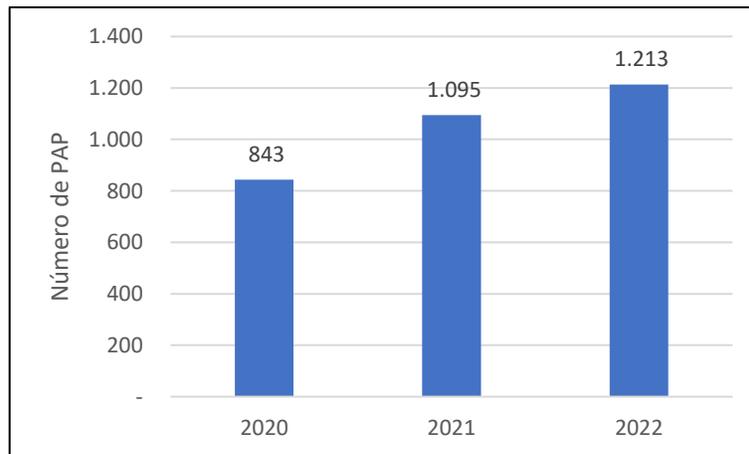
El comportamiento estadístico en este punto es confuso si es que no se considera que para 2022 la información recopilada llega hasta septiembre. La falta de meses en este año en curso genera la idea de una baja en la cantidad de exámenes realizados según se aprecia en el gráfico 114. Sin embargo, la corrección de este valor en el gráfico 115, en función del promedio mensual, muestra un alza sostenida en el tiempo que ha pasado de un número de 843 para cada mes de 2020 a 1.095 en 2021 y a 1.213 en 2022.

Gráfico 114: Total de PAP realizados en la comuna de Quillota (período seleccionado)



Fuente: REM (2020; 2021; 2022)

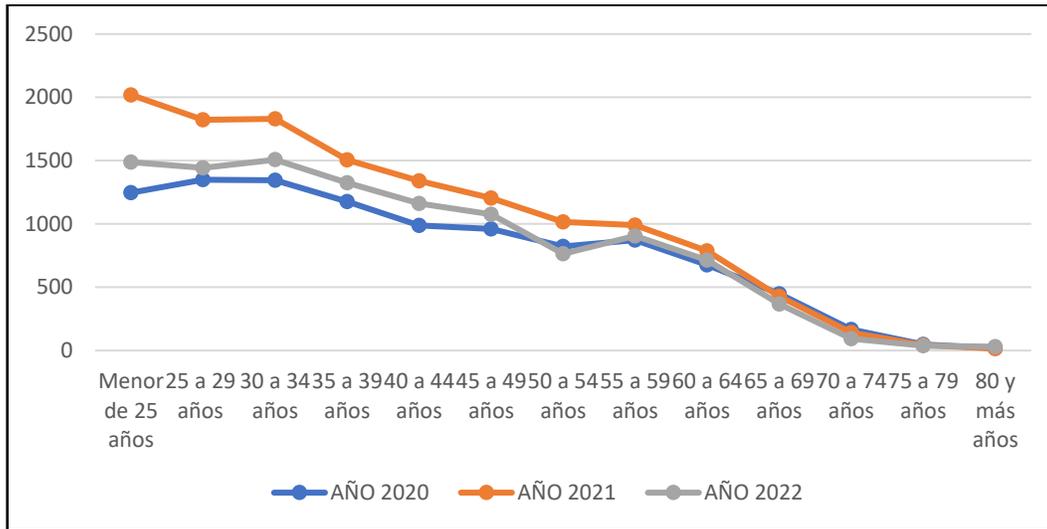
Gráfico 115: Promedio mensual de PAP realizados en la comuna de Quillota (período seleccionado)



Fuente: REM (2020; 2021; 2022)

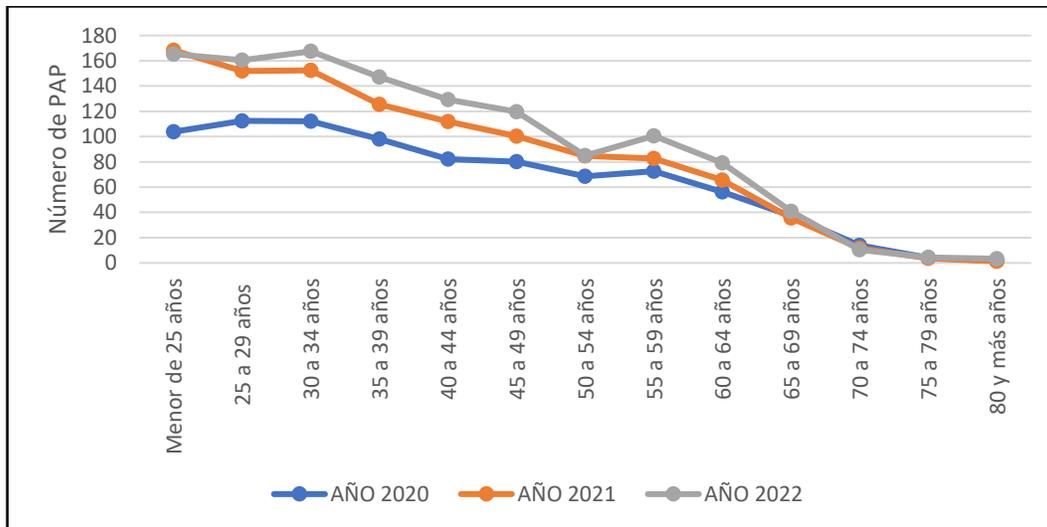
Por su parte, los gráficos 116 y 117 muestran la realización de una mayor cantidad de controles de las mujeres que se encuentran en edad fértil. Esto se complementa por una disminución pronunciada a partir de los 50 años en ambos casos, la cual tiende a igualar el número de PAP realizados durante los tres años para los tramos superiores a 60 años. La concentración mensual promedio, finalmente, muestra que en el 2022 se han realizado más exámenes para las mujeres que se encuentran entre los 25 y los 49 años, volviendo a notarse un incremento entre los 55 y los 69.

Gráfico 116: Concentración de personas con PAP realizado por tramo etario en la comuna de Quillota (período seleccionado)



Fuente: REM (2020; 2021; 2022)

Gráfico 117: Promedio mensual de PAP realizados por tramo etario en la comuna de Quillota (período seleccionado)



Fuente: REM (2020; 2021; 2022)

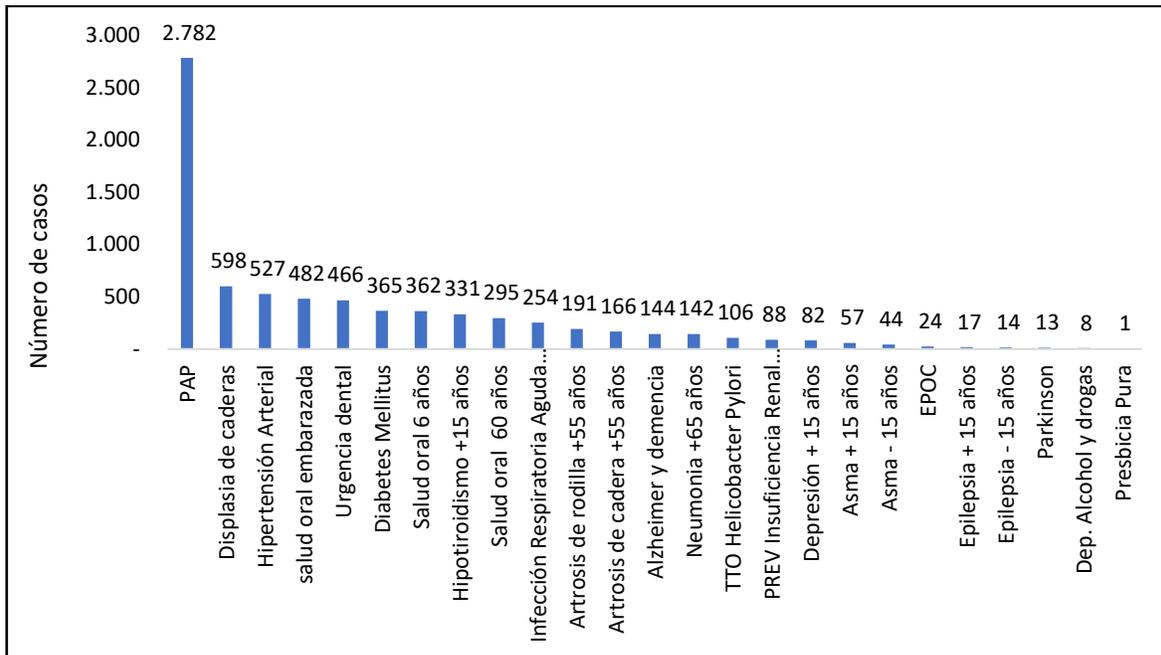
6. Evaluación de las Garantías Explícitas en Salud (GES)

La medición del rendimiento de las Garantías Explícitas de Salud (GES) considera datos asociados con los casos ingresados en el nivel APS. Las directrices que SaludQuillota establece a este respecto, considerar sólo aquellos casos confirmados, excluyendo de la medición a todas las sospechas asociadas con

dolencias incluidas en las prestaciones asociadas a la política. En este sentido, es importante destacar que el enfoque en los casos se hace en función a la revisión de la capacidad resolutoria de los centros de salud locales, y no contempla un índice relativo al estado de salud de la población ya que una persona puede ingresar uno o más casos dentro de la métrica.

La información disponible hasta septiembre de 2022, en relación con los ingresos de casos GES en la red de APS de Quillota, es consistente en sus primeras tres mayorías con la existencia de los programas preventivos descritos en la sección anterior. En el gráfico 118 se aprecia dicho rendimiento, con una concentración de 2.782 casos nuevos de cáncer cervicouterino, seguido por 598 por displasia de caderas y 527 de HTA. Con independencia de lo anterior, los tipos de consulta que se presentan naturalmente en el mismo gráfico, muestra casos asociados con la salud oral, las artrosis y problemas respiratorios.

Gráfico 118: Ingreso nuevos casos GES en la comuna de Quillota a septiembre (año 2022)



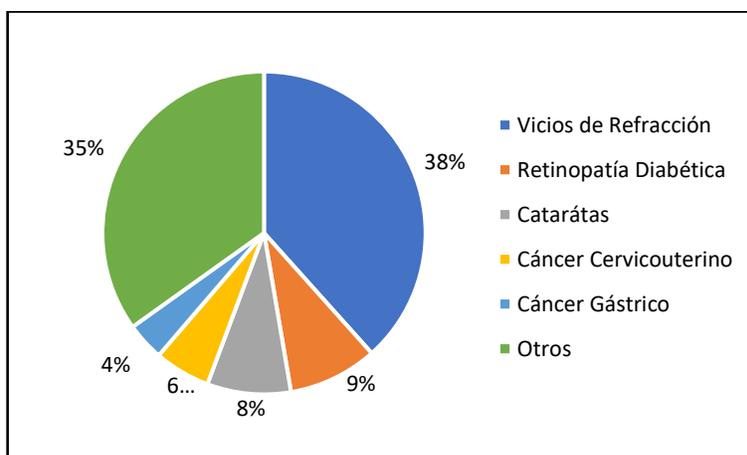
Fuente: SIGGES (2022)

Por su parte, las interconsultas realizadas entre la red de APS al nivel secundario permiten evaluar el seguimiento al desarrollo de las patologías GES presentes en la comuna. Los gráficos 119 y 120 señalan aquellas derivaciones realizadas desde los centros de la comuna al Hospital San Martín de Quillota hasta septiembre de 2022. Este seguimiento se realiza en función de casos preexistentes al momento en que se captaron los datos, incluyendo con ello en su métrica la comunicación de casos ingresados en años anteriores al actual en curso. Se

desconocen las fechas de entrega de las garantías, por falta de información en el registro.

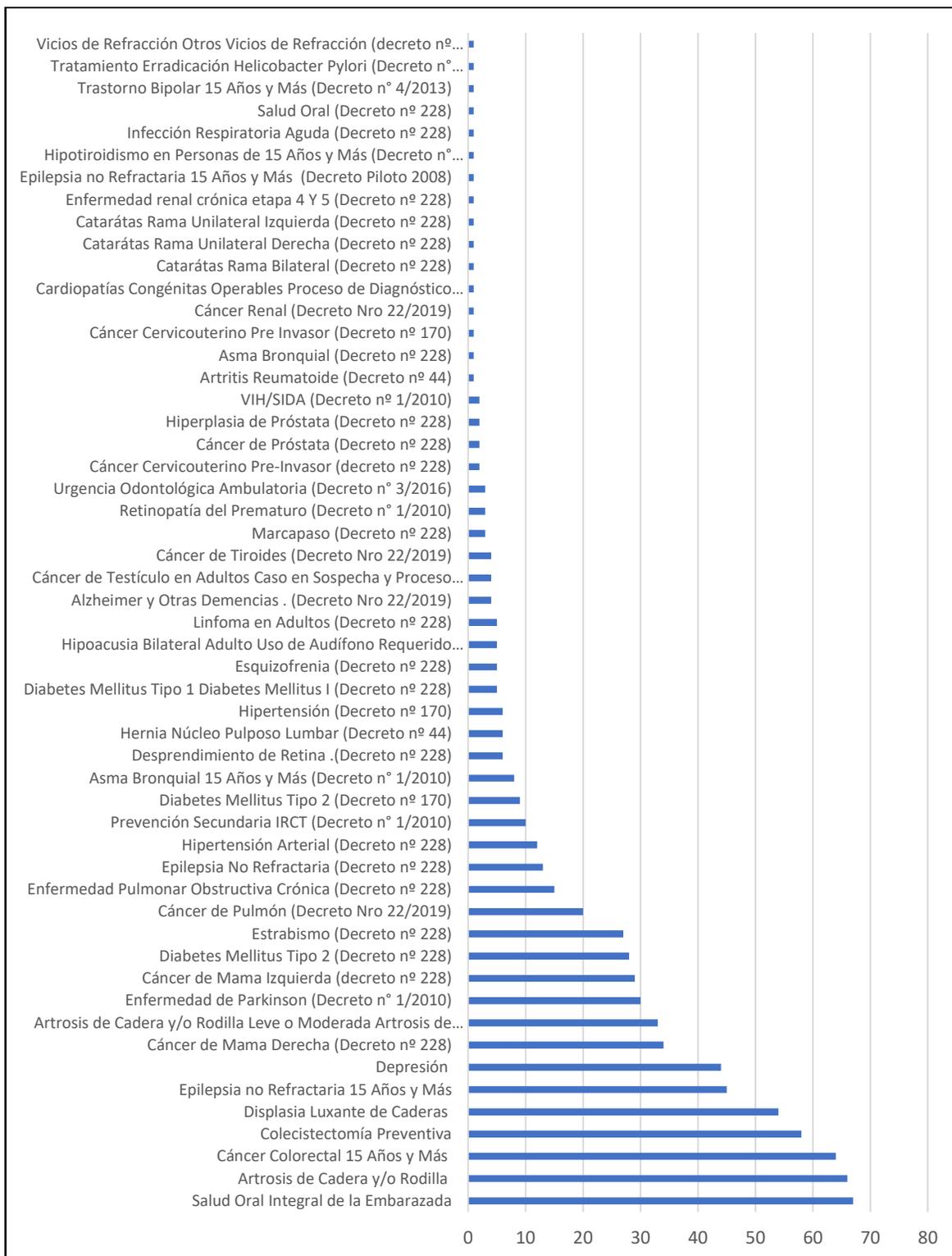
La información ilustrada en el gráfico 119 señala una mayor concentración de interconsultas asociadas con problemas oftalmológicos. Los vicios de refracción, las retinopatías diabéticas y las cataratas acumulan un total del 56% de derivaciones GES, mientras que los cánceres cervicouterino y gástrico llegan tan sólo al 10% del total. En relación con la descomposición del 35% de otros problemas presentado en el gráfico 120, destacan los valores mayores a 60 comunicaciones entre el nivel primario y secundario en los casos de la salud oral integral de las mujeres embarazadas, las artrosis de cadera y/o de rodilla y el cáncer colorrectal de personas mayores a los 15 años. Por su parte, aquellos valores entre 40 y 60 consideran, en orden de mayor a menor, la colecistectomía preventiva, la displasia luxante de caderas, la epilepsia no refractaria en mayores de 15 años y la depresión.

Gráfico 119: Concentración de problemas de salud GES con mayores interconsultas en la comuna de Quillota (año 2022)



Fuente: SIGGES (2022)

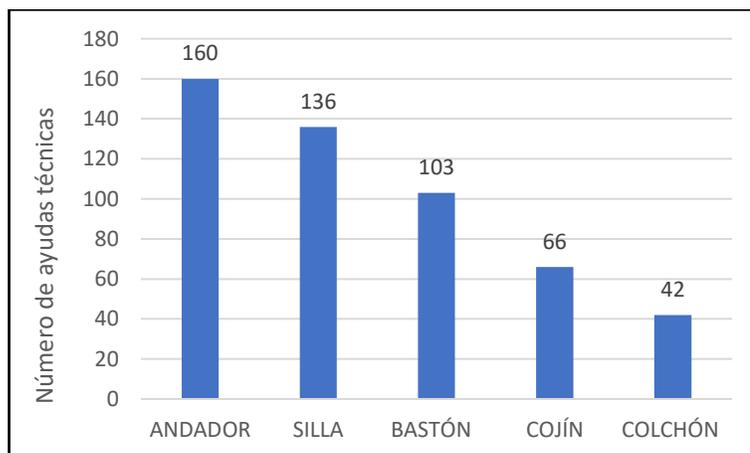
Gráfico 120: Problemas de salud en interconsulta considerados en “Otros” en la comuna de Quillota (año 2022)



Fuente: SIGGES (2022)

Finalmente, la entrega de apoyos técnicos desde la política de GES en Quillota a mayores de 65 años se concentra en la entrega de andadores, sillas de ruedas y bastones con 160, 136 y 103 unidades en cada uno.

Gráfico 121: Entrega de apoyos técnicos a mayores de 65 años en Quillota (2022)



Fuente: SIGGES (2022)

Para un mayor conocimiento de los problemas de salud con GES, se sugiere consultar el anexo 2 en el presente Plan.

III.- PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

1.- Diagnósticos participativos

a. Diagnóstico comunitario de salud

El presente documento da cuenta a nivel general de los principales resultados obtenidos en el proceso de actualización del Diagnóstico Comunitario de Salud 2022, a nivel de la red de centros de la Atención Primaria de Quillota, con la participación de dirigentes y líderes sociales de los distintos territorios de la comuna.

En primer lugar, se expone el producto de la jornada de actualización del Diagnóstico Comunitario de Salud, en concreto la priorización de factores que determinan la salud. En segundo lugar, se dan a conocer la información diagnóstica que insumo el trabajo de las y los participantes de la jornada.

i. Priorización de factores que priorizan la salud

Según las y los dirigentes y líderes comunitarios participantes de la jornada de actualización del Diagnóstico Comunitario de Salud 2022, de la red de centros de la APS de Quillota, los principales factores que afectan la salud de la población son los siguientes:

1. Medioambiente:

- a. Tenencia responsable de mascotas: particularmente en lo que se refiere al cuidado de perros y perras, que en la mayor parte de los territorios se observan alto número de ellos en la vía pública en precarias condiciones de cuidados.
- b. Vivienda y entorno: señala la importancia de contar con viviendas y entornos que promuevan la salud integral. Se señalan aspectos como la vivienda digna, espacios comunitarios habilitados para la recreación, convivencia social respetuosa, resolución de conflictos pacíficas, niveles inofensivos de contaminación ambiental, entre otros.
- c. Escases hídrica: desde la perspectiva que el acceso al agua debe ser un derecho humano, se reconoce la preocupante situación que vive la comuna, principalmente los sectores rurales en cuanto a las dificultades de acceso al agua para consumo humano, como para las actividades agrícolas, producto de la acción humana a nivel local, como por factores climáticos de nivel global.

2. Salud Mental:

- a. Consumo de drogas: realidad que afecta a la mayoría de los territorios de la comuna. Lo que se evidencia en un deterioro integral de la calidad de vida desde las y los individuos que experimentan esta condición, y que se proyecta atravesando las dimensiones familiares y comunitarias. Esta situación se considera que afecta gravemente la estabilidad emocional de las personas de los territorios. Por el contrario, se cree que los recursos destinados a abordar esta problemática nos son los suficientes y su focalización es mayoritariamente asistencial, careciendo de estrategias promocionales y preventivas territoriales articuladas.
- b. Violencia: la existencia de una amplia variedad de tipos de maltratos a las cual están expuestas las personas, familias y comunidades. Se pueden señalar de tipo psicológico, simbólico, económico, físico, de género, estructural o circunstancial, cultural o histórico. Mucho de ellos normalizados y otros problematizados cuando llegan a niveles de daños irreversibles. La violencia que ocupa y se adueña de los espacios públicos de los territorios, y en algunos de ellos se exhibe con descaro, haciendo alarde de armas de distintos tipos.
- c. Delincuencia: las acciones violentas que privan de algún bien material o psicológico, individual o comunitario, vulnerando derechos y causando un sentimiento de inseguridad en los espacios íntimos de las personas, principalmente el hogar y el barrio, que a su vez crea una imagen de la sociedad basada en el temor, y la desconfianza. Estas acciones son relacionadas con el consumo y venta de drogas ilícitas. Se aprecia que las personas como medida de protección se relegan a sus espacios familiares, dañándose el tejido comunitario.

3. Estilo de vida saludable:

- a. Sedentarismo de niñas, niños y adolescentes: se reconoce un estilo de vida familiar y social y de coyuntura pandémica que en general favorece una vida con bajos niveles de actividad física. Se aprecia que se ve afectado el desarrollo de la persona en áreas que son claves, por un lado, para el despliegue de sus capacidades, habilidades y talentos, y por otro para su salud física y social. Esto aparejado a estilos de alimentación e insuficiente oferta de actividades que agravan el cuadro general.
- b. Obesidad de niñas, niños y adolescentes: estrechamente relacionados al factor anterior, en cuanto al sedentarismo, hábitos

de alimentación, oferta programática de actividades de uso del tiempo libre.

4. Atención de personas mayores de 65 años y dependientes:

- a. Atención de salud: se aprecia que es clave el acceso oportuno, condiciones financieras y de calidad a la atención de los servicios de salud acordes a las necesidades que presentan las personas en las condiciones señaladas. Se observa precariedad en las redes de apoyo familiares e institucionales que agravan la situación. Además, se evidencia la falta de una mirada integral, que se haga consciente las distintas dimensiones de cada caso y busque colaborativamente dar respuesta a la crisis individual y familiar que se experimenta en este proceso salud-enfermedad.
- b. Atención legal: se centra principalmente en garantizar el cumplimiento de condiciones adecuadas de seguridad social que permitan a las personas, cuidadoras y su familia enfrentar los requerimientos de subsistencia y cuidados de una persona mayor de 65 años y/o dependiente. Se aprecia un vacío entre la realidad que vive cada persona y el funcionamiento de la red institucional. Se observa un grado importante de desinformación y desorientación de quienes experimentan estas realidades y la necesidad de acompañamiento por parte de componentes de la red institucional local.

5. Género:

- a. Violencia de género: se observa en los territorios a nivel social en general, la presencia de acciones que son nocivas para personas o grupos de personas a causa de su género. Concretamente se refiere a prácticas en los distintos espacios que genera importantes desigualdades, maltratos y abusos a nivel económico, psicológico, emocional, físico, sexual, entre otros. Se evidencia que especialmente expuestas a este tipo de violencia están las mujeres y niñas. También se reconoce la vulnerabilidad en que se encuentran las personas y grupos que con emergentes expresiones de género LGBTQI+ que se diferencian de lo normado socialmente.
- b. Equidad de género: la posibilidad que mujeres, hombres, niñas y niños gocen, por igual, de los mismos derechos, recursos, oportunidades y protecciones, está lejos de observarse en los territorios comunales, por el contrario, se observa que a diario viven desventajas por razón de su género. La larga historia de desigualdades y las características socioculturales locales siguen

condenando a los grupos más vulnerables, generación tras generación y dificultan las iniciativas que buscan nuevas formas de relacionarse, ambientes justos y protectores para niños, niñas, adolescentes y diversidad de género.

ii. Insumos diagnósticos

La jornada de actualización del Diagnóstico Comunitario de Salud comunal 2022, fue precedido de acciones que generaron importante información que aportaron al trabajo final de la jornada con líderes y dirigentes comunitarios. Entre las principales fuentes de información se pueden mencionar las siguientes:

1. Comité Comunal de Gestión usuaria, diciembre 2021.
2. Taller de Participación Constitucional, “La Salud Que Queremos”, enero 2022.
3. Consulta ciudadana, participación en salud, junio 2022.
4. Jornada de Salud Mental APS Quillota, junio 2022

2.- Actividades comunitarias

a. CES Dr Miguel Concha

1. Operativos “Salud en tu barrio”

Fecha: Durante todo el año

Nº Operativos: Se desarrollaron 21 operativos en distintas poblaciones del área urbana: Rosales Kennedy, Aconcagua Sur, La México, San Alberto, Antumapu, Concepción I y II, Gonzalo de los Ríos, entre otras.

Prestaciones: De nuestro centro participaba, Atención de Médico, Asistente Social, Kinesiólogo, Enfermero (Pie Diabético), Inscripciones, Dental (Ges 60 principalmente), Unidad Cardiovascular.

Total de Prestaciones: 2861.

Observaciones: durante este año se realizó una intervención permanente en dos sectores como son Aconcagua Sur y Rosales Kennedy, incluyendo sectores colindantes. Ello debido a que son sectores de alta vulnerabilidad y riesgo social. trabajo mancomunado con CECC Quillota y Junta de Vecinos Rosales Kennedy



2. Operativos “Inclusión”

Fecha: Meses de Julio, agosto y septiembre

Se realizan intervenciones en terreno por parte de médico y asistente social con el objetivo de facilitar la realización de Credencial de la Discapacidad a personas con dificultades de acceso y de salud pertenecientes a la población Aconcagua Sur y alrededores. Trabajo ejecutado en coordinación con PADAM Quillota.

Nº Intervenciones: 120 intervenciones.

3. Taller “Prevención síndrome del cuidador”

La actividad contempla 3 Ciclos de talleres de 4 sesiones (1. Psicosocial - 2. Terapeuta Ocupacional - 3 Nutricionista - 4 Terapias Complementarias), dirigidas a cuidadores de personas adultas mayores y/o personas con discapacidad, estos talleres serán ejecutados en Sedes Vecinales.

Mes de Septiembre: 20 personas (De los sectores Antumapu, Said, Amanecer, Rapanui, Ríos de Chile etc) se realiza en Sede Vecinal Leonardo Da Vinci.

Mes de Octubre: 18 personas (De los sectores Aconcagua Sur, Los Palmares, Los Aromos, José Miguel Carrera, entre otros) se realiza en Sede Vecinal Leonardo Da Vinci.

Mes de Noviembre: 20 personas (De los sectores México, Bernardino Concha, Arauco, Manuela Figueroa, entre otros) taller recién iniciado en Sede Vecinal Nueva Esperanza

b. CES Cardenal Raúl Silva Henríquez

1. Reunión semanal con grupo amigos y amigas de la vida sana

Semanalmente se reúnen en sede de Villa San Alberto parte del equipo de promoción y participación de nuestro de salud, con el objetivo de sociabilizar con este grupo como es el funcionamiento de nuestro sistema, entregando información sobre todas las prestaciones que se entregan en todo el ciclo vital.



2. Operativos en terreno “Salud en tu barrio”

El objetivo de los operativos de salud en tu barrio es acercar a la comunidad con las prestaciones entregadas en los centros de salud, se trabaja de manera colaborativa con centro de salud Dr. Miguel Concha, las prestaciones entregadas generalmente son (Atención por matrona, medico, odontólogos adulto e infantil, trabajadora social, examen de medicina preventiva, vacunación, consulta nutricional, punto saludable, terapias complementarias (auriculoterapia, masoterapia, sonoterapia) inscripción, rescate de programa cardiovascular, pie diabético, además se realiza promoción de programas como acompañamiento psicosocial, programa emerger, programa salud mental entre otros)

Se realizaron 21 operativos de salud en lo que contempla el año 2022, culminado con 2 ferias de salud el 18 de noviembre en CEC Aconcagua Sur y el 2 de diciembre en población Rosales Kennedy



3. Celebración de año nuevo mapuche (*wetripantu*)

En esta actividad se conmemoró el día de los pueblos originarios (año nuevo mapuche), se realizó una ceremonia de rogativa mapuche con la participación de *wentuchefe voyuken Aconcagua (Relonche)*, además se realizó punto saludable donde realizaron preparaciones típicas mapuches.



4. Encuentro de jóvenes programa espacios amigables (El Sendero-Sector *Skate Park*)

En esta actividad participaron diferentes agrupaciones de jóvenes reunidos principalmente por el skate, se aprovechó la instancia para realizar control adolescente, entregando consejerías de alimentación saludable, actividad física, tabaquismo, consumo de drogas, salud sexual y reproductiva y prevención VIH y enfermedades de transmisión sexual.



5. Conmemoración de semana mundial de la lactancia materna

Como todos los años en el mes de agosto se conmemora la semana mundial de la lactancia donde se reúnen diferentes actores que participan en la comisión comunal de lactancia materna (jardines infantiles, grupo de apoyo a la lactancia, ONG, centro de salud), se realizó una caravana por la ciudad de Quillota entregando mensajes alusivos a la importancia de la lactancia materna en el desarrollo del ser humano culminado con una batucada y caminata por la plaza de armas, además de todas las actividades realizadas en cada centro de salud.



6. Capacitación de reanimación cardiopulmonar para funcionarios y usuarios en conmemoración del mes del corazón

En esta actividad participó la unidad del adulto en conjunto con alumnos que realizan su práctica profesional, la actividad realizada consistió en enseñar a cómo enfrentarse a una situación de emergencia frente a un paro cardiorespiratorio en adultos y niños.



7.- Conmemoración del día de salud mental con actividad de musicoterapia con la comunidad

Para conmemorar el día mundial de la salud mental se realizó actividad con funcionarios y usuarios atendidos en la unidad, con el fin de brindar distracción y estimulación de la relajación.



8.- Mes de concientización de la importancia de la prevención y detección precoz del cáncer de mama

Dicha actividad se realiza por segundo año consecutivo con la finalidad de concientizar a nuestras usuarias en la importancia de la realización de exámenes preventivos para evitar el cáncer de mamas, se realizaron actividades a través de redes sociales, feria de salud, videos informativos.



9.Feria por el mes de salud mental

En esta instancia se realizaron actividades para ayudar al bienestar emocional y físico de nuestra comunidad, entregando información sobre cómo enfrentar situaciones que alteran nuestra salud mental, se contó con stand informativo de la unidad de la mujer para hablar sobre la depresión post parto, terapias complementarias, programa de detección, intervención y referencia asistida de alcohol y drogas (DRI), Psicólogas infantojuvenil y adultos.



c. CECOSF Cerro Mayaca

Dentro del Plan de trabajo del año 2022, se propuso el levantamiento de información participativa, respecto a las necesidades de la comunidad y de los mismos dirigentes, mediante diálogos participativos, y encuestas breves que permitieron recoger información respecto a las necesidades de todos los participantes. Además, de planificar Diagnostico Participativo 2022.

Además, se incorpora el desarrollo de acciones preventivas promocionales, dirigidas a los diversos grupos etarios de la población.

Con dicha información, se elabora el Plan de Trabajo Participativo CECOSF 2022, presentando a continuación la evaluación del mismo.

Dentro del Plan de trabajo del año 2022, se propuso el levantamiento de información participativa, respecto a las necesidades de la comunidad y de los mismos dirigentes, mediante diálogos participativos, y encuestas breves que permitieron recoger información respecto a las necesidades de todos los participantes. Además, de planificar Diagnostico Participativo 2022.

Además, se incorpora el desarrollo de acciones preventivas promocionales, dirigidas a los diversos grupos etarios de la población.

Con dicha información, se elabora el Plan de Trabajo Participativo CECOSF 2022, presentando a continuación la evaluación del mismo.

1. Participación comunitaria “Mesa Técnica Territorial”

La Mesa Técnica territorial se constituye en una instancia de Participación Territorial, validada desde hace muchos años, como una forma de trabajo activa entre sus distintos actores, donde El CECOSF Cerro Mayaca, cumple una función de asesoría y acompañamiento técnico, y de trabajo en conjunto, cuyo objetivo es apoyar el desarrollo integral de del centro de salud y de la comunidad, colaborando en el cumplimiento de la visión y misión del mismo; “Un Centro de Salud Familiar inserto en la comunidad tendiente a favorecer la participación ciudadana, orientado a disminuir las brechas en acceso, oportunidad y calidad de sus servicios con una cartera de prestaciones con fuerte énfasis en lo biosicosocial”

Conformada por las diversas organizaciones territoriales y funcionales del Cerro Mayaca, con el objetivo de mantener información actualizada de las diversas acciones que se realizan en el Cerro Mayaca. Instancia ejecutiva y resolutive, con decisiones vinculantes respecto a los acuerdos tomados. Tal como en años anteriores, una vez al mes se realiza reunión con la comunidad, donde a comienzos de año se establece plan de trabajo. Este año el objetivo está centrado en “Incentivar la participación social y el derecho al ejercicio de la ciudadanía, por medio de la incorporación de la comunidad en el apoyo a la gestión del centro y en sus procesos de salud”.

Durante el año 2022, se realizaron reuniones mensuales programadas desde el mes de marzo a diciembre, con un promedio de 15 asistentes. Reuniones que se realizan en las diversas sedes del sector, y donde participan representantes de las 6 juntas de vecinos vigentes, clubes deportivos, iglesias, jardín infantil, entre otros.

2. Carrera de carritos “Mayaca cerro abajo”



El sábado 19 de marzo 2022, se realizó la cuarta versión de Carrera de Carritos Cerro Abajo, denominado “Ruta Mayaca”.

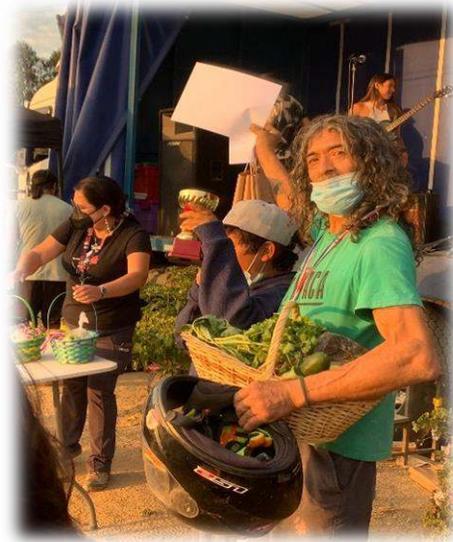
Dicha actividad de tipo Promocional-Preventiva fue un esfuerzo mancomunado y desarrollado por la ONG Vozetos, el Departamento de Salud, el CECOSF Cerro Mayaca y la Municipalidad de Quillota. Su principal objetivo es entregar a la comunidad del Cerro Mayaca un espacio de recreación familiar, dentro de un ambiente saludable.

De forma paralela la Carrera de Carritos, se estableció un espacio para Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto (EMPA), orientación general de salud, un punto de hidratación, como así mismo tuvieron un espacio algunos emprendedores artesanales

La actividad contó con una masiva asistencia, de alrededor de 500 personas.

La Carrera conto con la participacion de 12 concursantes en la categoría adultos y 4 en la categoria niños,

Se entregaron diversos premios a la categoría, dentro de los cuales se destacaron premios en dinero y canastas de frutas y verduras a las primeras categorías.



3. Celebración día de la familia, mayo 2022

SaludQuijiota
Cecof Cerro Mayaca

CONCURSO

Día de la Familia



Concurso de fotos familiares: envía tu foto y descripción de familia a nuestras redes sociales o al correo cecofcerromayaca@gmail.com

SaludQuijiota
Cecof Cerro Mayaca

CONCURSO

Día de la Familia

1. Podrán participar todas las familias que residen en el sector del Cerro Mayaca.
2. Junto con la foto se deberá enviar una breve descripción o reseña de la familia participante, además de datos de contacto como teléfono y dirección.
3. Se recibirán fotografías en las redes sociales del CECOF Cerro Mayaca (Facebook - Instagram) o al correo cecofcerromayaca@gmail.com.
4. Las fotos y reseñas se recepcionaran hasta el 15 de mayo.
5. Se publicarán los ganadores en nuestras redes sociales el día 26 de mayo.

El Día Internacional de las Familias se celebra el 15 de mayo de cada año para crear conciencia sobre el papel fundamental de las familias en la educación

de los hijos desde la primera infancia, y las oportunidades de aprendizaje permanente que existen para los niños y las niñas y los jóvenes.

Es así que como CECOSF, se organizó concurso de registro fotográfico en el marco del día de la familia, que buscaba rescatar la esencia de este pilar fundamental de nuestra sociedad.

A través de las redes sociales de nuestro centro, se recibieron fotografías familiares de la comunidad del Cerro Mayaca.

Como cierre final de esta actividad se realizó una onces familiar, con las fotos ganadoras, a las cuales se les entregó su propia fotografía en un marco y un canasto saludable.



4. Día de la niñez

Como parte del trabajo comunitario y en red, este año se realizó celebración del día de la niñez en conjunto con el Jardín Oso Panda del Cerro Mayaca.

Así se organizó una jornada llena de entretenimientos donde se inició con un desayuno saludable para los niños y niñas, show de payasos y juegos inflables.

La actividad se llevó a cabo en dependencia del jardín el día jueves 04 de agosto 2022.



5. Semana de la Lactancia Materna

La Semana Mundial de la Lactancia Materna, que se celebra todos los años del 1 al 7 de agosto, es una campaña mundial coordinada por la Alianza Mundial para la Acción de Lactancia Materna (WABA, por sus siglas en inglés) para crear conciencia y estimular la acción sobre temas relacionados con la lactancia materna.

Es así como el CECOSF genera estrategias para poder apoyar los esfuerzos para fortalecer las medidas para proteger, promover y apoyar el derecho a la lactancia materna.

Se realizó difusión a través de las redes sociales de nuestro centro y se finalizó con un encuentro con padres y madres, con el objetivo de reconocer la importancia de la lactancia materna.



6. Operativo de salud comunitario

Los operativos de la salud en terreno tienen como finalidad cumplir con el Modelo de atención de nuestro centro de salud y de Salud Quillota, el cual incluye la promoción y la prevención en el territorio, con la idea de acercar la salud a las personas. *“Haciendo comunidad y cuidando la salud”*

Es así, como se organiza el primer operativo de este año, en el sector de Altos de Serrano, uno de los territorios más alejados geográficamente de nuestro centro de salud.

El día viernes 26 de agosto, en el sector de la cancha de Altos de Serrano se realizaron alrededor de 40 atenciones por parte de equipo de profesionales de este centro, dentro de las cuales destacaron:

- Atención odontológica.
- Orientación médica.
- Orientación programa TBC (tuberculosis)
- Examen de Medicina Preventiva.
- Ficha CLAP en Adolescentes

- Orientación y horas para toma de PAP.
- Inscripciones población migrante (tramite RUT, provisorio de salud).

En forma paralela se llevaron a cabo actividades de orden promocional para los niños y niñas presentes:

- Taller de juegos locos, elaboración de juguetes a partir de juguetes reciclados.
- Taller de pintura.
- Juegos tradicionales



7. Celebración de fiestas patrias comunitarias

El día viernes 30 de septiembre, y como una forma de cerrar las celebraciones de fiestas patrias, el CECOSF Cerro Mayaca, en conjunto con organizaciones territoriales del sector, el Jardín Infantil Oso Panda, y la DIDECO se realizó una entretenida tarde Familiar, a la cual asistieron alrededor de 95 personas.

En dicha actividad se realizó un bingo familiar, juegos para los niños y niñas presentes, música en vivo, además de compartir una rica once con empanadas y jugos.



8. Mes de la salud oral

La salud bucal es parte de la salud general, por lo que influye en el bienestar físico, se relaciona con la autoestima, la comunicación y las relaciones sociales. Por esta razón, es importante cuidarla desde los primeros años de vida creando en los niños y niñas buenos hábitos. Los hábitos son pautas estables de comportamiento que ayudan a los niños y niñas a estructurarse, a orientarse, a formarse, para que en el futuro puedan desenvolverse correctamente dentro de la sociedad. Es una conducta que debe repetirse muchas veces hasta formar parte de la vida.

El Mes de la Salud Bucal tiene como objetivo principal dar a conocer a la población la importancia de la higiene bucal, para el logro de lo anterior el CECOF del Cerro Mayaca, realizó una obra de Títeres “Pedrito y las caries”, con el objetivo

de potenciar el cuidado de la Salud Oral. Obra realizada en Jardín Oso Panda del Cerro Mayaca, donde asistieron 40 niños y niñas.



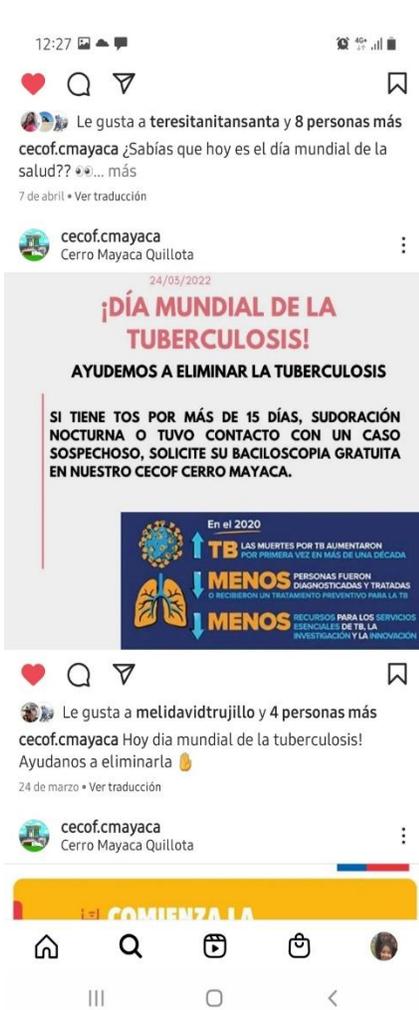
9. Boletín comunitario

Como una forma de difundir la historia del Cerro Mayaca, además de dar a conocer las diversas acciones comunitarias que realiza la comunidad y el propio CECOF, se lanza la tercera versión del Boletín Informativo Comunitario, que recoge historias de las primeras comunidades del Cerro, del Comedor solidario, entre otros temas destacados.



10. Difusión en redes sociales

A todo lo anteriormente descrito, se suma la difusión permanente a través de las RRSS del Centro, Facebook e Instagram, que sirve como una manera de mantener información constante y continua con la comunidad del Cerro.



11. Programas radiales

Otra forma de mantener la relación continua con la comunidad, se desarrollan programas Radiales, enfocados a diversas temáticas de relevancia:



Viernes 09 Septiembre 11⁰⁰ Hrs.

EN EL CONTEXTO DEL DÍA MUNDIAL DE LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO (10 DE SEPTIEMBRE), ESTE VIERNES 9 DE SEPTIEMBRE A LAS 11:00 HRS. CONVERSAREMOS SOBRE EL TEMA CON LA PSICÓLOGA DENISE ROJAS.

Radio Cumbre 96.5 FM
ENVÍEN SUS CONSULTAS O LLAMANDO AL (33)2547170

SaludQuillota Red Municipal de Centros de Salud

la salud que Queremos



16:23

Publicaciones

paulivera_ 21 de octubre • Ver traducción

cecof.mayaca Cerro Mayaca Quillota

Programa Radial
#NiSeñalCanceroDeMama

HOY 14⁰⁰ Estaremos en Radio Cumbre FM Hablando sobre la prevención del Cáncer de Mama

William Guambiango Matron del CECOF Cerro Mayaca

Le gusta a melidavidtrujillo y 5 personas más

cecof.mayaca Hoy programa radial. En esta ocasión William Guambiango Matron del CECOF desde las... más

12. Diagnóstico participativo

Actividad que busca recoger desde las comunidades las principales problemáticas que nos afectan, a fin de elaborar un Plan de Mejora a mediano plazo, que apunte a la solución de las mismas.

Este diagnóstico se encuentra planificado para el día viernes 18 de noviembre 2022.



SaludQuillota  veinte años innovando

INVITACIÓN

Oscar Calderón Sánchez, Alcalde I. Municipalidad de Quillota, saluda atentamente a ud. y se complace en invitar a participar en el Diagnóstico Participativo 2022, del CECOF CERRO MAYACA, que se realizará el día viernes 18 de noviembre entre las 15:00 y 18:30 hrs, en Centro de Eventos Pie Monte, Avda. Granizo 6327 Olmué.

Sánchez Calderón, espera contar con vuestra presencia en esta importante actividad.

*Se contará con bus de traslado ida y regreso. La Salida será a las 14:00 hrs, frente a sede JVV Michimalongo.

la salud que Queremos

Quillota Municipalidad

d. CECOSF María Ernestina Fernández Marciel

La siguiente presentación tiene por propósito evidenciar las acciones de participación comunitaria en salud, enfocadas en los ámbitos preventivos y promocionales, diseñadas por el Consejo Intergeneracional de Salud Ruta Norte del CECOSF María Ernestina Fernández Marciel para el año 2022.

Estas acciones fueron diseñadas en función de las necesidades identificadas por vecinas y vecinos del territorio junto al equipo de salud, en un contexto de estallido social y posterior crisis sociosanitaria que se extiende desde el año 2020, la cual ha demandado nuevas formas de concebir y gestionar la participación y ejercicio ciudadano, nuevas formas de vinculación y comunicación, desafíos a la continuidad de la atención enfocada en la calidad y desafíos a la promoción de salud, componente fundamental y piedra angular de la atención primaria de salud.

1. Asambleas del consejo intergeneracional de salud para revisar el estado de avance del Plan de Participación

Se realiza 2ª reunión del Consejo Intergeneracional de Salud, específicamente para reorganizar la Comisión Personas Mayores, que programa la instancia mensual de Encuentro de Personas Mayores. En esta instancia se redefinieron roles y funciones de integrantes de esta comisión.



2. Retomar espacios de estimulación y fortalecimiento de los vínculos sociales entre personas mayores

Instancia enfocada en retomar espacios de participación y encuentro vecinal dirigida a personas mayores, este es un espacio que realizamos una vez al mes donde participa el equipo de salud con algún tema educativo y, se realizan juegos de estimulación cognitiva y actividad física para promover la interacción entre pares.



3. Espacios de trabajo manual y artístico que promueven la articulación de vínculos sociales y entrenamiento cognitivo

Es un espacio semanal que reúne a vecinas que comparten saberes sobre diferentes técnicas de arte (pintura, tejido, macramé, crochet) y que estimula la creatividad, interacción, uso productivo del tiempo libre, estimulación cognitiva y establecimiento de vínculos significativos en red. Es realizado en la sede de la Villa Doctor Sagre, actividad abierta a la comunidad.



4. “Taller de primeros auxilios en contextos de excursión” en actividad “Trafkintu: avistamiento de aves” organizada por agrupación Mujeres y Ríos Libres

EL Centro de Salud se sumó a la actividad de la agrupación “Mujeres y Ríos Libres” a través del acompañamiento en senderismo, avistamiento de aves y realización de taller de primeros auxilios en contextos de excursión, que fue dirigido a asistentes adultos a la actividad. Se da a conocer el funcionamiento de la red.



5. Generar recursos audiovisuales (cápsulas informativas y diario mural) para difundir contenidos de temas de salud y prestaciones otorgadas en el establecimiento, a través de las diferentes plataformas de difusión del establecimiento de salud

Feria de Salud Cardiovascular realizada en el frontis del CECOSF con la finalidad de educar sobre el cuidado de la salud cardiovascular a través de la alimentación, actividad física, uso de hierbas medicinales y controles preventivos de salud. Se entrega material educativo y recursos de promoción



6. Feria de salud cardiovascular

Feria de Salud Cardiovascular realizada en el frontis del CECOSF con la finalidad de educar sobre el cuidado de la salud cardiovascular a través de la alimentación, actividad física, uso de hierbas medicinales y controles preventivos de salud. Se entrega material educativo y recursos de promoción



7. Taller de salud mental

Instancias de promoción de salud mental a través de la formación de red de acompañamiento y apoyo mutuo entre vecinas donde se recogen experiencias y orientaciones sobre aspectos a considerar para acompañar a personas con alguna necesidad de ayuda.

Además, taller de *Tai Chi* realizado voluntariamente por vecina del territorio, para promover la actividad física, conciencia corporal, atención plena y autorregulación emocional a través de ejercicios de respiración. Esta actividad se inicia en el mes de octubre, y se realiza en forma periódica dos veces a la semana.



8. Taller de primeros auxilios para funcionarios de jardines infantiles del territorio: “Golonrisas”, 30 de mayo de 2022

Taller realizado por Enfermera dirigido a equipo educativo de Jardín Infantil Golonrisas, con la finalidad de educar sobre técnicas de primeros auxilios en contexto escolar y orientar actuación de primeros auxilios del equipo en situaciones de urgencia.



9. Taller de prevención de caídas

Taller realizado por Médica dirigido a vecinas y vecinos del territorio para educar sobre prevención de caídas. Se entrega material informativo impreso y se realizan ejercicios preventivos y de actuación en caso de que las personas mayores sufran una caída.



10. Círculo de mujeres

Espacio de red comunitaria en el acompañamiento entre mujeres con trayectorias de violencia de género que se mantiene en formato remoto fundamentalmente (vía *what's up*) y pretende retomar espacio presencial en el mes de diciembre 2022.



11. Diseño y ejecución de diagnóstico participativo

Encuesta *on line* para recoger insumos preliminares para la jornada de Diagnóstico Participativo, los que orientarán el trabajo de dicho espacio comunitario donde se definirá la priorización de necesidades identificadas y acciones a llevar a cabo para su abordaje como Consejo de Salud.



12. Taller de hierbas medicinales: encuentro de huertas y huerteros

Instancia de promoción del cultivo domiciliario de hierbas medicinales y plantas entre vecinas y vecinos del territorio, realización de actividad física consciente (yoga) y promoción del reciclaje, a través de la instalación de un punto de acopio con la empresa Yo Reciclo.



13. Festival de invierno

Feria comunitaria orientada en los ejes: Arte, Salud y Medio ambiente, realizada en sector Villa Las Palmas junto con la JJVV del territorio, Organización 5^a Interior y ONG Muévete por Chile. Durante una semana se realizan actividades educativas y promocionales con participación del equipo de salud (Odontóloga, Kinesióloga, Matrona, Psicólogo, Nutricionista, Asistente Social), cerrando con un festival donde se realiza una feria de emprendimiento, conversatorio y pasacalle con batucada.



14. Celebración del aniversario del CECOSF

Pasacalle de disfraces realizado en el marco de la celebración del 5^º Aniversario del CECOSF, donde se realizó un recorrido por el territorio 1 junto a vecinas y vecinos, saludando a la comunidad y entregando golosinas y materiales para dibujar a niñas y niños



e. CECOSF Santa Teresita

Las actividades realizadas durante el año 2022 fueron para generar mayor promoción y prevención en nuestra comunidad. Donde se puede generar mayor conciencia, lograr un mejor autocuidado y así una mejor calidad de vida. Se logró tener una mayor conexión con nuestra comunidad y se pudo dar a conocer las distintas prestaciones a las cuales pueden acceder como usuarios de nuestras redes.

1. Talleres educativos en las sedes de nuestro territorio y con los distintos profesionales de la salud

Talleres donde se abordaron distintas inquietantes de los usuarios, como por ejemplo funcionamientos de programas, prestaciones, temas relacionados al autocuidado y a distintas patologías.



2. Cápsulas educativas

Los funcionarios durante el transcurso del año y según necesidades que se presenten con los usuarios, se elaboraron capsulas las cuales fueron difundidas en redes sociales. Siguiendo la temática de abordar temas y inquietantes que pueden presentar los usuarios, se realizaron capsulas educativas con respecto a cada área y prestación de nuestro CECOSF.



3. Actividades recreativas y promocionales

Junto a los centros educaciones para así generar un mayor vínculo con nuestra comunidad y también generar una mayor promoción y prevención.



4. Profesionales a terreno

Participaron profesionales tales como odontólogo y enfermeros para así lograr cumplimientos de metas. Como también de poder llevar nuestras prestaciones a la comunidad y generar un acceso más fácil para nuestros usuarios. Se realizó vacunación en centros educacionales y residencias. Fluoración dental en centros educacionales y ejercicio físico preventivos en distintas sedes realizado por kinesiólogo.



5. Primer operativo de salud en terreno de CECOSF Santa Teresita

Oportunidad para llevar todas las prestaciones de nuestro CECOSF hacia la comunidad, la cual se seguirá implementando en cada sector de nuestro territorio.

Donde se da la acción para llevar todas las prestaciones de nuestro CECOSF hacia la comunidad, donde se seguirá implementando en cada sector de nuestro territorio. Se realizó en Sede Social Comunidad Villa Santa Teresita el martes 08 de noviembre. Donde se generaron las siguientes prestaciones:

- Vacunación Refuerzo Bivalente (Pfizer)
- Atención odontológica
- Examen de Medicina Preventiva
- Centro Comunitario de Rehabilitación (atención al dolor)
- Punto saludable con productos Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor PACAM y consulta nutricional
- Consulta médica
- Inscripción y per cápita
- Sala de estimulación
- Taller RCP Reanimación Cardio-Pulmonar



6. Diagnóstico participativo

Actividad que se desarrolló junto a la mesa territorial, funcionarios y usuarios; para así plantear y resolver distintas inquietantes que se puedan ir generando.



f. CESFAM La Palma

1. Participación comunitaria “Mesas Territoriales y Mesa Ampliada”

En sector La Palma existen 3 mesas territoriales, una por cada sector que comprende el territorio, a saber: Mesa Santa Olivia, Mesa San Francisco y Mesa Los Almendros (en esta última se incorpora además sector Pueblo Indio)

Las 3 mesas están conformadas por las diversas organizaciones territoriales y funcionales de La Palma, como son las JJVV, clubes deportivos, iglesia y parroquia, APR, clubes de adultos mayores, comités de adelanto, entre otras. Como centro de salud nos sumamos a todas estas reuniones técnicas e informativas con el objetivo de mantenernos informados respecto de la realidad y acontecer territorial, además de ser una instancia donde se comparte con la comunidad información general sobre el funcionamiento del centro de salud. Para

esto se elabora una minuta informativa que se entrega a los representantes de cada organización.

Además, y desde el mes de junio y por iniciativa de la propia comunidad, se están realizando reuniones de “Mesa Ampliada”, en las que se reúnen los representantes de las 3 mesas antes mencionadas. De este tipo de reuniones se han realizado 2 durante el año y queda pendiente la realización de una última reunión ya agendada.

En conjunto con la comunidad, es que se elabora y presenta el “Plan de Participación Social” asociado a la Meta 7 de participación, y que este año 2022 se centró en 3 ejes: 1.- Fomentar la corresponsabilidad en salud, 2.- Aumentar los niveles de participación comunitaria y 3.- Relevar la salud mental comunitaria.

De este plan es que se desprenden las actividades comunitarias realizadas por el centro de salud y cuyo resumen se presenta a continuación.



2. Conmemoración de diversas efemérides o hitos

2.1 Día Internacional de la Mujer, 8 de marzo

CESFAM La palma se sumó a la conmemoración de este día realizando un mural donde se podían observar fotografías de las funcionarias realizando otras tareas asociadas culturalmente al rol femenino: crianza, cuidado de otras personas, etc. La idea fue relevar el trabajo doméstico y de cuidado que realizan las mujeres, además de su rol como trabajadoras. También se regalaron pulseras de macramé con frases alusivas al día a todas las usuarias que asistieron ese día al CESFAM.



2.2 Día de la Felicidad, 20 de marzo

Como todos los años, el CESFAM La Palma se unió a la celebración local del Día de la Felicidad, adornando el centro de salud con globos y mensajes positivos que se fueron compartiendo durante el día con funcionarios y asistentes.



2.3 Día de la Niñez

Actividad desarrollada en coordinación con el jardín infantil Caperucita. Se contó con juegos de madera para entretener a los asistentes, los funcionarios se sumaron a la conmemoración viniendo disfrazados, al igual que los niños y niñas, quienes también recibieron colaciones y globos.



2.4 Aniversario CESFAM La Palma

Este año el CESFAM celebró 25 años de vida, realizando un desayuno con la comunidad. Este año cada funcionario invitó a un usuario del centro de salud a participar de esta jornada de celebración, lo que permitió crear un ambiente de mucha familiaridad.



2.5 Encuentro Grupo Adultos Mayores “Salud Dorada”

Durante el mes de agosto se realizó actividad de reencuentro del grupo de adultos mayores del CESFAM, que había estado suspendido durante la pandemia.



3. Red de turismo local

Con el objetivo de fomentar el reencuentro, asociatividad y participación comunitaria de organizaciones locales y grupos pertenecientes al territorio, es que se programó para este 2022, convocar a diferentes actores locales para la conformación de la Red de Turismo Rural La Palma, en coordinación con la Unidad de Desarrollo Económico Local.

Los integrantes de esta red han estado participando en diversas acciones de formación y difusión preparadas por el ente comunal, como seminarios, talleres, entre otras.



PROGRAMA		
HORA	TEM	ENCARGADO
9:30	Atención y acreditación	Equipo Oficina de turismo
9:50	Inicio: introducción	Licenciado actualidad
10:00	Situado de Actualidad	Representante
	Solucho Corporación Regional de Turismo	Sr. Francisco Gastoy
	Solucho Delegado provincial	Representante
10:15	Presentación PDM "Experiencias vividas de Turismo Rural: la experiencia de la institución"	Sr. Sebastian Bulo
10:45	Experiencia Pastoral: Ruta Turística Desde el albio por el pascho (La Palma)	Sr. Cesar Arancibia
11:15	Experiencia Ocaso: Ocaso de ocno, miembro de la cámara de turismo de Valdivia	Sr. Alvaro Alguira
11:40	COFFEE BREAK	
12:15	Presentación de rebato y territorio del Museo Arqueológico de Quilota	Sra. Pamela Maturana, Directora Museo Histórico y Arqueológico de Quilota
12:30	Taller práctico	Oficina de Turismo Municipal
13:30	Presentación Oficina de Turismo "Rutas, Ecosistemas Turísticos Sostenibles"	Sr. Claudio León, Coordinador Oficina de Turismo Municipal
13:50	Preguntas	
	Cierre	

4. Estrategia arte-sanas, creando mejor salud

Como una manera de fortalecer y difundir el trabajo que realiza desde hace 5 años el programa Arte-Sanas de La Palma, se gestionó la participación del grupo en diversas ferias de emprendimiento local.



5. Feria de la salud y el bienestar

Con el objetivo de Generar una oferta de salud mental, alternativa y complementaria a la atención clínica, que permita evidenciar los recursos con los que cuenta la comunidad del sector para el abordaje de estas problemáticas, es que se programó en octubre la 1era Feria del Bienestar y la Salud Mental. En dicho espacio participaron varios expositores locales dedicados al desarrollo de terapias complementarias (reiki, reflexología, masaje craneal,



6. Difusión en medios locales y redes sociales

Se realiza difusión mediante entrevistas en radio comunitaria de Santa Olivia (La Picarona), de temas relacionados a la salud mental, específicamente este año a lo que tiene que ver con el proceso de rehabilitación de alcohol y drogas, instancia en la que participan profesionales del centro Emerger. Además, constantemente se está informando a la comunidad por redes sociales del centro, de diversos temas de interés, relacionados con la prevención y promoción de salud.

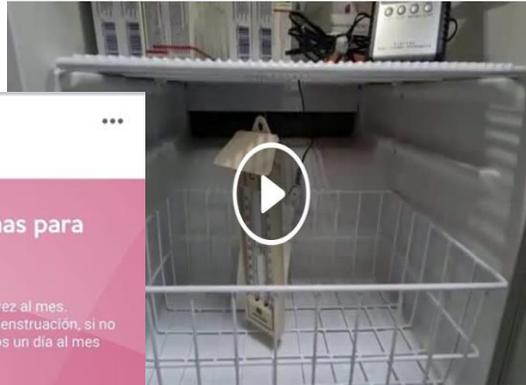


Cesfam La Palma



2 jun. a las 13:57 · 🌐

Compartimos video de uso de insulina. Cualquier duda se encuentra disponible atención de Químico Farmacéutico



11 veces compartido • 838 reproducciones

 #CUENTALE A TODAS

Autoexamen de mamas para detección precoz:

 El autoexamen de mamas debe ser una vez al mes, idealmente días antes o después de la menstruación, si no llega la menstruación establecer al menos un día al mes para realizarlo.

 Además del autoexamen de mamas, se debe realizar un examen físico de mamas de manera anual con matróñ/a o ginecólogo/a.



SaludQuilota  *Salud que Queremos*



INSTAGRAM

¿Cuándo realizar un autoexamen de ...

ABRIR

g. CESFAM San Pedro

Es un centro de salud localizado en el área rural de San Pedro, territorio que destaca por su amplia distribución y lugares remotos. Contamos con una población percapitada de 5895 personas. La coordinación con distintos integrantes de la comunidad es clave, debido a la amplia distribución geográfica de la localidad.

El objetivo de este informe es visibilizar las actividades realizadas con la comunidad de San Pedro en el año 2022, retornando a la normalidad luego de pandemia COVID- 19.

1. Modelo de atención

1.1 Atención, cuidado integral y continuo en Red de las personas y sus familias, en todas las etapas del ciclo vital, desde el modelo local de SaludQuillota.

1.1.1 Embarazo, primera infancia, adolescencia, adulto y familia:

El 27 de agosto se realizó caminata a Humedal de San Pedro con diversidad de grupo etario para promover estilo de vida saludable.



1.1.2 Se celebró el día de la familia de San Pedro el 17 de mayo 2022 en conjunto con el jardín medial luna y colegio Abel Guerrero.



1.1.3 El día 03 de agosto 2022 se realizó jornada de lactancia materna.



1.1.4 El día 13 de julio se realizó operativo con PAP móvil de SSVQ en localidades de San Pedro.



1.1.5 Se han realizado jornadas de EMPA/EMPAM en distintos puntos de la localidad, como Lo Varela y el Cajón de San Pedro.



1.1.6 El programa de atención domiciliaria integral (PADI)

Se retomó en el CESFAM San Pedro en el mes de agosto 2021, el médico encargado es el Dr. Daniel Rojas, junto con la enfermera Paulina Arqueros. Se realizó actualización de los datos de los pacientes dependientes severos de la comunidad y se realizaron visitas de evaluación y derivaciones a otras áreas, como son kinesiología, nutrición, asistente social y psicóloga. Además, se involucra a familia y cuidadores del paciente dependiente severo, realizando EMPA y garantizando otras atenciones de salud si fuese necesario.



1.1.7 Celebración primer año de Ambulancia San Pedro.

En el mes de octubre del año 2021 llega una ambulancia básica a la comunidad, donada por Vías Chile. Cuenta con dos conductores de 44 hrs., dos TENS de 44 hrs. y una enfermera de 44 hrs. para su funcionamiento. Dentro de las funciones están realizar traslados desde el SAPU San Pedro a SAR u hospital de Quillota y realizar curaciones y procedimientos a domicilio para pacientes postrados o con movilidad reducida.

Se activa red de visitas domiciliarias y vacunación a ELEAM y casa de acogida de San Pedro. Existen dos establecimientos dedicados a los enfermos y más vulnerables: la residencia del adulto mayor de San Pedro y la casa de acogida de San Pedro. El año 2022 se coordinó con los encargados técnicos de ambas instituciones y se reservó el día miércoles para visitas domiciliarias de médico en

horario AM para la casa de acogida y en horario PM para residencia. En dichas visitas acude Dr. Daniel Rojas y evalúa estado general de los pacientes, generando órdenes de exámenes o derivando a otros profesionales si fuese pertinente.



1.1.8 Salud oral

Se retomaron atenciones con normalidad de programa CERO, tratamiento dental infantil, GES y adultos. Además, se retomó Sembrando Sonrisas, visitando a colegios y jardines de la zona, para realizar aplicación de flúor, educación de higiene y entrega de kit de salud oral.

Se realizó operativo dental con sillón móvil en la sede vecinal lo Varela, para acercar la atención odontológica a las partes remotas de la localidad de San Pedro.

Además, participamos en jornadas de día del niño en colegio Abel Guerrero, haciendo educación en salud oral.



1.1.9 Salud Cardiovascular

Se han realizado rescates de pacientes inasistentes a controles desde estadillo social y pandemia en adelante, regularizando sus controles mediante tomas de exámenes, electrocardiogramas y atenciones por parte del equipo de salud cardiovascular.

De manera innovadora, se derivan a los pacientes diabéticos a atención dental, con horas protegidas para ellos. Además, se han realizado cápsulas del mes

del corazón y participación en radio Putupur 107.3 FM para educación en salud cardiovascular y otros temas como cáncer.



1.1.10 Salud Mental

Se generó una colaboración con equipo de salud de Emerger, acudiendo a iglesia local a tratar pacientes con problemas de alcoholismo, tabaco y drogas duras, canalizados a través de nuestro asistente social.

Se utilizan murales para educar a los usuarios en temática de salud mental.

Se coordina con SAPU San Pedro en pesquisa y rescate en casos de riesgo de salud mental junto con psicóloga del centro.

2. Fortalecimiento de la resolutivez

2.1 Puesta en Marcha de Farmacia Comunal San Pedro

El 24 de mayo del 2022 se inauguró en San Pedro la farmacia comunal, permitiendo acceso a medicamentos más económicos a gente de la localidad y además evitando el viaje a centro de Quillota o Limache para asistir a farmacias de cadena.



2.2 Mejoramiento y Evaluación continua de la calidad de atención clínica y de apoyo

- Retomar y avanzar en Proceso de Acreditación en Calidad: contamos con la matrona Carolina Cantillana como encargada con horario protegido para avanzar en temática de calidad.
- Medicamentos: se generó estrategia de agendamiento para retiro de medicamentos vía Whatsapp para reducir tiempos de espera. Además del trabajo con agentes comunitarios que nos ayudan a articular entrega de medicamentos a personas sin redes de apoyo.



2.3 Desarrollo de líneas de prevención y promoción transversales e integradas en la red

- Bienestar y Felicidad, en todas las políticas: incorporando cuidados de equipo para proyectar bienestar y felicidad al usuario.

3. Participación social y trabajo intersectorial

3.1 Desarrollo del Trabajo Intersectorial

- Consolidar la estrategia de Centros Asistenciales-Docentes: recibimos alumnos en práctica de TENS, obstetricia, enfermería y terapeuta ocupacional.
- Presencia en redes sociales: hemos capacitado a tres funcionarios en redes sociales para llevar Instagram y Facebook, para así llegar a la comunidad.

3.2 Fortalecimiento de la participación social en salud

- Mantener y Ampliar Cobertura de Diagnósticos Participativos: el 28 de septiembre se realizó diagnóstico participativo donde se determinaron 13 factores que dañan la salud de la población.
- Fortalecer el Trabajo a nivel de los Consejos Consultivos de Salud: una vez al mes se realiza en alguna junta de vecino el consejo consultivo, donde asiste asistente social, miembro de dirección y funcionarios, así

como comunidad, para tratar temas de interés local que afecten la salud y bienestar de los usuarios.



h. CESFAM Boco y Posta de Manzanar

Para el equipo técnico del CESFAM de Boco los espacios de participación y la promoción de salud nos ha permitido involucrar a la comunidad en el análisis de sus problemas de salud y en la identificación de sus necesidades de salud más importantes.

Hemos reforzado el papel de protagonista de nuestra comunidad de Boco como sujeto del cuidado de su salud aumentando su responsabilidad permitiendo incidir en los factores protectores que forman parte de la salud de cada usuario involucrado en estas actividades.

Además, se ha trabajado de manera incansable en abrir espacios de participación democrática como un mecanismo para el desarrollo local, promoviendo una democracia participativa a través de la integración de la comunidad en los diversos quehaceres del CESFAM.

Así entonces la comunidad organizada a través de sus dirigentes comunitarios identificó los siguientes nudos críticos para trabajar en el año 2022:

1. Baja participación ciudadana en el despliegue de soluciones eficientes para mejorar la atención de salud, debido al estado de emergencia.
2. Redes de apoyo institucionales escasas dentro del sector de Boco
3. Necesidad de generar diagnostico comunitario de salud de Boco y Manzanar
4. Escasos espacios de participación para los adultos mayores en la comunidad.

En base a estos nudos críticos se establecieron los siguientes objetivos de trabajo para el año 2022:

1. Fortalecer el trabajo del Consejo Consultivo de Salud de Boco contribuyendo a mantener su buen funcionamiento
2. Fortalecer la comunicación entre la comunidad y el centro de salud, implementando una encuesta que permite evaluar la percepción de la satisfacción usuaria.
3. Fortalecer el trabajo intersectorial con las escuelas y jardines infantiles existentes en la comunidad de Boco construyendo estrategias locales de Promoción de la salud que sean capaces de leer la realidad de la comunidad educativa.
4. Realizar Diagnósticos Participativos de Salud en las comunidades de Boco y Manzanar
5. Favorecer un espacio de acogida y participación para los adultos mayores autovalentes y con dependencia moderada donde puedan mejorar su calidad de vida y compartir en comunidad.

1. Comunidad organizada- Instancias de participación social

1.1 Mesa Territorial Boco Crece Unido

Participación mensual en las reuniones, en donde se representan las 16 organizaciones comunitarias (funcionales y territoriales del sector de Boco)



Reuniones mensuales Mesa Territorial Boco Crece Unido

1.2 Grupo de Mujeres de Manzanar

Participación en las reuniones semanales y talleres para desarrollar con el Grupo de Mujeres, Social y Cultural de Manzanar.



Grupo de Mujeres de Manzanar

- Actividades 2022

1.3 Grupo Arte Manual

Grupo de apoyo para la salud mental de mujeres quienes semanalmente realizan actividades de arte manual, estas actividades les permiten además poder realizar la venta de las manualidades que realizan para poder mejorar sus ingresos económicos.



Grupo de Artes Manuales

CESFAM BOCO 2022

1.4 Grupo Solidario

Agrupación de personas que lideran acciones solidarias para la comunidad de Boco.

Grupo
Solidario
Boco



1.5 Grupo Adulto Mayor

Agrupación de personas mayores que lideran acciones recreativas y de apoyo y contención emocional para los AM de Boco.



GRUPO ADULTOS MAYORES DE
BOCO

i. Centro de salud integral plaza mayor

1. Ser mujer mayor

29 de marzo, actividad conjunta con la Oficina Comunal de Mujeres y Equidad de Género, enmarcada en el mes de marzo por el 8M, temática:

En coordinación con el área de la municipalidad encargada de entregar atención psicosocial, integral y orientación judicial a las mujeres de la comuna que han sido víctimas y sobrevivientes de violencia, se realiza conversatorio con usuarias del Centro Plaza Mayor.

La Actividad responde a la necesidad de visibilizar la violencia que sufren las mujeres, independiente del grupo etario al que pertenezca y los diversos actos que constituyen violencia.

Coordinación enmarcada en el principio de atención e intervención en red, lo que permite dar mejor respuesta en el ámbito de salud, concibiendo al o la paciente como una persona integral.



2. Diagnóstico participativo programa más adultos mayores autovalentes

El diagnóstico participativo realizado en el usuarios y usuarias del Centro Plaza Mayor, se enmarca en la necesidad de incorporar las perspectivas y opiniones frente a la salud y la forma de “hacer salud” entorno a temáticas atinentes a las características de la población inscrita en el centro.

El diagnóstico sienta las bases de las nuevas oportunidades de incorporar las perspectivas de la población, frente a las necesidades que ellos mismos como usuarios han detectados.



3. Día mundial de la toma de conciencia del abuso y maltrato en la vejez, 15 de junio

La población usuaria como una comunidad es imprescindible para avanzar hacia un ejercicio de la salud centrada en las personas y con ello, es relevante problematizar y visibilizar las distintas temáticas que contribuyen a mejorar su calidad de vida.

Muestra y charla sobre la convención de derechos de las personas mayores y muestra artística frente a la temática del respeto sobre la vida privada y autodeterminación de las y los adultos mayores.



j. Centro de promoción de la salud y la cultura

1. Celebración de cumpleaños N°6

Esta iniciativa celebra el 6° año de los niños(as), que se van de alta del control del niño sano, para marcar de manera significativa y positiva esta etapa de vida. Se realiza una fiesta de cumpleaños con los niños y niñas que se encuentran de cumpleaños junto a sus familias. Se realiza una orientación y derivación con el tratamiento dental que es AUGE para su tratamiento en el centro de Salud Silva Henríquez. A la fecha se han realizado 4 actividades.

Teniendo en cuenta que la asistencia a actividades tenía aforo que limitaban el número de participantes, en la actualidad son 257 personas que han participado en el año, de manera presencial.



2. Carritos cerro abajo, ruta Mayaca “los que llegaron primero”

Esta iniciativa es una colaboración a ONG Vozetos. Los vecinos del Cerro Mayaca se preparan confeccionando carritos que se lanzaran por las calles del cerro, siendo vistos por el resto de los pobladores del Cerro. Se acompaña esta competencia con música y premiación de vecinos destacados y los carritos por su ingenio y comportamiento en la carrera.



3. Trawün

Encuentro de personas interesadas en los pueblos ancestrales. Esta actividad pretende dar a conocer la cosmovisión de los pueblos de origen, en un encuentro con representantes de estos pueblos y la comunidad en general. Se acompaña de música, rituales, comida, etc. Este año se realizó en conjunto con el Colegio CEIA, para incorporar a la comunidad en el conocimiento de los pueblos ancestrales.



4. Encuentro de adultos mayores “Los que llegaron a septiembre”

Esta iniciativa pretende valorar en positivo, la mirada que los adultos(as) mayores tienen respecto de la sobrevivencia a los meses de invierno. Inicialmente la actividad se le denominada la “Fiesta de los que pasaron Agosto”, pero hoy se ha modificado su nombre, para darle una entonación más festiva. Se lleva a cabo el primer viernes de septiembre.



5. Lanzamiento del libro “Confesiones sin cura”

En el encuentro de personas mayores “Los que llegaron a Septiembre”, se realiza el lanzamiento del libro “Confesiones sin cura”. Esta iniciativa recoge 10 relatos de personas mayores que cuentan su vida afectiva amorosa. Se pretende

con ello, poner en el sentir público, como las personas mayores han vivido sus relaciones amorosas y el lector pueda reflexionar en torno a lo que acontece en la actualidad y entender las miradas diversas que existen en relación a este tema.



6. Ramada

Este año se realizó la ramada que se denominó “Volver a la Fonda”, se llevó a cabo en el Restaurant “Del Puente a la Alameda”. Asistieron 200 personas.

Tuvo un alcance en Facebook de 5120 personas con 426 interacciones. Los artistas que participaron este año son: Flores, DJ’s SK, los hermanos SKO Vigu, Dialecto Anima, Tanque Rudy y los Inquietos de la Chingada.



7. Sala de exposiciones

La sala de exposiciones es un espacio para que artistas audiovisuales presenten su trabajo durante el año. Cada exposición dura instalada un mes calendario, se hace la inauguración respectiva en donde se invita a usuarios y ciudadanos de la comuna para que compartan con el artista que expone, el contenido de su trabajo y que reciba los comentarios de los asistentes. Durante el

año 2022, se han realizado 10 exposiciones en pintura, fotografía, esculturas, etc. Cada inauguración cuenta con una asistencia promedio de unas 30 personas.



8. Campeonato de Skate: 1° encuentro provincial de Escuelas de skate

Esta iniciativa se lleva a cabo en el sector del skate park y en el parque Aconcagua, en colaboración con el municipio, escuelas de skate y participantes en general. Esta es una competencia en el skate con premios aportados por el comercio en general y el municipio.



9. Sacando brillo en El Sendero

El centro de promoción se instala en el espacio de junta de vecinos del Sendero en la plaza donde se encuentra “El ovni” y el skate park. En conjunto con el Jardín Infantil, grupo de basquetbolistas, la junta de vecinos y vecinos del sector, se realizan labores de limpieza para rescatar el sector de la plaza y sus alrededores, se hacen muestras de números artísticos y muestras de deporte, para que la vecindad se haga parte de este espacio en un ambiente de colaboración y bienestar.



k. Centro Emerger

1. Estrategia territorial Centro Emerger en San Pedro

Atención directa dupla psicosocial, encuentros red de educación, difusión en radios comunitarias, participación mesas territoriales, coordinación delegación.



2. Estrategia territorial Centro Emerger en Boco y Manzanar

Atención directa dupla psicosocial, participación grupo de mujeres manzanar, jornadas de difusión y participación operativos joven sano en CESFAM Boco.



3. Estrategia territorial centro Emerger en La Palma

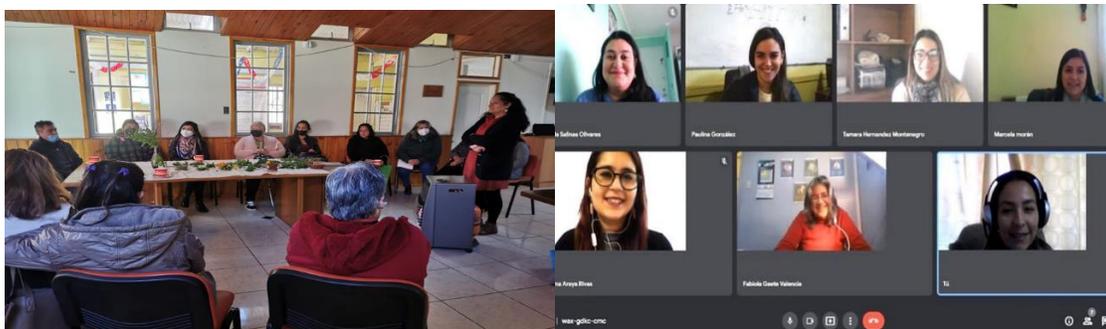
Atención directa dupla psicosocial, difusión barrial para acercar tratamiento a la comunidad, participación radios comunitarias.



4. Iniciativas Trabajo con red municipal

Coordinación Senda Previene: Reunión virtual de presentación de Estrategia territorial Centro Emerger

Alianza con Oficina Municipal de Pueblos Originarios: Se realizan talleres de medicina ancestral en segundo semestre 2022. Participación activa de usuarios/as, familiares y equipo. Se incluye rogativa como parte de Conmemoración del día de Pueblos Originarios.



5. Círculo de mujeres “maternando juntas”

Iniciativa grupal con perspectiva de género orientada a generar redes de contención y apoyo entre mujeres, como estrategia en salud mental.

Facilitación conjunta de encuentros Dupla Psicóloga y Terapeuta Ocupacional Emerger y Dupla Psicóloga -Matrona Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez.



6. Sensibilización enfoque de género: Conmemoraciones 8M y preparación 25N

Se realizó instalación y conversatorio 8M abierta al público sobre trabajo doméstico y se proyecta obra de teatro para 25N día Internacional contra la Violencia hacia las mujeres.



3.- Comité de gestión usuaria

En la comuna de Quillota las instituciones que forman parte de la Red de Centro del Departamento Municipal de Salud han venido desarrollando un proceso de mejora continua que tiene como centro al usuario y que busca que la percepción de éstos, acerca de la experiencia de atención, sea cada vez más satisfactoria.

Dentro de este proceso se ha instalado una mirada de cooperación entre los centros de salud de la comuna, la cual ha permitido impulsar el uso de estándares comunes de calidad, e ir desarrollando acciones que buscan optimizar los instrumentos de gestión y capacitar a los trabajadores en la obtención de habilidades de manejo de atención de público y profundizar en los conocimientos de las redes de protección de la comuna y los beneficios que esta puede brindar a los usuarios.

Desde el año 2016 se logra construir un Comité de Gestión de las Solicitudes Ciudadanas el que se ejecuta de manera comunal, como una herramienta para potenciar así la gestión de los centros y a la comunidad, a través, de sus líderes para que puedan construir ciudadanía en base a la interacción de los diferentes sectores de la comuna, logrando entonces: Que los dirigentes se conozcan entre sí, que identifiquen las diferentes realidades que conforman la comuna y que conozcan las fortalezas y debilidades de los diferentes centros de salud en los que se atienden sus bases.

De esta forma los centros: CESFAM San Pedro, CESFAM La Palma, CESFAM Boco, Centro de Salud Miguel Concha, Centro de Salud Raúl Silva Henríquez, CECOF Cerro Mayaca, CECOF Santa Teresita, CECOF Ruta Norte, Casa de Acogida Beatita Benavides y San Pedro, el día 8 de septiembre de 2016 inician el funcionamiento del Comité de Gestión Usuaria Comunal de Quillota, conformado por los directores de cada centro más un representante de los funcionarios y personas representante de la comunidad un titular y un suplente.

Es así entonces como desde el 2016 se realiza un trabajo organizado, coherente con la misión de nuestro departamento y principalmente participativo.

a. Resumen de las actividades de las oficinas OIRS de la comuna

El COMPROMISO DE GESTION N°16 tiene como meta “Mejorar la Satisfacción Usuaría en el marco de la gestión de los ámbitos de Acogida, Trato e Información a las personas usuarias en la atención de Urgencia, Farmacia y Lista de Espera Quirúrgica y de Especialidad, en la Red de Establecimientos de Salud Primaria de Quillota.

Este Compromiso de Gestión establece una planificación a tres años, luego de la ejecución de un Diagnóstico Comunitario realizado por el Comité de Gestión Usuaría, con el fin de definir acciones que nacen de la misma comunidad.

En el año 2019 se ha elaborado un Diagnóstico participativo en Satisfacción Usuaría para luego en base a la información recolectada poder planificar las acciones de mejora de los nudos críticos que determina la comunidad.

La planificación se definió en conjunto con los participantes del Comité de Gestión Usuaría, vale decir directivos de los Centros de Salud, representantes del personal de los centros de salud y representantes de la comunidad que conforma cada centro de salud.

b. Variable urgencia

- a. Establecer proceso de educación a los usuarios de los centros de salud de la Red Salud – Quillota, acerca de categorización de la demanda de atención de urgencia.
- b. Estandarizar y protocolizar procesos administrativos.
- c. Educar a la población en relación con la manera de utilizar los servicios de urgencia, diferenciando los SAPU de las Unidades de Emergencia de nivel secundario.

c. Lista de espera

- a. Motivar a la población que se atiende en la Red de Centros de Salud de Quillota a que actualicen sus datos.
- b. Difundir en la comunidad el funcionamiento de los programas de resolutivez de la red de Centros de Salud de Quillota.
- c. Sensibilizar a funcionarios administrativos para mejorar percepción de los usuarios sobre la atención recibida en la unidad de admisión.

d. Farmacia

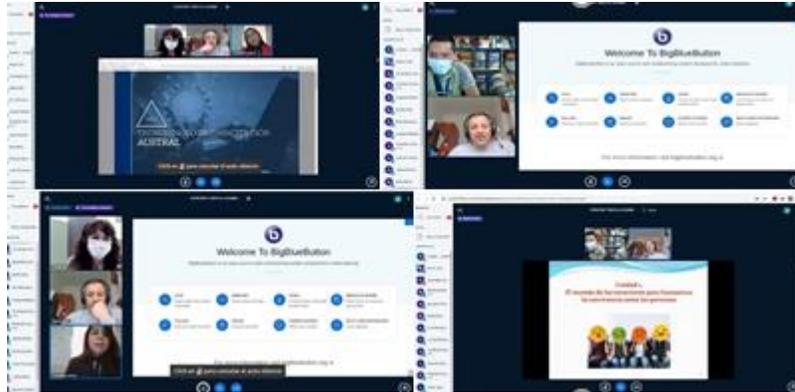
- a. Sensibilizar a funcionarios de farmacia para mejorar percepción de los usuarios sobre la atención recibida en esta unidad.
- b. Presentar a los usuarios de los centros de salud de manera clara y didáctica el funcionamiento de las farmacias de los centros de salud de la red Salud Quillota y HSMQ.
- c. Socio-educar a la población acerca del uso de medicamentos.

e. Actividades ejecutadas en 2022

1. Se realiza en Boco Reunión informativa de Coordinación Equipo OIRS, para programar las adecuaciones en los espacios de espera para la atención, con el fin de que los usuarios cuenten con lugares cómodos y confortables.



2. Se realiza Taller a los funcionarios asistentes a la jornada conocen a los menos una técnica de comunicación efectiva para implementar en su trabajo.



3. Reuniones Comité de Gestión Usuaría Comunal



3.1 Taller con los funcionarios de admisión de cada Centro de Salud para trabajar el Protocolo de Solicitudes Ciudadanas.

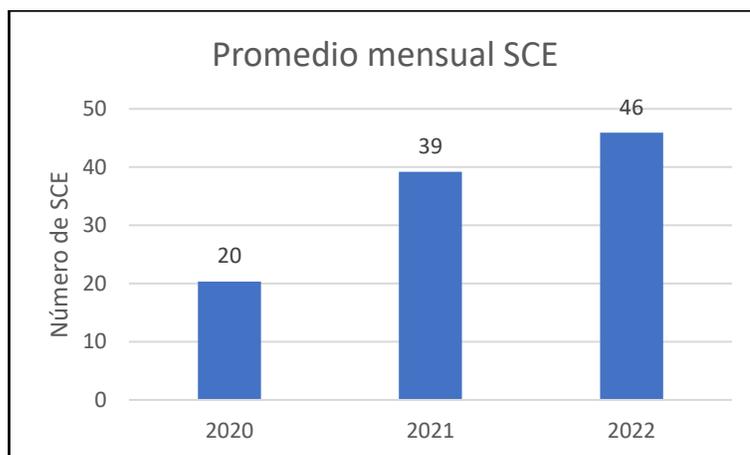


4.- Análisis de Solicitudes Ciudadanas

Durante el periodo considerado en el Plan Comunal de Salud, se constata un alza en el promedio mensual de solicitudes ciudadanas recibidas por el Departamento de SaludQuillota. La comparación de los gráficos 122 y 123 muestra un aumento en 2022 a más del doble de solicitudes en 2020. A su vez, el detalle del acumulado de los tres años da cuenta de que la mayoría de éstas consisten en

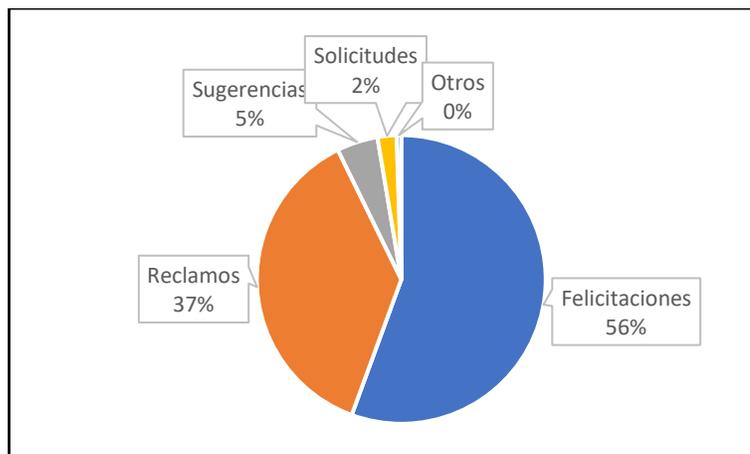
felicitaciones por parte de los usuarios con un 56% del total, lo cual contrasta con un 37% de reclamos, un 5% de sugerencias y un 2% de solicitudes.

Gráfico 122: Promedio mensual de Solicitudes Ciudadanas en SaludQuillota (2020-2022)



Fuente: OIRS, MINSAL (2020; 2021; 2022)

Gráfico 123: Distribución porcentual de las Solicitudes Ciudadanas (2020-2022)²¹



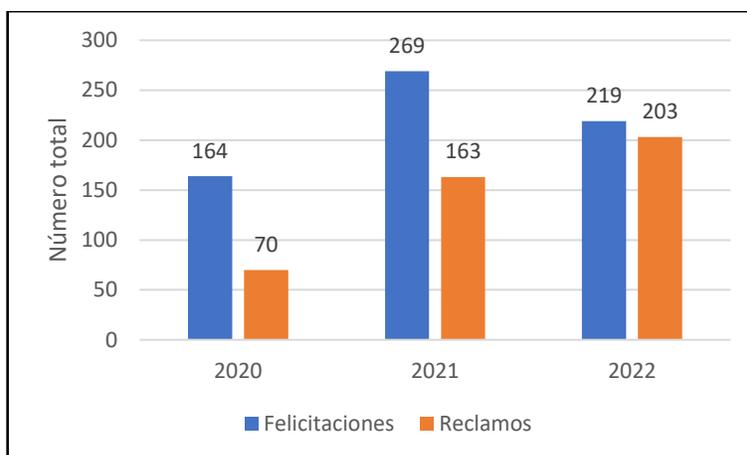
Fuente: OIRS, MINSAL (2020; 2021; 2022)

De igual forma, la proporción de felicitaciones y reclamos por año muestra comportamientos parecidos en los años considerados. Tanto el gráfico 124 como el 125 muestran realidades semejantes en sus concentraciones mensuales, la cual

²¹ Los valores considerados van desde enero de 2020 a septiembre de 2022.

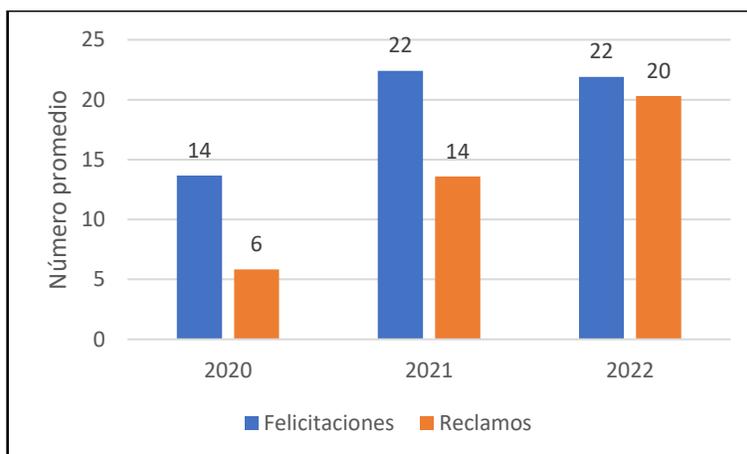
se expresa en una mayor diferencia en 2020 y 2021 que las contabilizadas hasta septiembre de 2022. Esto se explica por la reanudación de determinados programas, lo que altera los valores en 2022 respecto a los años anteriores. Sin perjuicio de lo anterior, la razón entre ambos tipos de solicitudes al actual año en curso sigue siendo de un 40,1% de reclamos contra el 59,9% de felicitaciones.

Gráfico 124: Concentración de felicitaciones y reclamos (2020-2022)



Fuente: OIRS, MINSAL (2020; 2021; 2022)

Gráfico 125: Promedio mensual de felicitaciones y reclamos (2020-2022)



Fuente: OIRS, MINSAL (2020; 2021; 2022)

IV.- GESTIÓN DE LAS PERSONAS

1.- Dotación

La dotación aprobada para el año 2023 en Quillota se presenta en el detalle de las horas por cada establecimiento de salud en la tabla 36. A modo de resumen, se describe el detalle del total de horas para cada funcionario dentro de su categoría en la tabla 37.

En esta última tabla, destacan lo presupuestado para los médicos y odontólogos en la categoría A, con 1.815 y 1.199 horas contempladas respectivamente; para enfermeras/os, con 2.013 horas, y Asistentes Sociales con 1.144 de la categoría B; TENS de Enfermería con 5.731 y TANS con 2.563 horas dentro de la categoría C; Técnico en Enfermería de radiografía con 792 en la categoría D; administrativos unidad de admisión (SOME) con 2.095 en la categoría E; y auxiliares de servicio con 1.345 en la categoría F.

Tabla 36: Dotación de Atención Primaria de Salud año 2023 de la I. Municipalidad de Quilota

CARGOS	CEC OSF CERR O MAY ACA	CEC OSF SANTA TERESITA	CESFAM LA PALMA	CESFAM BOCO	PSR MANZANAR	CESFAM SAN PEDRO	CARDENAL RAÚL SILVA HENRQUEZ	DR. MIGUEL CONCHA	DEPTO SALUD	CECOSFRUTA NORTE	COMPLEJO BULNES/LABORATORIO/DROGUERIA/ESTERILIZACIÓN	SAR
Médicos	179	88	85	44		69	242	968	44	55	44	
Odontólogo	88	66	55	59	18	88	429	286	44	66		
Químico Farmacéutico	16	18	27	8		69		204	44	10	44	
Matrón/a	66	44	66	72	5	44	396			44		
Psicólogo/a	22	22	33	11		33	528	165	44	22		22
Kinesiólogo/a	22	44	88	12	8	88		662		22		33
Nutricionista	44	44	44	44		33	176	253	44	44		
Enfermero/a	88	132	99	88		143	297	726	88	88	44	220
Tecnólogo Laboratorio											176	
Tecnólogo Rayos												44
Educadora							99					
Asistente Social	55	44	44	39	5	33	539	187	132	44		22
Prof. Ed. Física							44					
Tp. Ocupacional	9	44	8	9		18	44	132				
Ingenieros							44					
Fonoaudiólogo	19						36	77				
Directores			44	44		44	44	44				
Otros			11	19		3	77	132	264		44	
TENS E	308	286	319	220	44	704	484	2420		132	264	550
TENS Farmacia						176		220				
TENS Laboratorio											176	
TNS Odontólogo	22	44	22				154	176		44		
TNS Contable									176			
TANS			88	34	10	154	605	660	880		44	88
Técnico Enfermería			44	44		88	176	264			132	44
Técnico Odontológico	44			44	18	22	198	110		22		
Técnico Farmacia								308		44		
Podólogo/a												
Adms SOME	110	88		44		88	770	775		44	88	88
Adms Dirección									220			
Adms Pércapita	22	22				44	44	44		22		
Conductores						88			880			132
Auxiliare de Servicio	33		44	44		264	132	564	88	44	132	

Fuente: Resolución Exenta N° (E), Folio 1GG-8FQ-TFV, 15 de octubre de 2022

Tabla 37: Dotación de Atención Primaria de Salud de profesionales por hora y categoría al año 2023 de la I. Municipalidad de Quillota

CATEGORIA A	TOTAL HORAS
Médicos	1815
Odontólogos	1199
Químico Farmacéutico	440
CATEGORIA B	
Matrón/a	737
Psicólogo/a	902
Kinesiólogo/a	979
Nutricionista	726
Enfermero/a	2013
Tecnólogo Laboratorio	176
Tecnólogo rayos	44
Educadora	99
Asistente Social	1144
Profesor Ed. Física	44
Tp. Ocupacional	264
Ingenieros	440
Fonoaudiólogo	132
Directores	220
Otros	550
CATEGORIA C	
TENS E	5731
TENS Farmacia	396
TENS M	0
TENS Laboratorio	176
TNS Odontológico	462
TNS Contable	176
TNS Estadístico	0
TONS	0
TANS	2563
CATEGORIA D	
Técnico Enfermería R	792
Técnico Odontológico	458
Técnico Farmacia	352
Podólogo/a	0
CATEGORIA E	
Adms SOME	2095
Adms Laboratorio	0

Adms Dirección	220
Adms Estadísticos	0
Adms Percapita	198
CATEGORIA F	
Conductores	1100
Auxiliar de Servicio	1345

Fuente: elaboración propia a partir de Resolución Exenta N° (E), 15 de octubre de 2022

2.- Cargos llamados a concurso interno según Ley N° 21.308

La dotación comunal de salud, según informe anual de dotación informado para el año 2022 al Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, por categoría y sin cargos directivos es lasiguiente:

- I. A: 3.399 horas
- II. B: 8.228 horas
- III. C: 10.373 horas
- IV. D: 1.584 horas
- V. E: 2.398 horas
- VI. F: 2.420horas

El porcentaje contratado a plazo fijo corresponde a un 53% de la dotación total, lo que setraduce en 15.053 horas.

La brecha de cumplimiento según el guarismo 80/20 de la ley 19.378 que se regularizarámediante el actual concurso interno será la siguiente:

- I. A: 264 horas
- II. B: 550 horas
- III. C: 528 horas
- IV. D: 66 horas
- V. E: 99 horas
- VI. F: 88 horas

CATEGORÍA A	TITULAR	N° DE VACANTES	JORNADA (HRS)	ESTABLECIMIENTO
CARGOS	MÉDICO	2	44	CES Dr. Miguel Concha
		1	11	Centro Plaza Mayor
		1	11	CESFAM La Palma
	ODONTÓLOGO/A	1	44	CESFAM San Pedro
		1	44	CES Raúl Silva Henríquez
		1	22	CECOSF Santa Teresita

		1	22	CECOSF María Ernestina Fernández
		1	22	CESFAM Boco

CATEGORÍA B	TITULAR	N° DE VACANTES	JORNADA (HRS)	ESTABLECIMIENTO
CARGOS	ENFERMERO/A	2	44	CECOSF María Ernestina
		1	33	CESFAM San Pedro
		1	22	CECOSF Santa Teresita
	INGENIERO/A COMERCIAL	2	44	Dirección de Salud
	KINESIOLOGO/A	1	44	CESFAM La Palma
		1	44	Centro S. Dr. Miguel Concha
		1	11	Centro Plaza Mayor
	MATRÓN/A	1	44	CES Raúl Silva Henríquez
	NUTRICIONISTA	1	11	CECOSF Santa Teresita
		1	11	Centro S. C. Raúl Silva Henríquez
	PERIODISTA	1	44	Dirección de Salud
	PSICÓLOGO/A	1	33	C.S.C.R. Silva Henríquez - Emerger
	TECÓLOGO MÉDICO	1	44	Laboratorio Clínico
TERAPEUTA OCUPACIONAL	1	33	C.S.C.R. Silva Henríquez - Emerger	

CATEGORÍA C	TITULAR	N° DE VACANTES	JORNADA (HRS)	ESTABLECIMIENTO
CARGOS	TÉCNICO EN ADMINISTRACIÓN NIVEL SUPERIOR	1	44	Dirección de Salud
		1	11	SAR
	TECNICO DE NIVEL SUPERIOR EN ENFERMERÍA	1	44	SAR
		1	44	CESFAM La Palma
		1	44	Casas de Acogida San Pedro
		1	44	Centro S. Dr. Miguel Concha
		1	22	CESFAM Boco
		1	11	CESFAM La Palma
	TÉCNICO SUPERIOR EN INSTRUMENTACION QUIRÚRGICA	1	44	Casa Acogida B. Benavides
	TECNICO DE NIVEL SUPERIOR EN FARMACIA	1	44	C.S. Dr. Miguel Concha – Farmacia Comunal
	TÉCNICO SUPERIOR DE LABORATORIO CLÍNICO Y BANCO DE SANGRE	3	44	Laboratorio Clínico
	TÉCNICO DE NIVEL SUPERIOR EN ODONTOLOGÍA	1	22	CECOSF María Ernestina Fernández
		1	22	Centro S. Dr. Miguel Concha

CATEGORÍA D	TITULAR	Nº DE VACANTES	JORNADA (HRS)	ESTABLECIMIENTO
CARGOS	TÉCNICO O AUXILIAR PARAMÉDICO	1	44	Centro S. Dr. Miguel Concha
		1	22	CESFAM San Pedro

CATEGORÍA E	TITULAR	Nº DE VACANTES	JORNADA (HRS)	ESTABLECIMIENTO
CARGOS	ADMINISTRATIVO/A	2	44	Dirección de Salud
		1	44	Plataforma de Gestión Familiar
		1	11	CECOSF Cerro Mayaca

CATEGORÍA F	TITULAR	Nº DE VACANTES	JORNADA (HRS)	ESTABLECIMIENTO
CARGOS	AUXILIAR DE SERVICIO	1	44	Laboratorio Clínico
		1	44	CECOSF María Ernestina Fernández

3.- Plan Anual de Capacitaciones

El documento correspondiente al Plan Anual de Capacitaciones se remite en el anexo digital, dada la extensión del documento. Los pilares del Plan se materializan en actividades de capacitación que recogen los principales desafíos planteados para SaludQuillota en horizonte 2023. Sus materias principales son Salud Mental, Diversidad sexual y de género en Salud y fomento de la Participación Ciudadana. El costo de estas iniciativas se proyecta en torno a los M\$41.000, cuyo financiamiento municipal se estima en \$19.990.000.-

4.- Convenios Docentes Asistenciales

Históricamente, en la Atención Primaria de Salud Municipal de Quillota se han aceptado prácticas e internados profesionales de estudiantes de pregrado, pero durante muchos años este tipo de actividades se desarrollaron en forma inorgánica, por cuanto cada profesional definía si recibía o no internos/as, y las condiciones en que se ejercería la tutoría, principalmente sobre la base del compromiso de el o la misma funcionaria, y sus conocimientos técnico-profesionales.

En el año 2002 aproximadamente, se recibe instrucciones por parte de Unidad Jurídica Municipal, en cuanto a que dicha modalidad no podía mantenerse si no se implementaban convenios con los centros formadores que respaldaran la presencia de estudiantes en los centros de salud, por lo que progresivamente se comienza a impulsar dicho mecanismo, y, en el año 2006, se define por parte de la Dirección de Salud que la gestión de los campos clínicos se considere una línea de desarrollo estratégico del Departamento de Salud de la Municipalidad de Quillota, como una forma de difundir en la formación de pregrado el Modelo centrado en la Promoción de Salud y Garantías Ciudadanas implementado por este mismo

departamento, así como contribuir a la formación de técnicos y profesionales de la salud con prácticas de calidad, favoreciendo además que los y las estudiantes de la comuna de Quillota y sus alrededores puedan contar con una alternativa más cercana para desarrollar sus prácticas e internados. Posteriormente, se define que otro objetivo de esta línea de desarrollo es la articulación y retroalimentación con los centros formadores, de tal manera que como Atención Primaria de Salud Municipal podamos aportar a la educación de pregrado, a fin de favorecer la formación de profesionales y técnicos con mayor orientación y perfil para la salud municipal.

A partir de los lineamientos anteriores, gradualmente se comienza a estructurar lo que inicialmente se denominó Campos Clínicos, comenzando por cumplir las orientaciones administrativas establecidas por la Unidad Jurídica Municipal, y se van desarrollando mecanismos que permitan orientar una mejor inserción de estudiantes en los equipos de salud, así como un desarrollo de prácticas e internados de mayor calidad.

Posteriormente, a esta línea de trabajo se le denominó Campos Académicos, y actualmente se llaman Campos Docentes SaludQuillota.

Hasta el momento, se evalúa positivamente este desarrollo, por cuanto como equipo hemos ido acumulando una experiencia valiosa, posibilitando una mejora continua del quehacer, mayores y mejores espacios de trabajo conjunto entre estudiantes y funcionarias/os, una alta valoración por los centros formadores, y presencia en el pregrado de la perspectiva de salud que nuestro Municipio implementa, centrada en la promoción y la ciudadanización de la salud.

Objetivos de campo docente

1. Contribuir a la formación de profesionales y técnicos del área de la salud, a través de prácticas e internados de calidad.
2. Difundir en la formación de pregrado el Modelo de Atención centrado en la Promoción de Salud y Garantías Ciudadanas implementado por la Red Municipal de Establecimientos de Salud de la comuna de Quillota.
3. Establecer vínculos formales con los centros formadores de la Región de Valparaíso y del resto del país, a fin de facilitar la colaboración institucional que aporte para una mejor formación de técnicos y profesionales, y que favorezca la retroalimentación mutua entre salud municipal y establecimientos académicos, para brindar una mejor atención de salud a usuarios y usuarias de la salud municipal.
4. Favorecer el acceso de estudiantes residentes en la ciudad de Quillota y sus alrededores a prácticas e internados de calidad.

a. Hitos relevantes del campo docente

Constitución y mantención de equipo comunal de trabajo, integrado por Coordinadores/as Académicos/as, que corresponden a profesionales representantes de cada uno de los establecimientos de salud municipal, y que forman la instancia que propone, lidera y evalúa la ejecución de las distintas actividades que se desarrollan en Campos Académicos.

Definición en cada centro de salud de la capacidad formadora, a través de elaboración de nómina de funcionarios/as que asumen labores de Tutor/a y de Apoyo a prácticas e internados.

Coordinación con centros formadores de la zona y del país (CFTs, Institutos y Universidades), que solicitan cupos para sus estudiantes, y que son aprobados según la capacidad formadora y el cumplimiento de requisitos establecidos en el Proceso de Distribución de Cupos que se realiza anualmente.

Diseño, coordinación y ejecución de reuniones de preparación, de evaluación de proceso y de evaluación final de prácticas e internados, con participación de Coordinadores/as Académicos y Tutores SaludQuillota y referentes de los centros formadores.

Diseño y aplicación de diversos instrumentos administrativos, tales como Convenio Tipo, Arancel incluido en Ordenanza Municipal, Perfil de Coordinador/a Académico, de Tutor/a y de Apoyo, Manual del Estudiante, Derecho a Saber, etc.

Diseño, coordinación y ejecución de actividades de recepción y finalización de prácticas e internados, con aplicación de encuesta de elaboración propia.

Sin embargo, muchas de estas actividades debieron suspenderse en período de pandemia, particularmente porque los años 2020 y 2021 se cerraron los Campos Docentes, y el año 2022 se reabrieron, aunque no totalmente.

Para el año 2023, está diseñado retomar plenamente todas las actividades relacionadas con la gestión de Campos Docentes.

b. Logros de los campos docentes

Prácticas e internados de mayor calidad, pues a través de reuniones de coordinación, preparatorias y de evaluación, los/as Tutores/as conocen con anticipación los programas, objetivos y mecanismos de evaluación para este proceso de cada carrera, y se aplican mecanismos de retroalimentación académica que posibilitan aplicar mejoras, tanto en lo técnico como en trato y en ámbito administrativo, además de que equipos de salud han aportado sugerencias para mallas curriculares y pautas de evaluación de internados.

Difusión en pregrado de Modelo SaludQuillota, a través de actividades específicas dirigidas a estudiantes en práctica e internado, además de las actividades propias de cada establecimiento y el quehacer clínico, sin perjuicio de presentaciones que profesionales de centros de salud han realizado para cursos en centros formadores.

Formación de vínculo de colaboración entre Departamento de Salud y Centros Formadores, a través de realización de capacitaciones a funcionarios/as, participación de estudiantes en actividades de Asociación Chilena de Municipalidades, otorgamiento de becas a funcionarios/as para diplomados y formación, diseño e implementación de actividades en forma conjunta.

Mayor presencia de estudiantes de Quillota y zonas aledañas en los centros de salud, realizando prácticas e internados profesionales.

V.- GESTIÓN FINANCIERA

El presupuesto proyectado para el 2023, se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 38: Presupuesto 2023 del Departamento de Salud Municipal de Quillota

	Sub - Título	Items	CUENTAS	PRESUPUESTO 2023
1			<u>INGRESOS TOTALES</u>	<u>\$ 18.220.325.957</u>
<u>115</u>	<u>05</u>		<u>TRANSFERENCIAS CORRIENTES</u>	<u>\$ 15.993.925.957</u>
115	05	03	De Otras Entidades Públicas	\$ 15.993.925.957
<u>115</u>	<u>06</u>		<u>C X C RENTAS DE LA PROPIEDAD</u>	<u>\$ 54.000.000</u>
115	06	03	Intereses	\$ 54.000.000
<u>115</u>	<u>07</u>		<u>C X C INGRESOS DE OPERACIÓN</u>	<u>\$ 1.176.400.000</u>
115	07	01	Venta de Bienes de Operación.	\$ 1.020.000.000
115	07	02	Venta de Servicios	\$ 156.400.000
<u>115</u>	<u>08</u>		<u>OTROS INGRESOS CORRIENTES</u>	<u>\$ 996.000.000</u>
115	08	01	Recuperación y Reembolsos por Licencias Médicas	\$ 980.000.000
115	08	99	Otros	\$ 16.000.000
2			<u>GASTOS TOTALES</u>	<u>\$ 18.220.325.957</u>
<u>215</u>	<u>21</u>		<u>GASTO EN PERSONAL</u>	<u>\$ 13.024.682.787</u>
<u>215</u>	<u>21</u>	<u>01</u>	Personal de Planta	\$ 7.128.267.625
<u>215</u>	<u>21</u>	<u>02</u>	Personal a Contrata	\$ 4.804.511.926
<u>215</u>	<u>21</u>	<u>03</u>	Otras Remuneraciones	\$ 1.091.903.236
<u>215</u>	<u>22</u>		<u>BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO</u>	<u>\$ 4.245.343.209</u>

215	22	01	Alimentos y Bebidas	\$ 48.000.000
215	22	02	Textiles, Vestuario y Calzado	\$ 10.000.000
215	22	03	Combustibles y Lubricantes	\$ 40.000.000
215	22	04	Materiales de Uso o Consumo	\$ 2.038.159.584
215	22	05	Servicios Básicos	\$ 227.100.644
215	22	06	Mantenimiento y Reparaciones	\$ 388.904.412
215	22	07	Publicidad y Difusión	\$ 17.697.253
215	22	08	Servicios Generales	\$ 481.295.684
215	22	09	Arriendos	\$ 254.976.374
215	22	10	Servicios Financieros y de Seguros	\$ 28.677.741
215	22	11	Servicios Técnicos y Profesionales	\$ 33.253.592
215	22	12	Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo	\$ 677.277.925
215	23		<u>PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL</u>	<u>\$ 20.000.000</u>
215	23	01	Prestaciones Previsionales	\$ 20.000.000
215	26		<u>OTROS GASTOS CORRIENTES</u>	<u>\$ 3.400.000</u>
215	26	01	Devoluciones	\$ 3.400.000
215	29		<u>ADQUISICIONES DE ACTIVOS NO FINANCIEROS</u>	<u>\$ 426.899.961</u>
215	29	01	Terrenos	\$ 60.000.000
215	29	02	Edificios	\$ 100.000.000
215	29	03	Vehículos	\$ 80.000.000
215	29	04	Mobiliario y Otros	\$ 62.000.000
215	29	05	Máquinas y Equipos	\$ 89.099.961
215	29	06	Equipos Informáticos	\$ 34.200.000
215	29	07	Programas Informáticos	\$ 1.600.000
215	29	99	Otros Activos no Financieros	\$ -
215	31		<u>INICIATIVAS DE INVERSION</u>	<u>\$ 50.000.000</u>
215	31	01	Estudios Básicos	\$ -
215	31	02	Proyectos	\$ 50.000.000
215	31	03	Programas de Inversión	
215	34		<u>SERVICIO DE LA DEUDA</u>	<u>\$ 450.000.000</u>
215	34	07	Deuda Flotante	\$ 450.000.000

VI.- DESAFÍOS

1.- Lineamientos estratégicos

A partir del diagnóstico realizado a la situación de salud en los capítulos precedentes, junto al análisis de la capacidad organizacional de SaludQuillota y su presupuesto proyectado para 2023, se reconocen cinco ámbitos estratégicos:

- 1.- Modelo de Atención;
- 2.- Participación Social y trabajo intersectorial;
- 3.- Desarrollo de personas;
- 4.- Eficiencia presupuestaria, financiera y logística; y
- 5.- Líneas transversales.

Las principales líneas dentro de cada una de éstas, junto a los desafíos asociados a cada una de ellas se presentan en el siguiente desglose. Éstas incluyen temáticas emergentes dentro del último año, consistentes en proyectos a desarrollar en áreas de Salud Mental, Diversidad Sexual y Crisis de los cuidados.

a. Modelo de atención

i. Atención, cuidado integral y continuo de la red, de las personas y sus familias, en todas las etapas del ciclo vital, desde el modelo local de SaludQuillota

Los desafíos propuestos para esta línea son:

1. En embarazo, primera infancia y adolescencia, fortalecer el Plan Familia Saludable como forma de preocupación específica por esas temáticas.
2. En infancia, adolescencia, adulto y familia, generar un trabajo en conjunto como Foco Social, abordando las temáticas más prevalentes, con énfasis en Estilos de Vida Saludable, con el fin de hacer frente a temáticas como: malnutrición por exceso, sedentarismo, tabaquismo, etc.
3. En prevención y recuperación de la salud de las personas mayores, fortalecer el trabajo desarrollado por los componentes de la Red Municipal de establecimientos de salud.
4. En Salud Odontológica, disminuir los indicadores de daño en grupos más vulnerables de la población infantil.
5. Ampliar cobertura del programa de atención odontológica en establecimientos de larga estadía (ELEAM) y en domicilio para personas mayores y dependientes severos.

6. En Salud Cardiovascular, aumentar la cobertura del programa a través de prácticas innovadoras en salud.
7. Fortalecer las prestaciones domiciliarias integrales dirigidas a personas dependientes severas mediante los Programas de Apoyo Domiciliario Integral (PADI) y Cuidados Paliativos Universales (CPU).
8. Implementar las terapias complementarias en los Centros de Salud de la red de APS.

ii. Mejoramiento y evaluación continua de la calidad de atención clínica y de apoyo

Se contemplan los siguientes desafíos:

1. Formalizar la presentación al Proceso de Acreditación en Calidad de CESFAM La Palma.
2. Avanzar en el Proceso de Acreditación en Calidad de los Centros de Salud Urbanos, Laboratorio, además de CESFAM Rural Boco y San Pedro.
3. Generar reportes estadísticos y estudios locales, a través de la Unidad de Estudio, para el fortalecimiento de la gestión clínica – administrativa de los Centros de Salud.

. iii. Fortalecimiento de la Resolutividad

Se contemplan los siguientes desafíos:

1. Ampliar y fortalecer las iniciativas territoriales Farmacia en tu Barrio, Salud en tu Barrio y Ferias de Salud, incorporando nuevos sectores y grupos no vinculados a la red de SaludQuillota, además de incluir en la convocatoria a otras organizaciones públicas y privadas pertinentes a las temáticas a trabajar.
2. Avanzar en el proceso técnico-administrativo necesario para la reposición de CESFAM San Pedro, CECOSF Cerro Mayaca y factibilidad de construcción CECOSF Ruta Sur.
3. Diseñar e implementar un estudio de brechas en lo que respecta a Especialidades Odontológicas (Periodoncia, Endodoncia, Ortodoncia y Rehabilitación Dental), con el propósito de evaluar factibilidad de Centro de Especialidad Odontológica.
4. Posibilitar una modalidad de intervención socio-sanitaria para la población TRANS.
5. Sistematizar las líneas de trabajo terapéuticas del Centro Ayuntün, además de gestionar la Autorización Sanitaria del establecimiento.

6. Diseñar y aplicar estrategias que permitan mejorar la gestión de la urgencia en salud municipal.
7. Aumentar la capacidad operativa de la Central de Esterilización y Droguería Municipal, con el propósito de mantener la continuidad de la atención en la red de Centros de Salud.
8. Puesta en marcha del Centro Imagenológico en el área de detección precoz de cáncer de mama (mamografías y ecografías), detección precoz de cáncer vesicular (ecografías) y detección precoz de cáncer gástrico (endoscopias).
9. Aumentar la cobertura de sala de cirugía menor en CESFAM La Palma.
10. Mantener coberturas de inmunización contra COVID-19, Influenza y Programa Nacional de Inmunización (PNI).

iv. Desarrollo de líneas de prevención y promoción transversales e integradas de la red

Se contemplan los siguientes desafíos:

1. Conmemorar los 20 años del Modelo SaludQuillota, tanto a nivel interno como ciudadano.
2. Fortalecer el Enfoque Familiar y Comunitario de la Red SaludQuillota con la ciudadanía.
3. Promover la innovación en los equipos de trabajo, priorizando nuevas temáticas que incidan en la salud de la ciudadanía.

v. Mantención y aumento de la Satisfacción Usuaría

Se contemplan los siguientes desafíos:

1. Sensibilizar a los funcionarios y funcionarias respecto a la importancia de incorporar la perspectiva de género y multiculturalidad en las prestaciones otorgadas.
2. Crear y desarrollar mecanismos de fidelización con los usuarios y usuarias.
3. Diseñar y aplicar estudios de satisfacción usuaria con metodología cuantitativa/cualitativa en los Centros de Salud de la comuna.
4. Mantener Inscripción *Per Cápita* en terreno.

vi. Desarrollo de la inclusión social

Se identifica como el único desafío que la integral, el desarrollar un Plan de Acción Intersectorial sobre temáticas relativas a personas con capacidades diferentes desde un enfoque de protección social.

b. Participación social y trabajo intersectorial

i. Desarrollo del Trabajo intersectorial

Los principales desafíos contemplados para esta línea son:

1. Retomar la implementación de la estrategia de Centros Asistenciales- Docentes.
2. Consolidar la imagen corporativa de SaludQuillota, desarrollando mayor presencia en redes sociales y generando mecanismos más directos de difusión a la ciudadanía sobre el quehacer de institucional.
3. Coordinar la implementación de jornadas de difusión hacia otras unidades municipales e intersectoriales respecto al quehacer de SaludQuillota.
4. Fortalecer el trabajo realizado en la Comisión Mixta Salud-Educación, Comisión Lactancia Materna, Chile Crece Contigo y Promoción de la Salud.

ii. Fortalecimiento de la participación social en salud

Los principales desafíos contemplados para esta línea son:

1. Mantener la ejecución de Diagnósticos Participativos y ampliar la cobertura y diversidad de la población participante.
2. Promover e incentivar el desarrollo de buenas prácticas innovadoras por parte de los Centros de Salud de la comuna dirigidas a consolidar la expansión del Modelo de SaludQuillota.
3. Fortalecer y ampliar el trabajo de los Consejos Consultivos de Salud.
4. Mantener la estrategia de SaludQuillota en Terreno, abarcando nuevos sectores urbanos y rurales de la comuna.
5. Afianzar la colaboración de los centros de salud con las Mesas Territoriales.
6. Coordinar e implementar recorridos guiados en dependencias de los Centros de Salud para estudiantes de establecimientos educacionales de la comuna

c. Desarrollo de personas

i. Fomento de una cultura de buen trato y climas laborales

Los principales desafíos contemplados para esta línea son:

1. Actualización e implementación de protocolo de Denuncia del Maltrato Laboral, Acoso Laboral y Acoso Sexual.
2. Implementación del plan de prevención de situaciones de maltrato laboral, acoso laboral y de acoso sexual.
3. Difundir la política de fomento al buen trato entre los funcionarios y funcionarias de SaludQuillota para concientizar sobre esta temática.
4. Conformación de comisión de trabajo sobre el cuidado de la salud mental de funcionarias y funcionarios.
5. Reactivación y formalización de Comités Paritarios de higiene y seguridad.
6. Diseñar un Proyecto de Centro de Bienestar para los funcionarios de SaludQuillota

ii. Fortalecimiento de la gestión de las personas

Los principales desafíos contemplados para esta línea son:

1. Fortalecer las competencias de los funcionarios y funcionarias para lograr una mayor excelencia en la prestación de servicios y en la atención de nuestros usuarios y usuarias.
2. Entregar las herramientas a los funcionarios y funcionarias sobre la preparación en los procesos de acreditación de calidad de los Centros de Salud.
3. Mantener la formación en género y prevención de violencia de género para funcionarios y funcionarias, en coordinación con unidades municipales e intersectoriales.
4. Diseñar, implementar y evaluar un programa de formación para directivos, mediante la realización de escuela y capacitaciones específicas, a fin de fortalecer el liderazgo y la alineación del equipo directivo en torno a los objetivos institucionales.
5. Diseñar e implementar una estrategia para el mejoramiento continuo basada en el trabajo colaborativo, que incorpore los lineamientos y valores institucionales, así como las competencias técnicas definidas por SaludQuillota.

6. Organizar y ejecutar la realización de, al menos, dos escuelas de temporadas anuales orientadas a temáticas prioritarias para el Departamento de Salud.
7. Implementar un Fondo de Investigación e Innovación en materias atinentes al Modelo de SaludQuillota que puedan concretizarse en acciones que respondan a las necesidades de la ciudadanía.
8. Implementar un Fondo para la Participación en Congresos y Pasantías destinado a funcionarios y funcionarias, que permita tanto la difusión de iniciativas innovadoras desarrolladas en la comuna, como el conocimiento de otras experiencias exitosas en Atención Primaria de Salud.
9. Conformación del área de calidad de vida, dependiente de la Sub Dirección de Recursos Humanos.
10. Brindar retroalimentación de perfiles de cargo en cada centro por parte de Recursos Humanos, con el fin de realizar su implementación, formalización y difusión en la red de establecimientos.
11. Formalización a través de resolución interna de comisiones de trabajo en temáticas priorizadas por la Dirección del Departamento de SaludQuillota.
12. Diseñar un Programa Inducción Funcionaria con énfasis en el Modelo de SaludQuillota para aquellos funcionarios/as que ingresan en la organización.

d. Eficiencia presupuestaria, financiera y logística

i. Inversión y mantenimiento de la infraestructura, equipamiento y tecnologías de la red asistencial

Los principales desafíos contemplados para esta línea son:

1. Realizar un catastro del equipamiento clínico crítico e infraestructura de los Centros de Salud y elaborar un Plan Anual de Mantenimiento para cumplir con los estándares de calidad de atención abierta.
2. Generar la unidad de recursos físicos que organice las áreas de inventario, bodega, movilización y obras menores.
3. Generar una departamentalización de la logística, asociada a la planificación de la mantención y suministros del equipamiento e infraestructura.
4. Elaborar un Plan de Desarrollo de Inversiones para la infraestructura y equipamiento de la red comunal de los Centros de Salud.
5. Desarrollar nuevas tecnologías e imagen corporativa que faciliten la vinculación y comunicación dentro de la red asistencial y con la ciudadanía.

6. Generar un Plan de Inversiones, que respalde la adquisición de equipamiento clínico, mobiliario, vehículos y equipamiento informático.
7. Desarrollar una línea centralizada para el apoyo logístico de la gestión territorial.

ii. Fortalecimiento de planificación y control efectivo de ingresos y gastos

Los principales desafíos contemplados para esta línea son:

1. Conformar la Comisión Técnico-Administrativa-Financiera para decisiones presupuestarias del Departamento de Salud.
2. Elaborar y difundir la Cartera de Prestaciones a terceros.
3. Promover la generación de proyectos para postulaciones a fuentes externas de financiamiento.
4. Favorecer alianzas estratégicas con entidades públicas y/o privadas para la generación de proyectos conjuntos que incidan en la salud de la ciudadanía.
5. Consolidar estrategias para la recuperación de ingresos-deudores.
6. Diseñar e implementar el Plan de Control de Crecimiento de la Dotación, por aumento de oferta de nuevos establecimientos.
7. Centralización de plan anual de compras, que incluya el abastecimiento completo de la red municipal, incluyendo la ejecución de convenios.
8. Generar unidad de convenios en finanzas para favorecer la optimización y control de recursos.
9. Favorecer la gestión e incorporación de nuevos ingresos mediante la Unidad de negocios

e. Líneas transversales

i. Fortalecimiento de la vinculación con el resto del Municipio

Los principales desafíos contemplados para esta línea son:

1. Implementar el proyecto Centro de Bienestar para las Personas Mayores y sus Familias.
 - a. Fortalecer las competencias técnicas y administrativas para el desarrollo del Proyecto Centro de Bienestar.
 - b. Habilitar los espacios para el traslado de la Farmacia Comunal y Farmacia en tu Barrio hacia el Centro de Bienestar.

- c. Habilitar dispositivo SAMU SOCIAL para abordar la atención de usuarios y usuarias no cubiertos por SAMU, ni por programas APS.
2. Fortalecer el trabajo de la Unidad de Estudios Municipal para posicionar temáticas de salud a este nivel.

ii. Ciudadanizar la salud

El principal desafío contemplado para esta línea estratégica, consiste en consolidar una Política Local de Ciudadanización de la Salud.

ANEXOS

1. Descripción de programas de reforzamiento de la APS ejecutados durante el año 2022

PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL EN LA APS

Propósito

Mejorar el nivel de salud mental de niños, niñas, adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, asegurando el acceso, oportunidad y calidad de la atención de salud mental.

Componente 1: Acciones de vinculación con la atención de Salud Mental, de Salud y la Red comunitaria.

Detección e identificación de familias con integrantes de alto Riesgo Psicosocial, evaluación de éstas para definir pertinencia en ingreso a Programa y la modalidad de acompañamiento.

Componente 2: Acciones de articulación

Se entenderán estas acciones como la articulación con los dispositivos de la Red de Salud como con los dispositivos de la Red Psicosocial ampliada e intersectorial.

Componente 3: Acciones de Acompañamiento

El tiempo de Intervención total del Acompañamiento Psicosocial será entre 6 a 9 meses, según las necesidades del usuario y su familia ingresados al Programa.

ESTRATEGIAS DE REFUERZO PARA RECUPERAR POBLACION EN CONTROL DE PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

Objetivo General

Recuperar a las personas con HTA y/o DM2, mediante acciones de rescate efectivas y atenciones de salud integrales con el enfoque de salud familiar, de manera de potenciar, la oportunidad y calidad técnica, en las atenciones de salud, de forma integral y con un enfoque de salud familiar.

Objetivos Específicos

1. Realizar rescate efectivo de personas con HTA y/o DM2 que han estado inasistentes a sus controles de salud o fueron egresadas por abandono en los últimos 2 años.
2. Realizar controles de salud a las personas con condiciones de salud cardiovascular (HTA y/o DM2) que tuvieron rescate efectivo.

CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD FAMILIAR – CECOSF

Objetivo General

Contribuir a mejorar la situación de salud de su población a cargo, promoviendo el rol activo de la comunidad en el cuidado de salud de las personas, basado en el

Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitaria (MAIS), modelo que el CECOSF implementa en todos sus ejes de desarrollo, a partir de la autoevaluación.

Componente 1: Implementar los CECOSF basados en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.

Componente 2: Proponer y evaluar participativamente con su comunidad planes de mejora continua.

Componente 3: Efectuar participación comunitaria y promoción de la salud

CAMPAÑA INVIERNO REFUERZI CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN EN CONSULTORIOS

Objetivo General

Reforzar la atención a la población, con mayor grado de vulnerabilidad, mediante la estrategia de asegurar la Continuidad de la Atención a la Población en los establecimientos de Atención Primaria.

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD ESCOLAR EN NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 9 AÑOS

Propósito

Vigilar el normal crecimiento y desarrollo de Niños y Niñas (NN), por medio del fomento y protección de la salud, la identificación de riesgos o problemáticas biopsicosociales que puedan afectar la trayectoria escolar y el desarrollo infantil articulando con la red asistencial para su resolución bajo el modelo de atención integral de salud familiar y comunitario.

Objetivo General

Mejorar el acceso a actividades promocionales, preventivas y de pesquisa de los problemas de salud más prevalentes en la población de 5 a 9 años en base a controles de salud realizados en el establecimiento educacional.

Objetivo Específicos

1. Realizar los controles de salud de niños y niñas de 5 a 9 años, en los establecimientos educacionales públicos y subvencionados.
2. Ejecutar acciones que aseguren la continuidad de la atención y/o cuidados de salud de niños y niñas con necesidades o problemas de salud identificados en el Control de Salud Integral en el contexto Escolar.
3. Promover la salud de la comunidad educativa y prevenir los principales problemas de salud presentes en la etapa escolar susceptibles de ser abordados mediante intervenciones educativas en salud detectados a través de un diagnóstico participativo.

APOYO A LOS CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES EN APS

Objetivo General

Abordar las necesidades de salud de las personas con enfermedades terminales o graves, a través de los cuidados paliativos, en los establecimientos de la APS.

Objetivos Específicos

- Pesquisar y diagnosticar a las personas que requieren cuidados paliativos no oncológicos en la APS.
- Realizar una evaluación y plan integral consensuado de las personas que ingresan a cuidados paliativos desde la APS o los derivados desde nivel hospitalario con participación de cuidador/a y familia.
- Coordinar el tránsito y seguimiento de estos pacientes a lo largo de la red asistencial, en conjunto con los otros niveles de atención

SISTEMA DE PROTECCIÓN INTEGRAL A LA INFANCIA- CHILE CRECE CONTIGO- PROGRAMA DE APOYO AL DESARROLLO BIOPSIICOSOCIAL

Objetivo General

Ofrecer a la población infantil, un sistema integrado de intervenciones y servicios sociales que apoyen al niño, niña y sus familias desde la gestación, entregándoles herramientas necesarias para que desarrollen el máximo de sus potenciales y capacidades, considerando el rol que desempeñan los padres, la comunidad y las instituciones públicas en la provisión de oportunidades y apoyo.

Objetivo Especifico

1. Fortalecer los cuidados prenatales enfatizando en la educación prenatal, detección del riesgo biopsicosocial y el desarrollo de planes de cuidado integral con enfoque familiar
2. Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativa de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral
3. Fortalecer las intervenciones dirigidas a la población infantil en situación de vulnerabilidad y/o rezagos o déficit en su desarrollo integral

Componente 1: Fortalecimiento del desarrollo Prenatal

Atención integral, sistemática y periódica, con un enfoque biopsicosocial que se otorga a la gestante con la participación de su pareja u otra persona significativa.

Se inicia con el ingreso al control prenatal en el cual se consideran esenciales, tanto el establecimiento de una relación de ayuda entre la gestante y la matrona, como la evaluación del riesgo psicosocial, con estos antecedentes se diseña el plan de salud personalizado y se priorizan las posteriores actividades que incluyen la atención de las gestantes.

Componente 2: Fortalecimiento del Desarrollo Integral del Niño y Niña

Seguimiento a la trayectoria del desarrollo de los niños y niñas que se inicia con la atención integral proporcionada a la madre, al padre y a su hijo o hija en el control de la diada y que continua con las atenciones proporcionada al niño o niña para evaluar el estado de salud, el logro de los hitos del desarrollo esperables para la edad, el contexto familiar del crecimiento, la calidad de relación vincular con la figura principal de cuidados y las intervenciones psicoeducativas que fomentan las habilidades parentales en la crianza.

Componente 3: Atención de Niños y Niñas en situación de Vulnerabilidad

Prestaciones diferenciadas establecidas para los niños y niñas que presenta alguna situación de vulnerabilidad en su desarrollo, con énfasis en los niños y niñas con diagnóstico de rezago o déficit en su desarrollo psicomotor

DETECCIÓN, INTERVENCIÓN Y REFERENCIA ASISTIDA EN ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS (DIR)

Objetivo General

Resolver el consumo de riesgo de alcohol, tabaco y otras drogas, entendido como un patrón de consumo que aumenta los riesgos y posibles daños, a corto y largo plazo, sobre la salud física, mental y social, en población de 10 años y más.

Componentes

- Aplicación de tamizaje para evaluar el patrón de consumo de alcohol y/o otras drogas.
- Intervenciones de carácter preventivo, Breves en adultos e intervenciones motivacionales en adolescentes, para reducir el consumo de alcohol, y otras drogas, conforme a resultados de evaluación de patrón de riesgo previo.
- Referencia asistida de personas detectadas con patrón de consumo de alto riesgo de alcohol y/o drogas (consumo perjudicial o dependencia).

ELIGE VIDA SANA

Propósito

Contribuir a reducir la incidencia de factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus e hipertensión arterial a través de una intervención en los hábitos de alimentación y en la condición física dirigida a niños, niñas, adolescentes, adultos y mujeres post parto.

Objetivo General

Disminuir los factores de riesgo como sobrepeso, obesidad y sedentarismo en relación a la condición física en niños, niñas, adolescentes y adultos de 6 meses a

64 años que sean beneficiarios de FONASA y, específicamente, mejorar la condición nutricional y condición física de las personas.

Componente 1: Alimentación Saludable

Componente 2: Actividad física y tiempo libre.

Los objetivos esperados por cada tramo etario son:

Niños y niñas de 6 meses a 5 años.

- a) Modificar favorablemente al menos un hábito alimentario
- b) Niños y niñas hasta 4 años de edad mejorar zscore de peso/talla según edad y sexo.
- c) Niños y niñas de 5 años mejorar zscore de IMC.
- d) De 2 a 5 años mejorar la condición física, en términos de capacidad motora.
- e) Asistencia a sesiones mínimas de actividad física del menor de 2 años junto con madre, padre o cuidadora

Mujeres Embarazadas y Post parto

- a) Modificar favorablemente al menos un hábito alimentario.
- b) Aumentar nivel de Actividad Física.
- c) En mujeres embarazadas lograr un incremento de peso adecuado durante su embarazo de acuerdo a su estado nutricional según Guía Perinatal MINSAL.
- d) En mujeres post parto, reducir el 5% o más del peso inicial de ingreso.
- e) Para mujeres post parto mejorar condición física.
- f) Para embarazadas asistencias a sesiones mínimas (48) de actividad física.

Niños, niñas y adolescentes de 6 a 19 años.

- a) Modificar favorablemente al menos un hábito alimentario
- b) Aumentar nivel de Actividad Física
- c) De 6 a 19 años mejorar zscore de IMC.
- d) De 6 a 19 años disminuir el perímetro de cintura.
- e) De 6 a 19 años mejorar la condición física.
- f) Entre 9 y menor de 18 años con Test APALQ, y mayor de 18 años con test GPAQ.

Adultos de 20 a 64 años.

- a) Modificar favorablemente al menos un hábito alimentario
- b) Aumentar nivel de Actividad Física
- c) Reducir el 5% o más del peso inicial.
- d) Disminuir el perímetro de cintura.
- e) Mejorar la condición física

Beneficiarios con abdominoplastia

- a) Modificar favorablemente al menos un hábito alimentario
- b) Aumentar nivel de Actividad Física
- d) Disminuir el perímetro de cintura.

e) Mejorar la condición física

ESPACIOS AMIGABLES, PROGRAMA ADOLESCENTE

Propósito

Disminuir las dificultades de acceso a la atención integral y resolutive de la población de 10 a 19 años, que permita evaluar el estado de salud, crecimiento y normal desarrollo, fortaleciendo los factores y conductas protectoras, de manera de brindar una atención oportuna y pertinente, que promueva el acercamiento de los y las adolescentes a la atención sanitaria.

Objetivo General

Mejorar el acceso de los y las adolescentes a la atención de salud integral, principalmente en los ámbitos de salud sexual y reproductiva y salud mental, fortalecer conductas protectoras, potenciar un desarrollo y crecimiento saludable e intervenir oportunamente factores y conductas de riesgo.

Objetivos Específicos

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

ESTRATEGIAS DE REFUERZO EN APS PARA ENFRENTAR PANDEMIA COVID-19

Objetivo General

Otorgar herramientas que permitan apoyar la gestión en salud para el desarrollo de estrategias de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación durante la pandemia de SARSCoV2 en el marco del modelo de salud familiar, que contribuyan a disminuir el contagio y trasmisión del virus y dar atención oportuna y de calidad a los usuarios

Componente 1: Atención Domiciliaria

Corresponde a toda atención abierta que realiza el equipo de APS a su población beneficiaria en domicilio.

Componente 2: Triage Presencial

Realizar una evaluación por un profesional que permita establecer los flujos de pacientes dirigidos dentro de los establecimientos, velando por reducir al mínimo las posibilidades de contacto entre pacientes con sintomatología respiratoria sugerente de infección por coronavirus con aquellos pacientes que consultan por otra causa.

Componente 3: Unidad de Observación Prolongada

Brindar cuadros clínicos e intervenciones que sean posibles de realizar a nivel de APS, con el propósito de enviar al paciente a su domicilio con mejoría de su cuadro o reducir el riesgo de complicaciones.

Componente 4: Ampliación de horarios de funcionamiento de Servicios de Urgencia

Reforzar con dotación el funcionamiento de los Servicios de Urgencia, los cuales, modificarán su funcionamiento actual, expandiéndose a la modalidad superior, con el propósito de aumentar el acceso a las prestaciones de salud en situaciones de urgencia, otorgando atención inmediata y oportuna en los recintos que cuentan con la estrategia de urgencia en la APS.

FONDO DE FARMACIA

Objetivo General

Contribuir a la entrega de servicios accesibles y oportunos a la población beneficiaria, a cargo de la atención primaria, en este contexto su creación apunta a asegurar a la población bajo control en establecimientos de APS, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial y Dislipidemia acceso oportuno y seguro a los medicamentos, que permita la continuidad de los tratamientos, como también insumos y dispositivos médicos para la curación avanzada de heridas y la incorporación de tecnología y Recurso Humano.

Componente: Población que se atiende en establecimientos de Atención Primaria con acceso oportuno a medicamentos y apoyo en la adherencia al tratamiento

- Subcomponente 1: Entrega de medicamentos, insumos, dispositivos médicos y actividades de apoyo a la adherencia.
- Subcomponente 2. Servicios farmacéuticos.

FORTALECIMIENTO EN RRHH

Objetivo General

Otorgar herramientas que permitan apoyar la gestión en salud para el desarrollo de estrategias de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en patologías de alta prevalencia en el marco del modelo de salud familiar, que contribuyan a mejorar la calidad, oportunidad de acceso y resolutivez de la

atención en el primer nivel de atención de salud.

Componente 1: Refuerzo de RRHH e insumos para la atención de pacientes con patologías respiratorias agudas y crónicas

Refuerzo de RRHH e insumos para la atención de pacientes con patologías respiratorias agudas y crónicas en Salas IRA y ERA, Salas Mixtas y atención en SAPU.

Componente 2: Refuerzo de RRHH e insumos para campaña de vacunación influenza y COVID.

Refuerzo de RRHH enfermera y TENS, personal administrativo e insumos para la administración oportuna de la vacuna anti-influenza y COVID, en base al cumplimiento de metas de cobertura en población objetivo.

Componente 3: Contratación de RRHH para reforzar registros SIGGES.

Contratación de personal para cumplir con las funciones de digitación en plataformas SIGTE y SIGGES acorde a la reglamentación MINSAL/FONASA vigente. Se incorpora al presente convenio la descripción de funciones del Digitador a los cuales debe ajustarse el establecimiento, considerando una jornada de 44 hrs.

Componente 4: Adquisición de Pañales

Orientado a adultos mayores y personas en situación de discapacidad que se encuentre diagnosticada con algún tipo de incontinencia.

IMÁGENES DIAGNOSTICAS

Objetivo General

Mejorar la Capacidad Resolutiva de la Atención Primaria a través de una mayor oferta y disponibilidad de exámenes de Imagenología, contribuyendo a mejorar el acceso a diagnósticos oportunos, pertinentes y de calidad técnica, junto con apoyar aspectos de gestión y capacitación de los equipos involucrados en los aspectos preventivos, promocionales, asistenciales, curativos y de control epidemiológico, con un enfoque de Salud Familiar e Integral.

Componente 1: Detección precoz y apoyo diagnóstico en el Cáncer de Mama a través de servicios de imágenes mamarias.

Componente 2: Detección precoz y derivación oportuna de Displasia de Cadera en niños y niñas de 3 meses.

Componente 3: Detección precoz de Patología Biliar y Cáncer de Vesícula a través de servicios de imágenes ecográficas.

Componente 4: Mejorar la resolutivez en el diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) y enfermedades respiratorias crónicas y diagnóstico diferencial – seguimiento COVID-19.

MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES

Objetivo General

Mantener o mejorar la condición funcional de la población de 60 años o más beneficiaria de los establecimientos de atención primaria del sector público de salud.

Objetivos Específicos

1. Mejorar la capacidad funcional individual y comunitaria para enfrentar el proceso de envejecimiento.
2. Capacitar líderes comunitarios de las organizaciones sociales locales en autocuidado y estimulación funcional de las personas mayores
3. Fomentar el desarrollo de la red local para el abordaje del envejecimiento y el fomento del envejecimiento Activo y positivo.

Componente 1: Programa de Estimulación Funcional

Componente 2: Diagnóstico Participativo sobre las necesidades y propuestas de capacitación de líderes comunitarios.

Componente 3: Diseño y ejecución de estrategias locales para el Fomento de Autocuidado y Estimulación Funcional en la Red Local.

MEJORAMIENTO DEL ACCESO A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

Objetivo General

Facilitar el acceso a la atención odontológica a los grupos con mayor vulnerabilidad social, en la Atención Primaria de salud (APS).

Componente 1: Resolución de especialidades odontológicas en APS

Estrategia:

- 1.1 Endodoncias en APS en población de 15 años o más.
- 1.2 Prótesis Removibles en APS en población de 20 años o más.
- 1.3 Tratamiento Periodontal en APS en población de 15 años o más.

Componente 2: Promoción y prevención de la salud bucal en CECOSF

2.1 Apoyo odontológico a CECOSF

Componente 3: Atención Odontológica de Morbilidad en el Adulto

3.1 Actividades de morbilidad odontológica a población adulta de 20 años y más en horarios compatibles con el usuario en modalidad de extensión horaria.

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

Objetivo General

Consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los CESFAM, postas, CECOSF y Hospitales Comunitarios, sobre la base de los principios de un sistema de salud basado en la atención primaria: centrado en las personas, con integralidad de la atención y continuidad del cuidado.

ODONTOLOGICO GES

OBJETIVO GENERAL

Asegurar el cumplimiento de las GES Odontológicas en los adultos de 60 años.

Componente: Atención odontológica adultos de 60 años.

Garantizar la atención odontológica integral, incluida la rehabilitación protésica si corresponde, a los adultos de 60 años del país.

ODONTOLOGICO INTEGRAL

Propósito

Contribuir con el Plan de Salud Oral a través de estrategias que facilitan el acceso de los grupos más vulnerables a la atención odontológica en la Atención Primaria de Salud con alto daño en el perfil epidemiológico.

Objetivo General

Mejorar la calidad de la atención y la resolución de especialidades odontológicas en atención primaria de salud junto con acercar la atención dental a comunidades de difícil acceso, promoviendo la prevención y promoción de la salud oral.

Componente 1: Hombres de Escasos Recursos

Estrategia: Atención odontológica Integral de hombres de escasos recursos mayores de 20 años. Esto es otorgar atención odontológica a hombres priorizados; especialmente vulnerables, con alto daño por caries, enfermedad periodontal y/o desdentamiento. De estas atenciones al menos el 60% debe incluir rehabilitación protésica.

Componente 2: Más Sonrisas para Chile

Estrategia: Atención odontológica Integral de mujeres mayores de 20 años. Esto es otorgar atención odontológica a mujeres priorizadas; especialmente vulnerables,

con alto daño por caries, enfermedad periodontal y/o desdentamiento. De estas atenciones al menos el 60% debe incluir rehabilitación protésica.

Componente 3: Atención Odontológica Integral a Estudiantes de enseñanza media y/o su equivalente

Estrategia: Alta odontológica integral a estudiantes de enseñanza media y/o su equivalente, en establecimientos de APS y en establecimientos educacionales a través de dispositivos portátiles, unidades dentales móviles o box al interior del establecimiento.

Componente 4: Atención Odontológica Domiciliaria

Estrategia: Alta odontológica a beneficiarios del “Programa de Atención domiciliaria a persona con dependencia severa y a sus cuidadores” en coordinación con la red de salud y la red intersectorial de servicios.

APOYO A LA SALUD MENTAL INFANTIL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 9 AÑOS (PASMI)

Propósito

Mejorar el nivel de salud mental de niños y niñas entre 5 y 9 años de edad, otorgando un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de trastornos mentales en el contexto de un abordaje familiar y comunitario

Componente 1: Atención integral de niños y niñas de 5 a 9 años por trastornos mentales.

PLAN DE MANTENIMIENTO ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPAL

Objetivo General

Otorgar recursos para el mantenimiento y conservación de la infraestructura de los Establecimientos, que permita prolongar la vida útil, así como responder a los requerimientos Sanitarios y las necesidades de los usuarios.

REFUERZO DE EQUIPOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIA

Objetivo General

Apoyar el programa de refuerzo de equipos de salud para la atención kinésica de enfermedades respiratorias en Servicios de Atención Primaria de Urgencia.

CAMPAÑA INVIERNO REFUERZO MEDICO Y PARAMEDICO PARA LA ATENCION DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIA

Objetivo General

Apoyar a la Gestión a nivel local en los Servicios de Atención Primaria de Urgencia, contemplando reforzar la atención a la población, con mayor grado de vulnerabilidad, mediante la implementación en los Servicios de Atención Primaria de Urgencia de refuerzo médico y técnico paramédico.

PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL EN LA RED DE SALUD

Objetivo General

Entregar prestaciones de rehabilitación de calidad, en forma oportuna, continua y accesible, a las personas mejorando la calidad de vida del usuario y su entorno, brindando resolutive a nivel de la Atención Primaria de Salud.

Componente 1: Artrosis (Avance GES)

Personas con diagnósticos de artrosis leve o moderada, mayor de 55 años que reciben la canasta AUGÉ y se complementa con atención kinésica y educación del abordaje de la patología.

Componente 2: Salas de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) Instalación de sala de rehabilitación que atiende problemas de salud física y sensorial en establecimientos APS, con fuerte componente de trabajo comunitario e intersectorial para el logro de mejoras en la participación e inclusión social.

RESOLUTIVIDAD EN APS

Objetivo General

Mejorar la Capacidad Resolutiva de la Atención Primaria, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica, en atenciones de especialidad considerando los aspectos preventivos, promocionales, asistenciales, curativos y de control epidemiológico, con un enfoque de Salud Familiar e Integral.

Componente 1: Resolución de Especialidades Ambulatorias

1. *Oftalmología. UAPO (Unidad Oftalmológica de Atención Primaria):* Orientada a tratar vicios de refracción, calificación de urgencia oftalmológica, evaluación de fondo de ojo, detección e inicio de tratamiento y derivación de patologías crónicas, examen de agudeza visual, procedimientos quirúrgicos menores, extracción de cuerpo extraño corneal. Considera consulta de

- oftalmólogo, tecnólogo médico, lentes y fármacos. Población objetivo usuarios de 15 a 64 años.
2. *Otorrinolaringología*: Orientada al diagnóstico de hipoacusia en el rango de 15 a 64 años, síndrome vertiginoso y otitis aguda. Considera consulta de otorrinolaringólogo, audiometrías, entrega de audífonos y fármacos.
 3. *Gastroenterología*: Erradicar la infección por *Helicobacter pylori* cuando se asocie a esofagitis, úlcera duodenal, úlcera gástrica, gastritis linfonodular, gastritis atrófica (personas de 15 años y más años). La canasta integral incluye: examen endoscópico con biopsia y test de ureasa
 4. *Medico Gestor de la Demanda*: Esta orientado a mejorar la atención integral de los usuarios haciendo efectiva la integración de las Redes Asistenciales, en aspectos de referencia, de solicitud de interconsulta (SIC), exámenes diagnósticos y/o terapéuticos.

Componente 2: Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad

1. Cirugía Menor: Se ocupa de aquellos procedimientos quirúrgicos sencillos, que se realizan con anestesia local, de manera ambulatoria y que no requieren cuidados post operatorios especiales. Entre los problemas que se resuelven habitualmente en Cirugía menor se encuentran Uña encarnada, Lipomas, Quiste sebáceo (o epidérmico), Resección de verrugas, lunares, papilomas y otros, Extracción de cuerpos extraños subcutáneos.

SALUD MENTAL EN ATENCION PRIMARIA

Objetivo General

Contribuir a elevar el nivel de salud mental y calidad de vida de las personas, familias y comunidades a través de la promoción de la salud mental positiva, mejorar la capacidad individual y colectiva para prevenir los trastornos mentales, y entregar la atención integral de salud, en el contexto del modelo de atención integral de salud familiar y comunitario.

Objetivos Específicos

1. Detectar precozmente, diagnosticar y proporcionar una atención integral de salud a niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores con trastornos mentales.
2. Desarrollar estrategias y acciones para la prevención de factores de riesgo (de la salud mental) y los trastornos mentales de acuerdo a la realidad local y sus determinantes sociales, planificadas por curso de vida, a través de intervenciones preventivas y el apoyo a grupos de autoayuda, tanto a nivel individual como colectivo.

3. Desarrollar acciones de atención y cuidados de salud mental por curso de vida; detectar precozmente, diagnosticar y proporcionar una atención integral de salud a niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y personas mayores con trastornos mentales.

SAPU SAN PEDRO

Objetivo General

Absorber la demanda de la atención de urgencia de baja complejidad durante el transcurso del año tendiente a mejorar el acceso, oportunidad y equidad de la misma.

SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIA DE ALTA RESOLUCIÓN (SAR)

Objetivo General

Atender la dificultad de acceso en días inhábiles y acceso nocturno a la atención médica cuando se produce alguna urgencia de salud, debido a que la Red-SAPU funcionan en su gran mayoría hasta las 24:00 Horas. Para esto, el programa implementa servicios de atención primaria de urgencia de alta resolución, los cuales funcionan en horario inhábil (complementario al funcionamiento de CESFAM y SAPU), que permite entregar atención médica de urgencia, oportuna y resolutiva, realizando exámenes con equipos de rayos osteo-pulmonar; kit laboratorio básico y acceso a telemedicina.

SEMBRANDO SONRISAS

Objetivo General

Mantener y mejorar la salud bucal de la población parvularia perteneciente a JUNJI, Fundación Integra y niveles de transición (NT1 y NT2) de escuelas municipalizadas y subvencionadas, a través de la promoción de hábitos saludables, y la aplicación de medidas de protección específicas.

Componente 1: Promoción y Prevención de la salud bucal en población parvularia.

Componente 2: Diagnóstico de la salud bucal en la población parvularia.

Componente 3: Prevención Individual específica en la población parvularia

REFORZAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS, ADOLESCENTES Y JOVENES VINCULADOS A LA RED (SENAME)

Propósito

Mejorar las condiciones de salud de niños, niñas y adolescentes y jóvenes (NNAJ) que participan de Mejor Niñez y SENAME, ya sea con vulneración de derechos o bajo la Ley de Responsabilidad Penal adolescente respectivamente; asegurando el acceso, oportunidad y calidad de la atención de salud.

Las estrategias para la atención de salud general y la atención de salud mental en APS, son dos:

1. Atención general y salud mental en el establecimiento de APS.
2. Atención general y salud mental en centro de SENAME CIP-CRC

AGL ACREDITACIÓN

Objetivo General

Asignar recursos para pago de arancel, adquisición de todo lo necesario para presentarse a proceso de Acreditación.

AGL IMÁGENES DIAGNOSTICA

Objetivo General

Adquirir equipamiento mamógrafo digital y habilitación de la sala de Imagenología comunal.

AGL RESOLUTIVIDAD

Objetivo General

Adquirir equipamiento endoscopio y habilitación de la sala de endoscopias comunal.

REFUERZO VACUNACIÓN CAMPAÑA INVIERNO

Objetivo General

Contratar RRHH en establecimientos de la Atención Primaria de Salud, para apoyo de vacunación Anti influenza y Neumococica durante Campaña de Invierno 2022.

2. Listado de patologías GES vigentes en el año 2022

Resolución en APS:

7. Diabetes mellitus tipo 2
19. Infección respiratoria aguda (IRA) de manejo ambulatorio en personas menores de 5 años
20. Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más
21. Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más
22. Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años
23. Salud oral integral para niños y niñas de 6 años
34. Depresión en personas de 15 años y más
36. Órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más
38. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio
39. Asma bronquial moderada y grave en menores de 15 años
41. Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada
53. Consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años
60. Epilepsia no refractaria en personas de 15 años y más
61. Asma bronquial en personas de 15 años y más
62. Enfermedad de Parkinson
64. Prevención secundaria enfermedad renal crónica terminal
65. Displasia luxante de caderas (RN de 3 meses a 1 año de edad)
66. Salud oral integral de la embarazada
76. Hipotiroidismo en personas de 15 años y más
80. Tratamiento de erradicación del Helicobacter pylori
85. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias

Resolución nivel secundario (Hospital):

1. Enfermedad renal crónica etapa 4 y 5
2. Cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años
3. Cáncer cervicouterino
4. Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado
5. Infarto agudo del miocardio
6. Diabetes mellitus tipo 1
8. Cáncer de mamas en personas de 15 años y más
9. Disrafias espinales
10. Tratamiento quirúrgico de escoliosis en personas menores de 25 años
11. Tratamiento quirúrgico de Cataratas
12. Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera con limitación funcional severa
13. Fisura labiopalatina
14. Cáncer en personas menores de 15 años
15. Esquizofrenia
16. Cáncer de testículo en personas de 15 años y más
17. Linfomas en personas de 15 años y más

18. Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA
24. Prevención de parto prematuro
25. Trastornos de generación del impulso y conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso
26. Colectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años
27. Cáncer gástrico
28. Cáncer de próstata en personas de 15 años y más
29. Vicios de refracción en personas de 65 años y más
30. Estrabismo en personas menores de 9 años
31. Retinopatía diabética
32. Desprendimiento de retina
33. Hemofilia
35. Tratamiento de la hiperplasia benigna de la próstata en personas sintomáticas
37. Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más
40. Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido
42. Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales
43. Tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años y más
44. Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar
45. Leucemia en personas de 15 años y más
48. Politraumatizado grave
49. Traumatismo craneoencefálico moderado o grave
50. Trauma ocular grave
51. Fibrosis quística
52. Artritis reumatoidea
54. Analgesia del parto
55. Gran quemado
56. Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono
57. Retinopatía del prematuro
58. Displasia broncopulmonar del prematuro
59. Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro
63. Artritis idiopática juvenil
67. Esclerosis múltiple remitente recurrente
68. Hepatitis crónica por virus hepatitis B
69. Hepatitis C
70. Cáncer colorectal en personas de 15 años y más
71. Cáncer de ovario epitelial
72. Cáncer vesical en personas de 15 años y más
73. Osteosarcoma en personas de 15 años y más
74. Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de la válvula aórtica en personas de 15 años y más
75. Trastorno bipolar en personas de 15 años y más
77. Tratamiento de hipoacusia moderada en menores de 2 años
78. Lupus eritematoso sistémico
79. Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de las válvulas mitral y tricúspide en personas de 15 años y más

81. Cáncer de pulmón
82. Cáncer de Tiroide en personas de 15 años y más
83. Cáncer Renal en personas de 15 años y más
84. Mieloma múltiple en personas de 15 años y más
86. Atención Integral de Salud en Agresión Sexual Aguda
87. Rehabilitación SARS COV-2 (Servicios de urgencia)

Índice de gráficos

Gráfico 1: Pirámide poblacional de la comuna de Quillota por sexo (años 2022 y 2035)	14
Gráfico 2: Población proyectada de la comuna de Quillota por rango etario (años seleccionados)	15
Gráfico 3: Índice de envejecimiento en la comuna de Quillota (años 2020 y 2025)	15
Gráfico 4: Proyecciones de la población de Quillota según sexo (años seleccionados)	16
Gráfico 5: Distribución porcentual de la población de la comuna de Quillota por sexo (años seleccionados)	16
Gráfico 6: Índice de Masculinidad en la comuna de Quillota por tramos etarios (año 2025)	17
Gráfico 7: Población proyectada de la comuna de Quillota por rango etario y sexo (años seleccionados)	17
Gráfico 8: Población de la comuna de Quillota por etapas del ciclo vital y sexo (año 2025)	18
Gráfico 9: Proyecciones de la población para la comuna de Quillota según zona urbana/rural (años seleccionados)	18
Gráfico 10: Distribución de la población de la comuna de Quillota por zona urbana/rural (Años seleccionados)	19
Gráfico 11: Extranjeros según año de inscripción en red APS de la comuna de Quillota (año 2022)	20
Gráfico 12: Distribución de la población migrante en la comuna de Quillota según inscripciones en APS (2022)	21
Gráfico 13: Distribución de población extranjera inscrita en la red APS Quillota por sexo y nacionalidad (año 2022).....	22
Gráfico 14: Distribución de la población extranjera inscrita en la red APS Quillota según tramo etario y nacionalidad (año 2022).....	22
Gráfico 15: Comparación de pirámides poblacional entre migrantes y total en la comuna de Quillota (año 2022).....	23
Gráfico 16: Pobreza por Ingresos en la comuna de Quillota, región de Valparaíso y país (años disponibles)	24
Gráfico 17: Pobreza Multidimensional en la comuna de Quillota, región de Valparaíso, y país (años disponibles).....	25
Gráfico 18: Tasa de Natalidad en la comuna de Quillota, región de Valparaíso y país –promedio quinquenal– (período 2010-2019).....	26
Gráfico 19: Índice de Swaroop en la comuna de Quillota, región de Valparaíso y país –Promedio móvil quinquenal– (Período 1994-2019).....	26
Gráfico 20: Tasa de Mortalidad ajustada al país en la comuna de Quillota y la región de Valparaíso (período 2016-2021)	27
Gráfico 21: Tasa de Mortalidad Infantil en la Comuna de Quillota, Región de Valparaíso y País -Promedio móvil quinquenal- (Período 1994-2019).....	28
Gráfico 22: Promedio de años de escolaridad en la población de 15 años o más	29
Gráfico 23: Puntaje promedio en SIMCE 2° Medio en Lenguaje y Matemáticas en la comuna de Quillota, región de Valparaíso y país (año 2018)	32
Gráfico 24: Porcentaje de personas en hogares con hacinamiento en la comuna de Quillota, región de Valparaíso y país (años disponibles).....	35
Gráfico 25: Metros cuadrados de áreas verdes con mantenimiento por habitante en la comuna de Quillota, región de Valparaíso y país (años disponibles).....	37
Gráfico 26: Porcentaje de personas en hogares carentes de servicios básicos en la comuna de Quillota, región de Valparaíso y país (años 2020 y 2017)	38
Gráfico 27: Porcentaje de empresas por rubro en la comuna de Quillota, región de Valparaíso, comuna de Quillota y país (año 2020)	39
Gráfico 28: Porcentaje de trabajadores por rubro de empresa en la comuna de Quillota (años seleccionados)	39
Gráfico 29: Número de empresas en la comuna de Quillota según tamaño (años seleccionados).....	40
Gráfico 30: Concentración de empresas por tamaño en Quillota, Región de Valparaíso y País (año 2020) ...	41

Gráfico 31: Índice Regional de Inclusión Social en la región de Valparaíso (años disponibles)	43
Gráfico 32: Índice de Calidad de Vida Urbana (años disponibles)	45
Gráfico 33: Número de organizaciones sociales en la comuna de Quillota (período 2017-2020)	49
Gráfico 34: Consultas de morbilidad en la comuna de Quillota (período seleccionado)	77
Gráfico 35: Promedio mensual de consultas por morbilidad en la comuna de Quillota (período seleccionado)	77
Gráfico 36: Promedio mensual de consultas de morbilidad en la comuna de Quillota por ciclo vital (período seleccionado)	78
Gráfico 37: Promedio de consultas anuales por morbilidad en la comuna de Quillota según ciclo vital (período seleccionado)	79
Gráfico 38: Resumen de casos COVID-19 por trimestre en la comuna de Quillota	80
Gráfico 39: Concentración anual de toma de muestras PCR en la comuna de Quillota	83
Gráfico 40: Concentración anual de toma de muestras de antígenos en la comuna de Quillota	84
Gráfico 41: Fluctuación anual en toma de muestras de PCR en la comuna de Quillota	84
Gráfico 42: Cantidad de acciones de trazabilidad de la APS realizadas durante la pandemia en la comuna de Quillota	86
Gráfico 43: Visitas médicas realizadas durante la pandemia Covid-19 por trimestre (2021-2022)	87
Gráfico 44: Consultas de urgencias realizadas por la red SaludQuillota y Hospital San Martín (enero-agosto 2022)	88
Gráfico 45: Ingreso de gestantes según planificación del embarazo en la comuna de Quillota (período seleccionado)	91
Gráfico 46: Ingreso de gestantes según nacionalidad en la comuna de Quillota (período seleccionado)	91
Gráfico 47: Ingreso de gestantes según semanas de gestación en la comuna de Quillota (período seleccionado)	93
Gráfico 48: Porcentaje de Violencia Intra Familiar (VIF) en personas gestantes de la comuna de Quillota (período seleccionado)	94
Gráfico 49: Ingresos al Programa de Salud Infantil en la comuna de Quillota (período seleccionado)	95
Gráfico 50: Estado nutricional de adolescentes por sexo en la comuna de Quillota (período seleccionado) ..	98
Gráfico 51: Porcentaje de sospecha de hipertensión en Adolescentes por sexo en la comuna de Quillota (período seleccionado)	99
Gráfico 52: Sospecha de problemas en agudeza visual en adolescentes por sexo en la comuna de Quillota (período seleccionado)	100
Gráfico 53: Consumo de alcohol y drogas en adolescentes por sexo de la comuna de Quillota (período seleccionado)	101
Gráfico 54: Estado nutricional diagnosticado en el Examen de Medicina Preventiva para hombres de la comuna de Quillota (período seleccionado)	102
Gráfico 55: Estado nutricional diagnosticado en el Examen de Medicina Preventiva para mujeres de la comuna de Quillota (período seleccionado)	102
Gráfico 56: Estado nutricional diagnosticado en el Examen de Medicina Preventiva según tramo etario en hombres en la comuna de Quillota (período seleccionado)	103
Gráfico 57: Estado nutricional diagnosticado en el Examen de Medicina Preventiva según tramo etario en mujeres de la comuna de Quillota (período seleccionado)	104
Gráfico 58: Prevalencia de tabaquismo detectada en el Examen de Medicina Preventiva según tramo etario en hombres de la comuna de Quillota (período seleccionado)	105
Gráfico 59: Prevalencia de tabaquismo detectada en el Examen de Medicina Preventiva según tramo etario en mujeres de la comuna de Quillota (período seleccionado)	106
Gráfico 60: Presión arterial alterada detectada en el Examen de Medicina Preventiva según tramo etario en hombres de la comuna de Quillota (período seleccionado)	107

Gráfico 61: Presión arterial alterada detectada en el Examen de Medicina Preventiva según tramo etario en mujeres de la comuna de Quillota (período seleccionado).....	107
Gráfico 62: Hombres hipertensos bajo control en el Programa Cardiovascular en la comuna de Quillota (período seleccionado)	108
Gráfico 63: Mujeres hipertensas bajo control en el Programa Cardiovascular en la comuna de Quillota (período seleccionado)	109
Gráfico 64: Hombres hipertensos bajo control en el Programa Cardiovascular en la comuna de Quillota por tramo etario (período seleccionado)	109
Gráfico 65: Mujeres hipertensas bajo control en el Programa Cardiovascular en la comuna de Quillota por tramo etario (período seleccionado)	110
Gráfico 66: Niveles de colesterol en hombres dislipidémicos bajo control en el Programa Cardiovascular de la comuna de Quillota (período seleccionado)	111
Gráfico 67: Niveles de colesterol en mujeres dislipidémicas bajo control en control en el Programa Cardiovascular de la comuna de Quillota (período seleccionado).....	112
Gráfico 68: Niveles de colesterol en hombres dislipidemicos bajo control en el Programa Cardiovascular según tramo etario de la comuna de Quillota (período seleccionado).....	112
Gráfico 69: Niveles de colesterol en mujeres dislipidémicas bajo control en el Programa Cardiovascular según tramo etario de la comuna de Quillota (período seleccionado)	113
Gráfico 70: Resultado de hemoglobina glicosilada en hombres diabéticos bajo control en el Programa Cardiovascular de la comuna de Quillota (período seleccionado).....	114
Gráfico 71: Resultado de hemoglobina glicosilada en mujeres diabéticas bajo control en el Programa Cardiovascular de la comuna de Quillota (período seleccionado).....	115
Gráfico 72: Resultados de hemoglobina glicosilada en hombres diabéticos bajo control en el Programa Cardiovascular según tramo etario de la comuna de Quillota (período seleccionado).....	115
Gráfico 73: Resultados de hemoglobina glicosilada en mujeres diabéticas bajo control en el Programa Cardiovascular según tramo etario de la comuna de Quillota (período seleccionado).....	116
Gráfico 74: Riesgo cardiovascular en hombres bajo control en el Programa Cardiovascular de la comuna de Quillota (período seleccionado).....	118
Gráfico 75: Riesgo cardiovascular en mujeres bajo control en el Programa Cardiovascular de la comuna de Quillota (período seleccionado).....	118
Gráfico 76: Riesgo cardiovascular en hombres bajo control en el Programa Cardiovascular de la comuna de Quillota según tramo etario (período seleccionado).....	119
Gráfico 77: Riesgo cardiovascular en mujeres bajo control en el Programa Cardiovascular de la comuna de Quillota según tramo etario (período seleccionado).....	119
Gráfico 78: Estado nutricional en hombres detectado en el Examen de Medicina Preventiva para el adulto mayor de la comuna de Quillota (período seleccionado)	121
Gráfico 79: Estado nutricional en mujeres detectado en el Examen de Medicina Preventiva para el adulto mayor de la comuna de Quillota (período seleccionado)	121
Gráfico 80: Estado nutricional en hombres detectado en el Examen de Medicina Preventiva para el adulto mayor según tramo etario de la comuna de Quillota (período seleccionado)	122
Gráfico 81: Estado nutricional en mujeres detectado en el Examen de Medicina Preventiva para el adulto mayor según tramo etario de la comuna de Quillota (período seleccionado)	122
Gráfico 82: Porcentaje de tabaquismo en hombres adultos mayores detectado en el Examen de Medicina Preventiva por tramo etario de la comuna de Quillota (período seleccionado).....	123
Gráfico 83: Tabaquismo en mujeres adultas mayores detectado en el Examen de Medicina Preventiva por tramo etario de la comuna de Quillota (período seleccionado)	124
Gráfico 84: Porcentaje de presión arterial alterada en hombres adultos mayores detectado en el Examen de Medicina Preventiva por tramo etario de la comuna de Quillota (período seleccionado)	125

Gráfico 85: Variación del porcentaje de presión arterial alterada detectado en el Examen de Medicina Preventiva en hombres adultos mayores por tramo etario de la comuna de Quillota (período seleccionado) 125

Gráfico 86: Porcentaje de presión arterial alterada en mujeres mayores detectado en el Examen de Medicina Preventiva por tramo etario de la Comuna de Quillota (período seleccionado) 126

Gráfico 87: Variación del porcentaje de presión arterial alterada detectado en el Examen de Medicina Preventiva en mujeres mayores por tramo etario de la comuna de Quillota (período seleccionado)..... 126

Gráfico 88: Hombres adultos mayores hipertensos bajo control en el Programa Cardiovascular en la comuna de Quillota (período seleccionado)..... 127

Gráfico 89: Mujeres adultas mayores hipertensas bajo control en el Programa Cardiovascular en la comuna de Quillota (período seleccionado)..... 128

Gráfico 90: Hombres adultos mayores hipertensos bajo control en el Programa Cardiovascular según rango etario en la comuna de Quillota (período seleccionado)..... 128

Gráfico 91: Mujeres adultas mayores hipertensas bajo control en el Programa Cardiovascular según rango etario en la comuna de Quillota (período seleccionado)..... 129

Gráfico 92: Niveles de colesterol en hombres adultos mayores con dislipidemia bajo control en el Programa Cardiovascular (período seleccionado)..... 130

Gráfico 93: Niveles de colesterol en mujeres adultas mayores con dislipidemia bajo control en el Programa Cardiovascular (período seleccionado)..... 130

Gráfico 94: Niveles de colesterol en hombres mayores con dislipidemia bajo control en el Programa Cardiovascular por tramo etario (período seleccionado) 131

Gráfico 95: Niveles de colesterol en mujeres mayores con dislipidemia bajo control en el Programa Cardiovascular por tramo etario (período seleccionado) 131

Gráfico 96: Resultado de hemoglobina glicosilada en pacientes hombres mayores diabéticos bajo control en el Programa Cardiovascular de la comuna de Quillota (período seleccionado) 132

Gráfico 97: Resultado de hemoglobina glicosilada en pacientes mujeres mayores diabéticas bajo control en el Programa Cardiovascular de la comuna de Quillota (período seleccionado) 132

Gráfico 98: Resultado de hemoglobina glicosilada en pacientes hombres mayores diabéticos bajo control en el Programa Cardiovascular por tramo etario en la comuna de Quillota (período seleccionado) 133

Gráfico 99: Resultado de hemoglobina glicosilada en pacientes mujeres mayores diabéticas bajo control en el Programa Cardiovascular por tramo etario en la comuna de Quillota (período seleccionado) 133

Gráfico 100: Riesgo Cardiovascular en hombres adultos mayores bajo control en el Programa Cardiovascular de la comuna de Quillota (período seleccionado) 135

Gráfico 101: Riesgo Cardiovascular en mujeres adultas mayores bajo control en el Programa Cardiovascular de la comuna de Quillota (período seleccionado) 135

Gráfico 102: Riesgo Cardiovascular en hombres adultos mayores bajo control en el Programa Cardiovascular según tramo etario de la comuna de Quillota (período seleccionado)..... 136

Gráfico 103: Riesgo Cardiovascular en mujeres adultas mayores bajo control en el Programa Cardiovascular según tramo etario en la comuna de Quillota (período seleccionado)..... 136

Gráfico 104: Clasificación según funcionalidad en hombres adultos mayores de la comuna de Quillota (período seleccionado) 138

Gráfico 105: Clasificación según funcionalidad en mujeres adultas mayores de la comuna de Quillota (período seleccionado) 138

Gráfico 106: Clasificación de funcionalidad en hombres adultos mayores por tramo etario de la comuna de Quillota (período seleccionado)..... 139

Gráfico 107: Clasificación de funcionalidad de mujeres adultas mayores por tramo etario de la comuna de Quillota (período seleccionado)..... 139

Gráfico 108: Población bajo control en el Programa Salud Mental de la comuna de Quillota (período seleccionado)..... 144

Gráfico 109: Cantidad población bajo control Programa Salud Mental en la comuna de Quillota por ciclo vital (período seleccionado).....	145
Gráfico 110: Proporción de diagnósticos por sexo en niños y niñas bajo control en el Programa de Salud Mental de la comuna de Quillota (año 2022).....	146
Gráfico 111: Proporción de diagnósticos por sexo en adolescentes bajo control en el Programa de Salud Mental de la comuna de Quillota (año 2022).....	146
Gráfico 112: Proporción de diagnósticos por sexo en adultos bajo control en el Programa de Salud Mental de la comuna de Quillota (año 2022).....	147
Gráfico 113: Proporción de diagnósticos por sexo en adultos mayores bajo control en el Programa de Salud Mental de la comuna de Quillota (año 2022).....	148
Gráfico 114: Total de PAP realizados en la comuna de Quillota (período seleccionado).....	159
Gráfico 115: Promedio mensual de PAP realizados en la comuna de Quillota (período seleccionado).....	159
Gráfico 116: Concentración de personas con PAP realizado por tramo etario en la comuna de Quillota (período seleccionado).....	160
Gráfico 117: Promedio mensual de PAP realizados por tramo etario en la comuna de Quillota (período seleccionado).....	160
Gráfico 118: Ingreso nuevos casos GES en la comuna de Quillota a septiembre (año 2022).....	161
Gráfico 119: Concentración de problemas de salud GES con mayores interconsultas en la comuna de Quillota (año 2022).....	162
Gráfico 120: Problemas de salud en interconsulta considerados en “Otros” en la comuna de Quillota (año 2022).....	163
Gráfico 121: Entrega de apoyos técnicos a mayores de 65 años en Quillota (2022).....	164
Gráfico 122: Promedio mensual de Solicitudes Ciudadanas en SaludQuillota (2020-2022).....	226
Gráfico 123: Distribución porcentual de las Solicitudes Ciudadanas (2020-2022).....	226
Gráfico 124: Concentración de felicitaciones y reclamos (2020-2022).....	227
Gráfico 125: Promedio mensual de felicitaciones y reclamos (2020-2022).....	227

Índice de tablas

Tabla 1: Unidades Vecinales, superficie, estimado de habitantes y límites.....	11
Tabla 2: Número de establecimientos educacionales en la comuna de Quillota según características relevantes (años 2017 y 2022).....	29
Tabla 3: Matrícula de estudiantes en la comuna de Quillota según dependencia del establecimiento (años 2017 y 2022).....	30
Tabla 4: Matrícula de estudiantes en la comuna de Quillota según nivel escolar (años 2017 y 2022)	30
Tabla 5: Resultados del SIMCE en los establecimientos de la Comuna de Quillota (Años 2017,2018 y 2019) 31	
Tabla 6: Variación del puntaje SIMCE en Lenguaje y Matemáticas para la comuna Quillota, región de Valparaíso y país (años disponibles).....	33
Tabla 7: Porcentaje de alumnos con puntaje PSU superior a los 450 puntos en los estudiantes de establecimientos de la Comuna de Quillota (Años 2013, 2017 y 2021)	34
Tabla 8: Déficit habitacional en la comuna de Quillota, región de Valparaíso y país (año 2017)	35
Tabla 9: Cantidad de campamentos en la comuna de Quillota, región de Valparaíso y país (años disponibles)	36
Tabla 10: Porcentaje de la población con acceso a plazas y parques públicos en la comuna de Quillota y otras similares (años disponibles).....	37
Tabla 11: Variación del número de empresas por tamaño en la comuna de Quillota, región de Valparaíso y país (años 2015-2020)	41
Tabla 12: Resultados comparados de IRIS por dimensiones en la región de Valparaíso (años disponibles) ...	42
Tabla 13: Resultados comparados del ICVU por dimensiones (año 2021)	46
Tabla 14: Establecimientos deportivos de dependencia municipal en la comuna de Quillota	47
Tabla 15: Tipos de organizaciones comunitarias en la comuna de Quillota (años seleccionados).....	50
Tabla 16: Ingreso de gestantes según edad en la comuna de Quillota (período seleccionado)	90
Tabla 17: Ingreso de gestantes según estado nutricional en la comuna de Quillota (período seleccionado) .	92
Tabla 18: Población bajo control de 0 a 5 años 11 meses y 29 días en niños de la comuna de Quillota (período seleccionado)	95
Tabla 19: Diagnóstico nutricional desde los 0 años a los 5 años 11 meses y 29 días en niños de la comuna de Quillota (periodo seleccionado).....	96
Tabla 20: Diagnóstico nutricional desde los 6 años a los 9 años 11 meses y 29 días en niños de la comuna de Quillota (periodo seleccionado).....	96
Tabla 21: Desarrollo Psicomotor en la comuna de Quillota (período seleccionado)	97
Tabla 22: Índice CEOD 0 en niños y niñas menores de 7 años en Control Odontológico de la Comuna de Quillota (período seleccionado).....	142
Tabla 23: Número de consultas realizadas según especialidad odontológica en la comuna de Quillota (período seleccionado)	143
Tabla 24: Número de beneficiarios por PRAPS en salud odontológica de Quillota (período seleccionado)....	143
Tabla 25: Promedio de recetas y prescripciones 2022.....	150
Tabla 26: Dispensación proyectadas de recetas y prescripciones a diciembre 2022.....	150
Tabla 27: Total de lentes entregados 2019-2022	152
Tabla 28: Biopsias realizadas por Cirugía Menor (2019-2022).....	153
Tabla 29: Consultas anuales por Otorrinolaringología (2019-2022)	154
Tabla 30: Resultados positivos de consultas gastroenterológicas en la comuna de Quillota (años disponibles)	154
Tabla 31: Cantidad de radiografías de tórax en la comuna de Quillota (período seleccionado).....	155
Tabla 32: Cantidad de radiografías de pelvis en la comuna de Quillota (período seleccionado)	156
Tabla 33: Exámenes de mamografías bilaterales en la comuna de Quillota (periodo seleccionado)	157
Tabla 34: Exámenes de ecografía mamaria en la comuna Quillota (período seleccionado).....	157

<i>Tabla 35: Exámenes de ecotomografía abdominal en la comuna de Quillota (período seleccionado)</i>	<i>158</i>
<i>Tabla 36: Dotación de Atención Primaria de Salud año 2023 de la I. Municipalidad de Quillota</i>	<i>229</i>
<i>Tabla 37: Dotación de Atención Primaria de Salud de profesionales por hora y categoría al año 2023 de la I. Municipalidad de Quillota</i>	<i>230</i>
<i>Tabla 38: Presupuesto 2023 del Departamento de Salud Municipal de Quillota</i>	<i>237</i>

Referencias

- BCN (2002a). Sistema Integrado de Información Territorial (SIIT). Educación, información sobre educación básica, media y superior. [<<click>>](#)
- BCN (2002b). Sistema Integrado de Información Territorial (SIIT). Quilota, reporte comunal. Indicadores sociales. [<<click>>](#)
- BCN (2022c). Sistema Integrado de Información Territorial (SIIT). Estadísticas Sociales, características de los hogares y población. [<<click>>](#)
- BCN (2022d). Sistema Integrado de Información Territorial (SIIT). Empresas y trabajadores según rubro y tamaño. [<<click>>](#)
- BCN (2022e). Sistema Integrado de Información Territorial (SIIT). Número de empresas y trabajadores por rubro. [<<click>>](#)
- BCN (2022f). Sistema Integrado de Información Territorial (SIIT). Organizaciones comunitarias. [<<click>>](#)
- Crempien, R. C., Rojas, G., Cumsille, P. y Oda, M. C. (2011) Domestic Violence during Pregnancy and Mental Health: Exploratory Study in Primary Health Centers in Peñalolén. *International Scholarly Research Network* 2011 (1-5).
- DEIS (2022a). Estadísticas de nacimientos. [<<click>>](#)
- DEIS (2022b). Defunciones por causa (actualización semanal). [<<click>>](#)
- DEIS (2022c). Defunciones y mortalidad infantil. [<<click>>](#)
- DEIS (2022d). Estadísticas de mortalidad. Índice de Swaroop. [<<click>>](#)
- Flores, E., Rivas, E., y Seguel, F. (2012) “Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol de cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa”. *Ciencia y enfermería*, XVIII, pp. 29-41
- Giménez, G. (2004), “Género, previsión y ciudadanía social en América Latina”, en Marco, F. *Los sistemas de pensiones en América Latina: un análisis de género* (99-154). Cepal: Santiago
- González, H., Guizardi, M y Larrazabal, S. (2021) “En los márgenes de la ciudadanía. Envejecimiento femenino y políticas públicas en Chile”, En Comas-D’Argemir, D. y Bofill-Pich, S. (eds.) *El cuidado de mayores dependientes. Avanzando hacia la igualdad de género y la justicia social* (313-332). Icaria: Ulzama
- INE (2022). Proyecciones de población en base a CENSO 2017. [<<click>>](#)
- INE (2022b). Sistema de Indicadores y Estándares de Desarrollo Urbano. [<<click>>](#)
- Instituto de Estudios Urbanos y Territoriales – PUC- (2022). Índice de Calidad de Vida Urbana. [<<click>>](#)



Knodel, J. y Ofstedal, M. (2003) "Gender and Aging in the Developing World: Where are the men?". *Population and Development Review*, 29, pp. 677-698

Marco, F. (2004) "Rasgos generales de los sistemas previsionales de capitalización individual y de sus contextos laborales y demográficos", en Marco, F. *Los sistemas de pensiones en América Latina: un análisis de género* (31-60). Cepal: Santiago

MDSF (2022). Observatorio Social. Estimaciones de pobreza comunal. [<<click>>](#)

MINVU (2017). Observatorio Urbano. Déficit habitacional cuantitativo censal por región, comuna y zona. [<<click>>](#)

Montaño, S. (2004) "La agenda feminista y las reformas de los sistemas de pensiones en América Latina", en Marco, F. (Coord.), *Los sistemas de pensiones en América Latina: un análisis de género* (11-30). Cepal: Santiago

Municipalidad de Quillota (2022a) Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO) 2022-2026. Versión extendida. Municipalidad de Quillota: Quillota

Municipalidad de Quillota (2022b) Informe de Cuenta Pública. Municipalidad de Quillota: Quillota

OEA (2020) Situación de los migrantes y refugiados venezolanos en Chile. OEA: Santiago de Chile

OMS (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. N° 45. Ginebra. [<<click>>](#)

Pérez-Orózcó, A. (2006) "Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico". *Revista de economía crítica*, 5, pp. 7-37

RIDH (2021) La migración venezolana en Chile: un análisis general del 'éxodo' más importante de América Latina en los últimos tiempos. [<<click>>](#)

SINIM (2022). Sistema Nacional de Información Municipal, Desarrollo y Gestión Territorial, Servicios Básicos a la Comunidad. [<<click>>](#)

UVM (2017,2018). Índice Regional de Inclusión Social (IRIS). Región de Valparaíso. [<<click>>](#)

SEGUNDO

ADOpte el Departamento de Salud Municipal las medidas pertinentes para el cumplimiento de esta resolución.

Anótese, comuníquese, dese cuenta.



Firmado Digitalmente por
DIONISIO MANZO BARBOZA
ARQUITECTO
SECRETARIO MUNICIPAL
MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA
MINISTRO DE FE



Firmado Digitalmente por
OSCAR CALDERÓN SÁNCHEZ
ALCALDE
MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

DISTRIBUCION:

Concejales - Alcaldía - Control - Adm. Municipal - Delegación San Pedro - Delegación Aconcagua. Finanzas Salud - Salud - Acuerdo N°373/2022 - Acta N°43/2022 - Secretaría Municipal - Transparencia.

OCS/HCM/DMB/xva/gdr. -