



Plan de Salud Comunal

Viña del Mar 2026-2028



Síguenos en:

 [cornuvina](#)  [cornuvinafb](#)  [cmvinadelmar](#)  [cornuvina.cl](#)

INDICE

POLÍTICA COMUNAL DE SALUD	9
Visión	11
Misión.....	11
Valores Institucionales de la Atención Primaria de Salud de Viña del Mar	12
Compromiso con la comunidad	12
Calidad y seguridad en la atención	12
Ética y responsabilidad pública.....	13
Humanización del cuidado.....	13
Trabajo en equipo y colaboración	13
Vocación docente y aprendizaje permanente.....	13
Equidad y justicia social	13
Participación y corresponsabilidad.....	14
Respeto y dignidad	14
Innovación y mejora continua	14
Objetivos Institucionales.....	15
DIAGNOSTICO DE SALUD INTEGRADO	16
Contextualización	17
Límites Jurisdiccionales.....	18
Demografía	19
Modelo de Atención Local.....	35
Modelo de Gestión Sanitaria.....	35
Diagnóstico de necesidades en Salud	36
Diagnóstico Epidemiológico	37
Análisis de la mortalidad.....	38
Salud cardiovascular	50
Salud respiratoria	66
Salud mental	75
Salud sexual y reproductiva	84

Tumores.....	94
Discapacidad y dismovilidad	106
Salud oral	111
Artrosis y rehabilitación integral	116
Enfermedades transmisibles de notificación obligatoria	118
Diagnóstico Participativo	131
Metodología del diagnóstico participativo.....	133
Enfoque metodológico y marco conceptual.....	134
Etapas del proceso participativo	134
Preparación y planificación del proceso:.....	134
Levantamiento de información participativa:	135
Sistematización y análisis de la información.	137
<i>Validación y retroalimentación de resultados.</i>	137
Instrumentos aplicados y actores participantes	137
<i>Análisis y criterios de validación</i>.....	138
Resultados Cuantitativos del Diagnóstico Participativo	139
Factores de Riesgo y Factores Protectores.....	144
<i>Tabaquismo</i>	144
<i>Consumo de Alcohol</i>	147
<i>Consumo de Drogas</i>.....	149
<i>Percepción de seguridad en los barrios</i>.....	151
<i>Entornos comunitarios y Conductas saludables</i>.....	152
<i>Entornos comunitarios promotores de salud</i>.....	152
<i>Consumo de frutas y verduras</i>.....	154
<i>Actividad física</i>	155
<i>Actividades familiares saludables</i>.....	155
Promoción comunitaria de la vida saludable	156
<i>Acceso a la salud</i>	156
<i>Activos Personales en Salud</i>	161
<i>Fortalezas psicosociales y personales</i>	161

<i>Déficits en hábitos y conductas saludables</i>	162
<i>Coherencia entre bienestar subjetivo y percepción de salud</i>	162
Principales Problemas priorizados por la comunidad	164
<i>Salud mental: el principal problema comunitario</i>	165
<i>Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT): diabetes, obesidad e hipertensión.</i>	165
<i>Adicciones: drogadicción y alcoholismo como riesgo social persistente</i>	166
<i>Otros problemas emergentes</i>	167
Comparación territorial y patrones identificados	167
<i>Evaluación General o Global Utilización de los Programas de APS y Servicios</i>	168
<i>Tendencias Generales de Utilización</i>	169
Evaluación por CESFAM	169
<i>CESFAM Nueva Aurora</i>	170
<i>CESFAM Dr. Marco Maldonado y CESFAM Miraflores</i>	170
<i>CESFAM Dr. Jorge Kaplan</i>	170
<i>CESFAM Dr. Juan Carlos Baeza</i>	170
<i>CESFAM Gómez Carreño</i>	170
<i>CESFAM Las Torres</i>	171
<i>CESFAM Lusitania</i>	171
<i>CESFAM Profesor Eugenio Cienfuegos</i>	171
<i>CESFAM Brígida Zavala</i>	171
Hallazgos Transversales	171
Experiencia de acceso a la atención	172
<i>Desempeño general de los programas y del personal</i>	172
<i>Resolutividad y confianza en el equipo de salud</i>	172
<i>Claridad de las indicaciones: comunicación como pilar de la calidad</i>	174
<i>Educación y apoyo al autocuidado: brecha de equidad territorial</i>	174
<i>Impacto percibido en calidad de vida: límites del modelo clínico</i>	174
<i>Análisis estructural e inequidades territoriales</i>	176
Resultados Cualitativos del Diagnóstico Participativo.....	176
<i>El CESFAM como espacio de atención y gestión</i>	176

Concepción integral de la salud	177
Salud mental como necesidad prioritaria	177
Factores territoriales y entorno urbano	177
Rol comunitario y participación social	178
Continuidad y seguimiento de la atención	178
Redes locales y autocuidado	178
Principales brechas identificadas	179
Resultado Grupo de Discusión por Centro de Salud.....	179
CESFAM SAPU Nueva Aurora	179
CESFAM Dr. Marco Maldonado	181
CESFAM SAPU Miraflores – CECOSF Sergio Donoso	183
CESFAM SAPU Dr. Jorge Kaplán	185
CESFAM Dr. Juan Carlos Baeza	188
CESFAM SAPU Gómez Carreño – CECOSF Santa Julia	190
CESFAM Las Torres – CECOSF Las Palmas Chilenas	193
CESFAM Lusitania	195
CESFAM Profesor Eugenio Cienfuegos	199
CESFAM Brígida Zavala	202
Priorización de Problemas por parte de grupos de Discusión.....	205
Principales consideraciones del Diagnóstico Participativo.....	208
Diagnóstico de Recursos en Salud	209
Servicio de Salud Viña del Mar–Quillota	211
Establecimientos de Salud Primaria Pertencientes al Área de Influencia:	212
Organización Jerárquica Comunal	213
Análisis de Oferta de Infraestructura	216
Infraestructura de los Centros de Salud Familiar	217
CESFAM Nueva Aurora	217
CESFAM Dr. Marco Maldonado Acharán	222
CESFAM Miraflores	224
CESFAM Dr. Jorge Kaplan Meyer	228

<i>CEFAM Dr. Juan Carlos Baeza Bustos</i>	231
<i>CEFAM Gómez Carreño</i>	233
<i>CEFAM Las Torres</i>	236
<i>CEFAM Lusitania</i>	238
<i>CEFAM Profesor Eugenio Cienfuegos</i>	240
<i>CEFAM Brígida Zavala</i>	244
Infraestructura de los Centros Comunitarios de Salud Familiar	246
<i>CECOSF Sergio Donoso</i>	246
<i>CECOSF Las Palmas</i>	248
<i>CECOSF Santa Julia</i>	250
<i>CECOSF Villa Hermosa</i>	252
INFRAESTRUCTURA UNIDADES TRANSVERSALES	254
<i>Infraestructura Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)</i>	254
SAPU MIRAFLORES	255
SAPU NUEVA AURORA	259
SAPU LAS TORRES	263
SAPU DR. JORGE KAPLÁN	265
SAPU GÓMEZ CARREÑO	268
<i>Infraestructura Unidades Transversales</i>	270
Centro de Resolutividad de Atención Primaria (CREA)	270
Centro municipal de acompañamiento infantoadolescente (CMAIA)	274
Centro cuidados radiológicos	277
Laboratorio clínico	279
Droguería	282
Unidad de medicina complementaria UMC	283
Farmacias (sucursal Von Schroeders y Viña centro) y óptica municipal	285
Dotación de funcionarios de Atención Primaria de la Comuna de Viña del Mar	287
Dotación APS Viña del Mar año 2026	289
Dotación de Equipamiento Tecnológicos en la Atención Primaria de la Comuna de Viña del Mar	295
Oficina de Calidad y seguridad de la Atención	302

Marco regulatorio.....	306
Estado de situación de los establecimientos de salud	309
Sistema de gestión de la calidad.....	313
<i>Política de calidad comunal</i>	313
<i>Objetivos estratégicos para la calidad y seguridad del paciente</i>	315
Presupuesto anual.....	316
BRECHA SANITARIA	316
Acceso, oportunidad y continuidad de cuidados	316
Calidad, seguridad y capacidad resolutive	317
Promoción de la salud y prevención (curso de vida).....	317
Salud mental y cohesión social.....	317
Inclusión, enfoque de derechos y acceso universal	318
Intersectorialidad, entorno y determinantes sociales.....	318
Información al usuario, alfabetización y comunicación	318
Programas específicos y servicios clínicos	319
Gobernanza, gestión y plasticidad de la oferta.....	319
BRECHA ASISTENCIAL	319
Infraestructura y Condiciones Físicas de la Red	320
Equipamiento Clínico y Tecnológico	320
Recursos Humanos y Competencias Técnicas.....	320
Capacidad Resolutiva y Atención Clínica	321
Gestión de Urgencias y Continuidad del Cuidado	321
Sistemas de Información, Conectividad y Gestión Tecnológica	321
Mantenimiento, Seguridad y Gestión del Riesgo.....	322
Priorización de Problemas.....	322
PLAN DE ACCIÓN	328
Programa Anual de Capacitación.....	379
EVALUACION PLAN DE SALUD 2023- 2025	379

CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES	380
BIBLIOGRAFÍA.....	382
ANEXOS.....	384
ANEXO 1: “Organigrama Dirección de Salud y de Centros de Salud Familiar”	385
ANEXO2: “Presupuesto de salud 2026”	385
ANEXO 3: “Matriz de Curso de Vida”	385
ANEXO 4: “Plan Anual de Capacitación”	385
ANEXO 5: “Evaluación Plan de Salud 2023-2025”	385

PRESENTACIÓN

El Plan de Salud Comunal de Viña del Mar constituye la herramienta rectora de la gestión sanitaria local, orientada a fortalecer la atención primaria, mejorar la calidad de vida de la población y avanzar hacia un modelo de salud equitativo, participativo y territorialmente pertinente. Este instrumento integra tres ejes fundamentales: el Diagnóstico Epidemiológico, el Diagnóstico Participativo y el Diagnóstico de Recursos en Salud, cuya convergencia otorga una mirada integral de la realidad sanitaria comunal.

A partir del diagnóstico epidemiológico, se delinear los principales problemas y tendencias de salud que afectan a la población viñamarina. El análisis evidencia un marcado proceso de envejecimiento poblacional, con un aumento sostenido de adultos mayores y una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, como hipertensión, diabetes, obesidad y trastornos cardiovasculares. A ello se suma la creciente incidencia de condiciones de salud mental, que atraviesan todos los grupos etarios y reflejan los efectos acumulativos de factores sociales, económicos y ambientales. Estos desafíos se complementan con brechas persistentes en el acceso equitativo a servicios sanitarios, desigualdades territoriales y la necesidad de fortalecer la promoción de estilos de vida saludables.

El Diagnóstico Participativo aporta una dimensión esencial a este análisis, integrando la voz de la comunidad en la construcción de políticas públicas. A través de talleres territoriales, encuestas, grupos focales y entrevistas, se recogieron más de 1.800 opiniones y percepciones de vecinos, dirigentes sociales y profesionales de la red de salud. Este proceso permitió identificar no solo los problemas de salud más relevantes —como la salud mental, las enfermedades crónicas y las adicciones—, sino también los factores protectores y los recursos comunitarios disponibles. La ciudadanía destacó la importancia de fortalecer la participación social, la promoción de entornos seguros, el acceso a la atención oportuna y la educación sanitaria, consolidando así un enfoque de gobernanza compartida que trasciende el ámbito técnico.

El diagnóstico participativo reafirma la necesidad de comprender la salud como un fenómeno socialmente determinado, donde la desigualdad territorial, la educación, la seguridad y el entorno urbano condicionan las oportunidades de bienestar. Viña del Mar, con su heterogeneidad social y geográfica, demanda respuestas diferenciadas y adaptadas a las realidades locales, donde los centros de salud actúan como núcleos articuladores de la acción comunitaria.

Por su parte, el Diagnóstico de Recursos en Salud entrega una visión detallada de la capacidad operativa de la red municipal. La comuna dispone actualmente de 10 Centros de Salud Familiar (CESFAM), 4 Centros

Comunitarios (CECOSF), 5 Servicios de Urgencia de Atención Primaria (SAPU) y unidades de apoyo estratégicas como el Centro de Resolutividad (CREA), el Laboratorio Clínico y las farmacias comunales. Sin embargo, el análisis evidencia brechas en infraestructura, equipamiento y recursos humanos, derivadas del crecimiento poblacional y del envejecimiento de algunos recintos.

En conjunto, los tres diagnósticos configuran una base sólida para la construcción de un Plan de Acción Comunal que oriente la toma de decisiones hacia la reducción de brechas, la mejora continua y la equidad sanitaria. Este plan operará como una hoja de ruta estratégica para el período 2026–2028, estableciendo objetivos medibles, indicadores de seguimiento y estrategias de intervención articuladas con la Estrategia Nacional de Salud y el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitario.

Este plan busca trascender el ámbito sanitario para instalar una visión de salud integral y sostenible, donde la atención no se limite al tratamiento de la enfermedad, sino que abarque la promoción del bienestar, la inclusión social y la participación activa de la comunidad.

La elaboración del Plan de Salud Comunal de Viña del Mar representa un ejercicio de planificación estratégica basado en evidencia, participación y compromiso. Es el resultado de un esfuerzo colaborativo entre la Dirección de Salud, los equipos técnicos de los CESFAM, la Corporación Municipal, Educación Superior y la comunidad organizada. Su implementación requerirá liderazgo, coordinación intersectorial y voluntad política para traducir las estrategias en acciones concretas que impacten positivamente en la vida de las personas.

En definitiva, este Plan no solo responde a una obligación normativa, sino que encarna una visión de futuro: una Viña del Mar saludable, inclusiva y solidaria, capaz de garantizar el derecho a la salud de todos sus habitantes mediante políticas públicas sostenibles, participativas y territorialmente pertinentes.

POLÍTICA COMUNAL DE SALUD

La Política Comunal de Salud de Viña del Mar constituye el marco estratégico que orienta la acción sanitaria local, articulando los esfuerzos de todos los actores que participan en la gestión y provisión de servicios de salud hacia un objetivo común: garantizar a la población una atención integral, continua, segura y de calidad, basada en el respeto a la dignidad humana y en el derecho a la salud como pilar fundamental del bienestar social.

En coherencia con los principios del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitario (MAIS), esta política promueve una visión de salud centrada en las personas, las familias y las comunidades, sustentada en la equidad, la participación, la pertinencia territorial y la excelencia técnica. La calidad y la seguridad de la atención constituyen ejes transversales de esta política, entendidas como condiciones esenciales para fortalecer la confianza de la ciudadanía en su sistema de salud y asegurar una atención efectiva, humanizada y oportuna.

La formulación de la presente política se enmarca en los lineamientos de la Estrategia Nacional de Salud 2021–2030, las Orientaciones para la Programación y Planificación en Red para el año 2026, el Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO), así como en los principios del programa del “Municipio de Cuidados”, que reconoce la salud como parte del tejido social y promueve un enfoque integral de acompañamiento, protección y desarrollo humano.

La red de salud comunal de Viña del Mar —compuesta por Centros de Salud Familiar, Centros Comunitarios, Servicios de Urgencia y Unidades de Apoyo— se concibe como una red al servicio de las personas y no como un conjunto de establecimientos aislados. Su propósito es responder de manera coordinada, eficiente y ética a las necesidades de la población, garantizando continuidad del cuidado, integralidad en la atención y accesibilidad a sus servicios. Cada equipo de salud, en su rol clínico, administrativo y comunitario, asume un compromiso ético con la atención de las personas, sustentado en la responsabilidad pública, la transparencia y el respeto por los derechos de los usuarios.

Del mismo modo, esta política reafirma el carácter docente-asistencial de la red comunal, que reconoce el aprendizaje, la formación continua y la vinculación con las instituciones académicas como motores de desarrollo y calidad. La colaboración con universidades y centros formativos no solo fortalece las competencias profesionales, sino que también consolida un modelo de salud que aprende del territorio y evoluciona junto a su comunidad. Esta interacción virtuosa entre docencia y asistencia refuerza la innovación, la investigación aplicada y la mejora continua como elementos estructurales de la gestión sanitaria.

La calidad y seguridad del paciente se asumen como compromisos permanentes que atraviesan todos los niveles de la atención. La red comunal trabaja bajo estándares técnicos y éticos que promueven prácticas seguras, protocolos actualizados, procesos auditables y una cultura organizacional orientada al

aprendizaje y la prevención del error. La calidad no se limita a la infraestructura o la técnica, sino que se expresa en la relación humana, el trato digno y la responsabilidad compartida entre los equipos de salud y la comunidad.

En este contexto, la Política Comunal de Salud de Viña del Mar reafirma su misión de ser una red de salud pública al servicio de la población, guiada por principios de equidad, solidaridad, transparencia y excelencia. Más que un conjunto de servicios, es una comunidad de trabajo comprometida con el bienestar integral de las personas, que actúa con vocación ética, sentido de pertenencia y corresponsabilidad social.

Finalmente, esta política proyecta una visión de futuro: una Viña del Mar saludable, segura y solidaria, donde la gestión en salud se sustente en la calidad de los cuidados, la seguridad de los usuarios, el compromiso docente-asistencial y el fortalecimiento de una red comunal moderna, resolutive y profundamente humana.

Visión

“Consolidar una red de salud comunal moderna, inclusiva y sostenible, reconocida por su excelencia en la calidad y seguridad de la atención, su compromiso ético y su cercanía con la comunidad. Aspiramos a una Viña del Mar saludable, solidaria y resiliente, donde cada persona acceda a servicios de salud confiables, humanizados y de alto nivel técnico, en un entorno de aprendizaje permanente, colaboración intersectorial y desarrollo integral para todos”

Misión

“Brindar una atención de salud integral, continua y segura a las personas, familias y comunidades de Viña del Mar, a través de una red comunal articulada, resolutive y centrada en las personas. Promovemos la calidad, la equidad y la humanización de los cuidados, fortaleciendo la participación ciudadana, el compromiso docente-asistencial y la formación permanente de nuestros equipos, en un marco ético de servicio público y corresponsabilidad con la comunidad”

Valores Institucionales de la Atención Primaria de Salud de Viña del Mar

La red de Atención Primaria de Salud (APS) de Viña del Mar asume un compromiso ético y profesional con la comunidad, sustentado en los principios del servicio público, la equidad social y la dignidad humana. Los valores institucionales aquí definidos expresan la identidad, la misión y la visión del sistema comunal de salud, y orientan el comportamiento de todos quienes forman parte de él, desde la atención directa a los usuarios hasta la gestión técnica y administrativa

Estos valores constituyen la base cultural y ética de una red que trabaja al servicio de la población, promoviendo una atención de calidad, segura, oportuna y humanizada. Reflejan la convicción de que la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino una construcción social que requiere compromiso, corresponsabilidad y aprendizaje continuo. En concordancia con los principios del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitario (MAIS), el programa Municipio de Cuidados, y la Política Comunal de Salud de Viña del Mar, estos valores orientan las acciones cotidianas de los equipos y fortalecen el vínculo entre la institución y la comunidad, asegurando que cada funcionario y funcionaria se reconozca como parte de una red que aprende, enseña y cuida.

Compromiso con la comunidad

Cada funcionario asume su labor como una vocación de servicio. La comunidad es el centro de toda acción sanitaria, y cada esfuerzo se orienta a mejorar su bienestar, fortalecer la confianza con los usuarios y generar impacto positivo en la calidad de vida de las personas, familias y barrios de Viña del Mar.

Calidad y seguridad en la atención

El compromiso con la calidad y la seguridad del paciente constituye un principio esencial. Los equipos trabajan bajo estándares técnicos y éticos rigurosos, garantizando una atención efectiva, segura y humanizada. La mejora continua, la prevención del error y la cultura del aprendizaje organizacional son parte del quehacer diario.

Ética y responsabilidad pública

La ética es el fundamento del servicio público. Implica actuar con honestidad, transparencia, confidencialidad y responsabilidad en el uso de los recursos institucionales. Cada funcionario debe ser ejemplo de probidad y coherencia, asegurando que la gestión sanitaria responda al interés colectivo y al bien común.

Humanización del cuidado

La salud se construye en el encuentro humano. La empatía, el respeto, la escucha activa y la sensibilidad frente al sufrimiento son pilares del trabajo sanitario. Humanizar el cuidado significa reconocer a cada persona como sujeto de derechos, con historia, cultura y dignidad propias.

Trabajo en equipo y colaboración

La atención primaria se sustenta en el trabajo interdisciplinario y la cooperación entre los distintos niveles de la red. El trabajo en equipo potencia la diversidad de saberes y promueve una respuesta coordinada, solidaria y eficaz frente a las necesidades de salud de la comunidad.

Vocación docente y aprendizaje permanente

Viña del Mar es una red docente-asistencial comprometida con la formación continua de sus equipos y la vinculación con instituciones académicas. Cada funcionario es un agente de aprendizaje y mejora, que comparte conocimientos, experiencias y buenas prácticas, contribuyendo al desarrollo de una atención de salud moderna, reflexiva y de calidad.

Equidad y justicia social

La salud es un derecho que debe ejercerse en igualdad de condiciones. Este valor implica reconocer y reducir las desigualdades sociales, territoriales y culturales que afectan a la población, asegurando que los recursos, servicios y oportunidades lleguen con prioridad a quienes más lo necesitan.

Participación y corresponsabilidad

La salud se construye junto a la comunidad. Promover la participación activa de los usuarios, organizaciones sociales y actores territoriales fortalece la gobernanza local, legitima las decisiones sanitarias y promueve la corresponsabilidad en el cuidado de la salud y el bienestar común.

Respeto y dignidad

Cada relación laboral, institucional y comunitaria debe basarse en el respeto mutuo y la dignidad de las personas. Este valor promueve la inclusión, la no discriminación, la equidad en el trato y el reconocimiento de la diversidad cultural como riqueza social de la comuna.

Innovación y mejora continua

La atención primaria de Viña del Mar se proyecta hacia el futuro a través de la innovación, la tecnología y la creatividad. Los equipos buscan constantemente nuevas formas de responder a las necesidades cambiantes de la población, desarrollando soluciones sostenibles y efectivas, con enfoque de calidad, equidad y pertinencia territorial.

Estos valores no son solo declaraciones, sino compromisos que guían el actuar cotidiano de todos los equipos de salud comunales. Representan la convicción de que Viña del Mar cuenta con una red de salud al servicio de su gente, ética en su desempeño, segura en su atención, y comprometida con la enseñanza, la innovación y el bienestar colectivo.

Objetivos Institucionales

Los siguientes objetivos institucionales expresan el compromiso de la red comunal de salud con la calidad, la equidad, la seguridad del paciente y la consolidación de un modelo de atención centrado en las personas, las familias y las comunidades. Constituyen la base estratégica del Plan Comunal de Salud 2026–2028.

OI1. Garantizar que todas las prestaciones se desarrollen bajo estándares de calidad y seguridad del paciente, consolidando una cultura institucional centrada en la mejora continua, la ética y el respeto por la dignidad humana.

OI2. Consolidar la implementación del modelo de salud familiar y comunitario, asegurando la continuidad del cuidado, la participación social y la integralidad de las acciones sanitarias.

OI3. Disminuir las brechas de acceso, cobertura y resultados sanitarios, priorizando a los territorios y grupos en situación de mayor vulnerabilidad social.

OI4. Asegurar infraestructura, equipamiento y recursos humanos adecuados para responder eficazmente a la demanda asistencial y al crecimiento demográfico comunal.

OI5. Consolidar la vocación formativa de la red APS mediante alianzas con instituciones académicas, promoviendo la formación, la investigación y la innovación en salud pública.

OI6. Implementar estrategias integrales de promoción, prevención y tratamiento en salud mental, fortaleciendo los equipos APS.

OI7. Fomentar la participación activa de la comunidad en la planificación y evaluación de las políticas locales, fortaleciendo la gobernanza y la educación sanitaria.

OI8. Desarrollar acciones de promoción de salud que fomenten la alimentación saludable, la actividad física y entornos comunitarios seguros y sostenibles.

OI9. Asegurar una administración basada en la probidad, la excelencia técnica y la eficiencia, fortaleciendo la confianza ciudadana en el sistema público de salud.

OI10. Incorporar la innovación tecnológica, la sostenibilidad ambiental y la gestión del riesgo como componentes estratégicos del desarrollo sanitario comunal.

Los objetivos institucionales de la Atención Primaria de Viña del Mar proyectan una red moderna, ética y docente-asistencial, que trabaja al servicio de la comunidad, priorizando la calidad, la seguridad, la equidad y la participación social como ejes fundamentales para el bienestar integral de la población.

DIAGNOSTICO DE SALUD INTEGRADO

El Diagnóstico Integrado de Salud de Viña del Mar constituye el eje técnico y estratégico sobre el cual se construye la planificación sanitaria comunal para el período 2025–2028. Este documento sintetiza y articula tres componentes complementarios —el Diagnóstico Epidemiológico, el Diagnóstico Participativo y el Diagnóstico de Recursos en Salud— conformando una visión integral de la situación sanitaria, los determinantes sociales y la capacidad instalada del sistema comunal de salud.

Su propósito es ofrecer una lectura multidimensional del estado de salud de la población viñamarina, combinando la evidencia cuantitativa de los indicadores epidemiológicos con la voz y percepción de la comunidad, y con un análisis realista de los recursos humanos, físicos y tecnológicos que sustentan la red asistencial. Este enfoque integrado busca fortalecer la gestión basada en evidencia, promover la equidad territorial y consolidar una atención primaria centrada en las personas, las familias y las comunidades.

Desde la perspectiva epidemiológica, el diagnóstico evidencia una comuna en transición demográfica avanzada, marcada por el envejecimiento poblacional, el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) —como hipertensión, diabetes y obesidad—, y la creciente relevancia de la salud mental como problema transversal. Se observa una concentración de la carga de enfermedad en grupos vulnerables y en territorios con mayores inequidades sociales y ambientales, lo que demanda estrategias focalizadas y sostenibles.

Por su parte, el diagnóstico participativo incorpora la mirada de los habitantes, dirigentes sociales y equipos locales, reconociendo la salud como un proceso socialmente determinado. Los talleres, encuestas y grupos focales desarrollados durante el proceso revelan coincidencias con los datos epidemiológicos, identificando la salud mental, las enfermedades crónicas y las adicciones como las principales

preocupaciones comunitarias. A su vez, destacan fortalezas territoriales relevantes, como la cohesión social, el sentido de pertenencia y la existencia de redes comunitarias activas, elementos que constituyen verdaderos activos en salud y oportunidades para el trabajo colaborativo.

El diagnóstico de recursos en salud aporta una mirada estructural sobre la red comunal, identificando las capacidades y brechas en infraestructura, equipamiento y fuerza laboral. Viña del Mar cuenta con una red compuesta por 10 Centros de Salud Familiar (CESFAM), 4 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), 5 Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), un Centro de Resolutividad, y dispositivos de apoyo. Sin embargo, el análisis evidencia déficits de espacio, sobrecarga asistencial en algunos centros y la necesidad de reposición o ampliación de establecimientos.

Esta consolidación diagnóstica demuestra que los problemas sanitarios, las brechas de recursos y las percepciones comunitarias convergen en torno a un mismo eje: la urgencia de fortalecer la Atención Primaria de Salud (APS) como núcleo del sistema comunal, con un enfoque integral, docente-asistencial y centrado en la calidad y seguridad de la atención.

El Diagnóstico Integrado de Salud de Viña del Mar no es solo una descripción del presente, sino un instrumento de planificación para el futuro. Al unir la evidencia técnica con la experiencia ciudadana y la evaluación de recursos, ofrece un marco robusto para la toma de decisiones, la definición de estrategias y la formulación del Plan de Acción Comunal en Salud 2026–2028.

Contextualización

La comuna de Viña del Mar se ubica en la zona costera central de Chile, formando parte de la Provincia y Región de Valparaíso. Se encuentra a 117 kilómetros al noroeste de Santiago, capital del país, y a 213 kilómetros del Paso Los Libertadores, principal conexión fronteriza con Argentina a través del corredor internacional Los Andes–Mendoza. Esta localización estratégica le otorga un rol clave como centro urbano, turístico y de servicios dentro del eje costero central del país.

El clima de la comuna es de tipo templado mediterráneo costero, caracterizado por estaciones bien definidas, con temperaturas promedio anuales que oscilan entre los 10 °C y los 22 °C, y precipitaciones concentradas en el invierno, con un promedio anual cercano a 270 milímetros. Su condición marítima

modera las temperaturas extremas y contribuye a un microclima estable, favorable para las actividades residenciales, turísticas y recreativas.

Viña del Mar posee aproximadamente 4 kilómetros de borde costero con playas urbanas de alto uso recreativo y turístico, lo que, junto con su topografía variada y su conexión vial con la Región Metropolitana, consolida su posición como uno de los polos urbanos más relevantes del litoral central chileno. La comuna abarca una superficie total de 122 km² y una densidad poblacional promedio de 2.714 habitantes por kilómetro cuadrado, una de las más altas de la región, lo que plantea importantes desafíos en materia de planificación urbana, ambiental y sanitaria.

Límites Jurisdiccionales

De acuerdo con el Decreto N° 1.325 del 13 de noviembre de 1980, modificado por la Ley N° 19.424 que crea la comuna de Concón, los límites administrativos de Viña del Mar se definen de la siguiente manera:

Al Oeste: Limita con el Océano Pacífico, desde la prolongación en línea recta de la calle Subida El Sauce hasta su intersección con el paralelo astronómico Las Dunas.

Al Norte: Colinda con la comuna de Concón, siguiendo el paralelo astronómico del trigonométrico Las Dunas, pasando por la cota 94 del Instituto Geográfico Militar, hasta alcanzar el trigonométrico Buitre.

Al Sur: Limita con la comuna de Valparaíso, siguiendo una línea de cumbres que bordea las hoyas de los esteros Viña del Mar y Las Cenizas, y que enlaza con la ruta 68 (variante Agua Santa), hasta llegar a la quebrada Phillippi y la calle Subida El Sauce.

Al Este: Limita con la comuna de Quilpué, siguiendo las líneas de cumbre que separan las hoyas de los esteros Quilpué y Viña del Mar, abarcando el sector de Villa Hermosa, la confluencia de los esteros Quilpué y Marga-Marga, y el lindero del fundo Siete Hermanas.

Estos límites configuran una comuna predominantemente urbana, aunque con una expansión progresiva hacia zonas periféricas y de borde, donde coexisten sectores residenciales, áreas de conservación y espacios de uso mixto. Su relieve combina sectores planos y colinas pronunciadas, con presencia de

quebradas y microcuencas que condicionan tanto el desarrollo urbano como la localización de infraestructura sanitaria.

Demografía

La comuna de Viña del Mar posee una población censada de 334.871 habitantes al año 2024¹ (Instituto Nacional de Estadísticas, 2025). Durante los últimos 30 años la comuna de Viña del Mar ha experimentado un descenso sostenido en la tasa bruta de natalidad, desde 18,9 nacimientos cada 1.000 habitantes en el año 1992, hasta 7,6 nacimientos cada 1.000 habitantes en el año 2021, mientras que la tasa bruta de mortalidad para el mismo período alcanza un promedio de 6,8 muertes cada 1.000 habitantes, como se muestra en la Figura 1 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2024b, 2024a, 2025a). Durante el año 2021, en el período de pandemia por SARS-CoV-2 en el país, la tasa bruta de mortalidad de la comuna ascendió a 8,6 muertes cada 1.000 habitantes, por encima de la tasa bruta de mortalidad regional y nacional, para luego situarse en 7,6 muertes cada 1.000 habitantes en la actualidad. Al año 2024, la población inmigrante en la comuna asciende al 6,4% de la población, y se constituye principalmente por personas y familias provenientes de Venezuela, Argentina, Colombia y Perú (Instituto Nacional de Estadísticas, 2025).

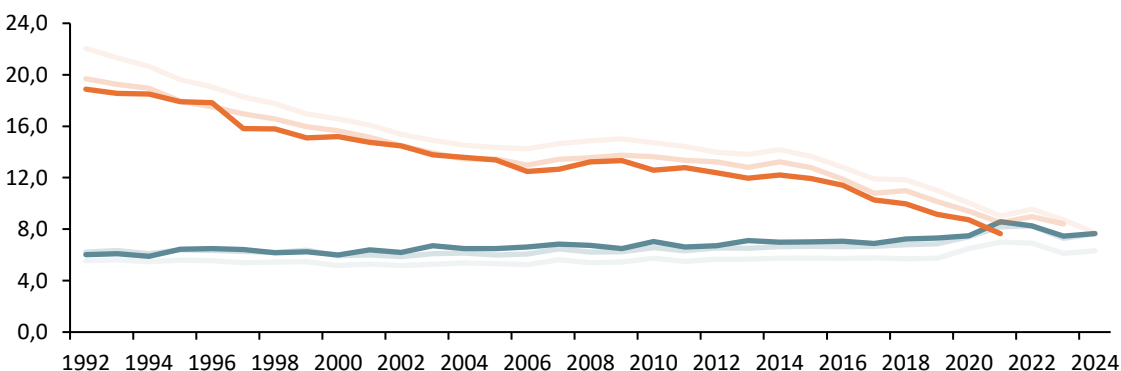


Figura 1: Tasas brutas de natalidad (línea anaranjada) y mortalidad (línea azul) en la comuna de Viña del Mar entre los años 1992 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para

¹ La población censada de la comuna de Viña del Mar en el año 2024 difiere negativamente de la población proyectada en base al censo del año 2017 (371.490), aproximadamente en 10,9%. En este informe, y con el propósito de mostrar tendencias a largo plazo de los distintos indicadores sanitarios, se ha decidido mantener el uso de las proyecciones en base al censo del año 2017, hasta no contar con las nuevas estimaciones y proyecciones en base al último censo.

la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2024a, 2025).

Consecuentemente con la disminución de la tasa bruta de natalidad, en la comuna de Viña del Mar y en la región de Valparaíso se observa la disminución gradual y acelerada de la proporción de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, y un aumento en la proporción de personas mayores de 64 años, configurándose un proceso avanzado de envejecimiento poblacional en comparación al país Departamento de Epidemiología (2025b). Al respecto, las personas menores de 15 años en la comuna de Viña del Mar han disminuido desde el 25% hasta el 12% del total de la población entre los años 1992 y 2025, mientras que la proporción de personas mayores de 64 años ha aumentado desde 7,8% en el año 1992 hasta representar el 18% de la población en el año 2025 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025d). De manera concordante, el índice de dependencia de la comuna se estima en 49,8% durante el año 2024, situándose por encima del índice de dependencia nacional de 43,8% respectivamente, como se muestra en la Figura 3 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025d).

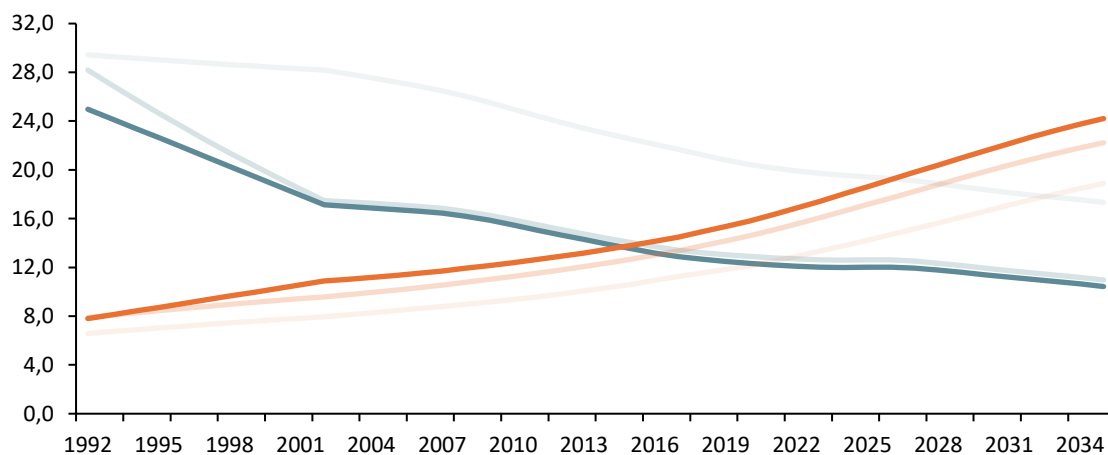


Figura 2: Porcentaje de personas menores de 15 años (línea azul) y mayores de 64 años (línea anaranjada) en la comuna de Viña del Mar entre los años 1992 y 2025, y su proyección hasta el año 2035. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Instituto Nacional de Estadísticas (2023).

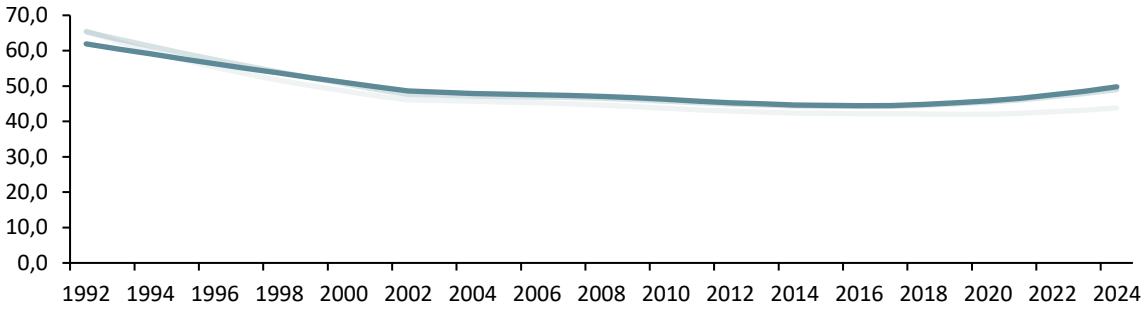


Figura 3: Índice de dependencia en la comuna de Viña del Mar entre los años 1992 y 2025. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Instituto Nacional de Estadísticas (2023).

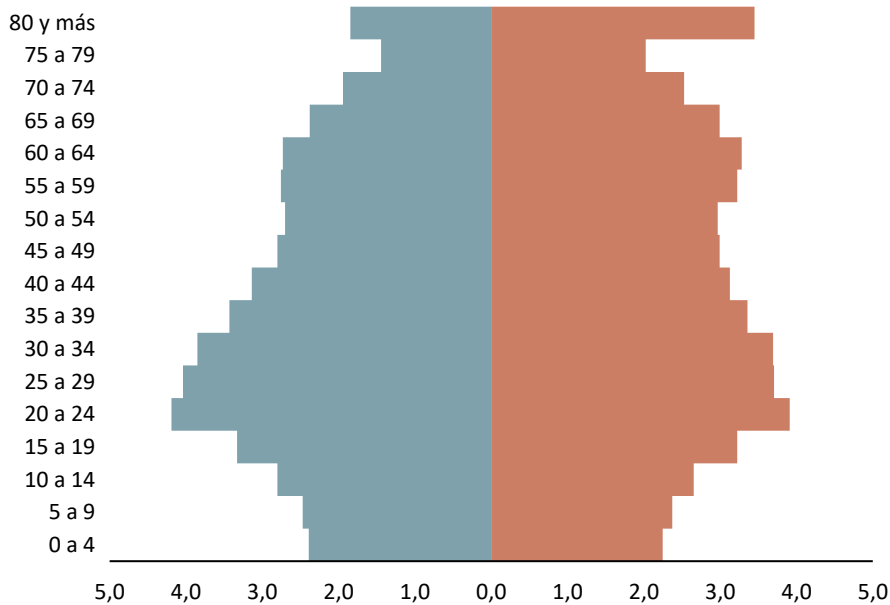


Figura 4: Pirámide poblacional de los habitantes de la comuna de Viña del Mar al año 2025 (barras azules y anaranjadas representan hombres y mujeres, respectivamente). Elaboración propia en base a información del Instituto Nacional de Estadísticas (2023).

El índice de Swaroop ha aumentado en la comuna de Viña del Mar, desde 84,4% en el año 1992 hasta 92,7% en la actualidad, situándose por encima del mismo indicador para la región de Valparaíso y el país (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2024a, 2025a). La mortalidad infantil en la comuna alcanza un promedio de 8,7 muertes cada 1.000 nacidos vivos entre los años 1992 y 2021, similar a las tasas regional y nacional de 8,6 muertes cada 1.000 nacidos vivos para cada una, como puede observarse en la Figura 6 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2024a, 2025a). En niños y niñas

menores de 5 años, la tasa de mortalidad específica asciende a 10,1 muertes cada 1.000 nacidos vivos. En el mismo período, la tasa de mortalidad materna en la comuna de Viña del Mar asciende a un promedio de 20,9 muertes cada 100.000 nacidos vivos, situándose por debajo de las tasas regional y nacional de 24,3 y 22,6 muertes cada 100.000 nacidos vivos, respectivamente, como se muestra en la Figura 7 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2024a, 2025).

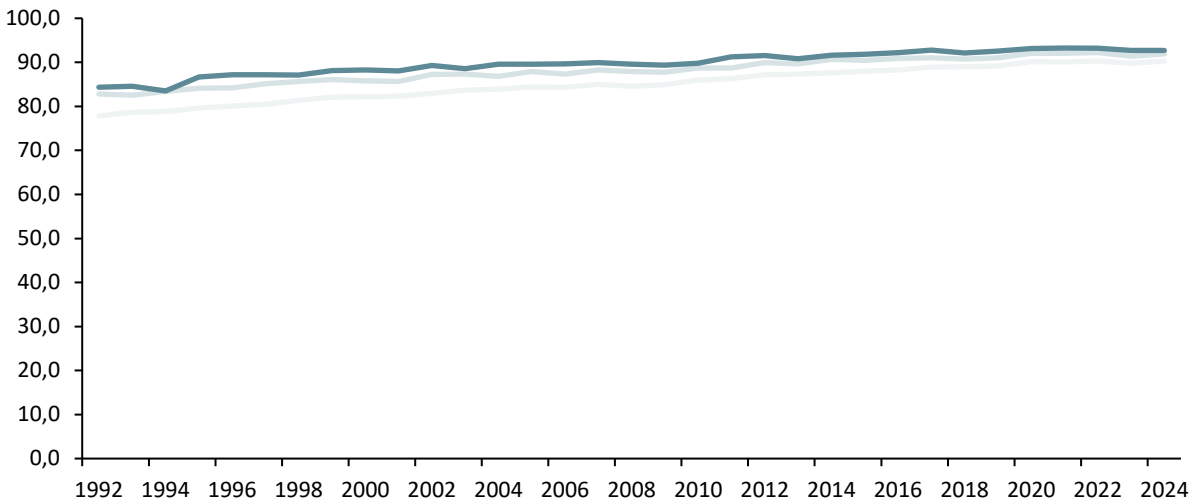


Figura 5: Índice de Swaroop en la comuna de Viña del Mar entre los años 1992 y 2025. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Instituto Nacional de Estadísticas (2023).



Figura 6: Tasa de mortalidad infantil en la comuna de Viña del Mar (promedio móvil a 3 años, línea anaranjada) entre los años 1992 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2024a, 2025)

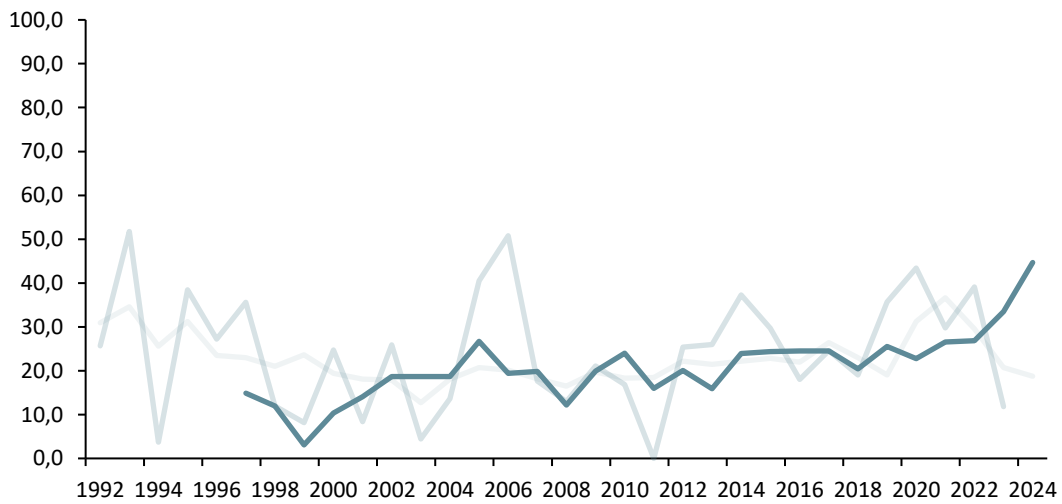


Figura 7: Tasa de mortalidad materna en la comuna de Viña del Mar (promedio móvil a 6 años, línea azul) entre los años 1992 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2024a, 2025).

La comuna de Viña del Mar se configura como un territorio constituido por procesos migratorios tanto nacionales e internacionales. Al respecto, el 8,9% de los habitantes de la comuna de Viña del Mar provienen de comunas adyacentes del gran Valparaíso, y un 5% proviene de otras comunas de la región. Del mismo modo, un 10% de los habitantes del territorio provienen de la región Metropolitana, mientras que el 14,3% han migrado desde otras regiones del país. Sólo el 55,7% de los habitantes de la comuna han vivido en el territorio desde su nacimiento (Observatorio Social, 2023). Por otra parte, la población migrante internacional en la comuna asciende aproximadamente al 6,7% del total de habitantes, proviniendo principalmente desde Venezuela (correspondiendo éstos al 53,2% del total de la población migrante en el territorio), Argentina, Colombia y Perú. En términos absolutos, el número de personas migrantes en la comuna asciende a 21.597, siendo el más alto de toda la región. En términos porcentuales, la comuna se sitúa por detrás de las comunas de San Felipe, Concón, Quillota, Casablanca y El Quisco en la región de Valparaíso. La migración internacional en la comuna de Viña del Mar y la región de Valparaíso se ha intensificado desde el año 2015, como se muestra en la Figura 8 (Instituto Nacional de Estadísticas, 2025).

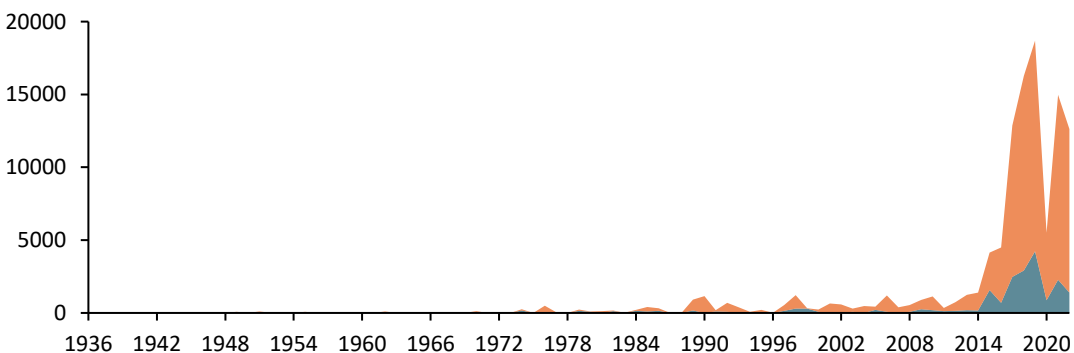


Figura 8: Número de personas migrantes y año de llegada a la comuna de Viña del Mar (área azul) y otras comunas de la región de Valparaíso (área anaranjada) entre 1936 y 2022. Elaboración propia en base a información del Observatorio Social (2023).

Finalmente, y de acuerdo a la población inscrita y validada por FONASA en cada centro de salud (Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, 2025), los distintos territorios de la comuna de Viña del Mar presentan características demográficas y socioeconómicas bien diferenciadas. En general, es posible identificar un grupo de centros de salud -CECOSF Las Palmas, CECOSF Achupallas Dr. Sergio Donoso, CESFAM Reñaca Alto Dr. Jorge Kaplan, y CECOSF Vista Hermosa- que atienden una población muy joven, que habita en los márgenes de la ciudad y donde se han desarrollado y expandido campamentos durante los últimos años

(Ministerio de Vivienda y Urbanismo, 2022). Existe otro grupo de centros de salud -CESFAM Prof. Eugenio Cienfuegos, CESFAM Nueva Aurora, y CESFAM Dr. Marco Maldonado- que se caracterizan por tener a su cuidado una población más envejecida, ubicada principalmente en los sectores centrales de la ciudad (a excepción del CESFAM Nueva Aurora). En tercer lugar, existe un grupo de características demográficas intermedias, y que incluye los centros de salud CECOSF Santa Julia, CESFAM Lusitania, CESFAM Las Torres, CESFAM Brígida Zavala, CESFAM Gómez Carreño, CESFAM Dr. Juan Carlos Baeza y CESFAM Miraflores. Las características demográficas específicas de cada sector se presentan en la Tabla 1, mientras que las pirámides poblacionales de cada centro de salud se presentan entre las figuras 9 y 22

Tabla 1: Información demográfica seleccionada correspondiente a los centros de atención primaria de salud de la comuna de Viña del Mar, año 2025.

Centro de salud	Población inscrita	Menores de 15 años	Entre 15 y 64 años	Mayores de 64 años	Índice de masculinidad	Índice de dependencia	Índice de envejecimiento	Índice de fecundidad
CESFAM Prof. Eugenio Cienfuegos	17797	2538 (14,3%)	11771 (66,1%)	3478 (19,5%)	81.0	51.1	137.0	106.4
CESFAM Nueva Aurora	33573	4541 (13,5%)	22237 (66,2%)	6754 (20,1%)	85.6	50.8	148.7	113.8
CESFAM Miraflores	32604	4838 (14,8%)	22429 (68,8%)	5317 (16,3%)	88.6	45.3	109.9	110.8
CESFAM Lusitania	14852	2343 (15,8%)	10293 (69,3%)	2202 (14,8%)	89.5	44.2	94.0	105.4
CESFAM Gómez Carreño	29310	4424 (15,1%)	19679 (67,1%)	5183 (17,7%)	77.0	48.8	117.2	108.4
CECOSF Santa Julia	11137	1767 (15,9%)	7536 (67,7%)	1833 (16,5%)	86.4	47.8	103.7	121.2
CESFAM Marco Maldonado	34948	3984 (11,4%)	22867 (65,4%)	8078 (23,1%)	75.9	52.7	202.8	89.2
CESFAM Brígida Zavala	15199	2378 (15,7%)	10500 (69,1%)	2304 (15,2%)	92.0	44.6	96.9	106.9
CESFAM Dr. Juan Carlos Baeza	20620	3065 (14,9%)	14264 (69,2%)	3275 (15,9%)	87.9	44.4	106.9	105.8

CESFAM Familiar Las Torres	15690	2470 (15,7%)	11165 (71,2%)	2034 (13,0%)	100.9	40.3	82.3	115.5
CESFAM Reñaca Alto Dr. Jorge Kaplan	32502	6394 (19,7%)	22547 (69,4%)	3549 (10,9%)	88.0	44.1	55.5	119.1
CECOSF Achupallas Dr. Sergio Donoso	5470	1104 (20,2%)	3365 (61,5%)	1000 (18,3%)	73.2	62.5	90.6	105.5
CECOSF Villa Hermosa	4512	876 (19,4%)	2920 (64,7%)	715 (15,9%)	75.7	54.5	81.6	110.3
CECOSF Las Palmas	5139	1257 (24,5%)	3355 (65,3%)	527 (10,3%)	70.4	53.2	41.9	122.1
Total	273353	41979 (15,4%)	184928 (67,6%)	46249 (16,9%)	84.5	47.7	110.2	109.0

Fuente: Elaboración propia en base a datos estadísticos Corporación Municipal de Viña del Mar.

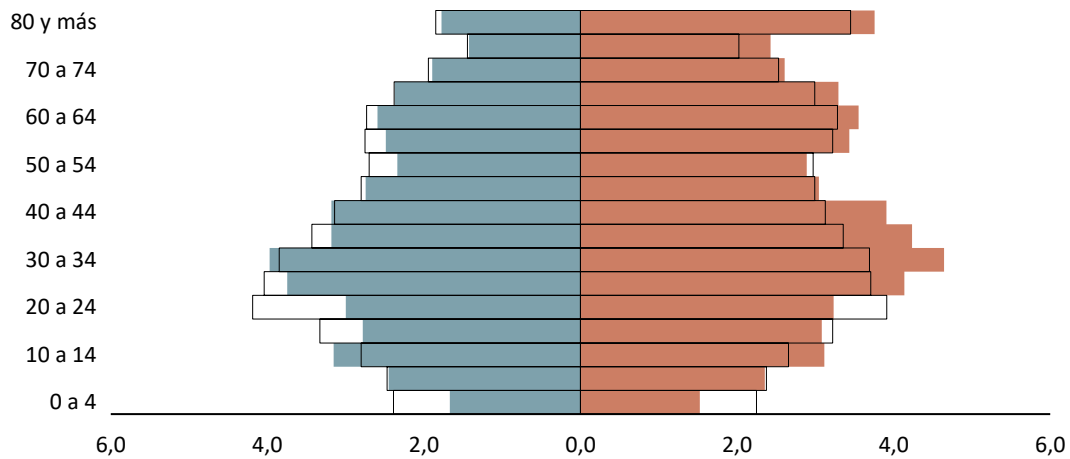


Figura 9: Pirámide poblacional de los habitantes inscritos en el CESFAM Prof. Eugenio Cienfuegos al año 2025 (barras azules y anaranjadas representan hombres y mujeres, respectivamente. En área transparente se presenta la pirámide poblacional total de la comuna para su comparación. Elaboración propia en base a información del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (2025).

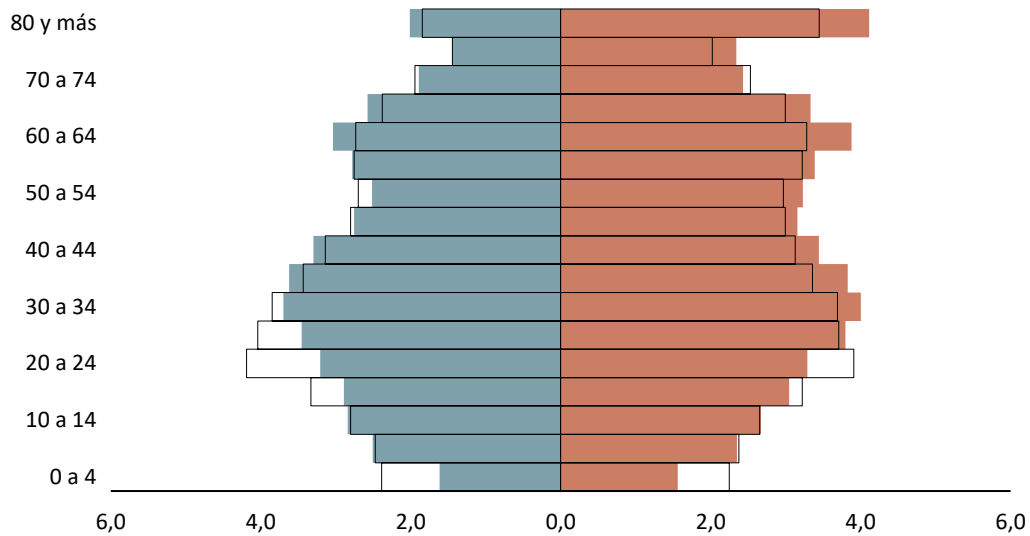


Figura 10: Pirámide poblacional de los habitantes inscritos en el CESFAM Nueva Aurora al año 2025 (barras azules y anaranjadas representan hombres y mujeres, respectivamente). En área transparente se presenta la pirámide poblacional total de la comuna para su comparación. Elaboración propia en base a información del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (2025).

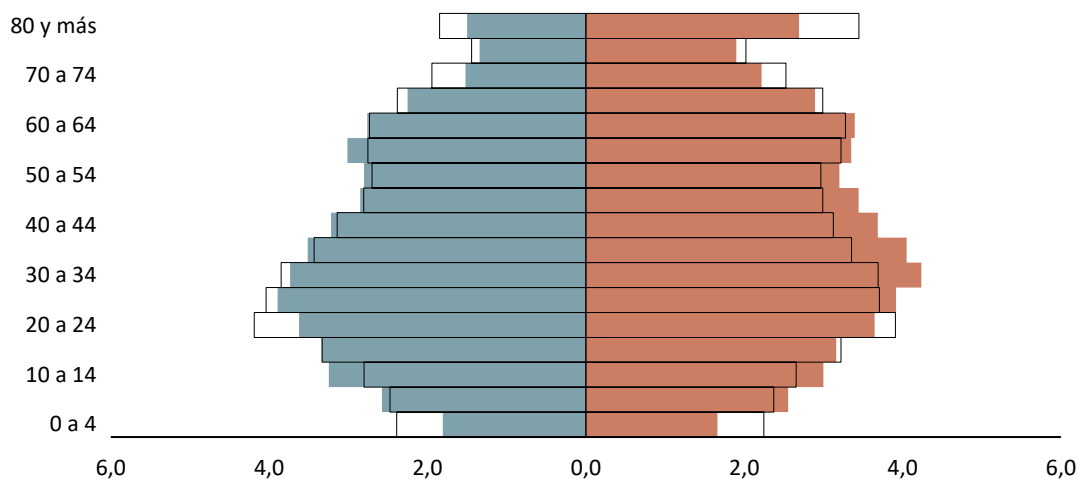


Figura 11: Pirámide poblacional de los habitantes inscritos en el CESFAM Miraflores al año 2025 (barras azules y anaranjadas representan hombres y mujeres, respectivamente). En área transparente se presenta la pirámide poblacional total de la comuna para su comparación. Elaboración propia en base a información del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (2025).

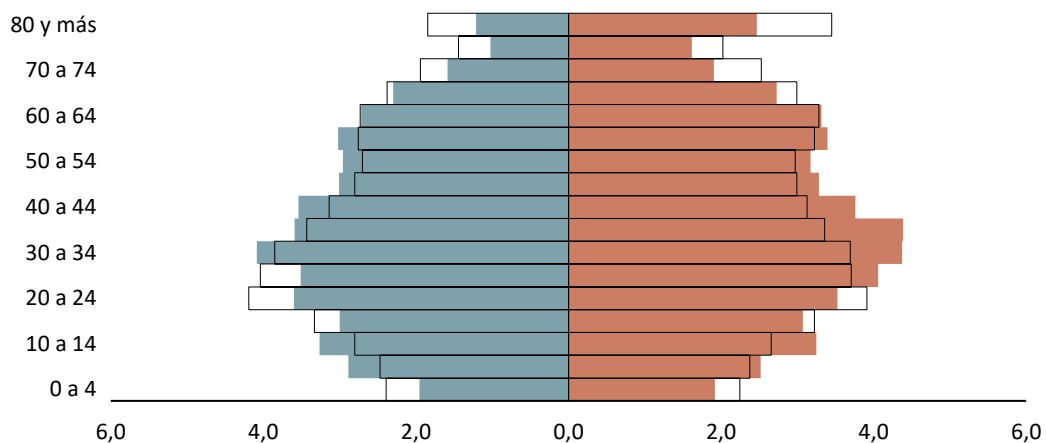


Figura 12: Pirámide poblacional de los habitantes inscritos en el CESFAM Lusitania al año 2025 (barras azules y anaranjadas representan hombres y mujeres, respectivamente). En área transparente se presenta la pirámide poblacional total de la comuna para su comparación. Elaboración propia en base a información del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (2025).

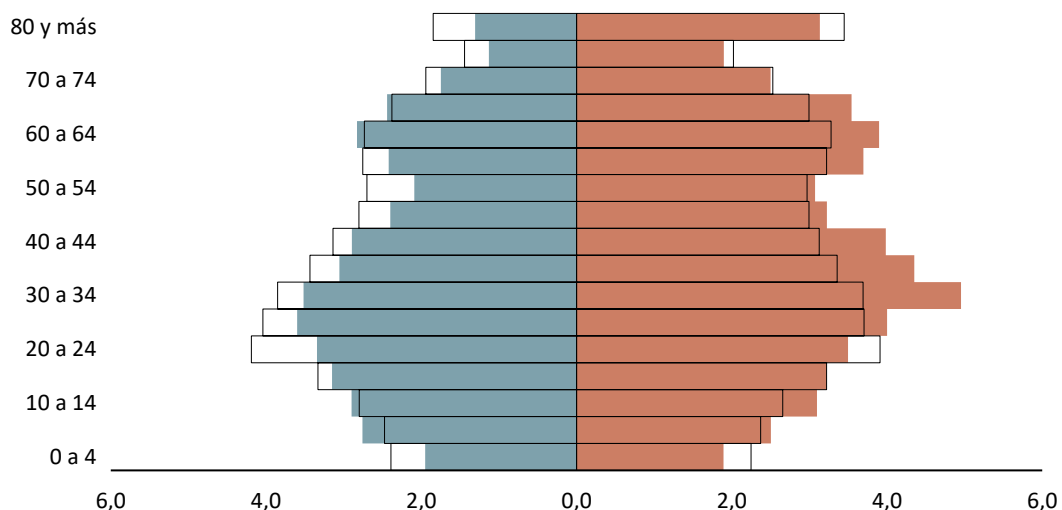


Figura 13: Pirámide poblacional de los habitantes inscritos en el CESFAM Gómez Carreño al año 2025 (barras azules y anaranjadas representan hombres y mujeres, respectivamente). En área transparente se presenta la pirámide poblacional total de la comuna para su comparación. Elaboración propia en base a información del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (2025).

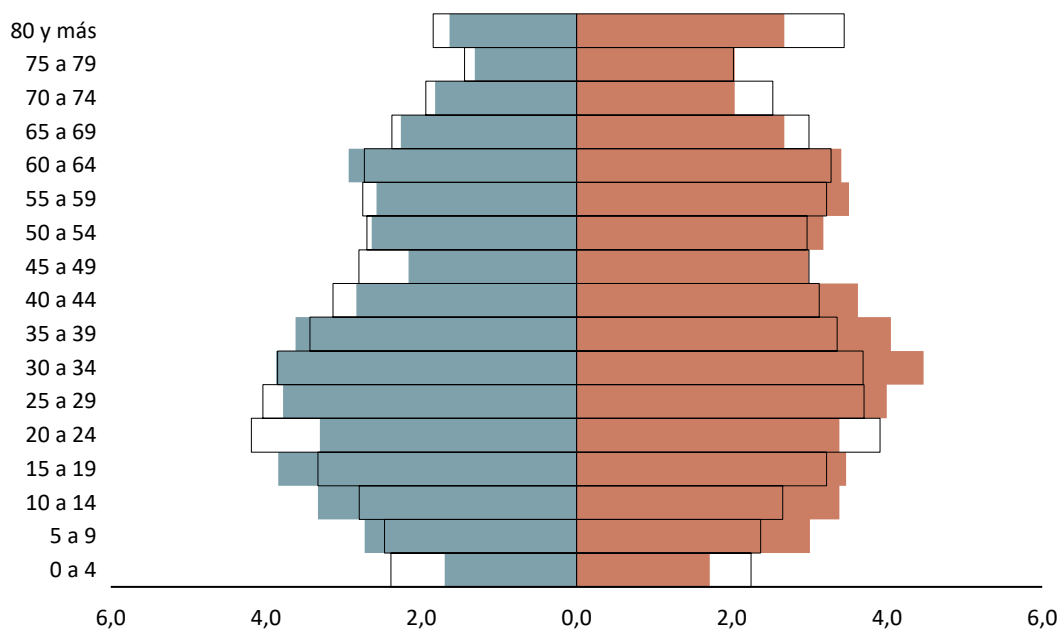


Figura 14: Pirámide poblacional de los habitantes inscritos en el CECOSF Santa Julia al año 2025 (barras azules y anaranjadas representan hombres y mujeres, respectivamente). En área transparente se presenta la pirámide poblacional total de la comuna para su comparación. Elaboración propia en base a información del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (2025).

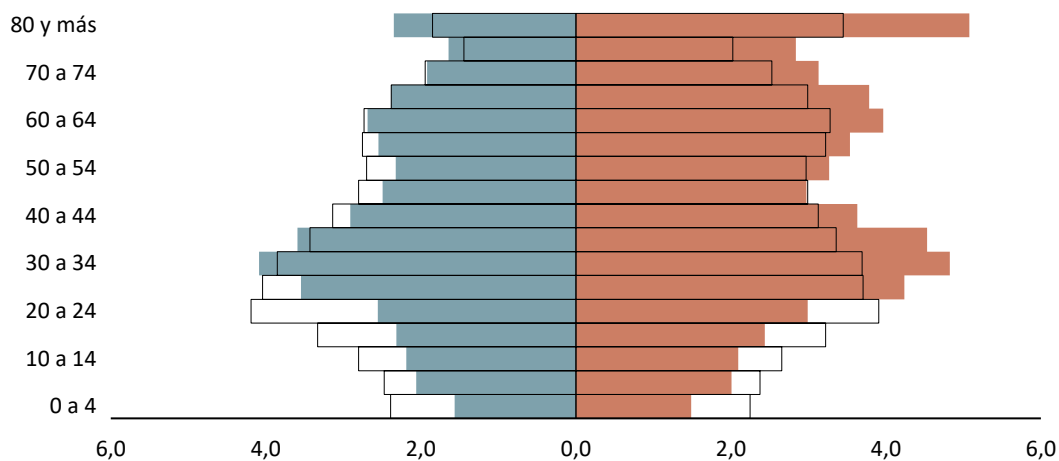


Figura 15: Pirámide poblacional de los habitantes inscritos en el CESFAM Dr. Marco Maldonado al año 2025 (barras azules y anaranjadas representan hombres y mujeres, respectivamente). En área transparente se presenta la pirámide poblacional total de la comuna para su comparación. Elaboración propia en base a información del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (2025).

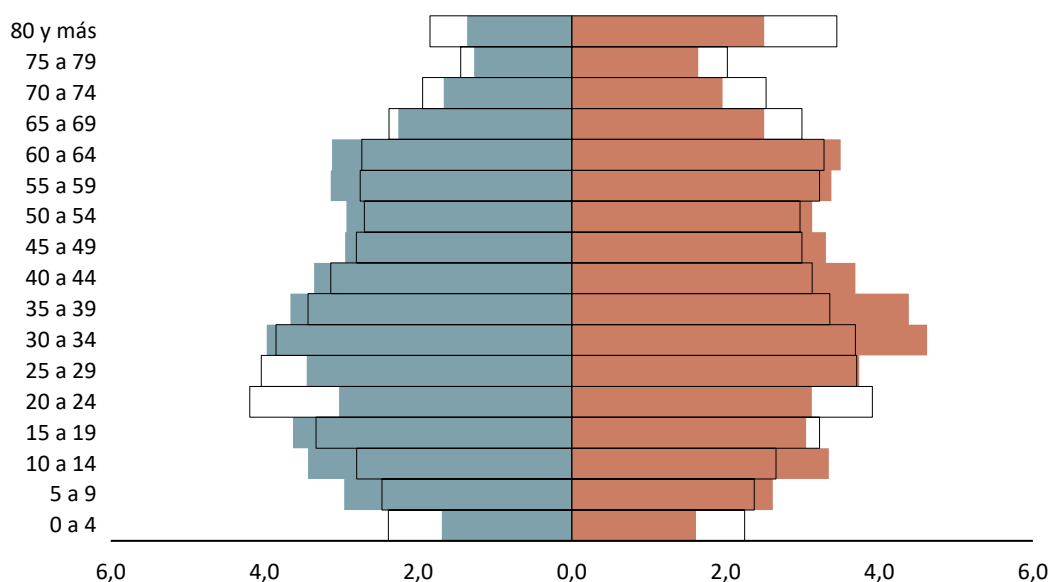


Figura 16: Pirámide poblacional de los habitantes inscritos en el CESFAM Brígida Zavala al año 2025 (barras azules y anaranjadas representan hombres y mujeres, respectivamente). En área transparente se presenta la pirámide poblacional total de la comuna para su comparación. Elaboración propia en base a información del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (2025).

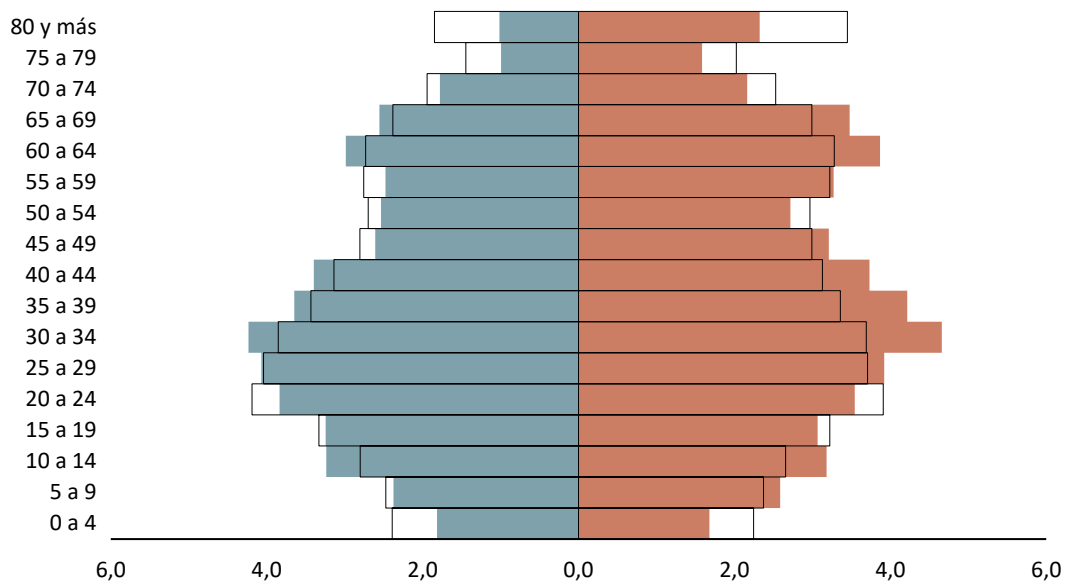


Figura 17: Pirámide poblacional de los habitantes inscritos en el CESFAM Dr. Juan Carlos Baeza al año 2025 (barras azules y anaranjadas representan hombres y mujeres, respectivamente). En área transparente se presenta la pirámide poblacional total de la comuna para su comparación. Elaboración propia en base a información del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (2025).

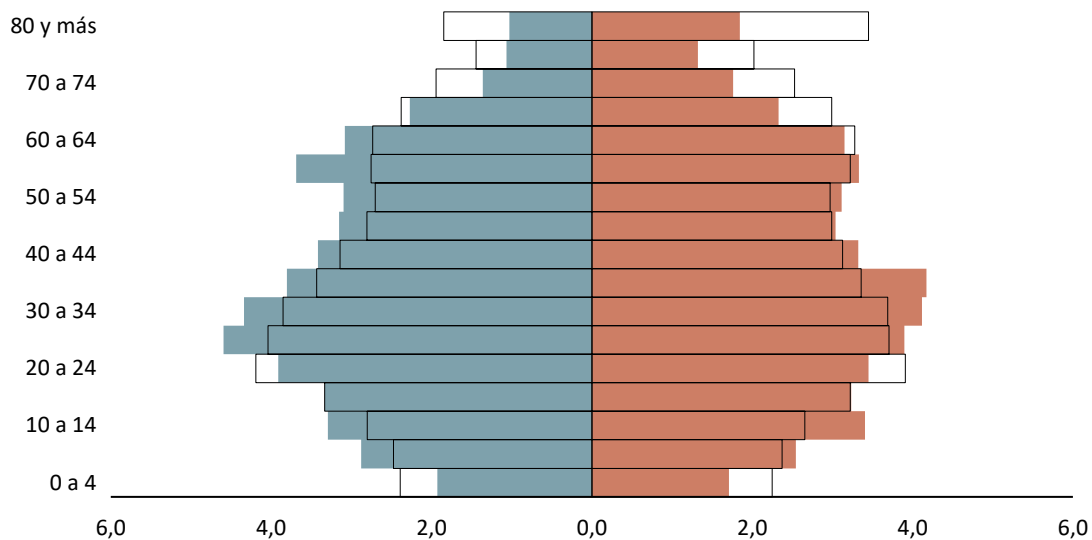


Figura 18: Pirámide poblacional de los habitantes inscritos en el CESFAM Las Torres al año 2025 (barras azules y anaranjadas representan hombres y mujeres, respectivamente). En área transparente se presenta la pirámide poblacional total de la comuna para su comparación. Elaboración propia en base a información del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (2025).

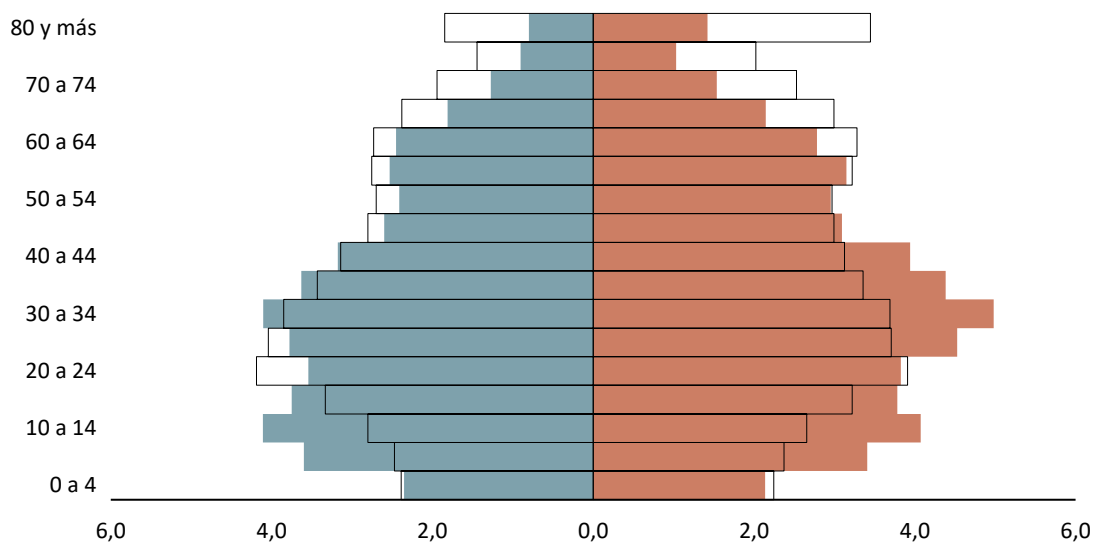


Figura 19: Pirámide poblacional de los habitantes inscritos en el CESFAM Reñaca Alto Dr. Jorge Kaplan al año 2025 (barras azules y anaranjadas representan hombres y mujeres, respectivamente). En área transparente se presenta la pirámide poblacional total de la comuna para su comparación. Elaboración propia en base a información del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (2025).

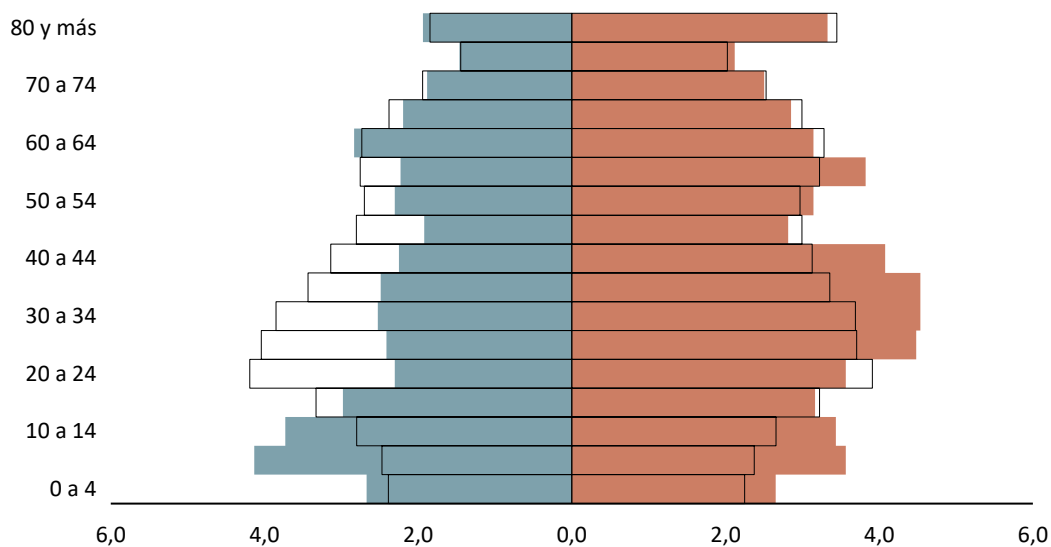


Figura 20: Pirámide poblacional de los habitantes inscritos en el CECOSF Achupallas Dr. Sergio Donoso al año 2025 (barras azules y anaranjadas representan hombres y mujeres, respectivamente). En área transparente se presenta la pirámide poblacional total de la comuna para su comparación. Elaboración propia en base a información del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (2025).

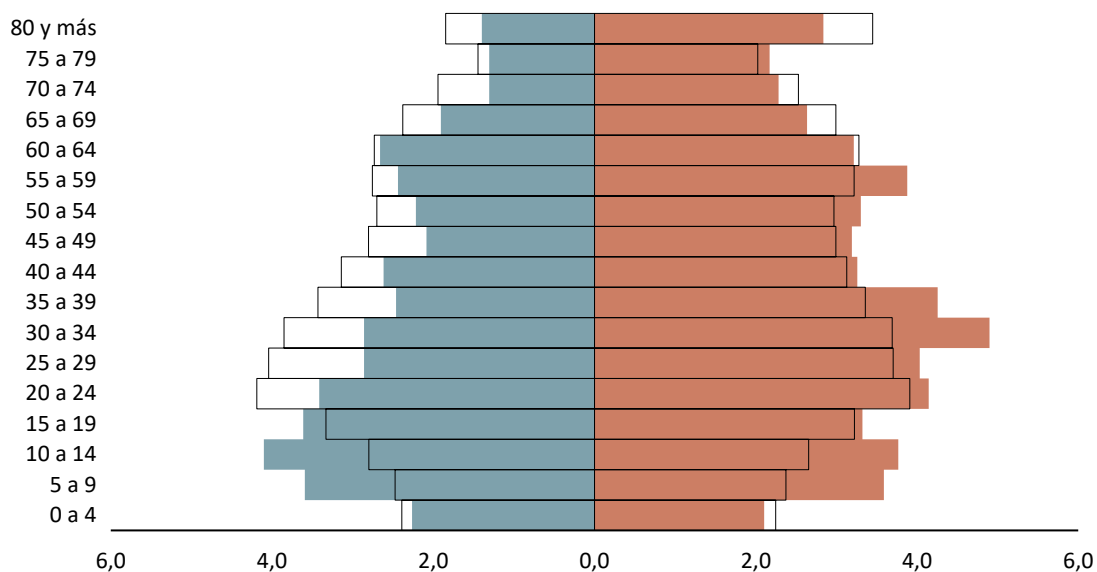


Figura 21: Pirámide poblacional de los habitantes inscritos en el CECOSF Villa Hermosa al año 2025 (barras azules y anaranjadas representan hombres y mujeres, respectivamente). En área transparente se presenta la pirámide poblacional total de la comuna para su comparación. Elaboración propia en base a información del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (2025).

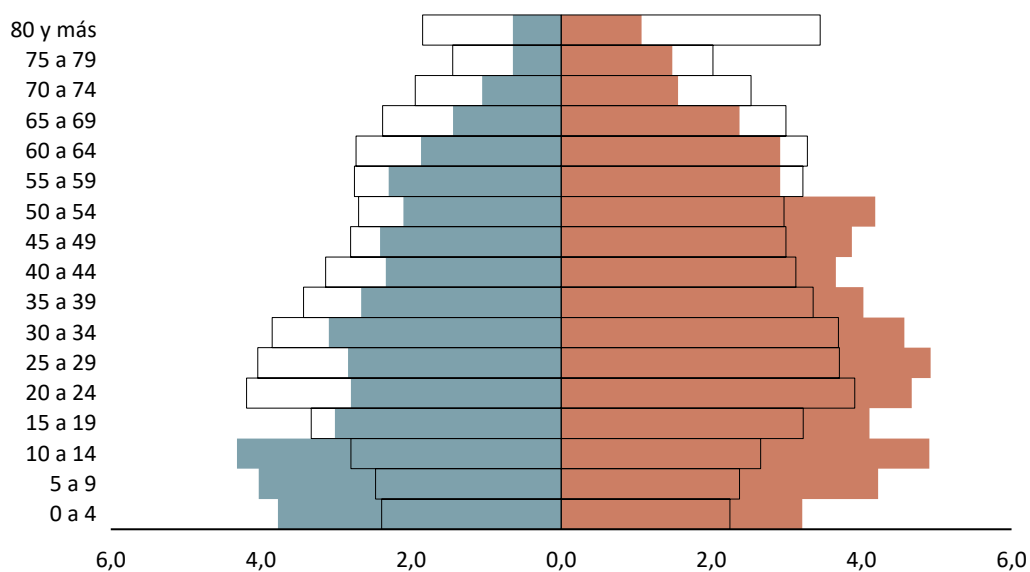


Figura 22: Pirámide poblacional de los habitantes inscritos en el CECOSF Las Palmas al año 2025 (barras azules y anaranjadas representan hombres y mujeres, respectivamente). En área transparente se presenta la pirámide poblacional total de la comuna para su comparación. Elaboración propia en base a información del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (2025).

Modelo de Atención Local

La red comunal de salud de Viña del Mar está basada en el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitario (MAIS), que orienta sus acciones hacia la atención centrada en las personas, las familias y las comunidades. Este modelo promueve la integralidad del cuidado, la continuidad de la atención y la intersectorialidad como principios operativos, asegurando que las acciones de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y acompañamiento se realicen de manera articulada.

La red está compuesta por 10 Centros de Salud Familiar (CESFAM), 4 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), 5 Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), un Centro de Resolutividad (CREA), un Laboratorio Clínico Central, dos farmacias comunales, una óptica municipal y el Centro Municipal de Acompañamiento Infanto-Adolescente (CMAIA), entre otros dispositivos. Estos establecimientos atienden a 275.324 usuarios inscritos y validados por FONASA a septiembre de 2025, sin mencionar la atención de urgencia, vacunación, etc. a la que puede acceder la población general, consolidando una cobertura comunal robusta, aunque con brechas estructurales en infraestructura y recursos humanos que demandan mejoras sostenidas.

El modelo comunal se caracteriza por un enfoque docente-asistencial, que vincula la atención de salud con la formación de nuevos profesionales y la investigación aplicada. Esta articulación con instituciones académicas permite fortalecer las capacidades técnicas de los equipos, fomentar la innovación y mejorar la calidad de la atención. Asimismo, el modelo promueve una cultura de calidad y seguridad del paciente, basada en la mejora continua, la supervisión técnica y el cumplimiento normativo.

Modelo de Gestión Sanitaria

La gestión del sistema comunal de salud se encuentra a cargo de la Dirección de Salud de la Corporación Municipal de Viña del Mar, que ejerce la administración de los recursos humanos y materiales, asegurando la coordinación con el Servicio de Salud Viña del Mar–Quillota como parte de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y con la Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud como parte de la Subsecretaría de Salud Pública. La estructura de gestión incorpora instancias de planificación, control y evaluación orientadas a resultados sanitarios, con énfasis en la transparencia, la eficiencia y la excelencia técnica.

El modelo de gestión se sustenta en la gobernanza participativa, donde los equipos de salud, las comunidades organizadas y los Consejos Local de Salud (CLS) participan colaborativamente en la evaluación de las estrategias locales. Este enfoque refuerza la legitimidad de las políticas sanitarias y contribuye a la construcción de una red comunal más equitativa, resolutive y cercana a la ciudadanía.

En conjunto, esta caracterización permite comprender que la salud en Viña del Mar es el resultado de la interacción entre condiciones estructurales, factores sociales y la capacidad de respuesta del sistema local. Fortalecer la red de Atención Primaria con enfoque comunitario, ético y docente-asistencial es el principal desafío para avanzar hacia una comuna más saludable, inclusiva y equitativa.

Diagnóstico de necesidades en Salud

El Diagnóstico de Necesidades de Salud (DNS) constituye una herramienta central para comprender la situación sanitaria local y orientar la planificación estratégica en salud. De acuerdo con las directrices ministeriales, el DNS debe integrar dos componentes fundamentales: el diagnóstico epidemiológico y el diagnóstico participativo, cuya articulación permite una lectura integral de la realidad demográfica, social y sanitaria de la comuna.

No obstante, en el caso de Viña del Mar, y considerando su extensión territorial, la alta densidad poblacional y la gran diversidad de contextos socioeconómicos y ambientales, se ha determinado que, por razones metodológicas y de orden estructural, ambos diagnósticos serán presentados por separado.

Esta decisión responde a la necesidad de reflejar con mayor precisión las diferencias significativas entre los distintos territorios comunales, los cuales presentan heterogeneidades marcadas en cuanto a sus condiciones de vida, determinantes sociales y redes de atención en salud. La comuna cuenta con un número elevado de dispositivos asistenciales —incluyendo 10 CESFAM, 4 CECOSF, 5 SAPU y múltiples unidades de apoyo—, distribuidos en sectores con realidades contrastantes que requieren análisis diferenciados para asegurar la representatividad y profundidad del diagnóstico.

Si bien se elaborarán y presentarán por separado el diagnóstico epidemiológico y el diagnóstico participativo, la lectura final del Diagnóstico de necesidades de Salud debe ser necesariamente integrada (Diagnóstico integrado de Salud, agregando el Diagnóstico de Recursos en Salud), de modo que ambos componentes confluyan en una visión única que relacione los indicadores objetivos con la percepción, las prioridades y las experiencias de la comunidad. La función de los equipos gestores

consistió, por tanto, en construir los puentes analíticos que permitieron comprender las interacciones entre las condiciones epidemiológicas y los determinantes sociales de la salud local y definir un plan de acción para el abordaje durante el próximo trienio.

Diagnóstico Epidemiológico

El presente Diagnóstico Epidemiológico Comunal de Viña del Mar se enmarca en el proceso de planificación sanitaria establecido por las Orientaciones Técnicas para la Programación en Red del Ministerio de Salud (MINSAL). Su propósito es entregar una caracterización integral de la situación de salud de la comuna, considerando los determinantes sociales, las tendencias epidemiológicas y la capacidad instalada del sistema local de atención primaria. Este análisis constituye la base técnica para la definición de estrategias, metas y recursos en el Plan de Salud Comunal 2026-2028.

Desde una perspectiva epidemiológica, Viña del Mar enfrenta un escenario complejo, determinado por la coexistencia de patologías crónicas no transmisibles, problemas emergentes de salud mental y desigualdades territoriales en el acceso a la atención. La dinámica demográfica —con un progresivo envejecimiento poblacional y una alta proporción de personas con dependencia funcional— plantea desafíos crecientes en la gestión de cuidados, la continuidad asistencial y la coordinación intersectorial. A ello se suma la incidencia de factores ambientales y sociales que impactan en la calidad de vida y en la carga global de enfermedad.

En este contexto, la red de Atención Primaria de Salud (APS) de Viña del Mar cumple un rol estratégico como primer nivel de respuesta y articulación comunitaria. Su capacidad para identificar riesgos, promover estilos de vida saludables y asegurar la cobertura efectiva de los programas depende en gran medida de la fortaleza técnica y organizacional de sus equipos. De ahí la importancia de integrar el análisis epidemiológico con la planificación del recurso humano en salud, la evaluación de los activos territoriales y la orientación hacia un modelo de atención centrado en las personas, la familia y la comunidad.

El presente diagnóstico busca, por tanto, entregar evidencia actualizada y contextualizada que sirva de fundamento para la toma de decisiones informadas, orientadas a reducir brechas de equidad,

optimizar la gestión sanitaria y avanzar hacia una atención integral, resolutive y sustentable en el territorio comunal.

Análisis de la mortalidad

Como se menciona en la sección anterior, la tasa bruta de mortalidad en la comuna de Viña del Mar alcanza un promedio de 6,8 muertes cada 1.000 habitantes para el período entre los años 1992 y 2024, presentando una tendencia al alza en forma lenta y sostenida, solamente interrumpida por la pandemia por SARS-CoV-2, momento en que se alcanza una tasa bruta de mortalidad de hasta 8,6 muertes cada 1.000 habitantes (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2024a, 2025a). En forma específica, la tasa de mortalidad infantil asciende a 8,7 muertes de menores de 1 año cada 1.000 nacidos vivos entre los años 1992 y 2021, sin diferencias con las tasas regional y nacional, de 8,6 muertes cada 1.000 nacidos vivos cada una (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2024a, 2025a). El detalle de las causas de muerte más frecuentes para este grupo de edad durante los últimos 10 años se presenta en la Tabla 2, destacando las muertes por trastornos relacionados con la duración del parto y el crecimiento fetal, trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del período perinatal, y malformaciones congénitas del sistema nervioso (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2024a, 2025a). Se presenta además el detalle de las causas de muerte más frecuentes en niños y niñas menores de 10 años en la comuna de Viña del Mar durante los últimos 10 años en la Tabla 3.

En adolescentes, la tasa de mortalidad en la comuna de Viña del Mar entre los años 1992 y 2024 se sitúa en promedio en 2,5 muertes cada 10.000 habitantes entre 10 y 19 años, cifra similar a la tasa regional y nacional (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2024a, 2025a). Este indicador muestra diferencias de género significativas, afectando en forma desproporcionada a hombres. Se observa también un descenso lento y sostenido para ambos grupos en todo el período, como puede observarse en la Figura 23 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2024a, 2025a). El detalle de las causas de muerte más frecuentes en este grupo se presenta en las tablas 4 y 5, destacando -al agrupar por capítulos diagnósticos del CIE-10- los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (60), neoplasias (23) y enfermedades del sistema nervioso central (16). En relación a las primeras, la mayoría de las defunciones corresponden a suicidios (16), seguido de agresiones por terceros (10), accidentes de tránsito (8) y exposición al humo, fuego y llamas (8) (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2024a, 2025a).

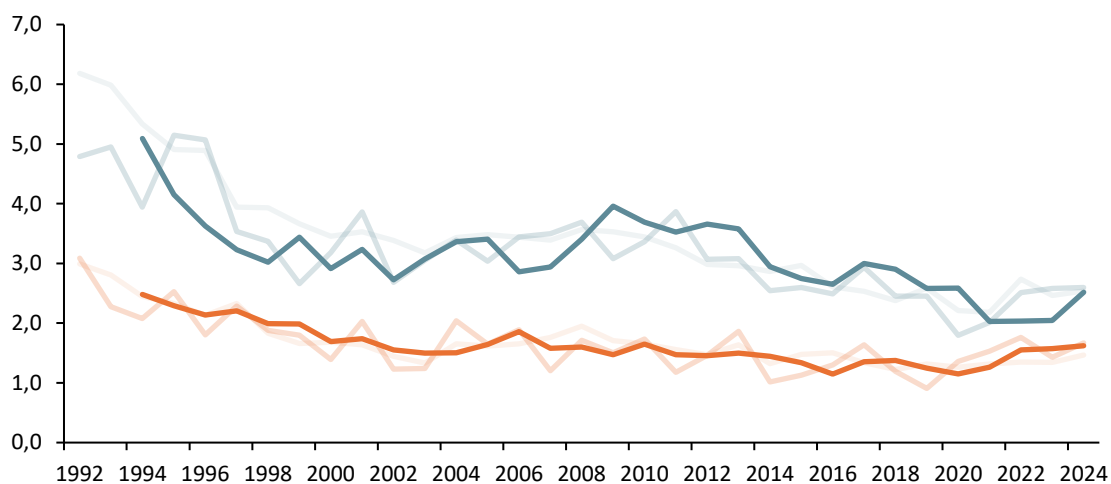


Figura 23: Tasa de mortalidad en adolescentes en la comuna de Viña del Mar (promedio móvil a 3 años, línea azul y anaranjada para hombres y mujeres, respectivamente) entre los años 1992 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2024a, 2025).

En personas adultas entre 20 y 64 años, la tasa de mortalidad entre los años 1992 y 2024 en Viña del Mar alcanza un promedio de 25 muertes cada 10.000 habitantes de este grupo etario, cifra intermedia entre la tasa regional y nacional de 27 y 21.3 muertes cada 10.000 habitantes de este grupo de edad, respectivamente (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2024a, 2025a). Se mantienen las diferencias de género descritas en adolescentes, afectando principalmente a hombres, y observándose además una tendencia a la estabilización de este indicador en ambos grupos. En las tablas 6 y 7 se presenta el detalle de las causas más frecuentes de muerte, destacando las neoplasias (1.668), enfermedades del sistema circulatorio (1.012), y traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (687). En adultos mayores de 64 años de la comuna y para el mismo período, la tasa de mortalidad asciende a un promedio de 427,6 muertes cada 10.000 habitantes de ese grupo etario, manteniéndose las diferencias de género de los grupos anteriores. Se evidencia además la disminución lenta de este indicador para ambos grupos, con una reducción más acelerada en hombres. En adultos mayores de 64 años, las causas de muerte más frecuentes corresponden a enfermedades del sistema circulatorio (6.917), neoplasias (5.410) y enfermedades del sistema respiratorio (2.299). Su detalle, desagregado por género, se presenta en las tablas 8 y 9.

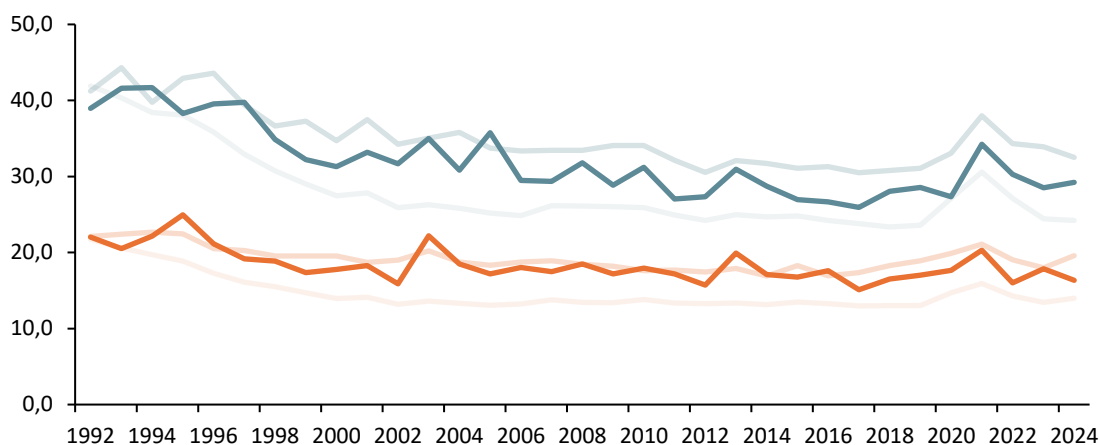


Figura 24: Tasa de mortalidad en adultos entre 20 y 64 años en la comuna de Viña del Mar (línea azul y anaranjada para hombres y mujeres, respectivamente) entre los años 1992 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2024a, 2025).

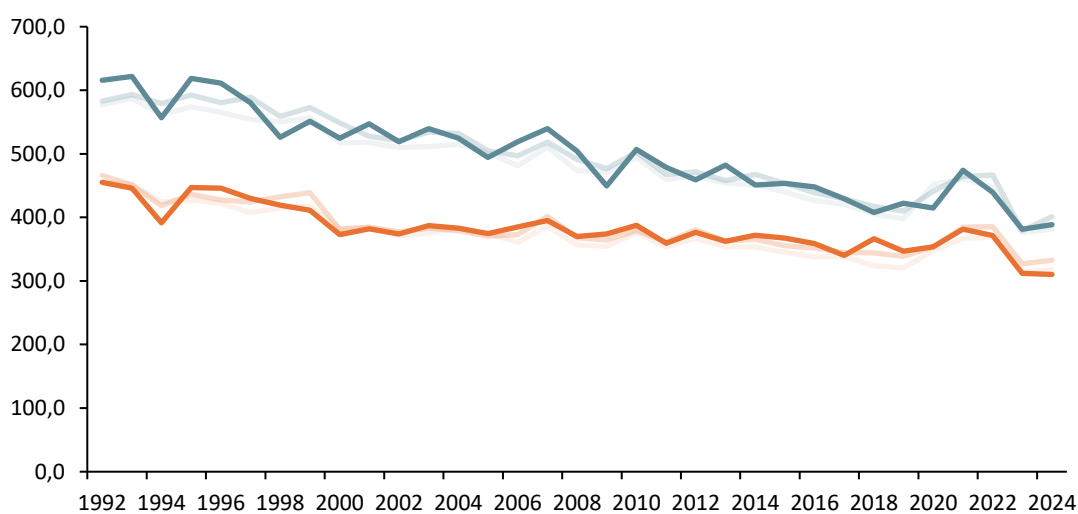


Figura 25: Tasa de mortalidad en adultos mayores de 64 años en la comuna de Viña del Mar (línea azul y anaranjada para hombres y mujeres, respectivamente) entre los años 1992 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2024a, 2025).

Tabla 2: Causas de mortalidad en niños y niñas menores de 1 año en la comuna de Viña del Mar entre los años 2015 a 2024.

Causas de mortalidad infantil (por grupos del código CIE-10)	Número	Frecuencia relativa	Frecuencia acumulada
Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal (P05-P08)	37	14.4	85.9
Trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del período perinatal (P20-P29)	33	12.8	98.8
Malformaciones congénitas del sistema nervioso (Q00-Q07)	29	11.3	39.7
Anomalías cromosómicas, no clasificadas en otra parte (Q90-Q99)	19	7.4	7.8
Infecciones específicas del período perinatal (P35-P39)	18	7.0	28.0
Feto y recién nacido afectados por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del parto (P00-P04)	16	6.2	20.6
Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido (P50-P61)	16	6.2	70.0
Malformaciones congénitas del sistema circulatorio (Q20-Q28)	15	5.8	45.5
Causas de mortalidad mal definidas y desconocidas (R95-R99)	13	5.1	13.2
Otras malformaciones congénitas (Q80-Q89)	9	3.5	58.8
Malformaciones congénitas del sistema digestivo (Q38-Q45)	8	3.1	49.4
Malformaciones y deformidades congénitas del sistema osteoarticular (Q65-Q79)	7	2.7	52.1
Trastornos del sistema digestivo del feto y del recién nacido (P75-P78)	6	2.3	63.4
Otras enfermedades bacterianas (A30-A49)	5	2.0	54.1
Trastornos metabólicos (E70-E90)	4	1.6	71.6
Otras	22	8.6	100.0
Total	257	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a registros actualizados DEIS, Ministerio de Salud.

Tabla 3: Causas de mortalidad en niños y niñas menores de 10 años en la comuna de Viña del Mar entre los años 2015 a 2024.

Causas de mortalidad en niños y niñas menores de 10 años (por grupos del código CIE-10)	Número	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta
Quemaduras y corrosiones (T20-T32)	8	10.4	10.4
Tumores malignos del ojo, del encéfalo, y de otras partes del sistema nervioso central (C69-C72)	7	9.1	19.5
Malformaciones congénitas del sistema nervioso (Q00-Q07)	5	6.5	26.0
Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos (G80-G83)	5	6.5	32.5
Otras formas de enfermedad del corazón (I30-I52)	4	5.2	37.7
Traumatismos de la cabeza (S00-S09)	4	5.2	42.8
Tumores [neoplasias] malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos, y de tejidos afines (C81-C96)	4	5.2	48.0
Trastornos episódicos y paroxísticos (G40-G47)	3	3.9	51.9
Otras	37	48.1	100.0
Total	77	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a registros actualizados DEIS, Ministerio de Salud.

Tabla 4: Causas de mortalidad en adolescentes hombres entre 10 y 19 años en la comuna de Viña del Mar entre los años 2015 a 2024.

Causas de mortalidad en adolescentes (por grupos del código CIE-10)	Número	Frecuencia relativa	Frecuencia acumulada
Otros efectos y los no especificados de causas externas (T66-T78)	12	15.6	15.6
Traumatismos de la cabeza (S00-S09)	9	11.7	27.3
Traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo (T00-T07)	9	11.7	39.0
Tumores [neoplasias] malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos, y de tejidos afines (C81-C96)	6	7.8	46.8
Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos (G80-G83)	5	6.5	53.2
Tumores malignos del ojo, del encéfalo, y de otras partes del sistema nervioso central (C69-C72)	5	6.5	59.7
Otras formas de enfermedad del corazón (I30-I52)	4	5.2	64.9
Traumatismos del tórax (S20-S29)	4	5.2	70.1
Otras	23	29.9	100.0
Total	77	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a registros actualizados DEIS, Ministerio de Salud.

Tabla 5: Causas de mortalidad en adolescentes mujeres entre 10 y 19 años en la comuna de Viña del Mar entre los años 2015 a 2024.

Causas de mortalidad en adolescentes (por grupos del código CIE-10)	Número	Frecuencia relativa	Frecuencia acumulada
Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos (G80-G83)	6	12.8	12.8
Otros efectos y los no especificados de causas externas (T66-T78)	5	10.6	23.4

Efectos tóxicos de sustancias de procedencia principalmente no medicinal (T51-T65)	4	8.5	31.9
Traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo (T00-T07)	4	8.5	40.4
Tumores [neoplasias] malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos, y de tejidos afines (C81-C96)	3	6.4	46.8
Otras	25	53.2	100.0
Total	47	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a registros actualizados DEIS, Ministerio de Salud.

Tabla 6: Causas de mortalidad en hombres entre 20 y 64 años en la comuna de Viña del Mar entre los años 2015 a 2024.

Causas de mortalidad en personas adultas (por grupos del código CIE-10)	Número	Frecuencia relativa	Frecuencia acumulada
Tumores malignos de los órganos digestivos (C15-C26)	368	11.5	11.5
Enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25)	295	9.2	20.7
Enfermedades del hígado (K70-K77)	207	6.5	27.2
Enfermedades cerebrovasculares (I60-I69)	173	5.4	32.6
Otros efectos y los no especificados de causas externas (T66-T78)	172	5.34	37.9
Tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos (C30-C39)	129	4.0	42.0
Enfermedad por SARS-CoV-2 (U07)	128	4.0	46.0
Traumatismos de la cabeza (S00-S09)	109	3.4	49.4
Otras formas de enfermedad del corazón (I30-I52)	106	3.3	52.7
Traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo (T00-T07)	85	2.7	55.3
Causas de mortalidad mal definidas y desconocidas (R95-R99)	82	2.6	57.9

Tumores [neoplasias] malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos, y de tejidos afines (C81-C96)	81	2.5	60.4
Diabetes mellitus (E10-E14)	76	2.4	62.8
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (B20-B24)	65	2.0	64.8
Traumatismos del tórax (S20-S29)	63	2.0	66.8
Enfermedades hipertensivas (I10-I15)	61	1.9	68.7
Tumores malignos de los órganos genitales masculinos (C60-C63)	58	1.8	70.5
Tumores malignos de las vías urinarias (C64-C68)	51	1.6	72.1
Otras enfermedades respiratorias que afectan principalmente el intersticio (J80-J84)	48	1.5	73.6
Influenza y neumonía (J09-J18)	47	1.5	75.1
Otras	799	24.9	100.0
Total	3203	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a registros actualizados DEIS, Ministerio de Salud.

Tabla 7: Causas de mortalidad en mujeres entre 20 y 64 años en la comuna de Viña del Mar entre los años 2015 a 2024.

Causas de mortalidad en personas adultas (por grupos del código CIE-10)	Número	Frecuencia relativa	Frecuencia acumulada
Tumores malignos de los órganos digestivos (C15-C26)	257	13.1	13.2
Tumor maligno de la mama (C50)	161	8.3	21.4
Tumores malignos de los órganos genitales femeninos (C51-C59)	148	7.6	29.0
Enfermedades cerebrovasculares (I60-I69)	119	6.1	35.1
Enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25)	85	4.4	39.5

Tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos (C30-C39)	79	4.1	43.5
Enfermedad por SARS-CoV-2 (U07)	74	3.8	47.3
Enfermedades del hígado (K70-K77)	74	3.8	51.1
Tumores [neoplasias] malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos, y de tejidos afines (C81-C96)	58	3.0	54.1
Otras formas de enfermedad del corazón (I30-I52)	57	2.9	57.0
Otros efectos y los no especificados de causas externas (T66-T78)	54	2.8	59.7
Diabetes mellitus (E10-E14)	53	2.7	62.5
Enfermedades hipertensivas (I10-I15)	44	2.3	64.7
Traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo (T00-T07)	33	1.7	66.4
Otras enfermedades respiratorias que afectan principalmente el intersticio (J80-J84)	31	1.6	68.0
Causas de mortalidad mal definidas y desconocidas (R95-R99)	30	1.5	69.5
Otras enfermedades de los intestinos (K55-K64)	26	1.3	70.9
Influenza y neumonía (J09-J18)	23	1.2	72.0
Otras enfermedades bacterianas (A30-A49)	20	1.0	73.1
Otras	526	26.9	100.0
Total	1952	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a registros actualizados DEIS, Ministerio de Salud.

Tabla 8: Causas de mortalidad en hombres mayores de 64 años en la comuna de Viña del Mar entre los años 2015 a 2024.

Causas de mortalidad en personas adultas mayores de 64 años (por grupos del código CIE-10)	Número	Frecuencia relativa	Frecuencia acumulada
Tumores malignos de los órganos digestivos (C15-C26)	1053	10.6	10.6
Enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25)	897	9.0	19.6
Enfermedades cerebrovasculares (I60-I69)	848	8.5	28.2
Enfermedades hipertensivas (I10-I15)	624	6.3	34.4
Tumores malignos de los órganos genitales masculinos (C60-C63)	501	5.0	39.5
Otras formas de enfermedad del corazón (I30-I52)	451	4.5	44.0
Enfermedad por SARS-CoV-2 (U07)	416	4.2	48.2
Tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos (C30-C39)	416	4.2	52.4
Diabetes mellitus (E10-E14)	335	3.4	55.8
Influenza y neumonía (J09-J18)	334	3.4	59.1
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47)	326	3.3	62.4
Otras enfermedades degenerativas del sistema nervioso (G30-G32)	249	2.5	64.9
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos (F00-F09)	235	2.4	67.3
Enfermedades del hígado (K70-K77)	218	2.2	69.5
Tumores malignos de las vías urinarias (C64-C68)	217	2.2	71.6
Tumores [neoplasias] malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos, y de tejidos afines (C81-C96)	202	2.0	73.7
Otras enfermedades respiratorias que afectan principalmente el intersticio (J80-J84)	191	1.9	75.6
Trastornos extrapiramidales y del movimiento (G20-G26)	165	1.7	77.3

Insuficiencia renal (N17-N19)	151	1.5	78.8
Enfermedades de las arterias, de las arteriolas y de los vasos capilares (I70-I79)	111	1.1	79.9
Otras	1999	20.1	100.0
Total	9939	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a registros actualizados DEIS, Ministerio de Salud.

Tabla 9: Causas de mortalidad en mujeres mayores de 64 años en la comuna de Viña del Mar entre los años 2015 a 2024.

Causas de mortalidad en personas adultas mayores de 64 años (por grupos del código CIE-10)	Número	Frecuencia relativa	Frecuencia acumulada
Enfermedades cerebrovasculares (I60-I69)	1,185	9.7	9.7
Enfermedades hipertensivas (I10-I15)	1,095	9.0	18.7
Tumores malignos de los órganos digestivos (C15-C26)	1,035	8.5	27.2
Enfermedades isquémicas del corazón (I20-I25)	755	6.2	33.4
Otras formas de enfermedad del corazón (I30-I52)	714	5.9	39.3
Otras enfermedades degenerativas del sistema nervioso (G30-G32)	589	4.8	44.1
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos (F00-F09)	454	3.7	47.9
Influenza y neumonía (J09-J18)	443	3.6	51.5
Enfermedad por SARS-CoV-2 (U07)	420	3.5	54.9
Diabetes mellitus (E10-E14)	406	3.3	58.3
Tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos (C30-C39)	353	2.9	61.2
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47)	340	2.8	64.0

Tumor maligno de la mama (C50)	299	2.5	66.4
Otras enfermedades respiratorias que afectan principalmente el intersticio (J80-J84)	266	2.2	68.6
Tumores malignos de los órganos genitales femeninos (C51-C59)	237	2.0	70.6
Tumores [neoplasias] malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos, y de tejidos afines (C81-C96)	225	1.9	72.4
Otras enfermedades de los intestinos (K55-K64)	189	1.6	74.0
Otras enfermedades del sistema urinario (N30-N39)	187	1.5	75.5
Enfermedades del hígado (K70-K77)	179	1.5	77.0
Insuficiencia renal (N17-N19)	158	1.3	78.2
Otras	2648	21.7	100.0
Total	12177	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a registros actualizados DEIS, Ministerio de Salud.

Salud cardiovascular

En la comuna de Viña del Mar, la prevalencia de lactancia materna exclusiva en niños y niñas de 6 meses ha disminuido en forma sostenida desde el 62,8% en el año 2018 hasta el 46,3% en el año 2022 (último año disponible, Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025d). Para este último año, la prevalencia de lactancia materna exclusiva se mantiene relativamente estable desde el nacimiento hasta el sexto mes de vida, y hasta el primer año de vida al considerar lactancia materna más alimentación complementaria, como se muestra en la Figura 27. Por otra parte, en niños y niñas menores de 6 años de la comuna, la prevalencia de obesidad disminuyó en forma gradual entre los meses de junio de 2014 y diciembre de 2019, desde el 19,1% hasta el 13%, estabilizándose en torno al 14,1% en el período posterior a la pandemia por SARS-CoV-2 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025d). Para todo el período analizado, la prevalencia de obesidad en niños y niñas menores de 6 años de la comuna es más elevada que en la región y el país, como se muestra en la Figura 30 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025d). Destaca además un aumento sostenido en la prevalencia de desnutrición y riesgo de desnutrir para el mismo período, afectando entre ambos indicadores al 5,5% del total de niños y niñas menores de 6 años a diciembre de 2024, como puede observarse en las Figura 31 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025d). La desagregación del estado nutricional en niños y niñas menores de 6 años por centro de salud en Viña del Mar se presenta en la Figura 36:

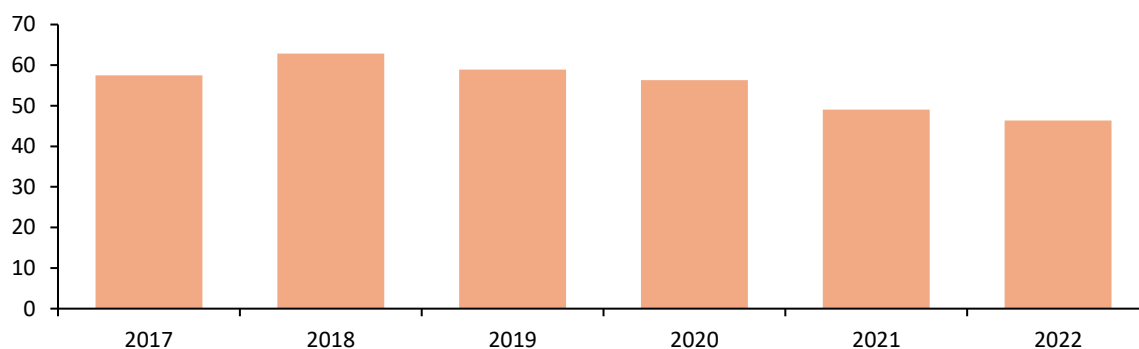


Figura 26: Lactancia materna exclusiva en niños y niñas de 6 meses en control en la comuna de Viña del Mar entre los años 2017 y 2022. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

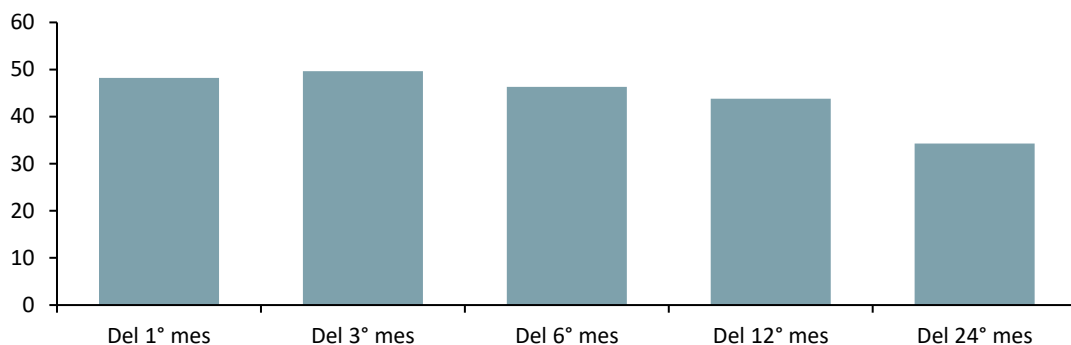


Figura 27: Lactancia materna exclusiva en niños y niñas menores de 6 meses y lactancia materna más alimentación complementaria en niños y niñas menores de 2 años en control, de acuerdo a cortes de edad, en la comuna de Viña del Mar al año 2022. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

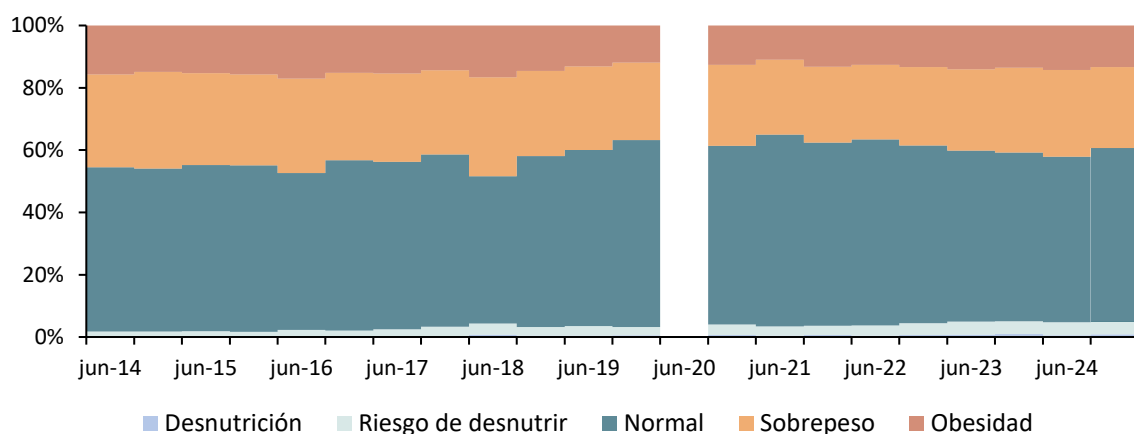


Figura 28: Estado nutricional en niños y niñas menores de 6 años en control en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2014 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

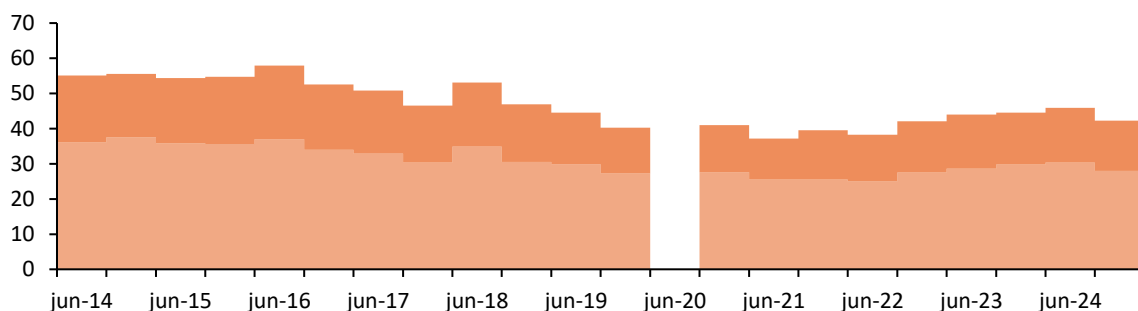


Figura 29: Prevalencia de sobrepeso y obesidad (área anaranjada clara y oscura, respectivamente) en niños y niñas menores de 6 años en control en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2014 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

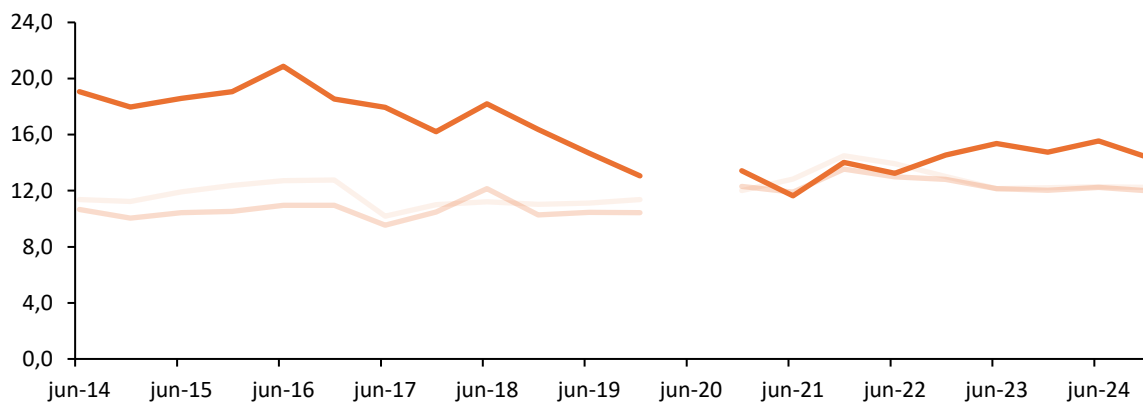


Figura 30: Prevalencia de obesidad en niños y niñas menores de 6 años en control en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2014 y diciembre de 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

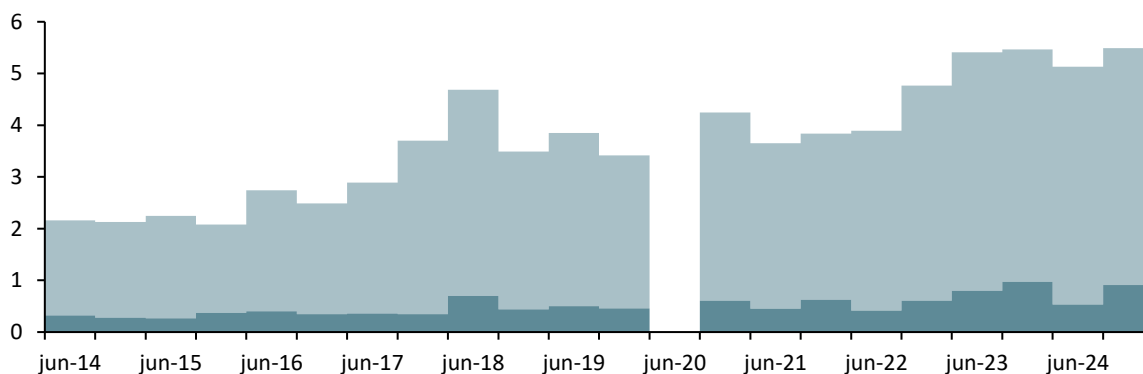


Figura 31: Prevalencia de desnutrición y riesgo de desnutrir (área azul oscura y clara, respectivamente) en niños y niñas menores de 6 años en control en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2014 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

A diciembre de 2024, la malnutrición por exceso alcanza una prevalencia de 41,7% en niños y niñas entre 6 y 9 años en control en la comuna de Viña del Mar, incluyendo una prevalencia de 20,6% de obesidad y obesidad severa, como se muestra en las figuras 32 y 33 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025d). En el mismo grupo de edad, el riesgo de desnutrir y desnutrición alcanza al 6,6%, sin diferencias por género (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025d). Tanto la prevalencia de obesidad y obesidad severa, como de riesgo de desnutrir y desnutrición en niños y niñas entre 6 y 9 años han mostrado un aumento durante los últimos dos años. El estado nutricional de niños y niñas entre 6 y 9 años desagregados por CESFAM y CECOSF de la comuna de Viña del Mar se presenta en la Figura 37 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025d). Por otra parte, en niños, niñas y adolescentes entre 10 y 14 años, el exceso de peso afecta al

53,1% del total. Específicamente, la prevalencia de sobrepeso asciende al 26,3% mientras que la obesidad total, incluyendo obesidad y obesidad severa, afecta al 26,8%, sin diferencias por género. El bajo peso en este grupo de edad alcanza al 5,5% del total, afectando principalmente a hombres (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025d). El estado nutricional de niños, niñas y adolescentes entre 10 y 14 años se muestra en la Figura 35.

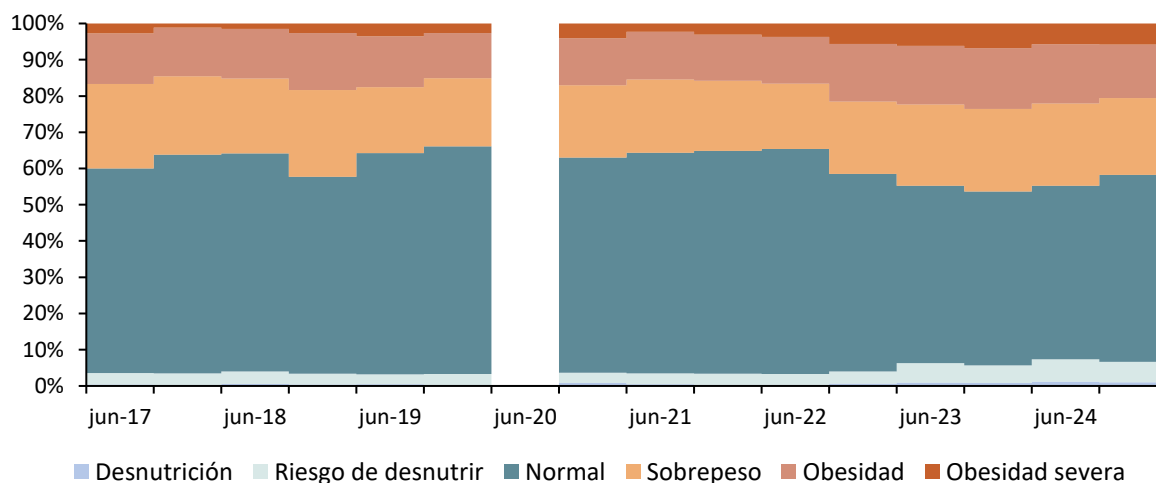


Figura 32: Estado nutricional en niños y niñas entre 6 años y 9 años en control en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2017 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

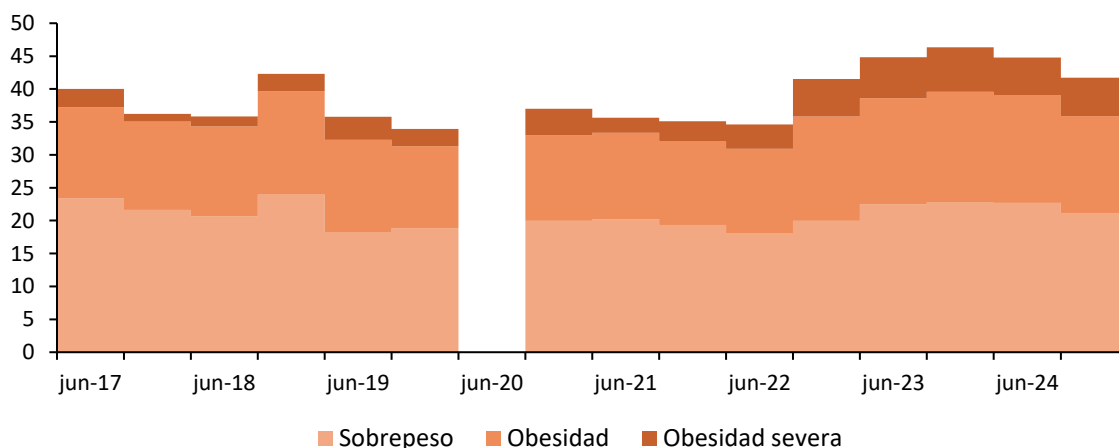


Figura 33: Prevalencia de sobrepeso, obesidad y obesidad severa en niños y niñas entre 6 años y 9 años en control en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2017 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

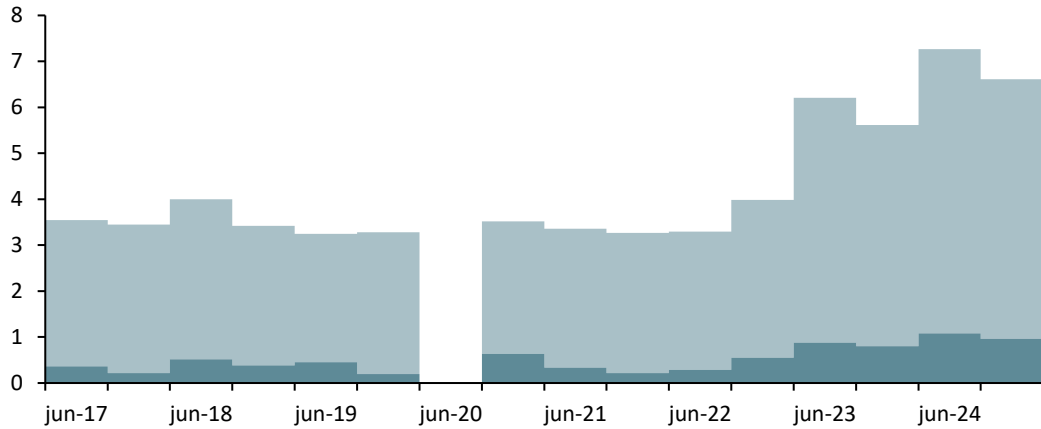


Figura 34: Prevalencia de desnutrición y riesgo de desnutrir (área azul oscura y clara, respectivamente) en niños y niñas entre 6 años y 9 años en control en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2017 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

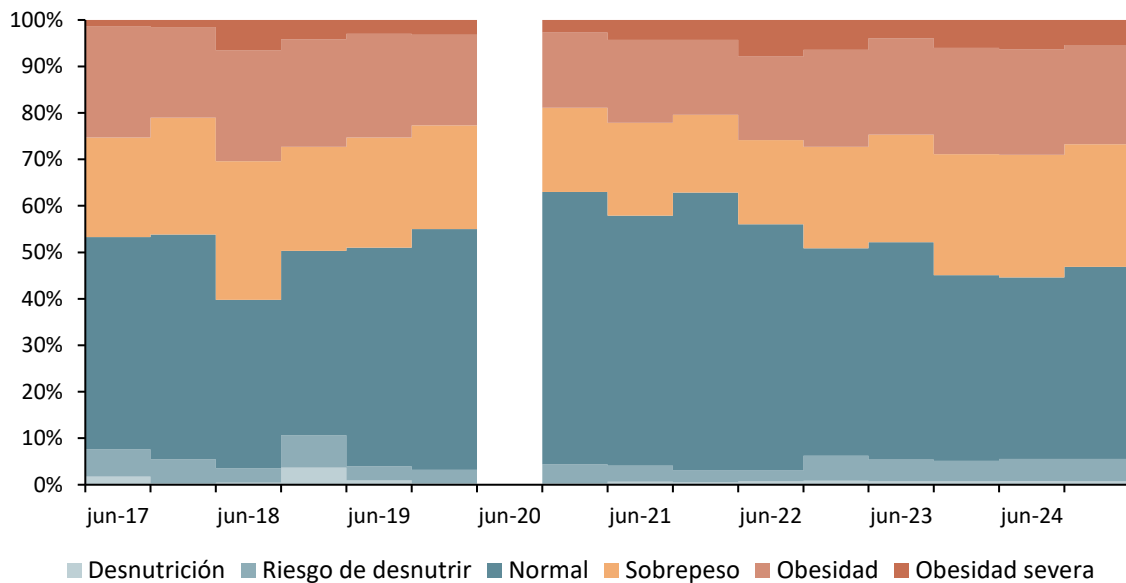


Figura 35: Estado nutricional en adolescentes entre 10 y 19 años en control en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2017 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

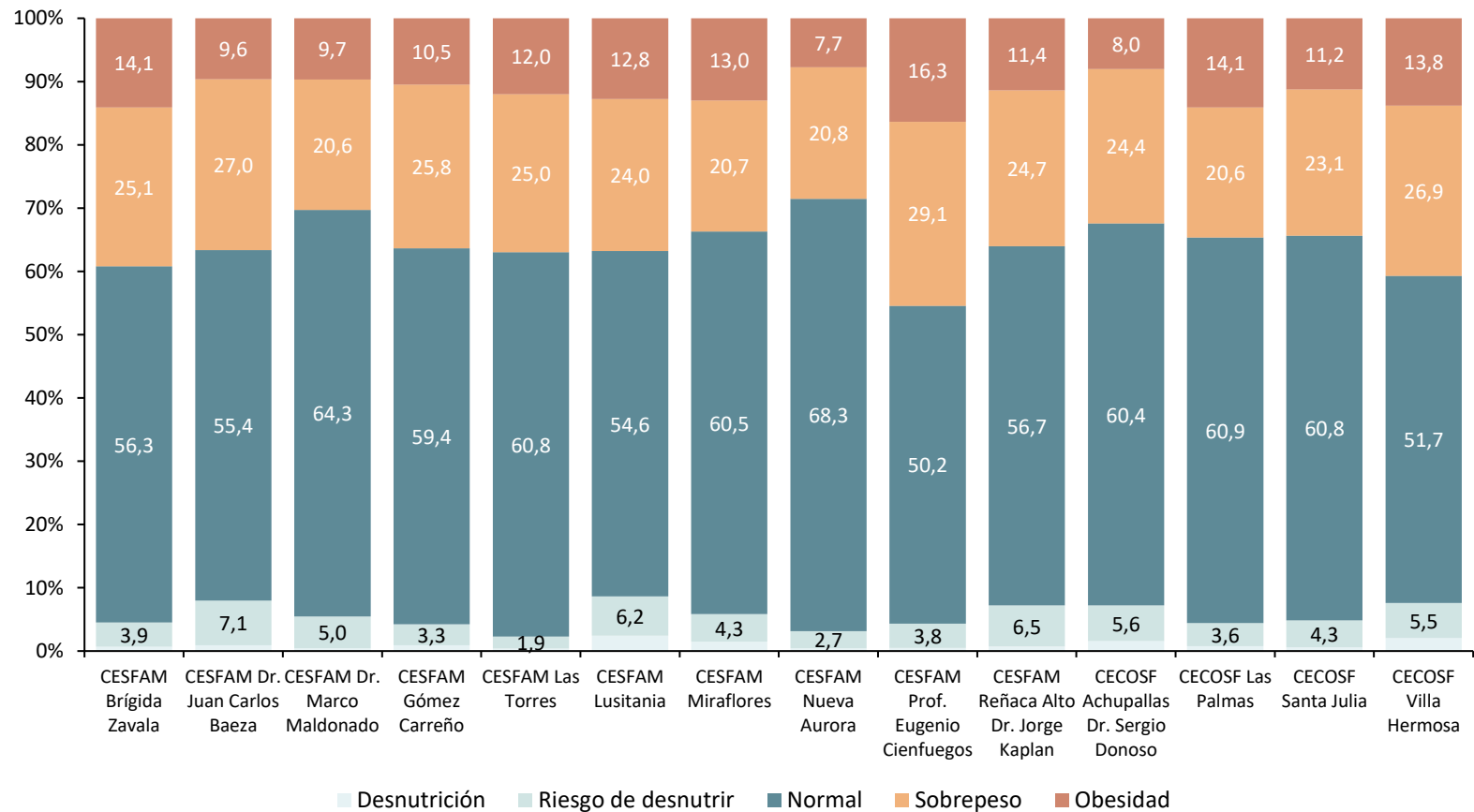


Figura 36: Estado nutricional en niños y niñas menores de 6 años en control en la comuna de Viña del Mar, desagregados por centros de salud, a diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

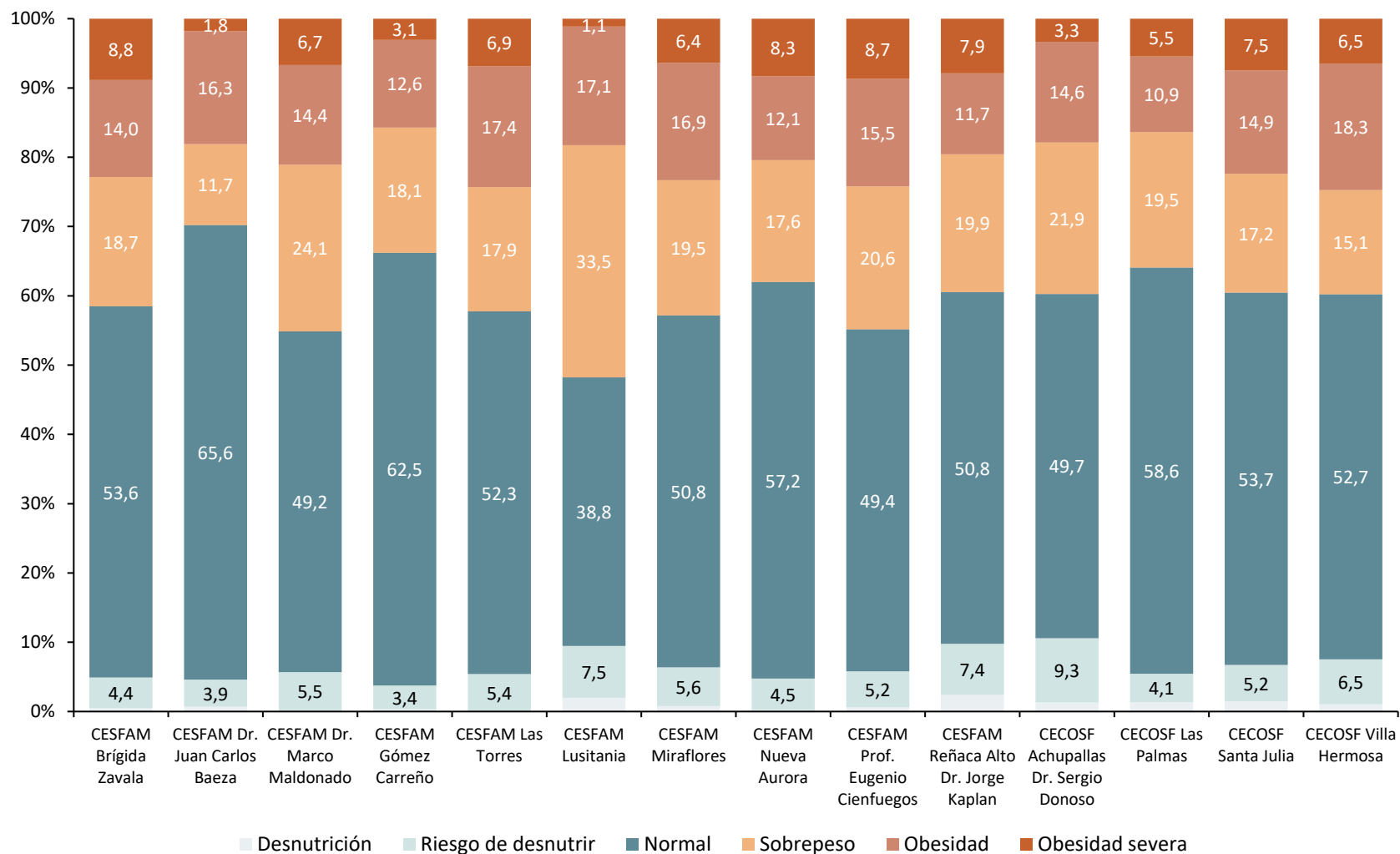


Figura 37: Estado nutricional en niños y niñas entre 6 y 9 años en control en la comuna de Viña del Mar, desagregados por centros de salud, a diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

Al mes de diciembre de 2024, y de acuerdo al examen de medicina preventivo del adulto (EMPA), el exceso de peso afecta al 61,5% de la población mayor de 14 años. Específicamente, la prevalencia de obesidad asciende al 32,9% en mujeres, y al 23% en hombres mayores de 15 años (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025d). Tanto en hombres como en mujeres, la obesidad afecta principalmente a personas entre 30 y 49 años. En hombres, la obesidad asciende al 33,9% en este grupo de edad, mientras que en mujeres la obesidad afecta al 43,9%, como se muestra en las figuras 38 y 39 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025d). En mujeres y hombres mayores de 65 años, si bien el sobrepeso y la obesidad se mantienen como problemas de importancia, afectando en forma general al 22,4% de la población de esta edad, el bajo peso también aparece como problema nutricional de consideración, alcanzando una prevalencia de 7,3% en este grupo. De manera particular, la prevalencia de bajo peso alcanza al 10,9% de las personas mayores de 80 años (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025d).

Finalmente, al mes de diciembre de 2024 existen 41.449 personas en control en el programa de salud cardiovascular (PSCV) en la comuna de Viña del Mar, de las cuales un 64,3% son mujeres. Específicamente, hay registro de 33.479 personas en control con diagnóstico de hipertensión arterial primaria, 15.681 personas con diagnóstico de diabetes mellitus, y 23.970 con diagnóstico de dislipidemia (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025d). Del total de personas en control de salud cardiovascular, un 52,3% presentan un riesgo cardiovascular alto, afectando en forma desproporcionada a hombres, quienes presentan un 62,7% de riesgo cardiovascular elevado en comparación al 46,5% de mujeres, como se muestra en las figuras 43 y 44, respectivamente (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025d). Por otra parte, la prevalencia de enfermedad renal crónica afecta al 9,2% de hombres y 8,5% mujeres en control en el PSCV. En hombres con diagnóstico de diabetes mellitus y en control en el programa de salud cardiovascular, el riesgo alto y máximo de ulceración de pie diabético asciende al 7,3 y 6,6%, respectivamente, mientras que en mujeres estos mismos indicadores alcanza al 6,4 y 2,5%, respectivamente. Tanto para hombres y mujeres con diagnóstico de diabetes mellitus en control en la comuna, los niveles de alto riesgo y máximo riesgo de ulceración de pie se sitúan en forma consistente por debajo de los indicadores regionales y nacionales durante todo el período entre junio de 2014 y diciembre de 2025 (figuras 49 y 52). Destaca además lo que parece ser una recuperación parcial de las coberturas del programa de salud cardiovascular anteriores a la pandemia por SARS-CoV-2 en la comuna (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025d).

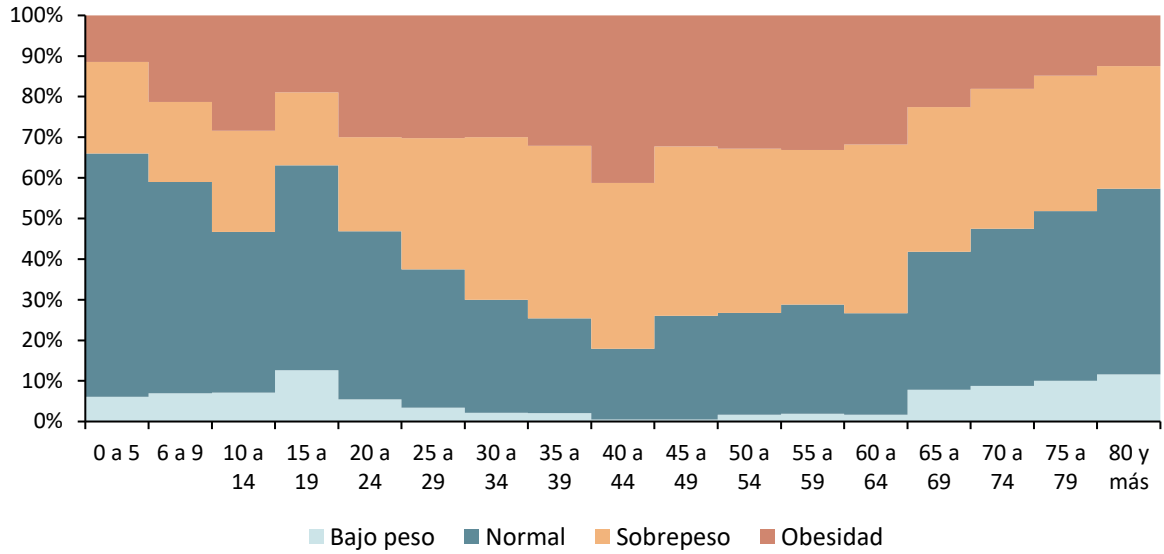


Figura 38: Estado nutricional en hombres, desagregados por grupos de edad, en control en la comuna de Viña del Mar a diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

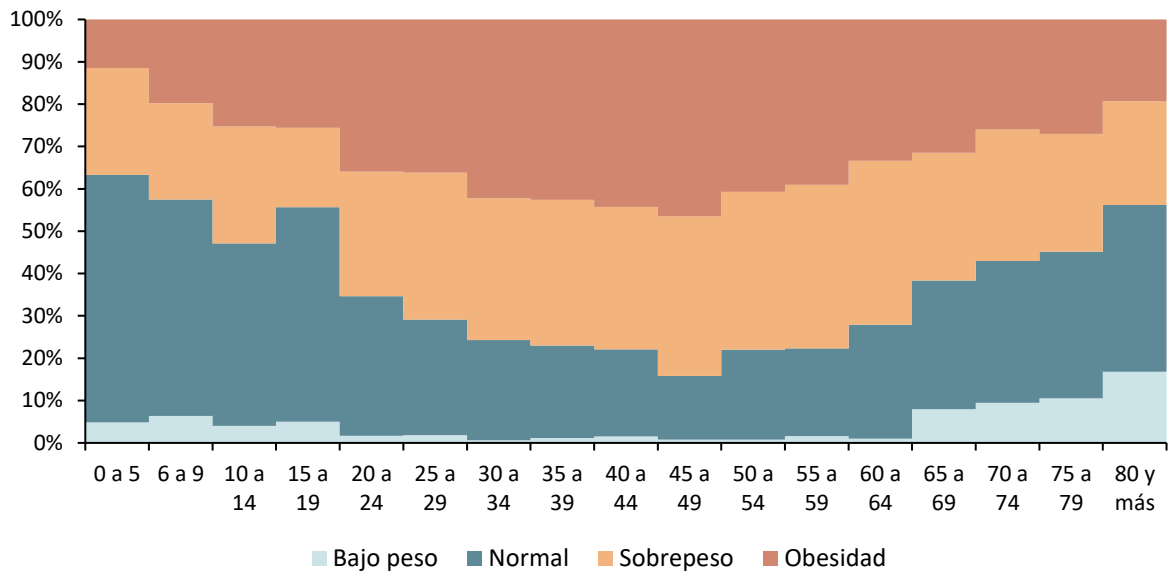


Figura 39: Estado nutricional en mujeres, desagregados por grupos de edad, en control en la comuna de Viña del Mar a diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

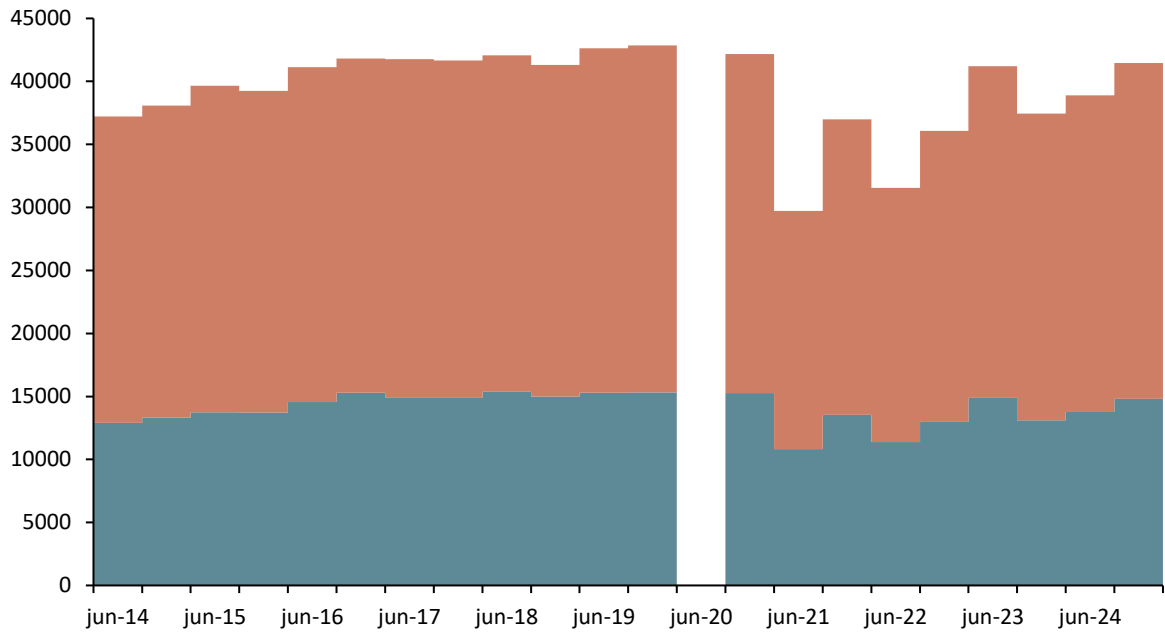


Figura 40: Personas en control en el programa de salud cardiovascular, desagregadas por género, en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2014 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

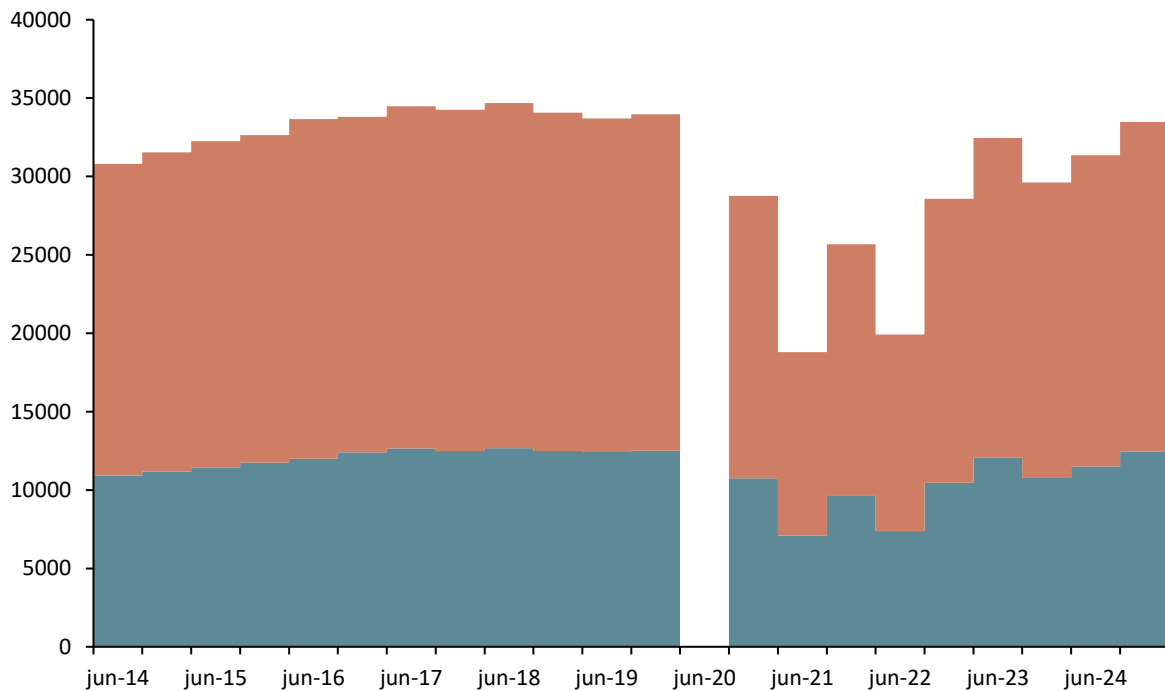


Figura 41: Personas en control en el programa de salud cardiovascular con diagnóstico de hipertensión, desagregadas por género, en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2014 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

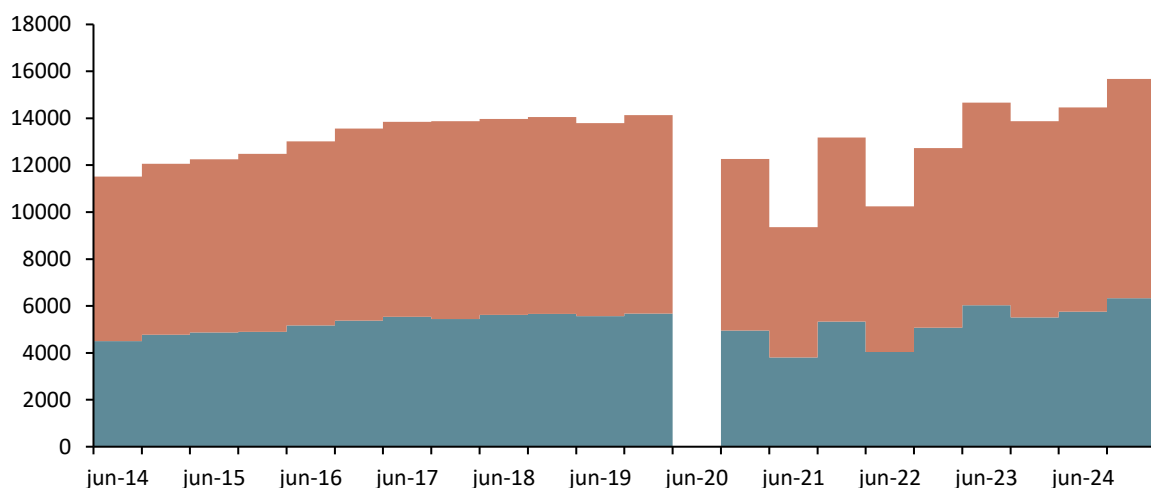


Figura 42: Personas en control en el programa de salud cardiovascular con diagnóstico de diabetes mellitus, desagregadas por género, en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2014 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

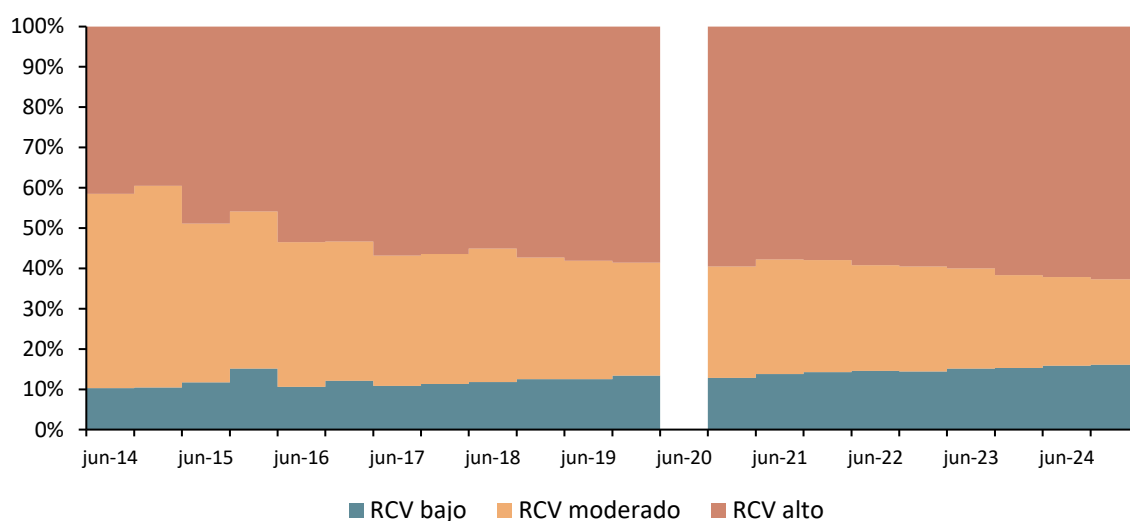


Figura 43: Estimación de riesgo cardiovascular en hombres en control en el programa de salud cardiovascular en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2014 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

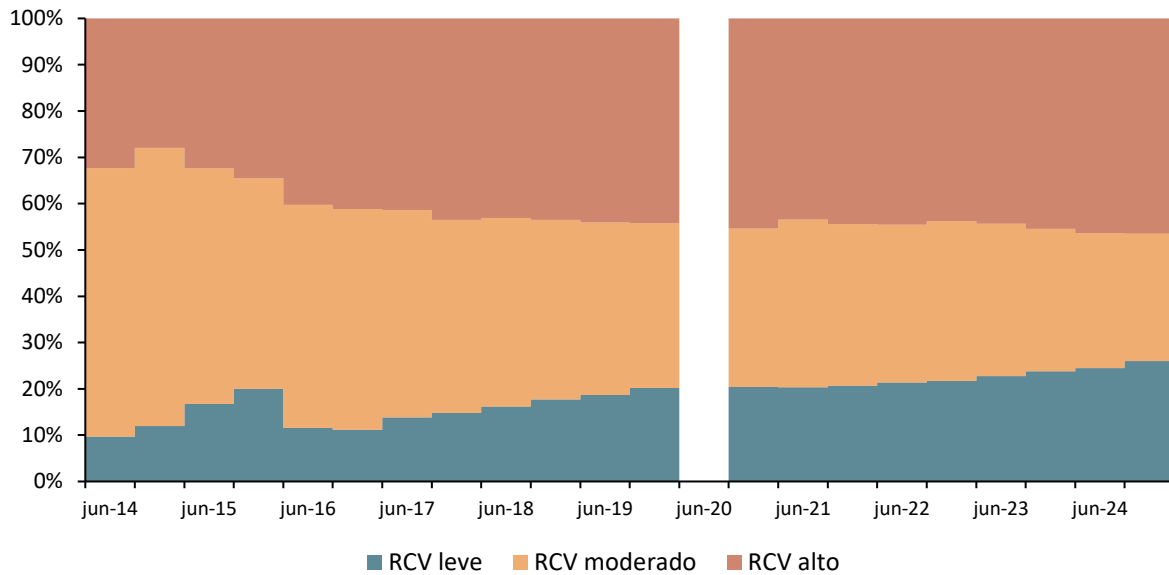


Figura 44: Estimación de riesgo cardiovascular en mujeres en control en el programa de salud cardiovascular en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2014 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

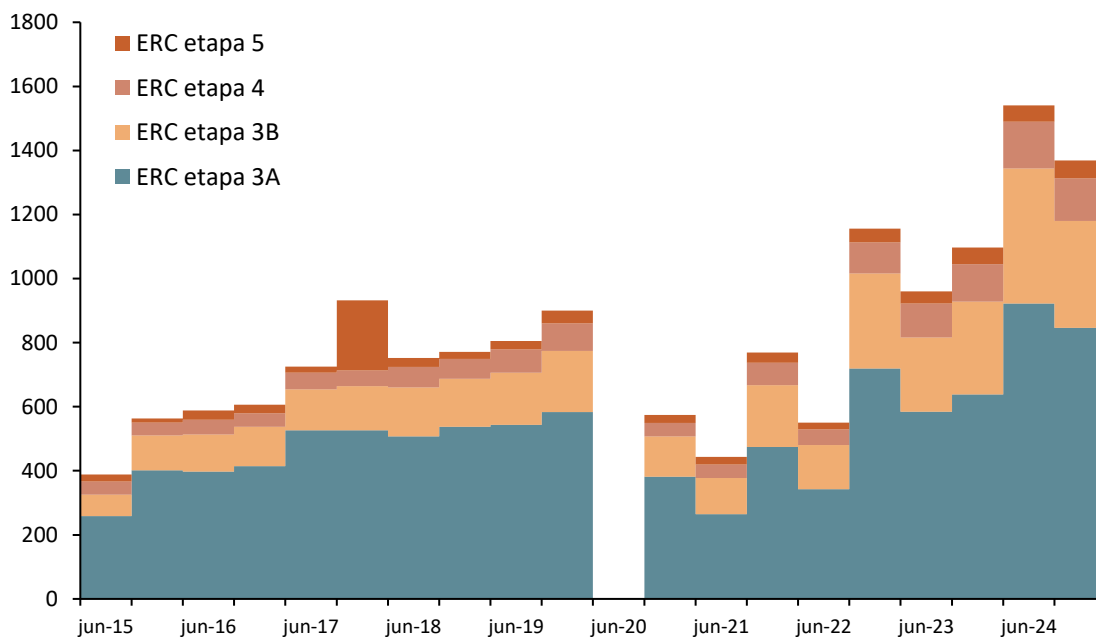


Figura 45: Hombres en control en el programa de salud cardiovascular con diagnóstico de enfermedad renal crónica, desagregados por severidad, en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2015 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

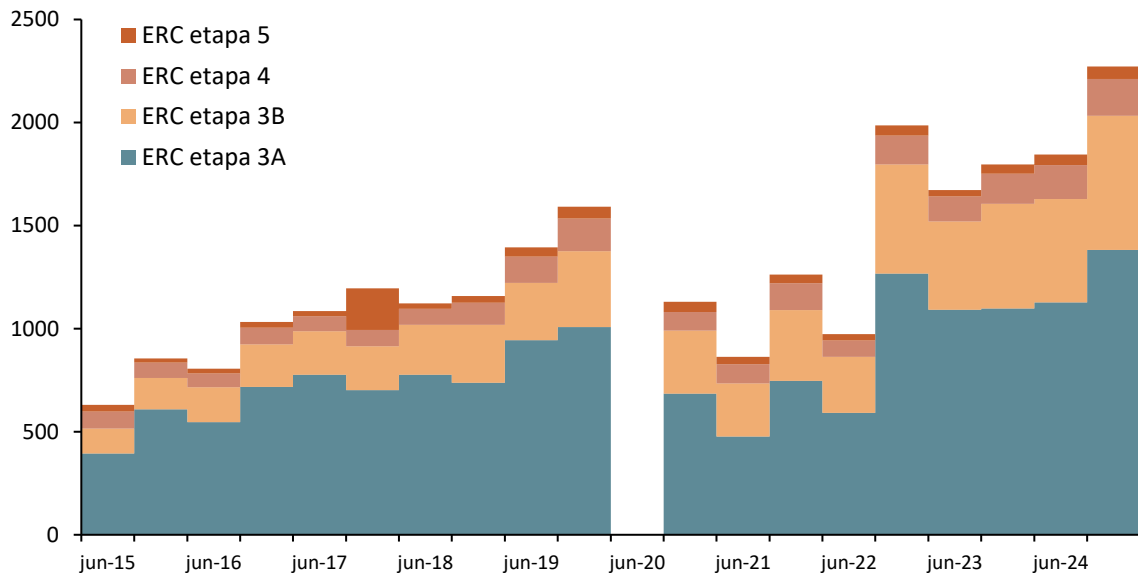


Figura 46: Mujeres en control en el programa de salud cardiovascular con diagnóstico de enfermedad renal crónica, desagregadas por severidad, en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2015 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

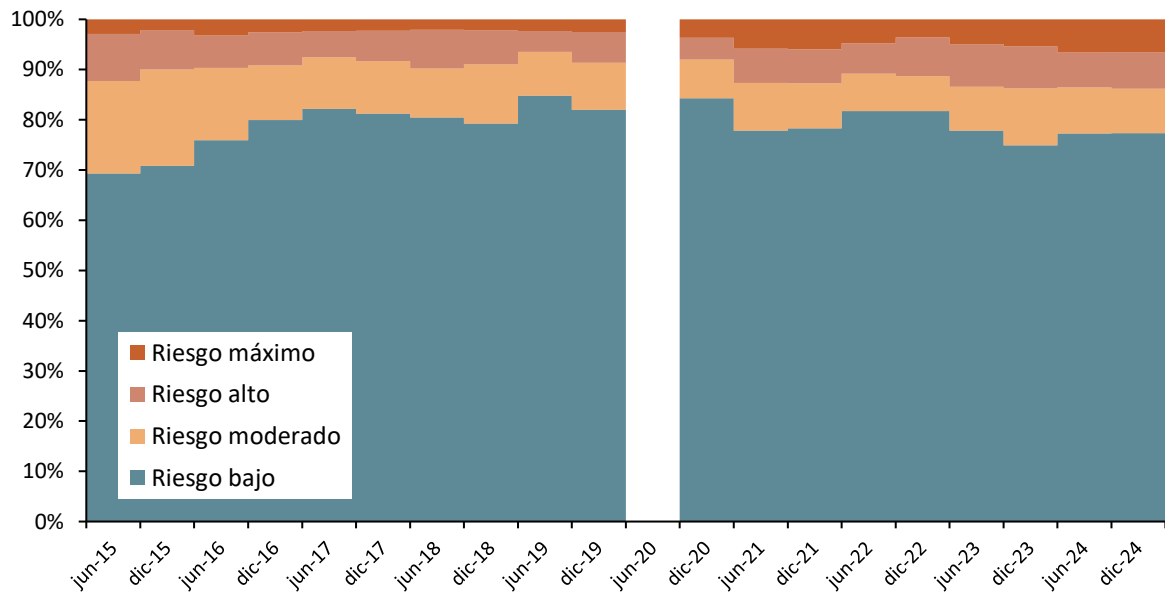


Figura 47: Estimación de riesgo de ulceración de pie diabético en hombres con diagnóstico de diabetes en control en el programa de salud cardiovascular en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2015 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

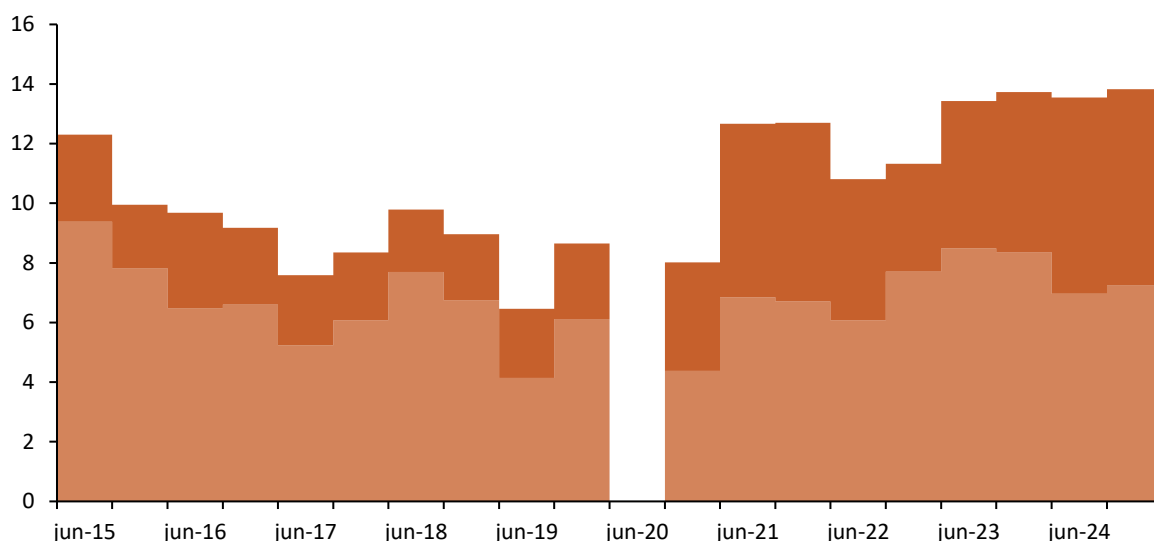


Figura 48: Riesgo alto y máximo de ulceración de pie diabético (áreas anaranjadas clara y oscura, respectivamente) en hombres con diagnóstico de diabetes en control en el programa de salud cardiovascular en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2015 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

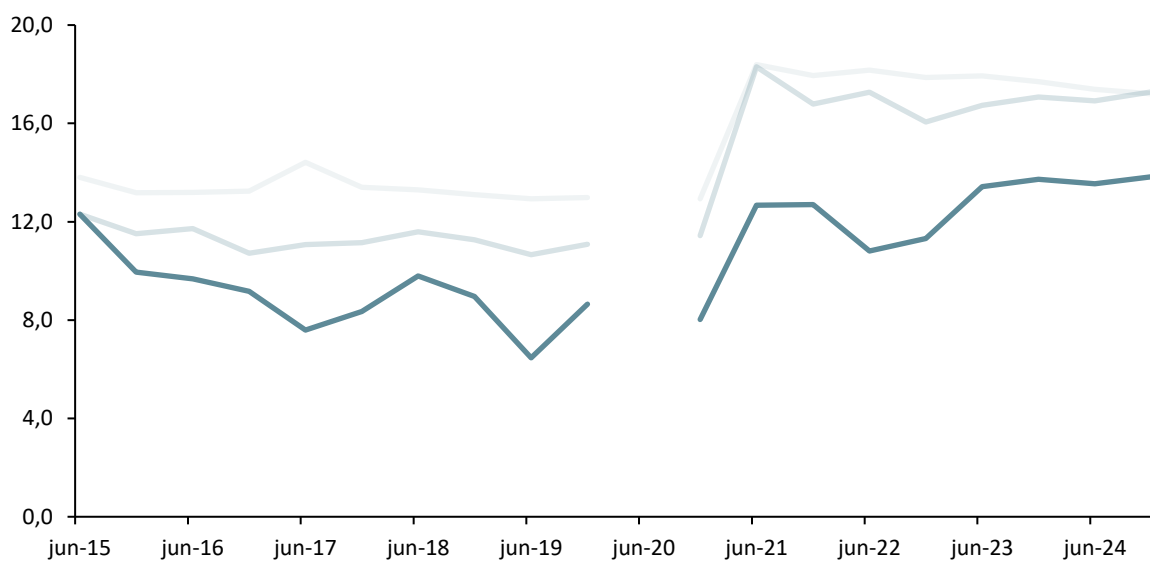


Figura 49: Riesgo alto y máximo de ulceración de pie diabético en hombres con diagnóstico de diabetes en control en el programa de salud cardiovascular en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2015 y diciembre de 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

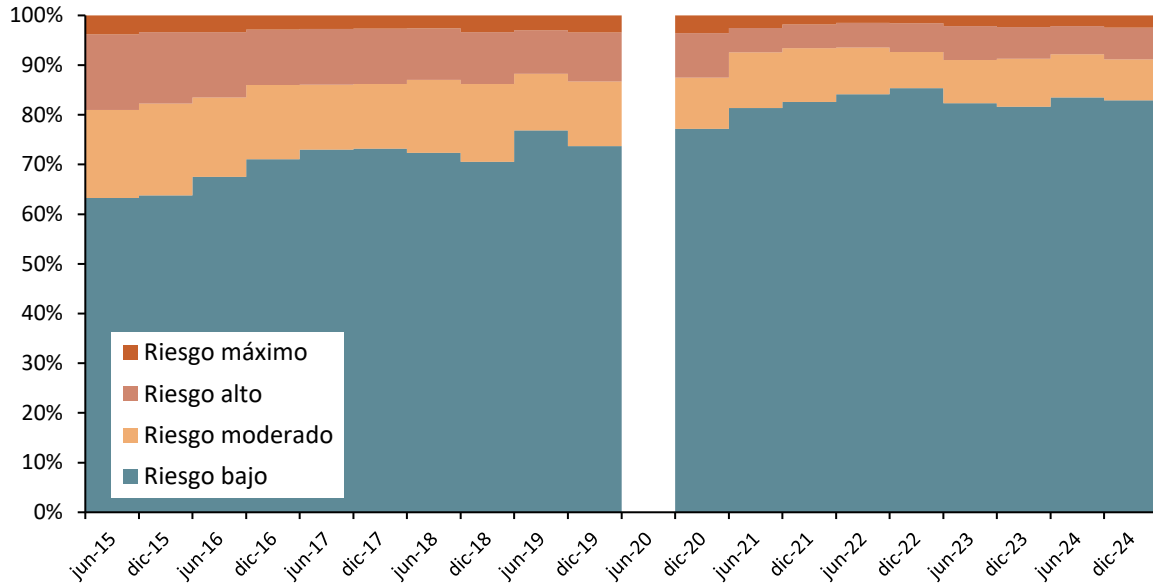


Figura 50: Estimación de riesgo de ulceración de pie diabético en mujeres con diagnóstico de diabetes en control en el programa de salud cardiovascular en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2015 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

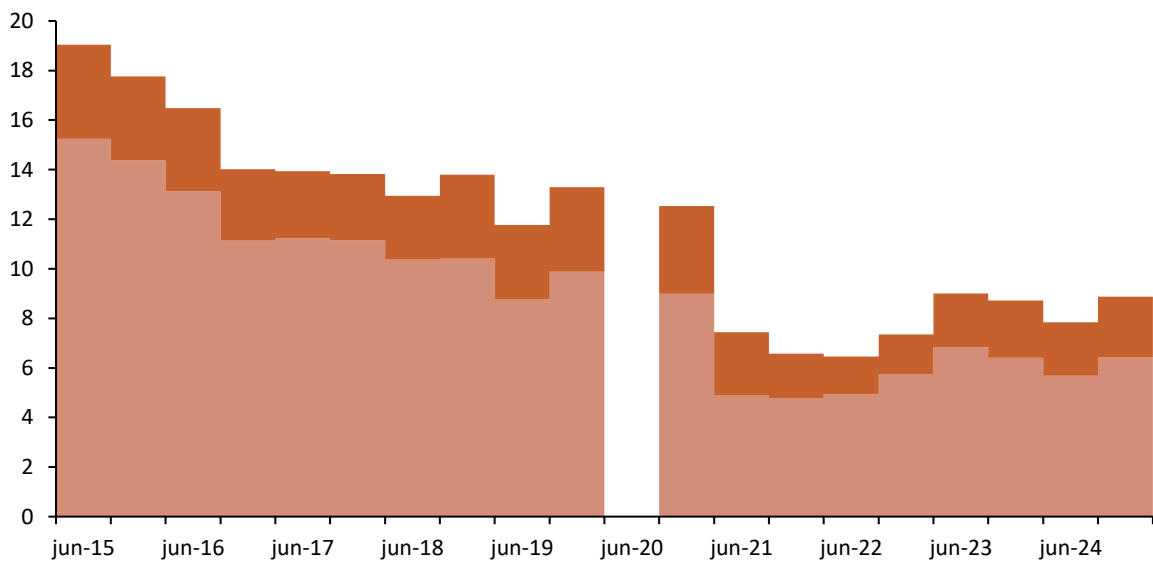


Figura 51: Riesgo alto y máximo de ulceración de pie diabético (áreas anaranjadas clara y oscura, respectivamente) en mujeres con diagnóstico de diabetes en control en el programa de salud cardiovascular en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2015 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

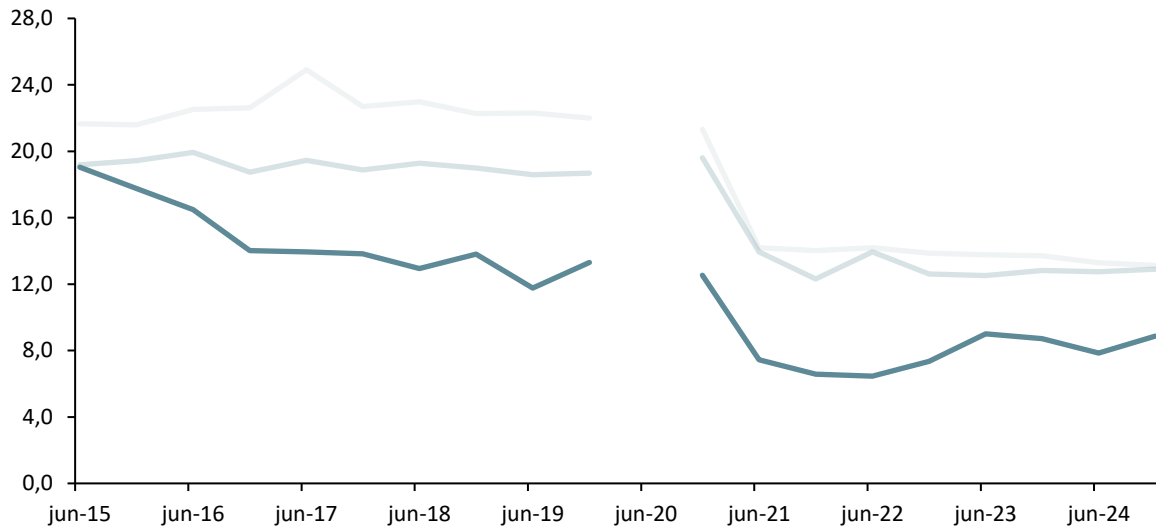


Figura 52: Riesgo alto y máximo de ulceración de pie diabético en mujeres con diagnóstico de diabetes en control en el programa de salud cardiovascular en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2015 y diciembre de 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

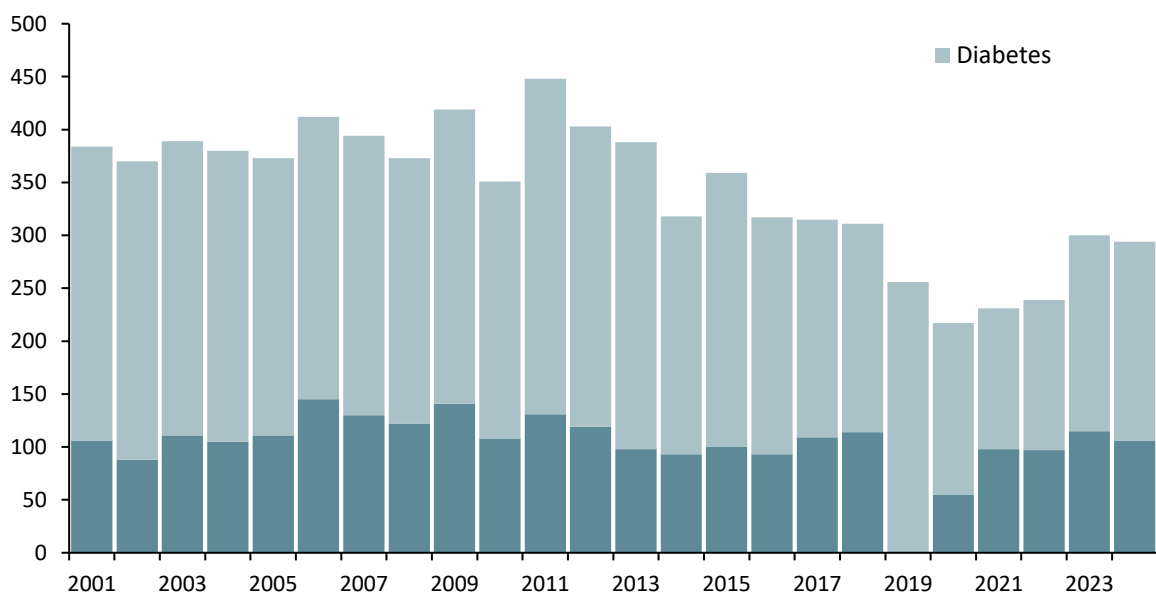


Figura 53: Número de egresos hospitalarios por diagnóstico de diabetes, incluyendo complicaciones vasculares periféricas, en habitantes de la comuna de Viña del Mar entre los años 2001 y 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025b).

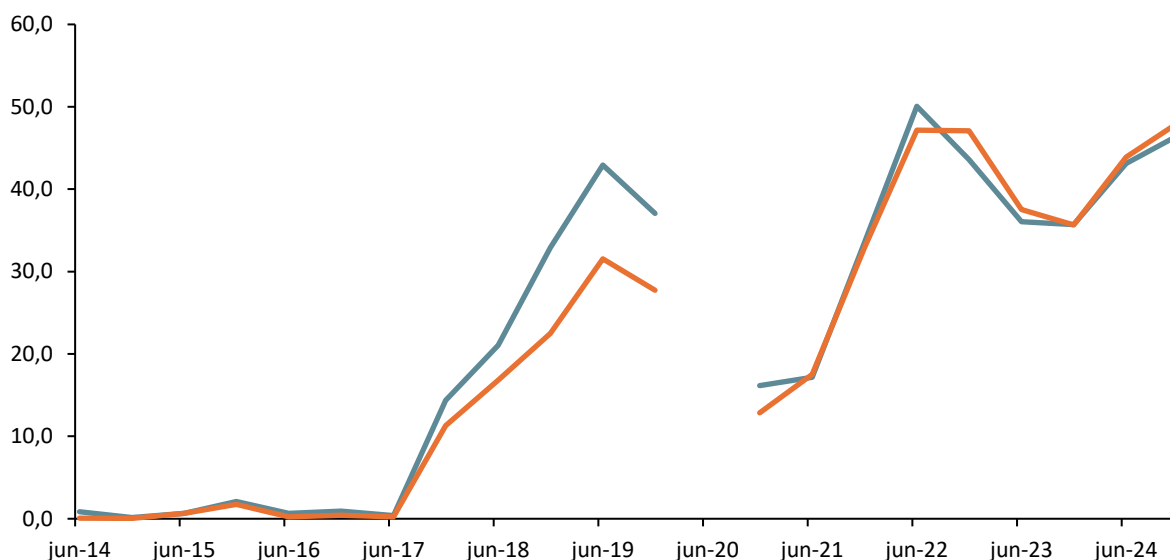


Figura 54: Fondo de ojo vigente en hombres y mujeres (línea azul y anaranjada, respectivamente) con diagnóstico de diabetes en control en el programa de salud cardiovascular en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2014 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

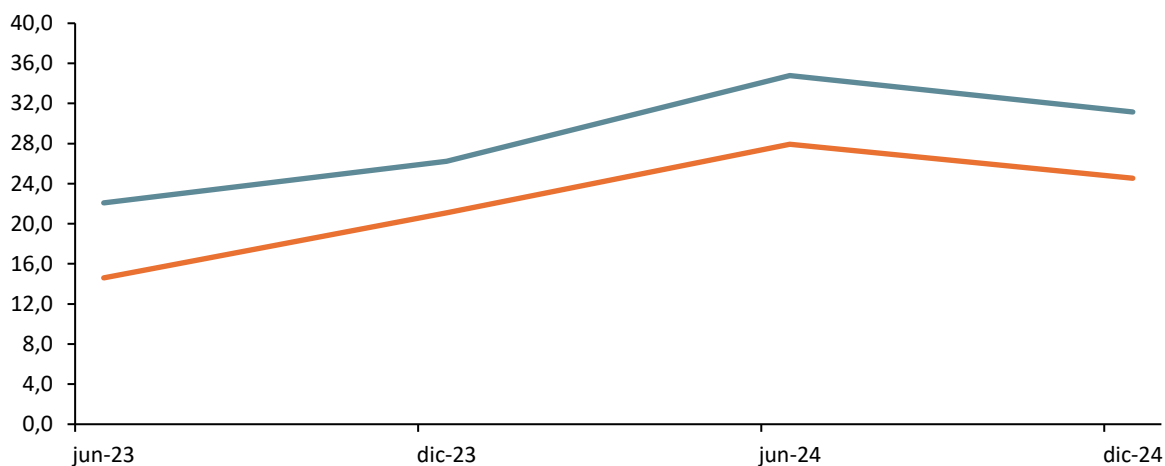


Figura 55: Prevalencia de retinopatía diabética en hombres y mujeres (línea azul y anaranjada, respectivamente) con fondo de ojo vigente y en control en el programa de salud cardiovascular en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2023 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

Salud respiratoria

Desde el año 2019, la prevalencia de tabaquismo en personas mayores de 15 años en la comuna de Viña del Mar ha presentado una disminución sostenida, alcanzando en 2024 al 15,4% de la población,

como se muestra en la Figura 56 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025d). Al comparar la prevalencia de tabaquismo entre el año 2019 y 2024, y por grupos de edad, se reconoce la disminución más importante de este indicador en el grupo de adolescentes hombres, y en general en población menor de 64 años, como se presenta en la Figura 57. Al mes de diciembre de 2024, existen además 533 niños y niñas en control por síndrome bronquial obstructivo (SBO), 7.108 personas con diagnóstico de asma, y 1.160 personas con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025d). El riesgo de morir por neumonía durante el primer año de vida en el territorio, medido a través del score de IRA, y su desagregación por centro de salud, se presenta en las figuras 58 y 59. El número de personas con diagnóstico de asma en la comuna, y su desagregación por nivel de compensación, se presenta en las figuras 53 y 54 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025d).

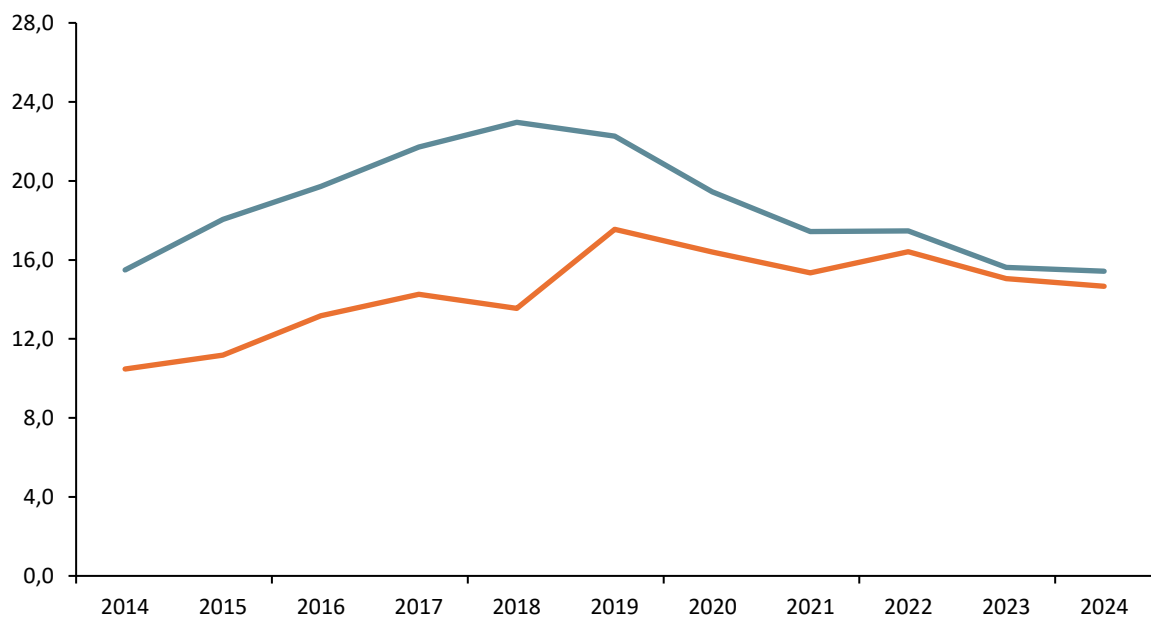


Figura 56: Prevalencia de tabaquismo en hombres y mujeres (línea azul y anaranjada, respectivamente) mayores de 14 años en control en la comuna de Viña del Mar entre los años 2014 y 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

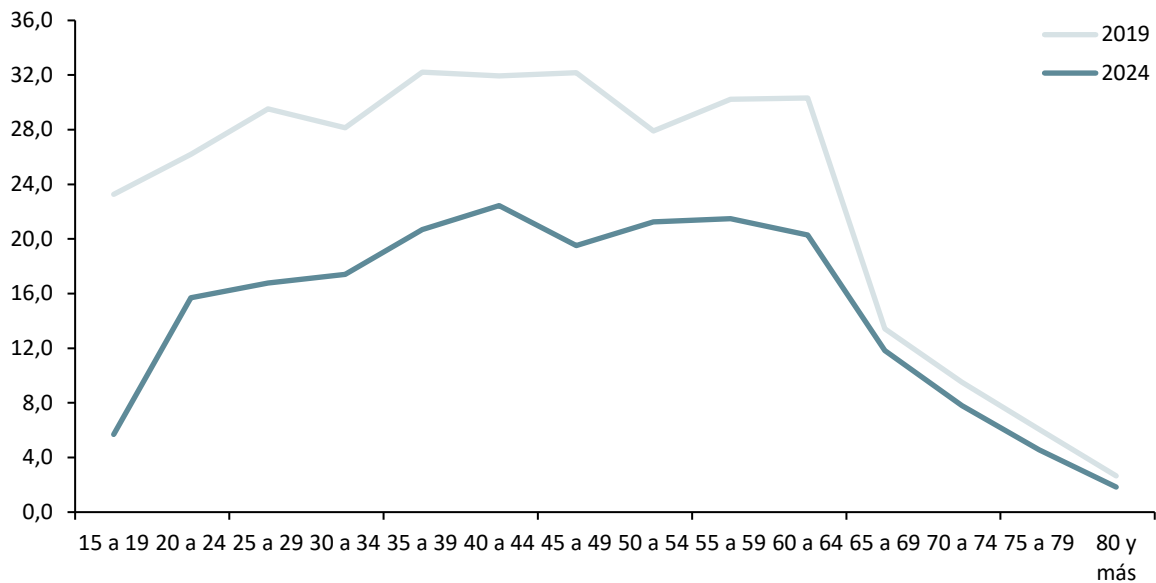


Figura 57: Prevalencia de tabaquismo en personas mayores de 14 años, desagregadas por grupos de edad, y en control en la comuna de Viña del Mar en los años 2019 y 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

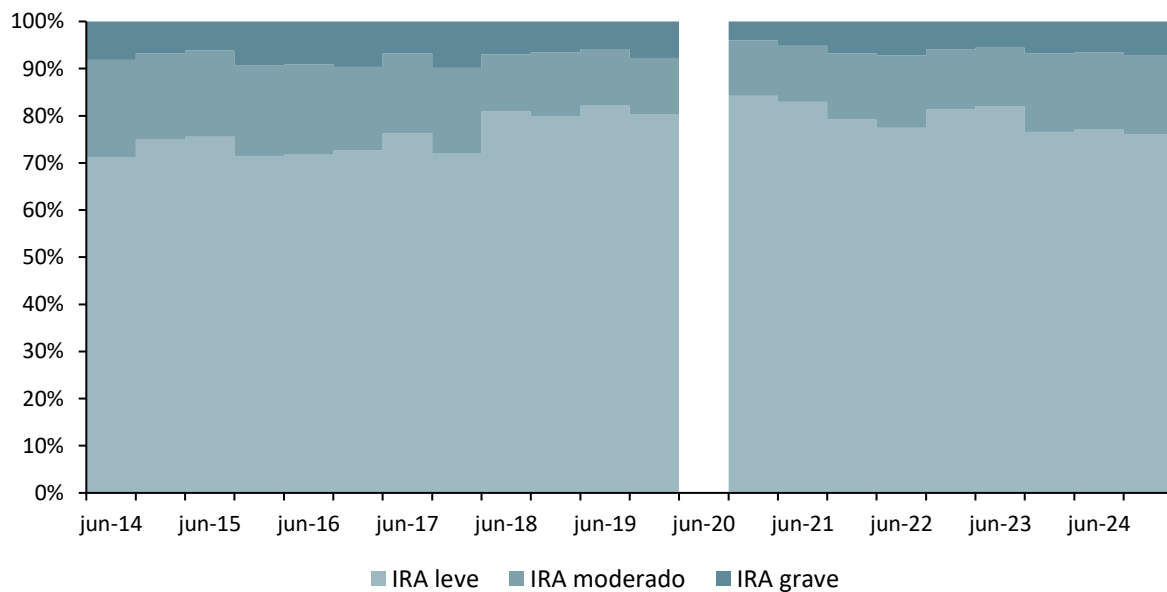


Figura 58: Riesgo de morir por neumonía, de acuerdo a score IRA, en niños y niñas menores de 1 año en la comuna de Viña del Mar entre junio de 2014 y diciembre de 2025. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

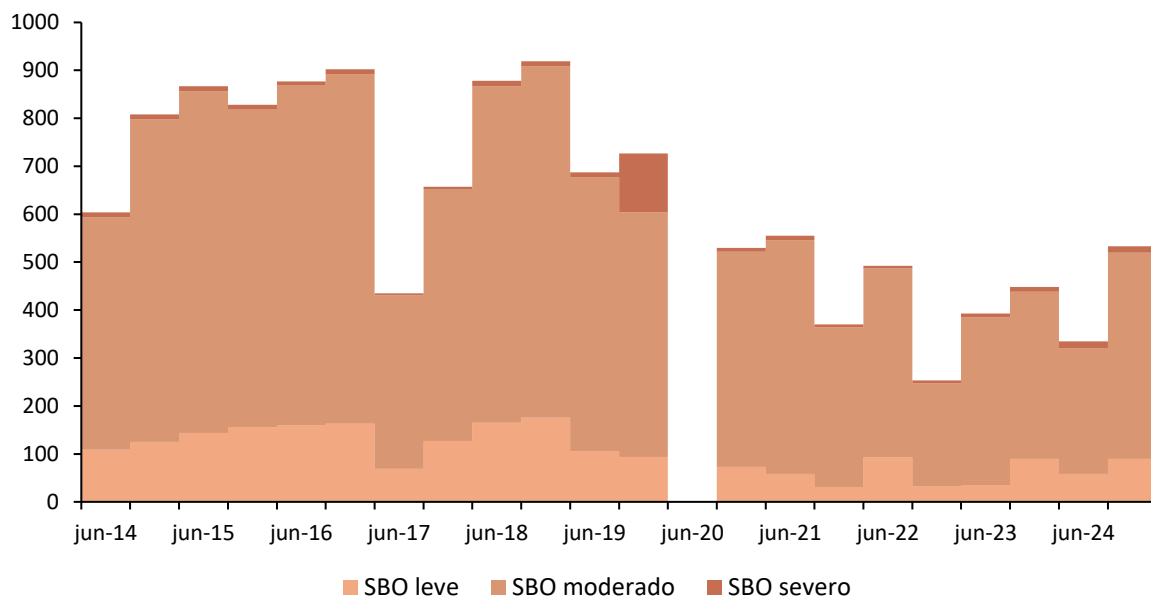


Figura 59: Número de niños y niñas con diagnóstico de síndrome bronquial obstructivo en control en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2014 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

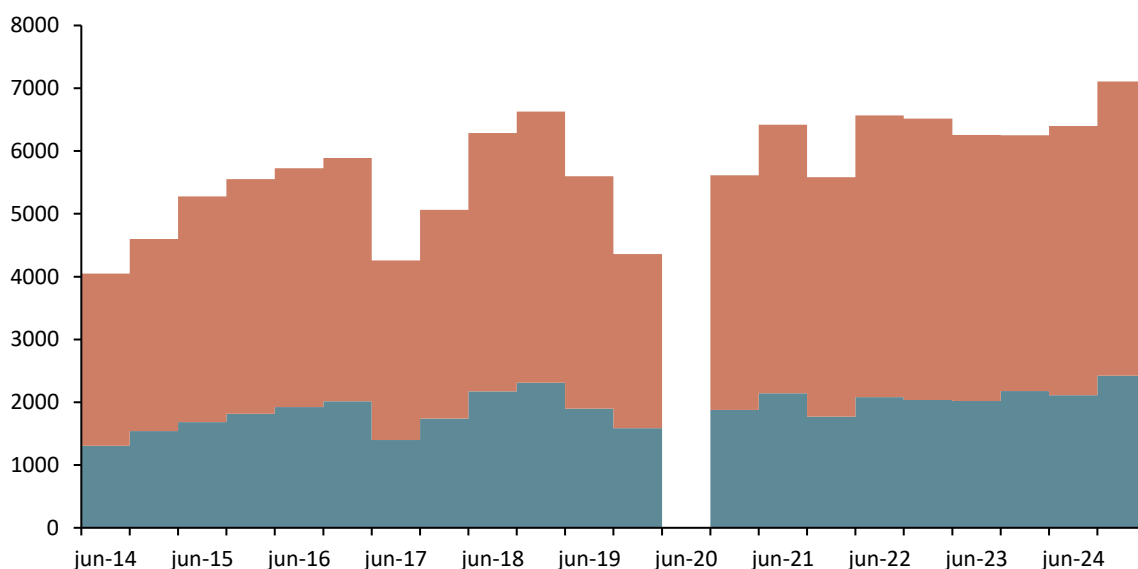


Figura 60: Personas en control en sala ERA con diagnóstico de asma bronquial, desagregadas por género, en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2014 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

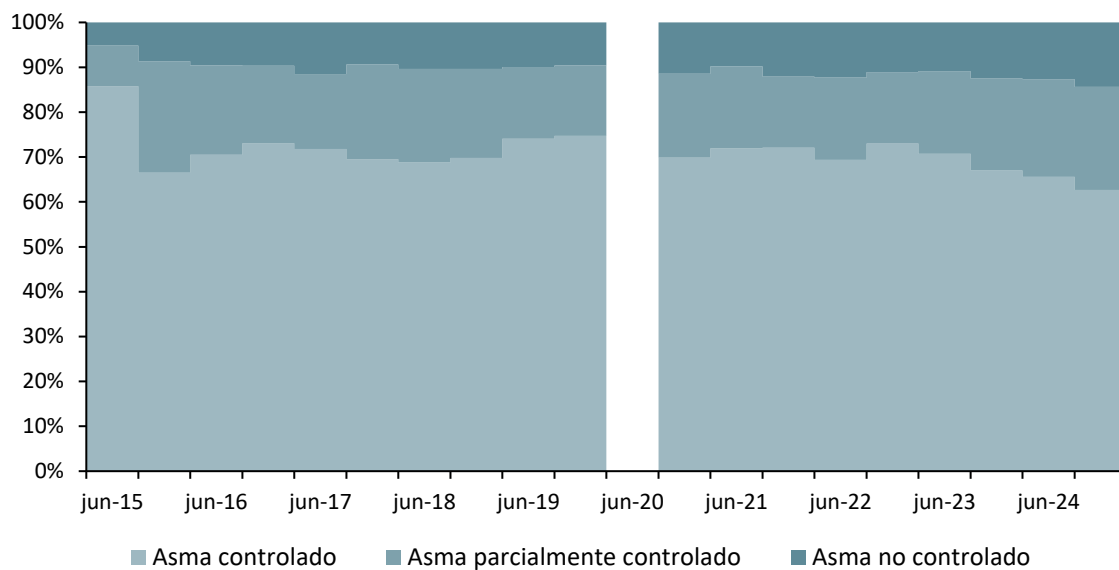


Figura 61: Nivel de compensación de asma bronquial en personas en control en sala IRA y ERA de la comuna de Viña del Mar entre junio de 2015 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

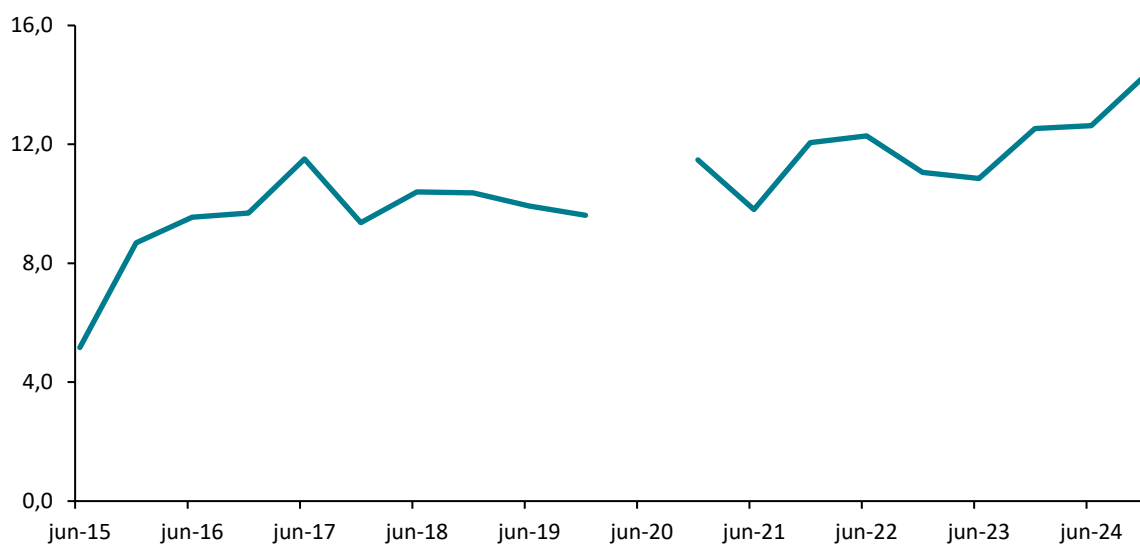


Figura 62: Asma bronquial descompensado como porcentaje del total de personas con diagnóstico de asma en control en sala IRA y ERA de la comuna de Viña del Mar entre junio de 2015 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

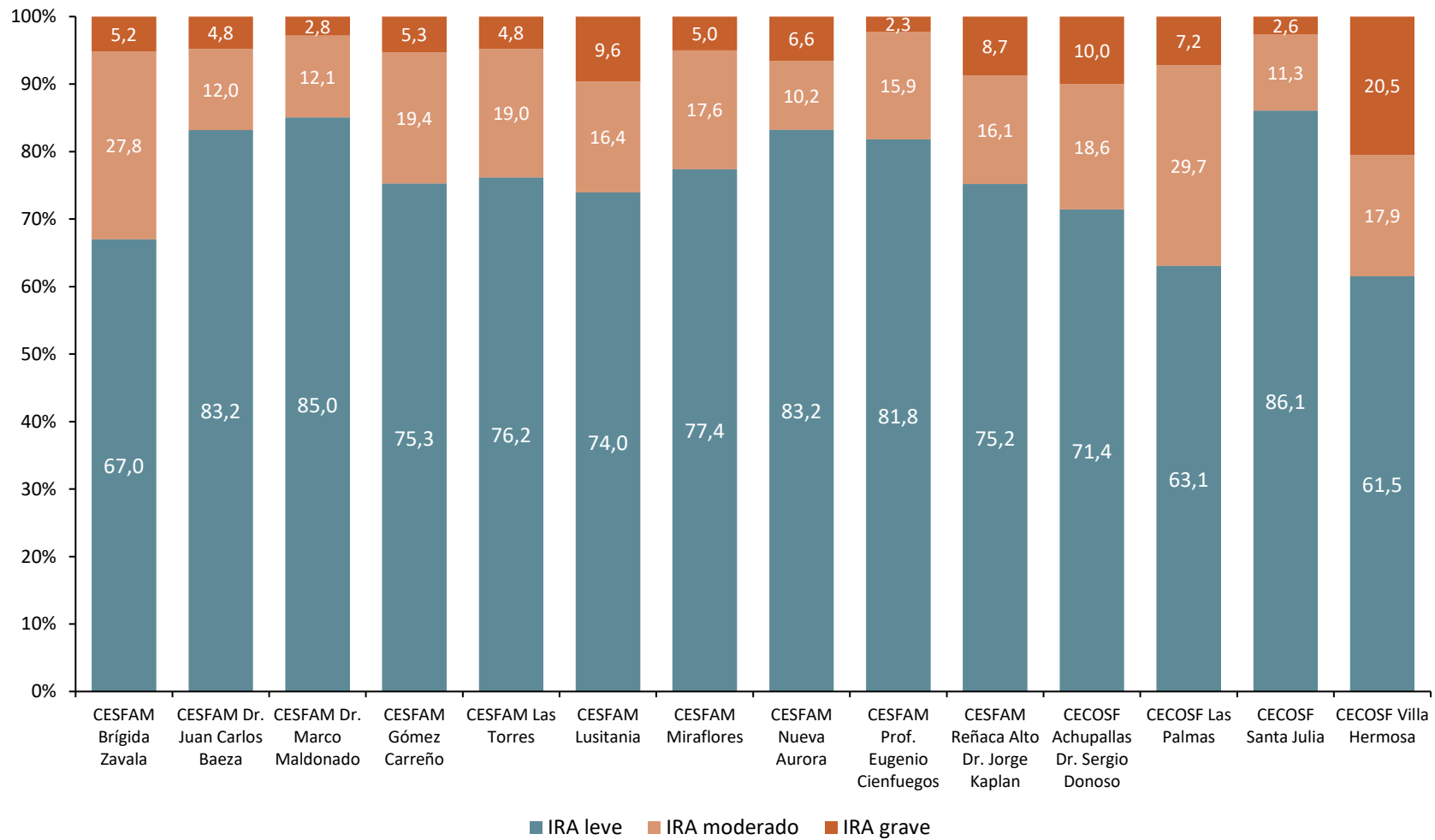


Figura 63: Riesgo leve, moderado y grave de morir por neumonía durante el primer año de vida en niños y niñas menores de 1 año en control en los centros de salud de la comuna de Viña del Mar, a diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

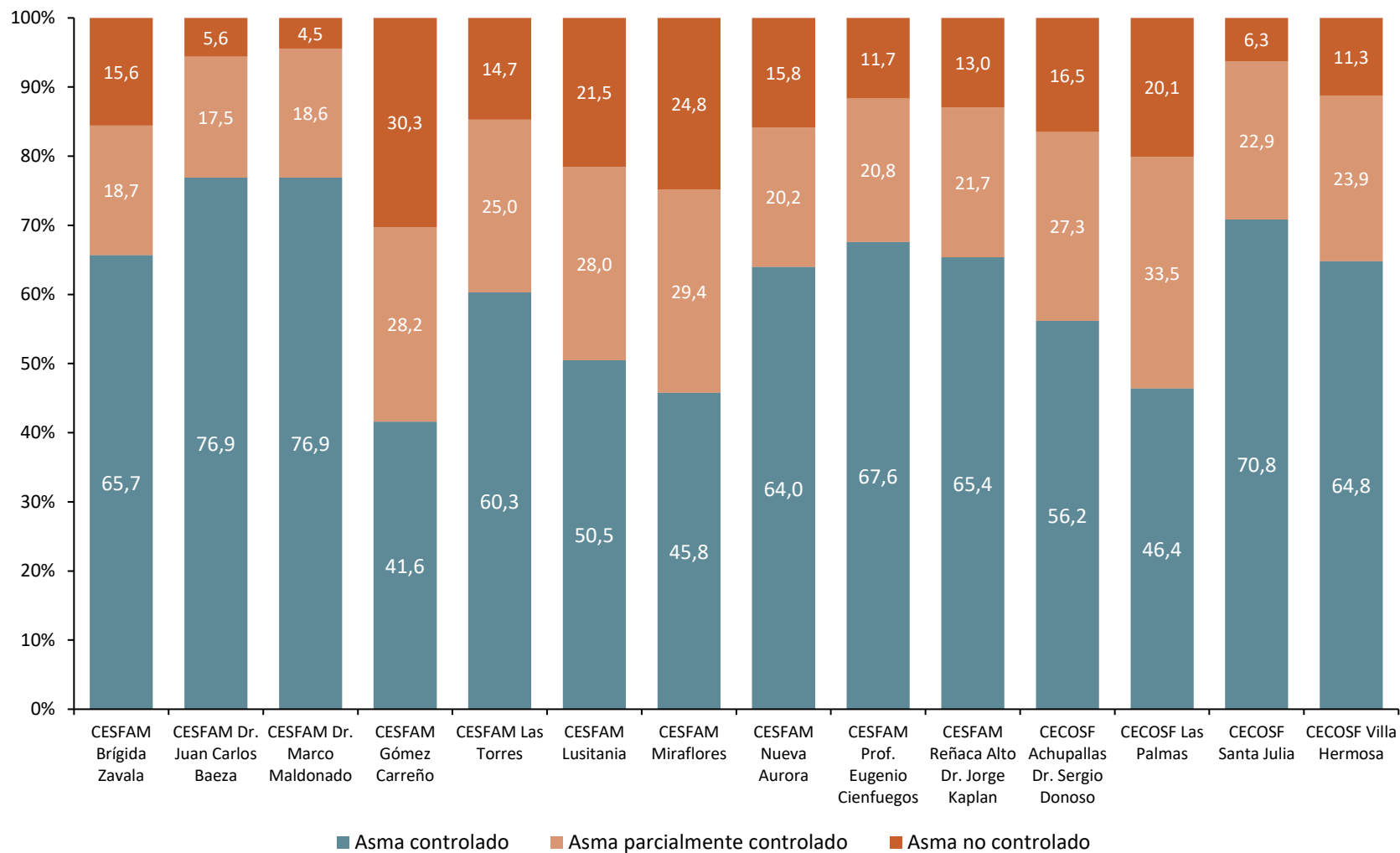


Figura 64: Personas con diagnóstico de asma bronquial, desagregados por nivel de compensación y centros de salud, en control en la comuna de Viña del Mar a diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

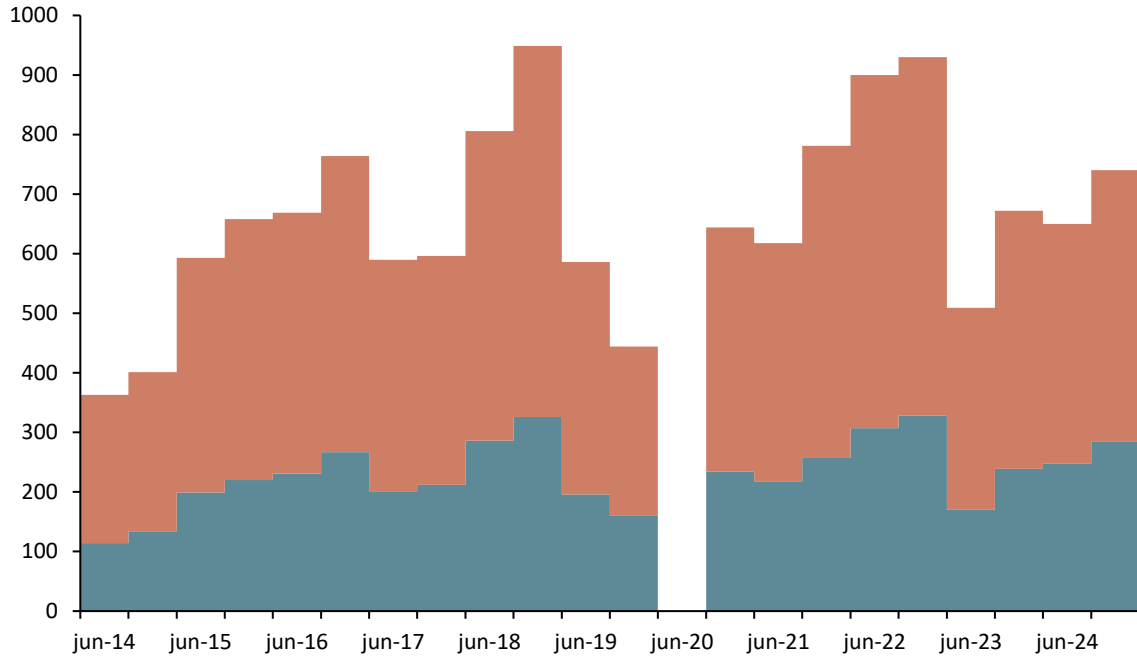


Figura 65: Personas en control en sala ERA con otras enfermedades respiratorias, desagregadas por género, en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2014 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

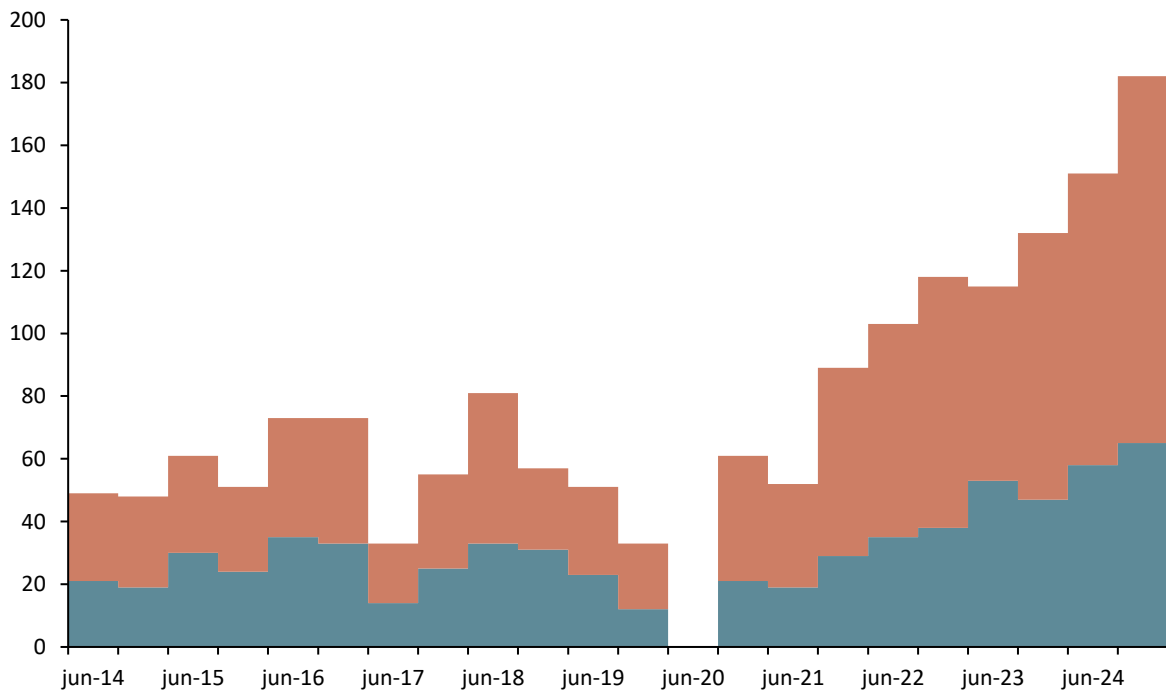


Figura 66: Personas en control en sala ERA con dependencia de oxígeno, desagregadas por género, en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2014 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

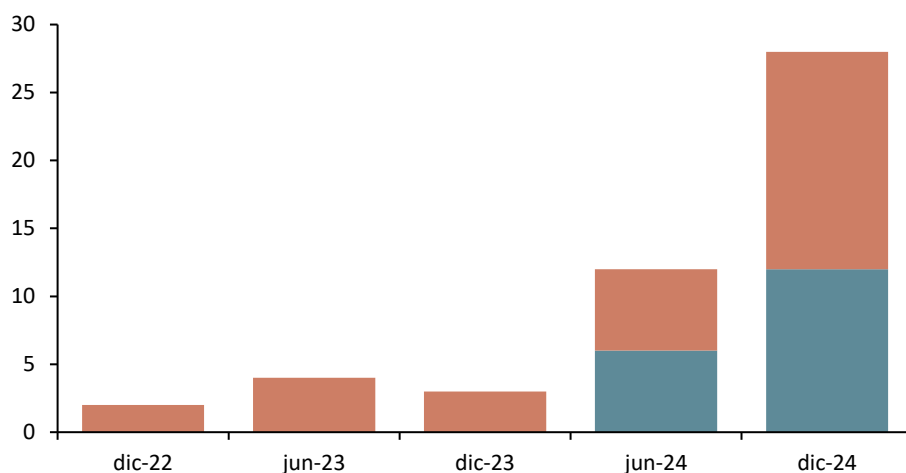


Figura 67: Personas en control en sala ERA con asistencia ventilatoria invasiva o no invasiva, desagregadas por género, en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2014 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

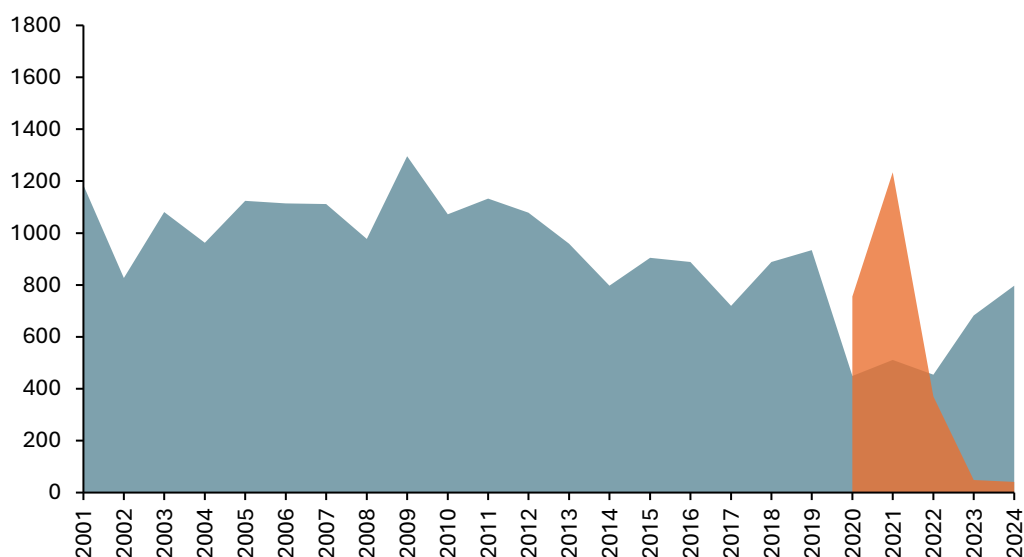


Figura 68: Número de egresos hospitalarios por diagnóstico de influenza y neumonía, y enfermedad por SARS-CoV-2 (área azul y anaranjada, respectivamente), en habitantes de la comuna de Viña del Mar entre los años 2001 y 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025b).

Salud mental

A diciembre de 2024, en la comuna existen 11.408 personas en control en el programa de salud mental. De éstos, 587 corresponden a niños y niñas menores de 10 años, en su mayoría hombres (62,7%). Los diagnósticos más frecuentes en este grupo son el trastorno hiperactivo (26,7%) y autismo (18,1%). Se registran además 2.115 adolescentes entre 10 y 19 años, de los cuales la mayoría son mujeres (62,2%). En adolescentes hombres, los diagnósticos más frecuentes corresponden a trastorno hiperactivo (23,5%), otros trastornos de ansiedad (10,5%) y depresión (10,1%). En mujeres de este grupo, predominan los diagnósticos de depresión (25,1%), otros trastornos de ansiedad (18,5%), y trastorno hiperactivo (6,3%). En adultos entre 20 y 64 años se registran 6.573 personas en control, correspondiendo el 77,3% a mujeres. En hombres, los diagnósticos más frecuentes corresponden a depresión (25,2%), consumo de alcohol y drogas (18%), y otros trastornos de ansiedad (14,9%). En mujeres destacan los diagnósticos de depresión (35,5%), otros trastornos de ansiedad (20,8%), y trastorno adaptativo (8,3%). Se registran además 2.196 personas adultas mayores de 64 años, de las cuales el 79,1% son mujeres. En hombres los diagnósticos más frecuentes son depresión (30,2%), otros trastornos de ansiedad (14,2%), y trastorno adaptativo (9,4%), mientras que en mujeres destacan los diagnósticos de depresión (39,4%) otros trastornos de ansiedad (17,5%), y trastorno adaptativo (8,4%) (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025d).

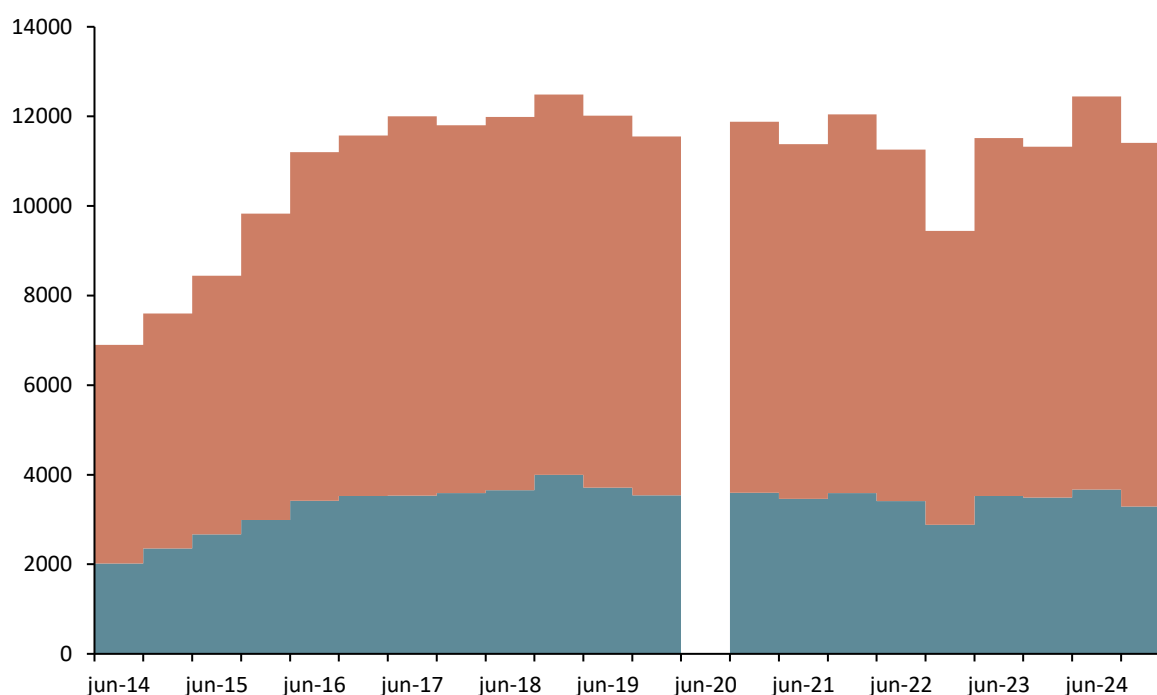


Figura 69: Personas en control en el programa de salud mental, desagregadas por género, en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2014 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

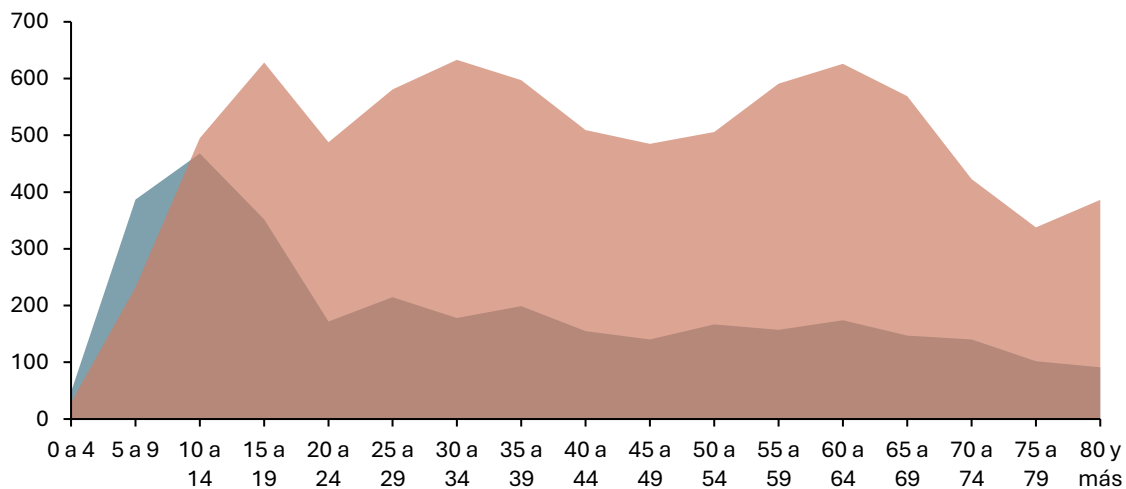


Figura 70: Número de hombres y mujeres en control en el programa de salud mental de la comuna de Viña del Mar, desagregados por grupos de edad, a diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

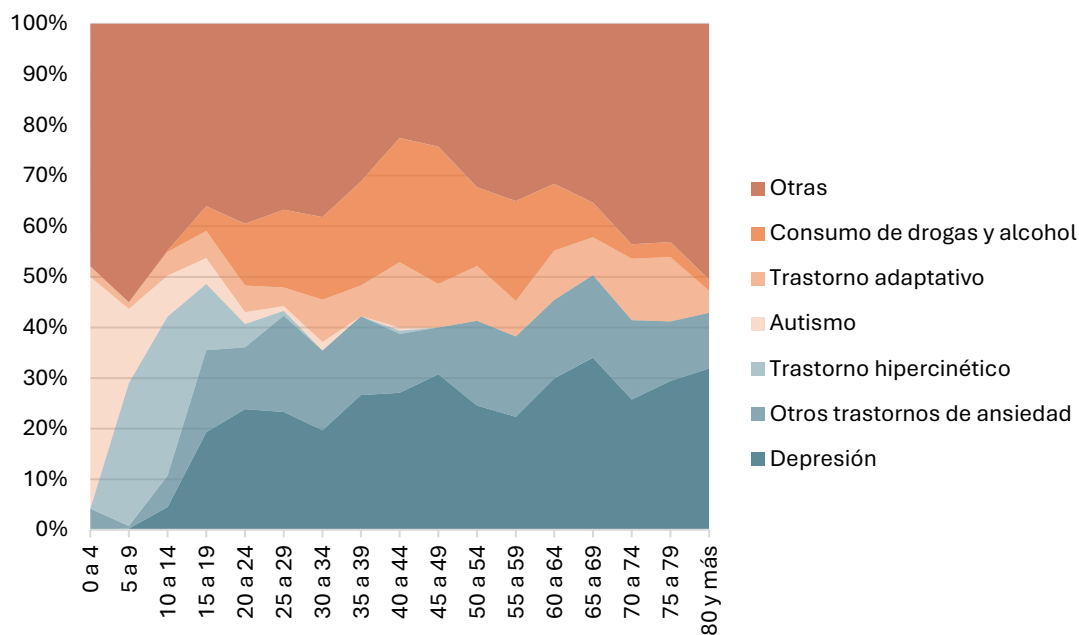


Figura 71: Hombres en control en el programa de salud mental de la comuna de Viña del Mar, desagregados por grupos de edad y diagnósticos principales. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

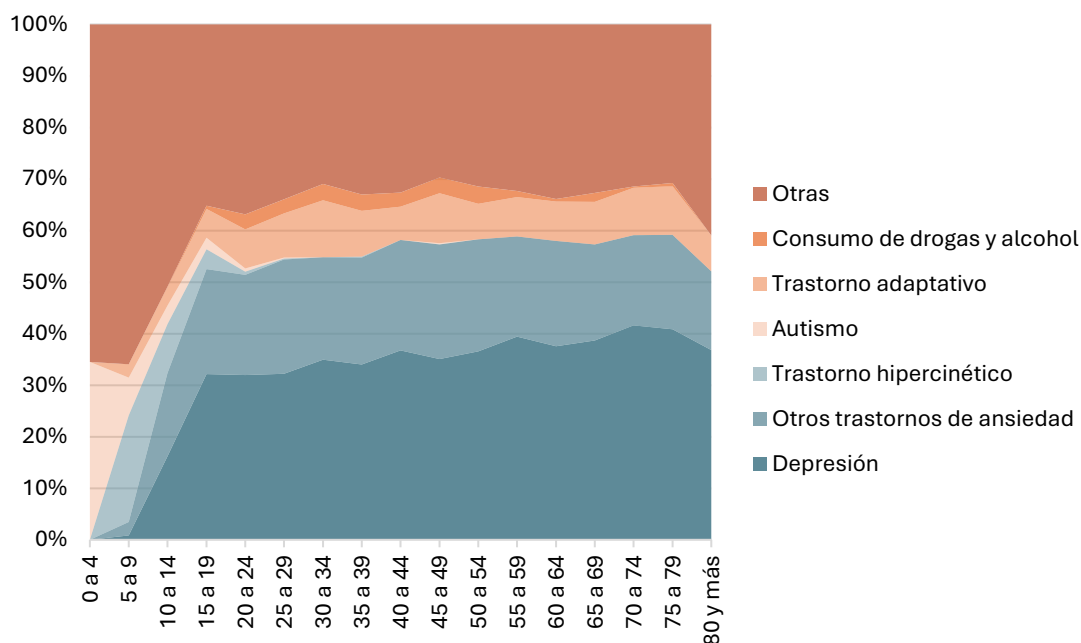


Figura 72: Mujeres en control en el programa de salud mental de la comuna de Viña del Mar, desglosados por grupos de edad y diagnósticos principales. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

Durante el año 2024, se registran 856 egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en habitantes de la comuna de Viña del Mar, de los cuales 60,5% son mujeres. Su desagregación por grupo de edad y género se presenta en la Figura 73, destacando el grupo de mujeres entre 10 y 29 años, quienes representan el 36,4% del total de hospitalizaciones (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025b). Del total de hospitalizaciones para este último año, los episodios depresivos dan cuenta del 25,8%, y los trastornos del humor en general corresponden al 38,6%. Además, se registran 47 hospitalizaciones por lesiones autoinfligidas, no contabilizadas en los diagnósticos por trastornos mentales y del comportamiento. Su desagregación se presenta en la Figura 75. Por otra parte, se registran 261 muertes por suicidio durante los últimos 10 años, afectando en forma predominante a hombres entre 20 y 54 años. Su desagregación por género y grupo de edad se presenta en la Figura 77 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2024a, 2025a). Para todos los grupos de edad, la tasa de mortalidad por suicidio entre los años 1997 y 2024 ha disminuido en la comuna de Viña del Mar, situándose además por debajo del mismo indicador regional y nacional, como se muestra en las figuras 78 a 80. Del mismo modo, la tasa de mortalidad por agresiones de terceros en la comuna, y su comparación con los indicadores de la región y el país, se presenta en las figuras 82 a 85 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2024a, 2025a).

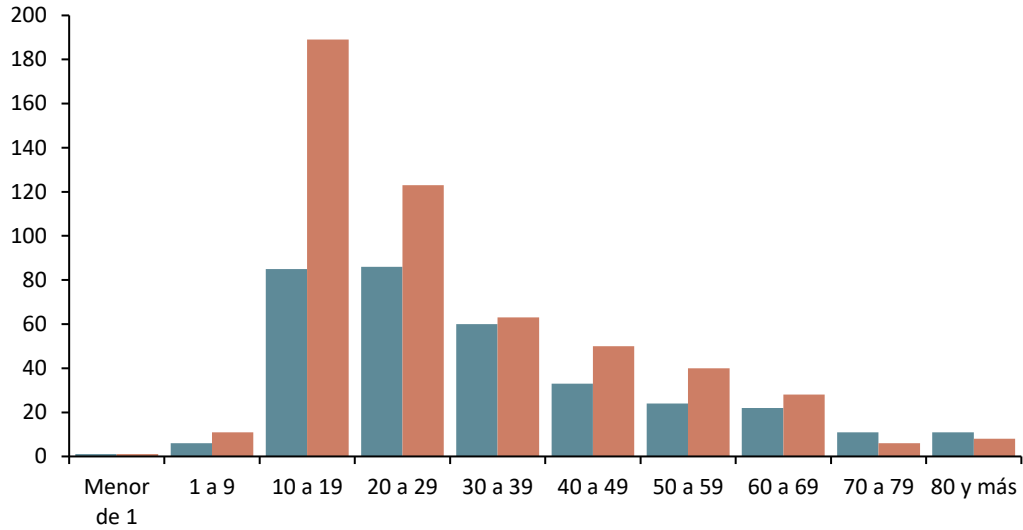


Figura 73: Egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en habitantes de la comuna de Viña del Mar, desagregados por género y grupos de edad, entre los años 2001 y 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025b).

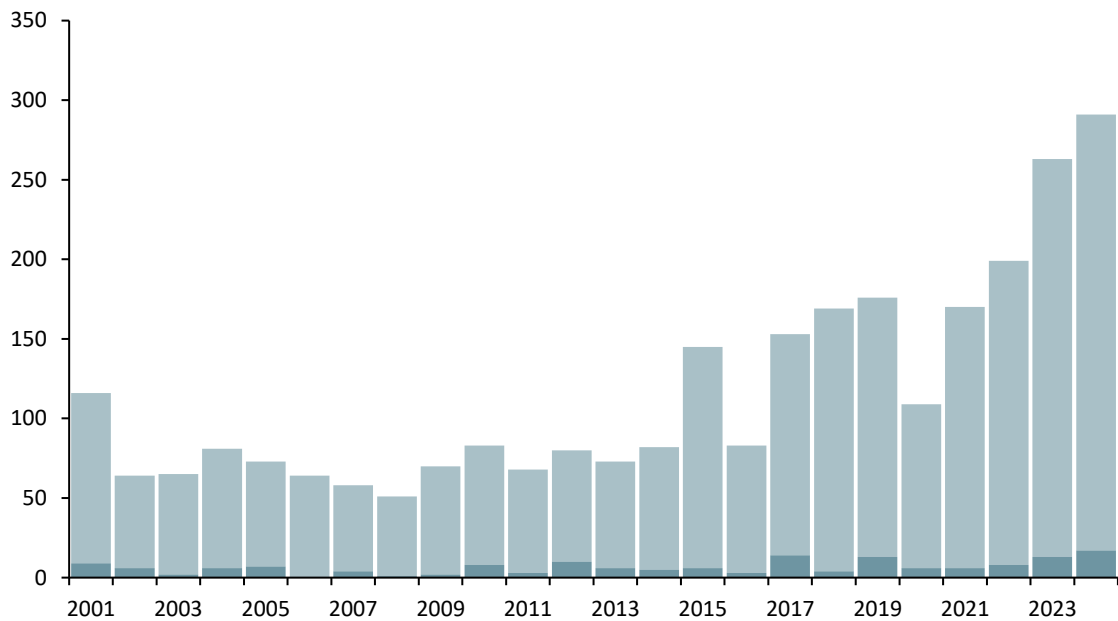


Figura 74: Número de egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en niños y niñas menores de 10 años y adolescentes residentes de la comuna de Viña del Mar entre los años 2001 y 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025b).

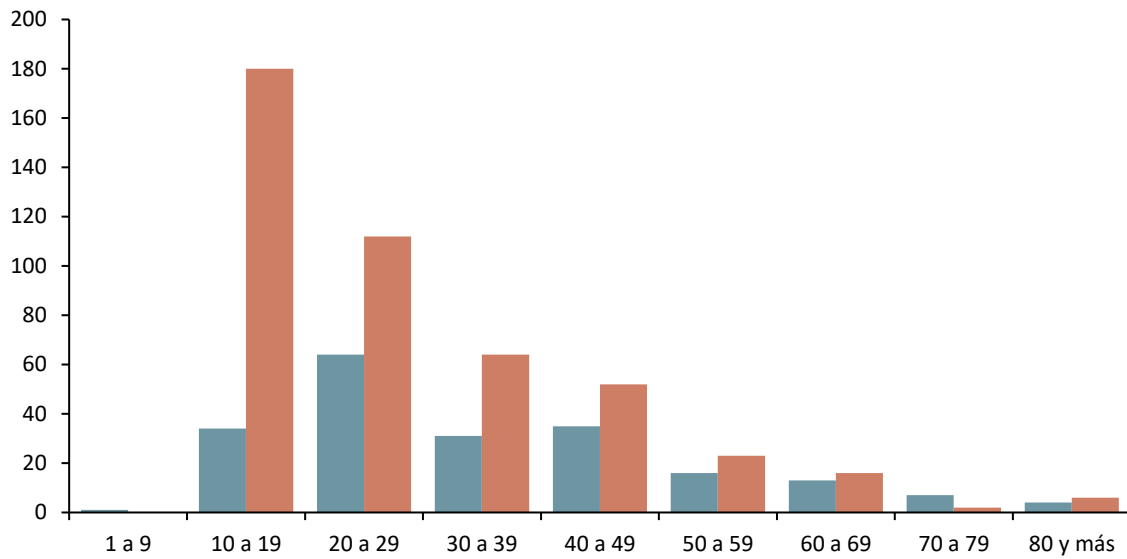


Figura 75: Egresos hospitalarios por lesiones autoinfligidas en habitantes de la comuna de Viña del Mar, desagregados por género y grupos de edad, entre los años 2001 y 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025b).

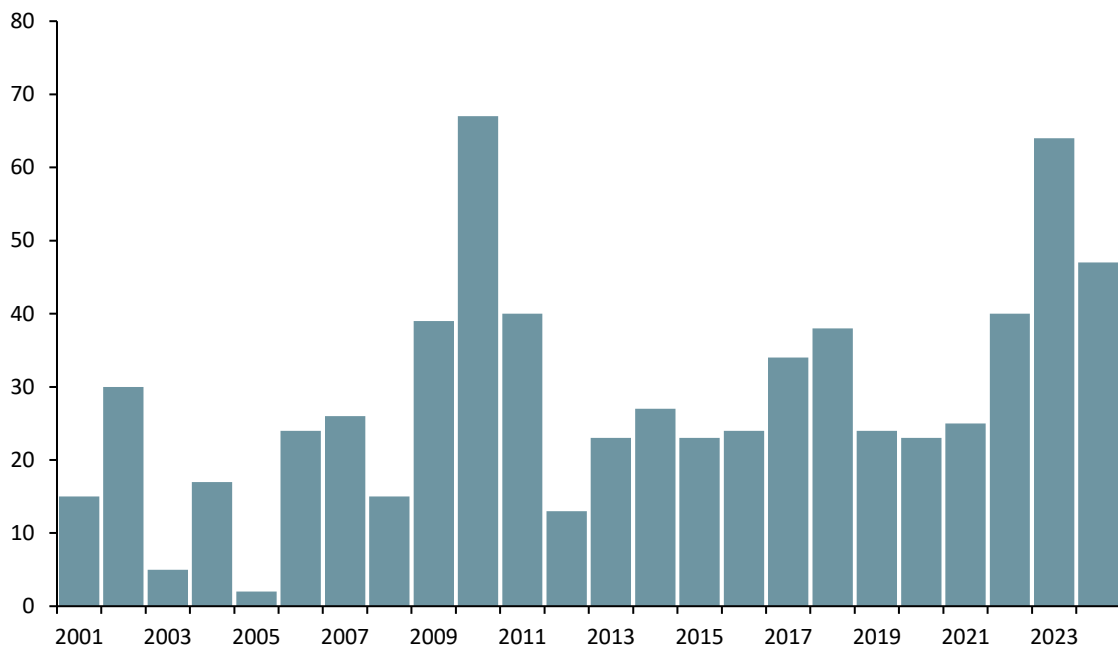


Figura 76: Número de egresos hospitalarios por lesiones autoinfligidas intencionalmente en residentes de la comuna de Viña del Mar entre los años 2001 y 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025b).

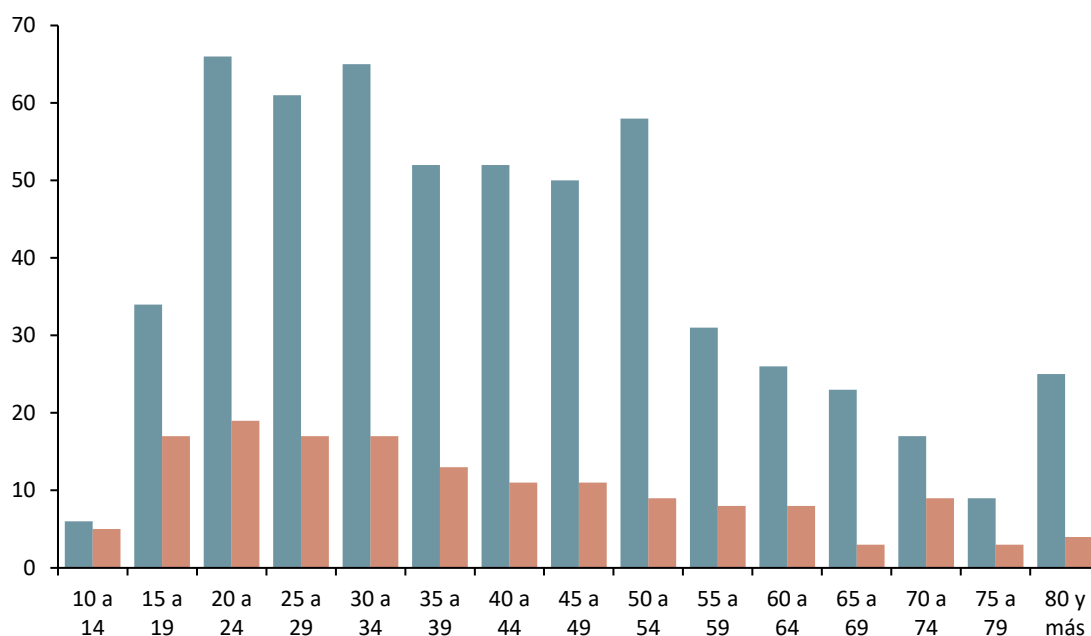


Figura 77: Defunciones por suicidio en habitantes de la comuna de Viña del Mar, desagregados por género y grupos de edad, entre los años 1997 y 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025b).



Figura 78: Tasa de mortalidad por suicidio en niños, niñas y adolescentes menores de 20 años en la comuna de Viña del Mar (promedio móvil a 3 años, línea azul) entre los años 1997 y 2024. En colores

transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2024a, 2025)



Figura 79: Tasa de mortalidad por suicidio en adultos entre 20 y 64 años en la comuna de Viña del Mar (promedio móvil a 3 años, línea azul) entre los años 1997 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2024a, 2025).



Figura 80: Tasa de mortalidad por suicidio en adultos mayores de 64 años en la comuna de Viña del Mar (promedio móvil a 3 años, línea azul) entre los años 1997 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2024a, 2025).

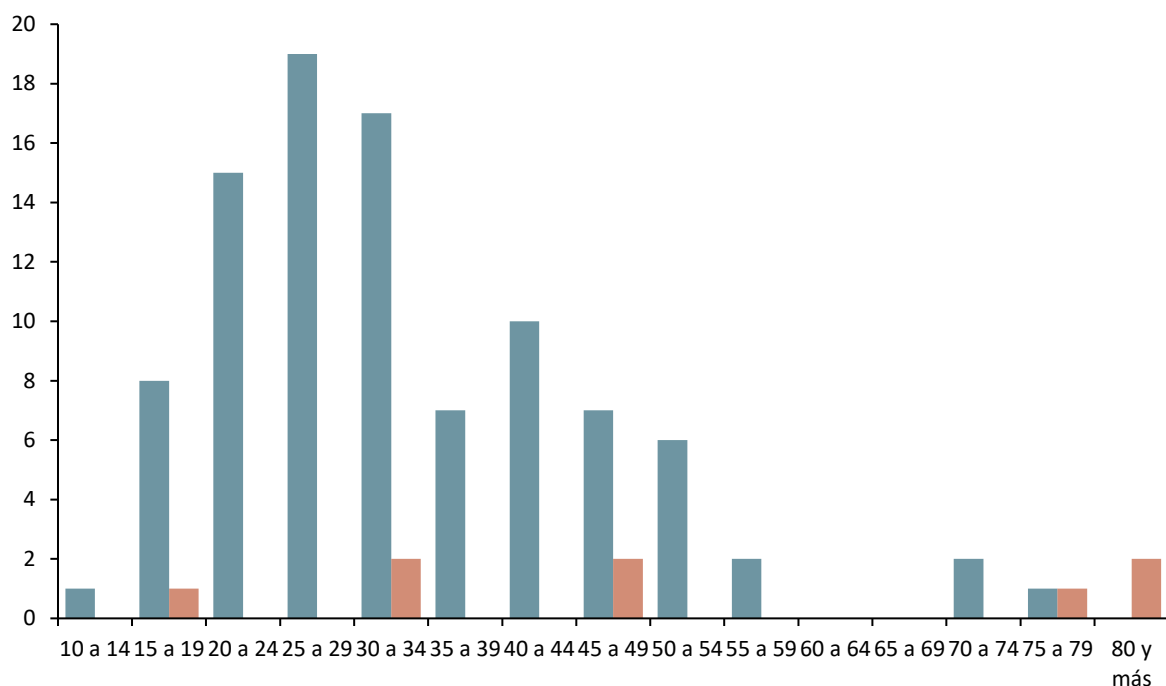


Figura 81: Defunciones por agresiones de terceros en habitantes de la comuna de Viña del Mar, desagregados por género y grupos de edad, entre los años 1997 y 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025b).

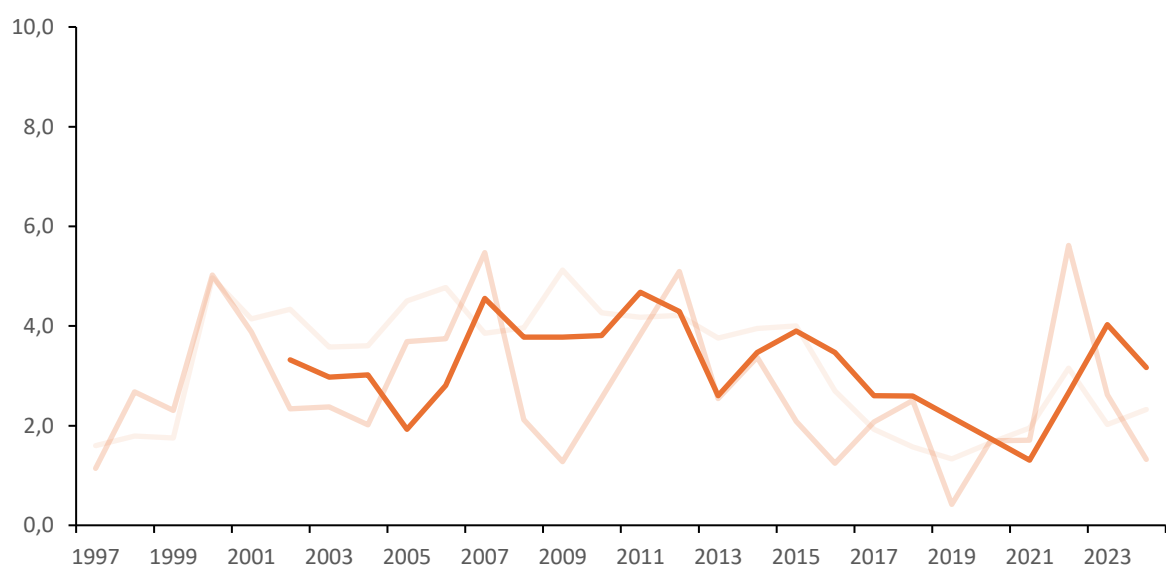


Figura 82: Tasa de mortalidad por agresiones en niños y niñas menores de 10 años en la comuna de Viña del Mar (promedio móvil a 6 años) entre los años 1997 y 2024. En colores transparentes se

muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2024a, 2025).

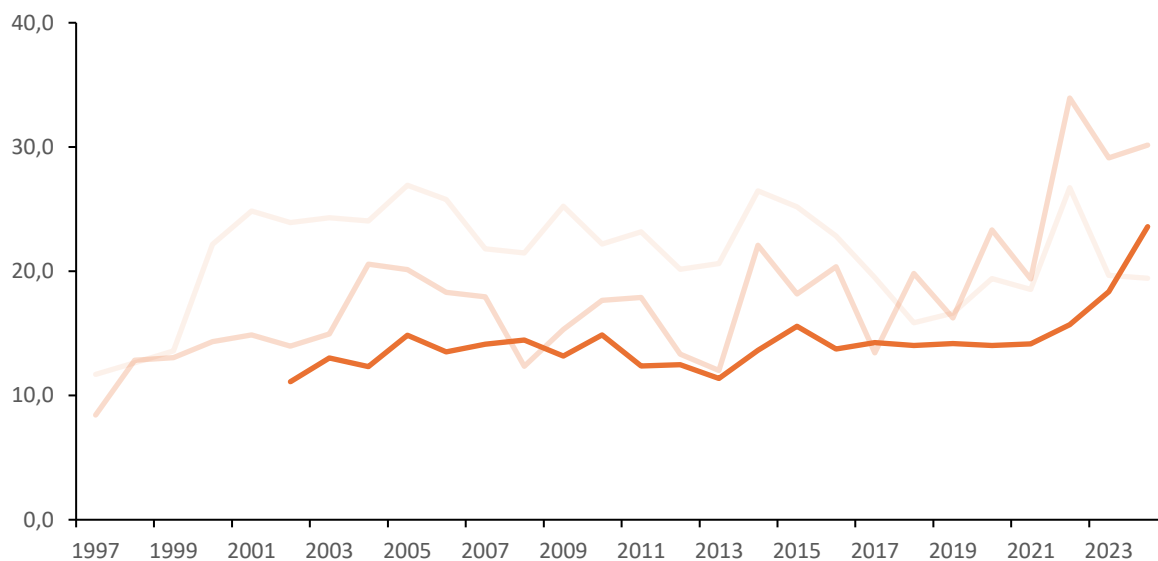


Figura 83: Tasa de mortalidad por agresiones en adolescentes entre 10 y 19 años en la comuna de Viña del Mar (promedio móvil a 6 años) entre los años 1997 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2024a, 2025).

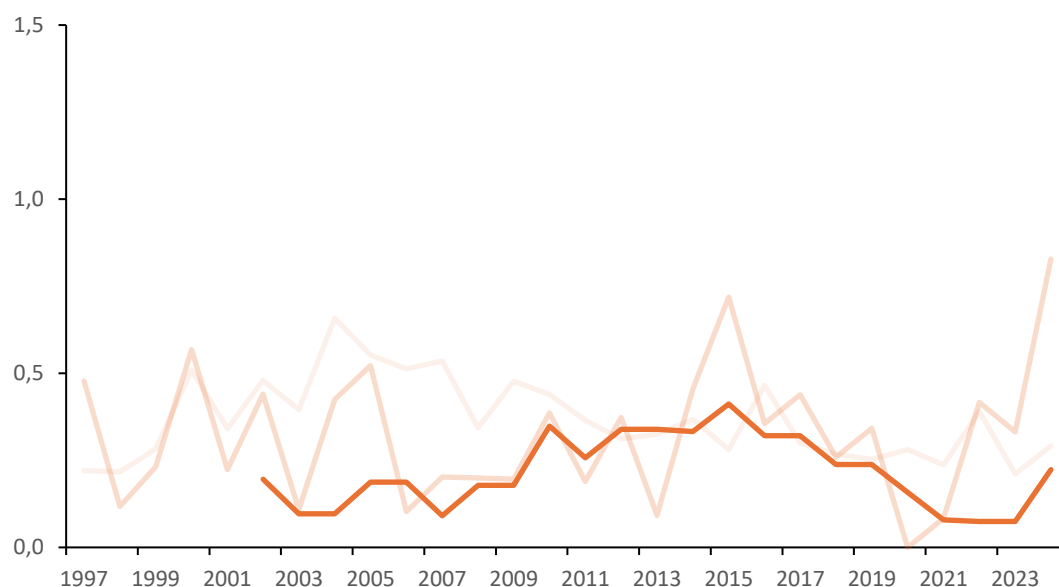


Figura 84: Tasa de mortalidad por agresiones en adultos entre 20 y 64 años en la comuna de Viña del Mar (promedio móvil a 6 años) entre los años 1997 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2024a, 2025).

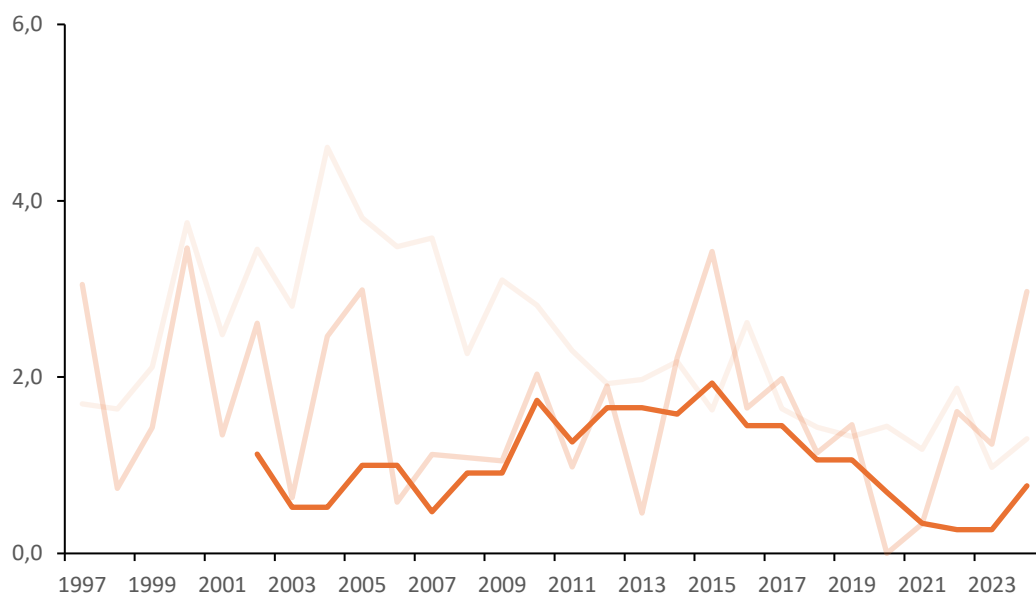


Figura 85: Tasa de mortalidad por agresiones en adultos mayores de 64 años en la comuna de Viña del Mar (promedio móvil a 6 años) entre los años 1997 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2024a, 2025).

Salud sexual y reproductiva

Durante los últimos 20 años, el número de mujeres gestantes en control en la comuna de Viña del Mar ha disminuido en un 32%, desde 1.374 en junio de 2015 a 928 en diciembre de 2025. La disminución más significativa corresponde al grupo de niñas y adolescentes menores de 15 años y mujeres entre 15 y 19 años, quienes han disminuido en forma sostenida durante los últimos 10 años (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025d). Específicamente, desde junio de 2024 se reporta solo una adolescente menor de 14 años embarazada en control, mientras que el número de adolescentes entre 15 y 19 años embarazadas en control en la comuna ha disminuido más de 5 veces (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025d). En forma relativa, el porcentaje de mujeres gestantes entre 30 y 34 años ha aumentado desde el 18,9% del total de gestantes en control a junio de 2015, al 25,3% del total de gestantes en diciembre de 2024. En general, el porcentaje de mujeres mayores de 29 años ha aumentado desde 32,3% hasta un 45% en la actualidad (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025d). Lo anterior se relacionaría con un aumento en el porcentaje de mujeres que presentan alto riesgo obstétrico, desde el 15,7% en junio de 2015 al 34,3% en diciembre de 2024.

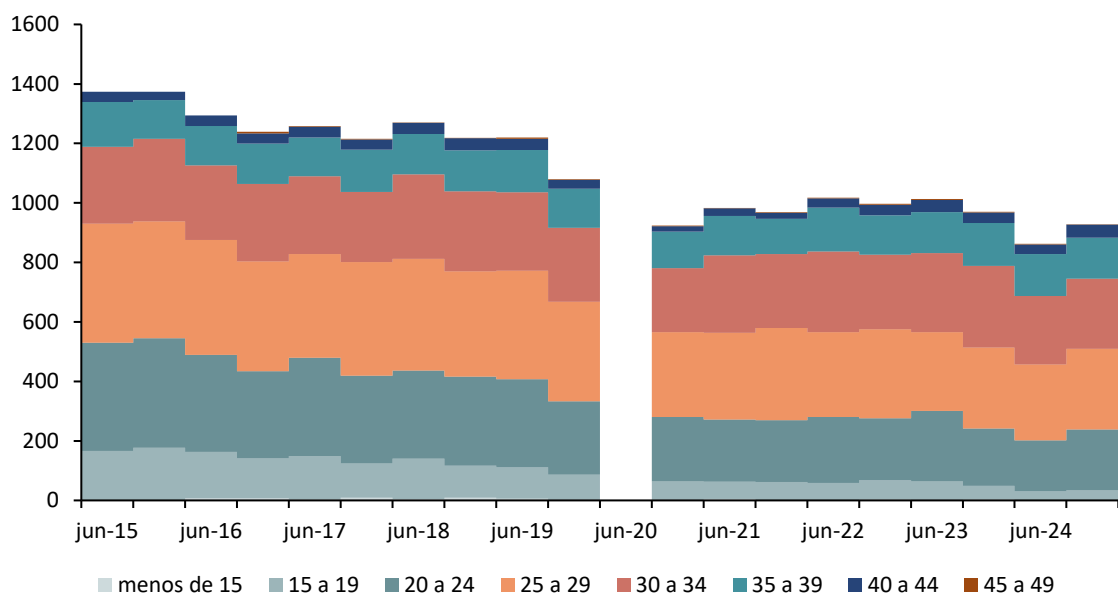


Figura 86: Número de mujeres gestantes, de acuerdo a grupos de edad, en control en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2015 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

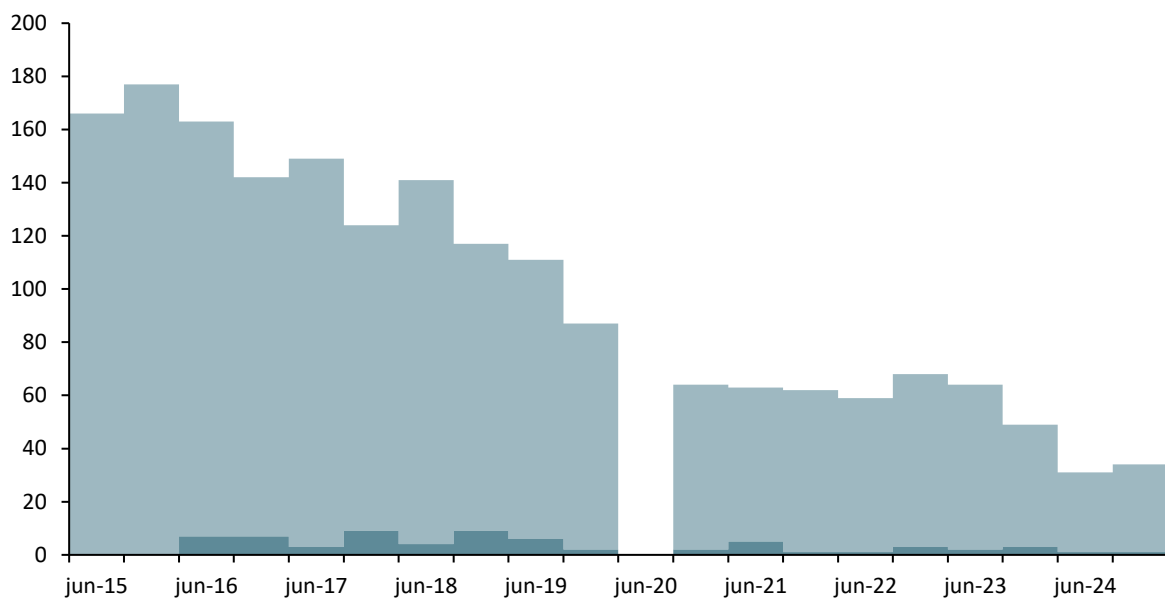


Figura 87: Número de mujeres gestantes menores de 15 años y entre 15 y 19 años (área azul oscura y clara, respectivamente) en control en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2015 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

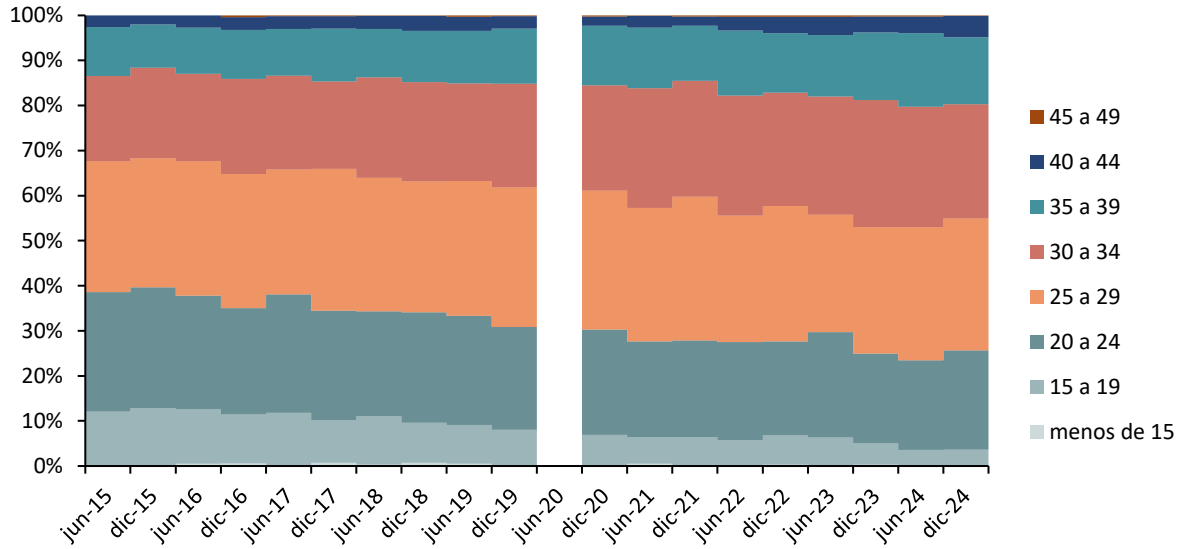


Figura 88: Porcentaje de mujeres gestantes, de acuerdo a grupos de edad, en control en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2015 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

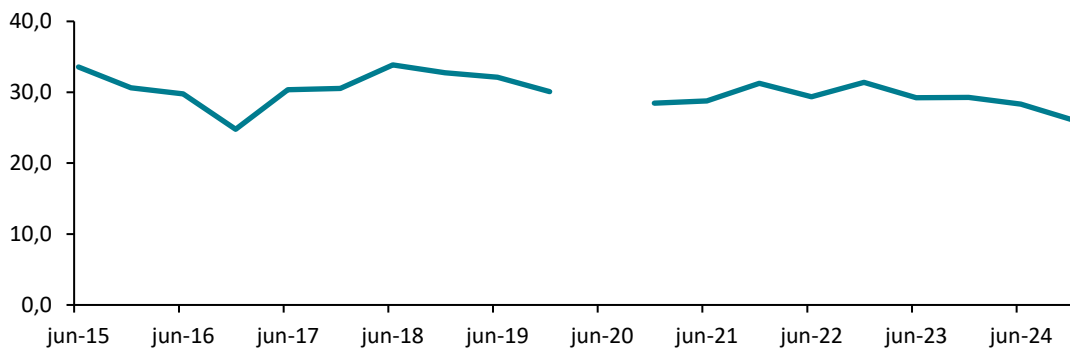


Figura 89: Prevalencia de riesgo psicosocial en gestantes en control en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2015 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

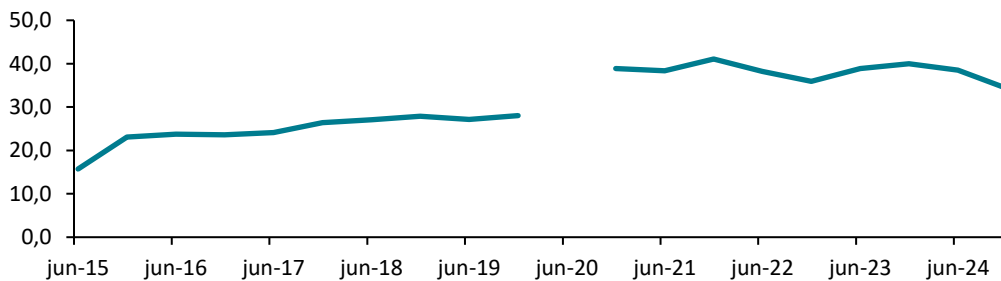


Figura 90: Prevalencia de alto riesgo obstétrico en gestantes en control en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2015 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

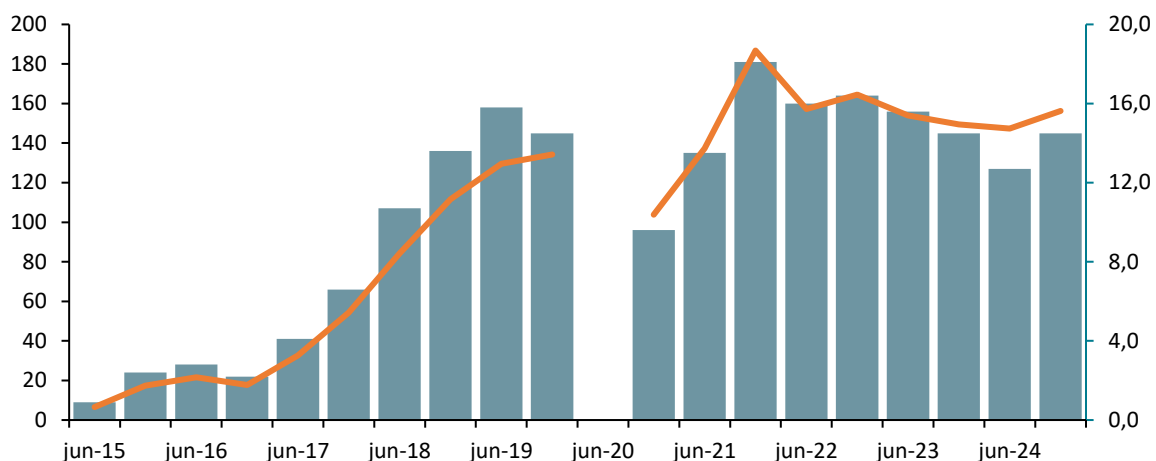


Figura 91: Mujeres migrantes gestantes en control en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2015 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

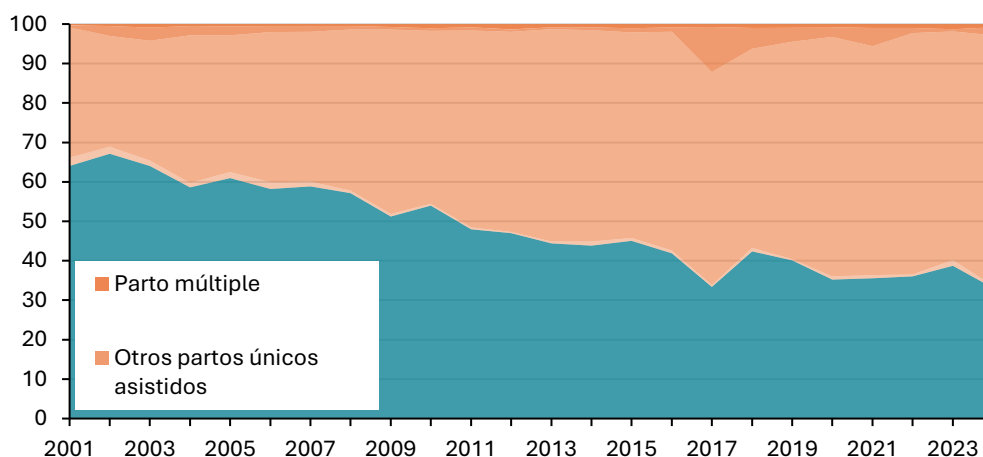


Figura 92: Tipo de parto en mujeres gestantes hospitalizadas y con residencia en la comuna de Viña del Mar entre los años 2001 y 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025b).

Desde la promulgación y entrada en vigencia de la Ley 21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales (Ministerio de Salud, 2017), 118 adolescentes y mujeres de la comuna de Viña del Mar han accedido a esta prestación (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025c). De este total, 50% han sido realizadas por inviabilidad fetal, 35,6% han sido realizadas por riesgo vital de la madre, y 14,4% por violación. La mayoría de las mujeres que acceden a la interrupción voluntaria del embarazo tienen entre 25 y 34 años, correspondiendo este grupo al 56,8% del total (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025c). Por otra parte, entre los años 2014 y 2024, se han realizado 1.963 consultas por anticoncepción de emergencia en los

centros de salud de la comuna de Viña del Mar, de las cuales un 92,5% las ha atendido profesional matrn o matrona (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025d).

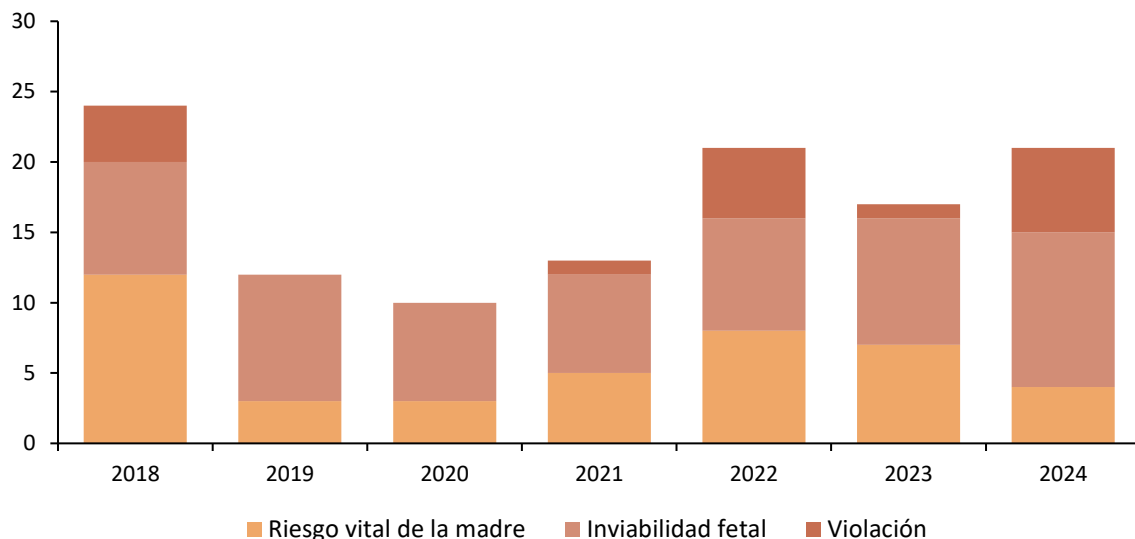


Figura 93: Mujeres que han accedido a la interrupción voluntaria del embarazo, de acuerdo a causales, con residencia en la comuna de Viña del Mar entre los años 2018 y 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025c).

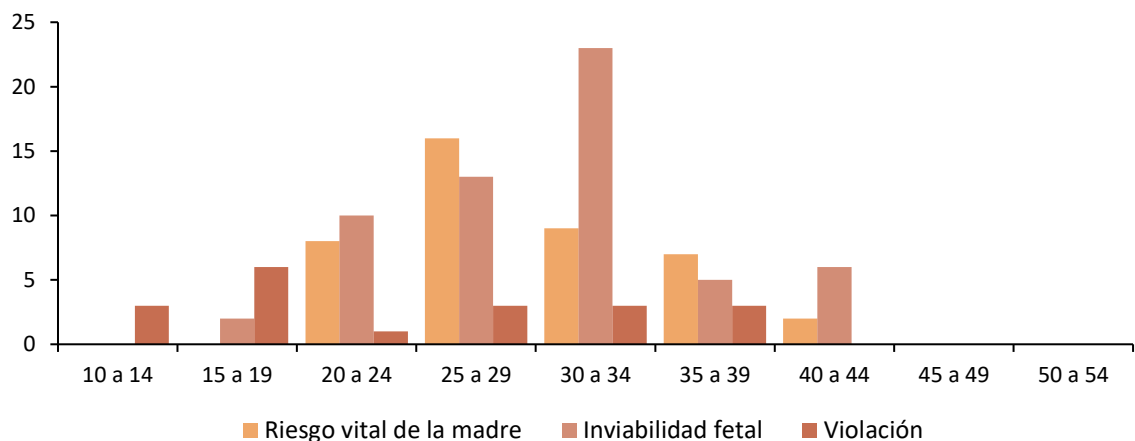


Figura 94: Mujeres que han accedido a la interrupción voluntaria del embarazo, de acuerdo a grupos de edad, con residencia en la comuna de Viña del Mar entre los años 2018 y 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025c).

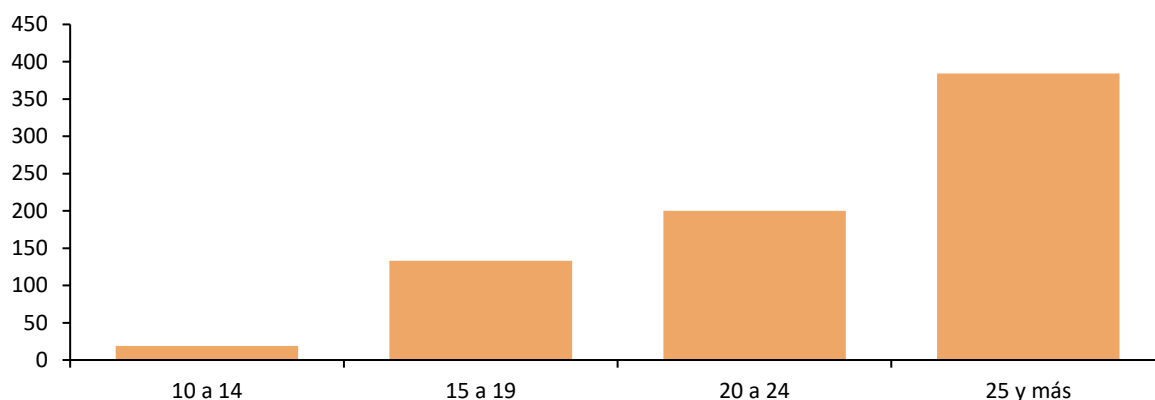


Figura 95: Mujeres que han accedido a anticoncepción de emergencia, de acuerdo a grupos de edad, en la comuna de Viña del Mar entre los años 2014 y 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

Como se menciona anteriormente, los tumores malignos de mama y de órganos genitales femeninos corresponden, en su conjunto, a la primera causa de muerte de mujeres entre 20 y 64 años, y se sitúan dentro de las primeras veinte causas de muerte más frecuentes en mujeres mayores de 64 años en la comuna de Viña del Mar. Específicamente, se registran 69 muertes por cáncer cervicouterino en mujeres menores de 65 años y 64 muertes por esta misma causa en mujeres mayores de 64 años durante los últimos 10 años. La tasa de mortalidad específica de esta neoplasia, ajustada por grupos de edad, se presenta en las figuras 96 y 97 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2024a, 2025a). Si bien desde junio de 2022 hasta la actualidad el porcentaje de mujeres con examen de Papanicolau vigente ha aumentado en la comuna, desde el 26,4% a 41,2% en mujeres entre 25 y 64 años, estas cifras se sitúan por debajo de los indicadores regional y nacional durante todo el período, como se muestra en la Figura 98 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025d). Existe además registro de 161 muertes por cáncer mamario en mujeres menores de 65 años, y 296 muertes por esta misma causa en mujeres mayores de 64 años. La tasa de mortalidad por cáncer de mama, ajustada por edad, se presenta en las figuras 100 y 101 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2024a, 2025a). Al respecto, el porcentaje de mujeres entre 50 y 69 años con mamografía vigente en la comuna de Viña del Mar ha aumentado sostenidamente desde junio de 2014, si bien este indicador también se sitúa por debajo de las cifras regionales y nacionales, como se presenta en la Figura 103 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025d).



Figura 96: Tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino en mujeres entre 20 y 64 años en la comuna de Viña del Mar (promedio móvil a 3 años) entre los años 1997 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2024a, 2025).

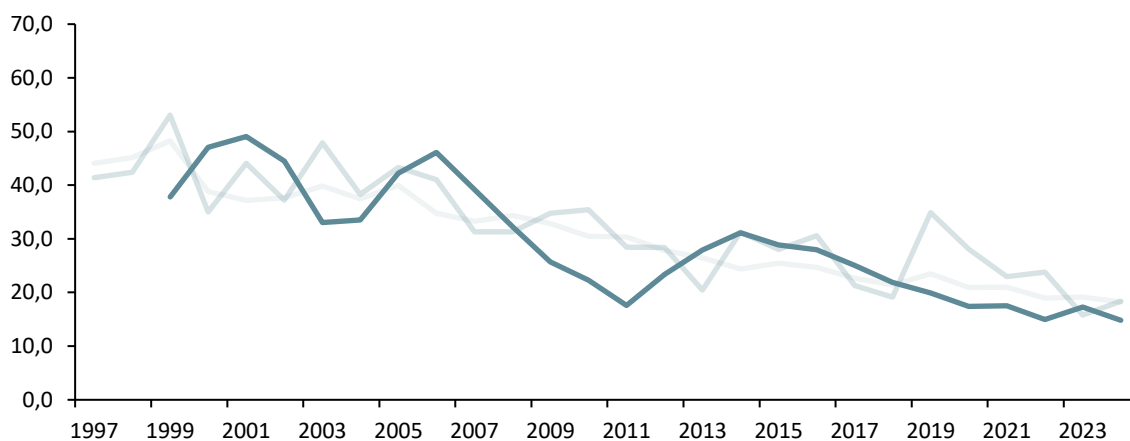


Figura 97: Tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino en mujeres mayores de 64 años en la comuna de Viña del Mar (promedio móvil a 3 años) entre los años 1997 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2024a, 2025).

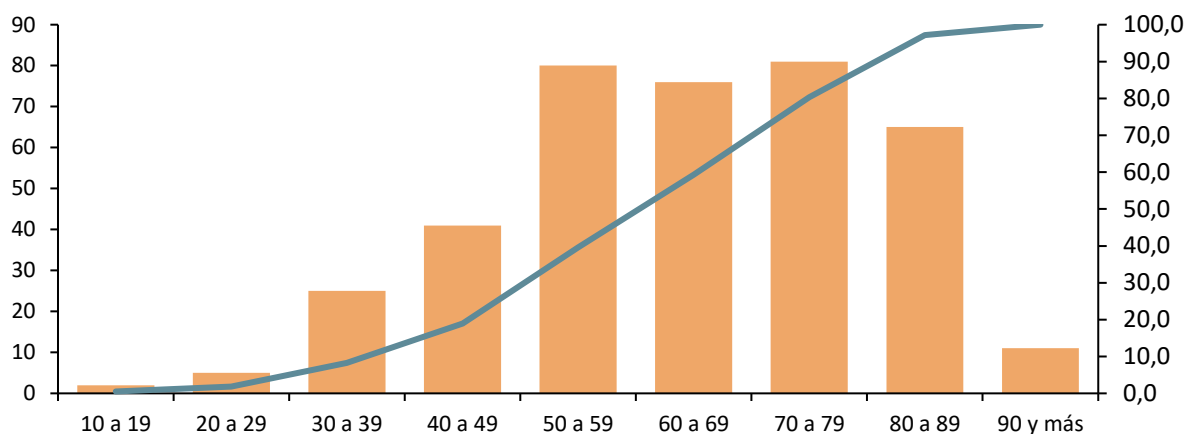


Figura 98: Número de muertes por cáncer cervicouterino (y su frecuencia acumulada) en mujeres residentes de Viña del Mar, desagregadas por grupos de edad, entre los años 1997 y 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2024a, 2025).

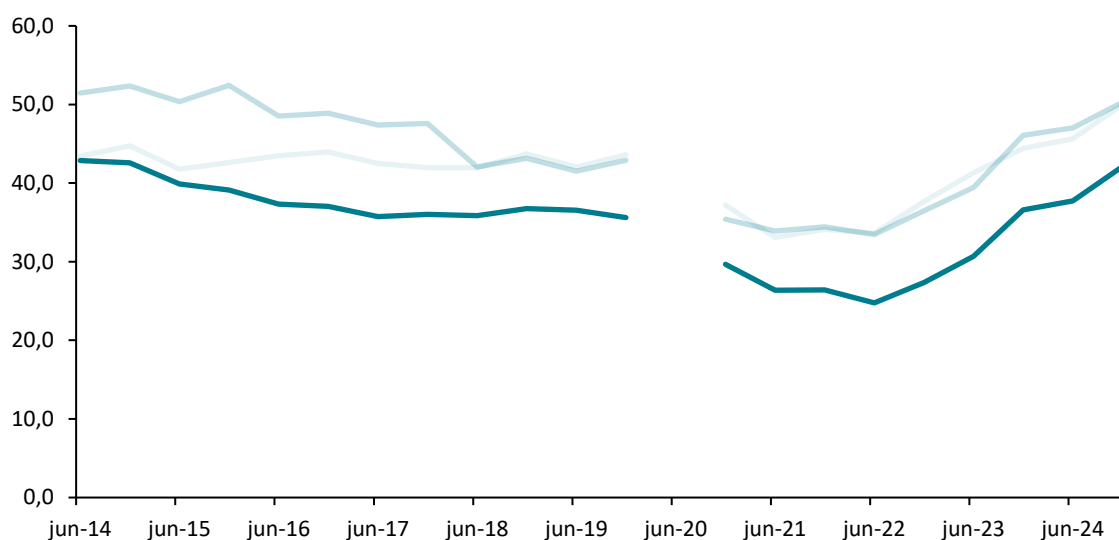


Figura 99: Mujeres entre 25 y 64 años con PAP vigente en la comuna de Viña del Mar entre junio de 2014 y diciembre de 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2024a, 2025).



Figura 100: Tasa de mortalidad por cáncer de mama en mujeres entre 20 y 64 años en la comuna de Viña del Mar (promedio móvil a 3 años) entre los años 1997 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2024a, 2025).



Figura 101: Tasa de mortalidad por cáncer de mama en mujeres mayores de 64 años en la comuna de Viña del Mar (promedio móvil a 3 años) entre los años 1997 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2024a, 2025).

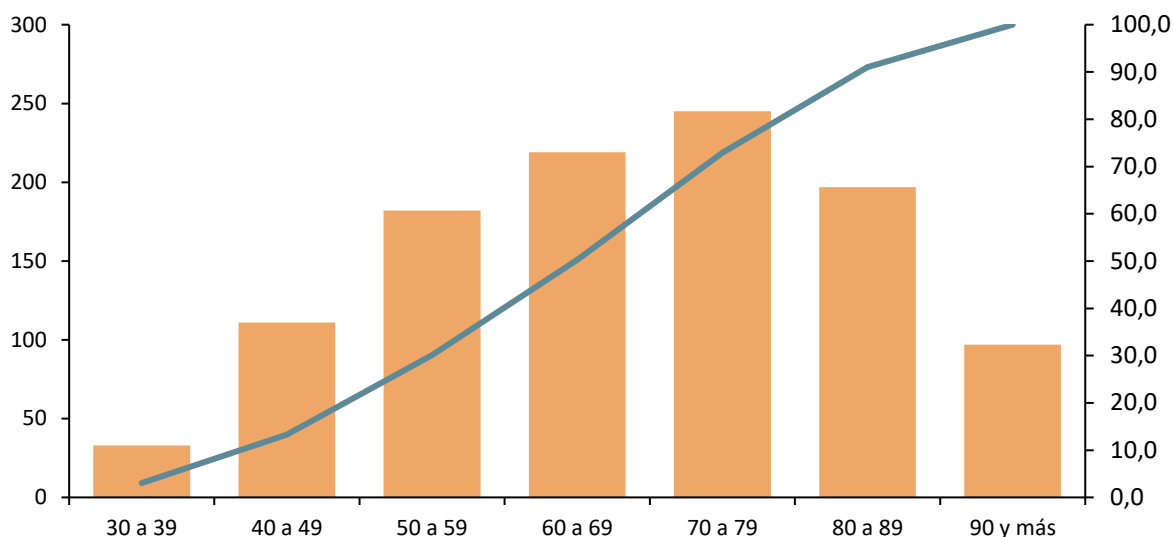


Figura 102: Número de muertes por cáncer de mama (y su frecuencia acumulada) en mujeres residentes de Viña del Mar, desagregadas por grupos de edad, entre los años 1997 y 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2024a, 2025).

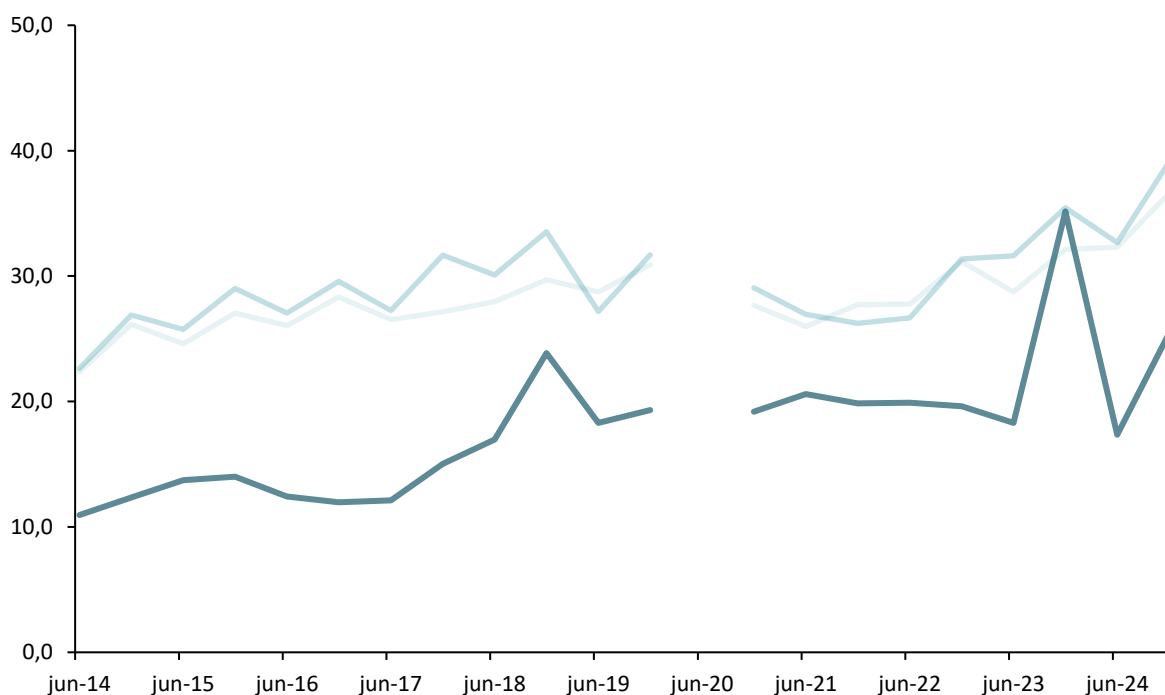


Figura 103: Mujeres entre 50 y 69 años con mamografía vigente en la comuna de Viña del Mar entre junio de 2014 y diciembre de 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2024a, 2025).

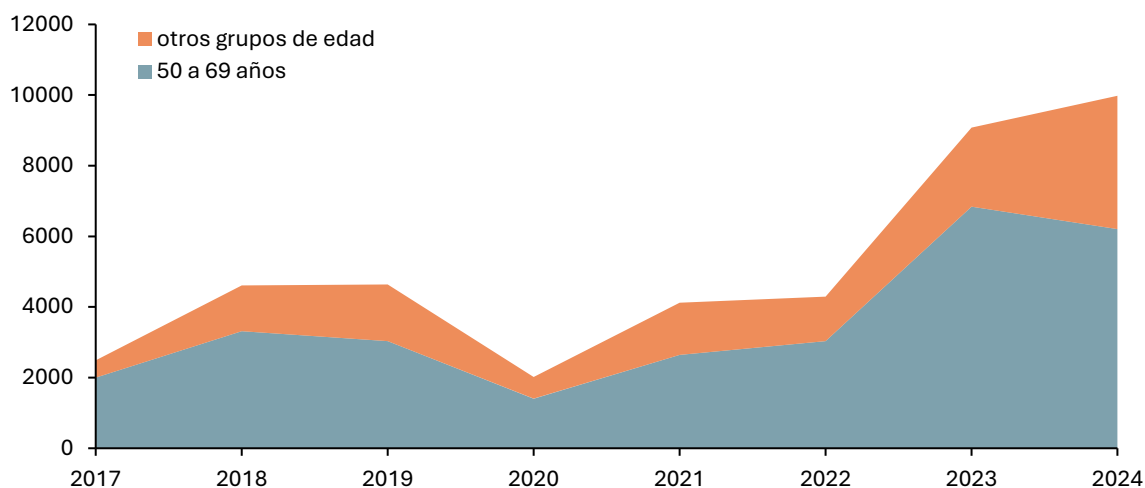


Figura 104: Número de mamografías realizadas en mujeres en control en la red de atención primaria de salud de la comuna de Viña del Mar, desagregadas por grupo de edad programática, entre los años 2017 y 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2024a, 2025).

Tumores

Entre los años 2001 y 2024 se registran 3.248 egresos hospitalarios por tumores en niños y niñas menores de 10 años residentes en la comuna de Viña del Mar, sin diferencias por género. El tipo de cáncer más frecuente en este grupo de edad, de acuerdo al registro de hospitalizaciones, es la leucemia linfocítica, correspondiendo al 54,8% del total de neoplasias, seguido del tumor maligno del encéfalo (13,7%), y tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas (8,1%). El detalle de los diagnósticos de tumores en este grupo etario se presenta en la Tabla 10 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025b). La mortalidad en este grupo de edad por esta causa asciende, como promedio durante los últimos 10 años, a 4,5 muertes cada 100.000 niños y niñas menores de 10 años, superior a las tasas regionales y nacionales para el mismo período de 3,5 y 3,7 muertes cada 100.000 niños y niñas menores de 10 años, como se muestra en la Figura 10 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2024a, 2025a).

Entre los años 2001 y 2024 se registran además 2.095 egresos hospitalarios por cáncer en adolescentes entre 10 y 19 años residentes en la comuna de Viña del Mar, 61,2% de los cuales corresponden a niños (1.262 egresos). El tipo de cáncer más frecuente en este grupo de edad, de acuerdo al registro de hospitalizaciones, sigue siendo la leucemia linfocítica, con el 21,2% de las neoplasias, seguido de tumor maligno del encéfalo (16,6%), y tumores malignos de los huesos y los cartílagos articulares (11,7%). El

detalle de los diagnósticos de cáncer en este grupo etario se presenta en la Tabla 11 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025b). La mortalidad en este grupo de edad por esta causa asciende, como promedio durante los últimos 10 años, a 4,4 muertes cada 100.000 adolescentes, por encima de las tasas regionales y nacionales para el mismo período de 3,5 y 3,3 muertes cada 100.000 adolescentes, como se muestra en la Figura 106. La desagregación por grupos de edad y género en niños, niñas y adolescentes menores de 20 años que han fallecido por cáncer se presenta en la Figura 107 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2024a, 2025a).

Entre los años 2001 y 2024, se registran 44.134 egresos hospitalarios por cáncer en personas mayores de 19 años residentes en la comuna de Viña del Mar, de los cuales el 56,2% corresponde a mujeres (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025b). El tipo de cáncer más frecuente como causa de hospitalización en hombres mayores de 19 años corresponde al tumor maligno de la próstata, con el 12,4% del total de neoplasias malignas en este grupo, seguido del tumor maligno de colon, con el 10,2% del total; linfoma no Hodgkin de otro tipo y el no especificado, con el 7,8%; tumor maligno de colon, con el 10,7%; y tumor maligno de estómago, con el 9,5% del total de neoplasias (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025b). En mujeres mayores de 19 años, el cáncer más frecuente como causa de hospitalización corresponde al tumor maligno de mama, con el 24,1% del total de neoplasias en este grupo, seguido por el tumor maligno de colon, con el 8,7%; y el tumor de cuello uterino, que asciende al 7,2% del total de neoplasias (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025b). La tasa de mortalidad específica por tumores para la comuna de Viña del Mar, ajustada por grupos de edad, se presenta en las figuras 108 a 110, mientras que la tasa de mortalidad de los tumores malignos con mayor número de defunciones para cada grupo se presenta en las figuras 111 a 118 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2024^a, 2025^a).

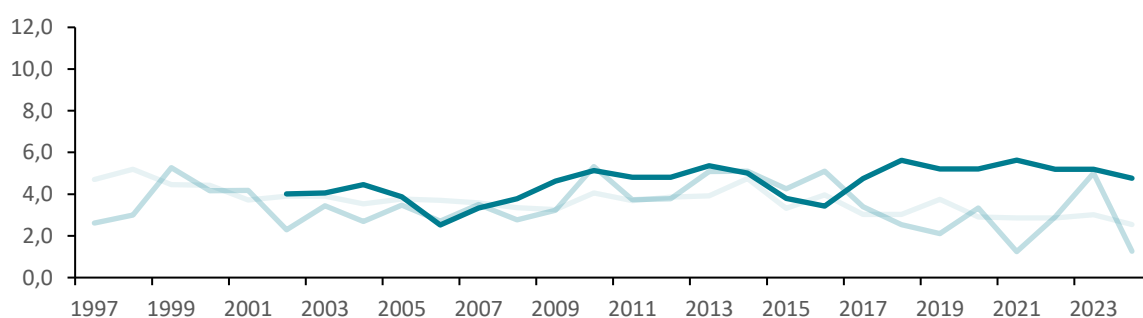


Figura 105: Tasa de mortalidad por cáncer en niños y niñas menores de 10 años en la comuna de Viña del Mar (promedio móvil a 3 años) entre los años 1997 y 2024. En colores transparentes se

muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2024a, 2025).

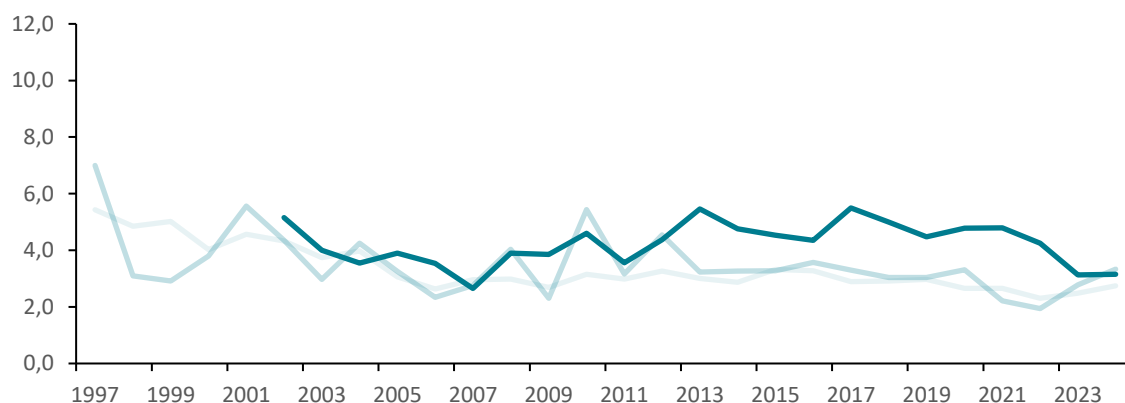


Figura 106: Tasa de mortalidad por cáncer en adolescentes entre 10 y 19 años en la comuna de Viña del Mar (promedio móvil a 3 años) entre los años 1997 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2024a, 2025).

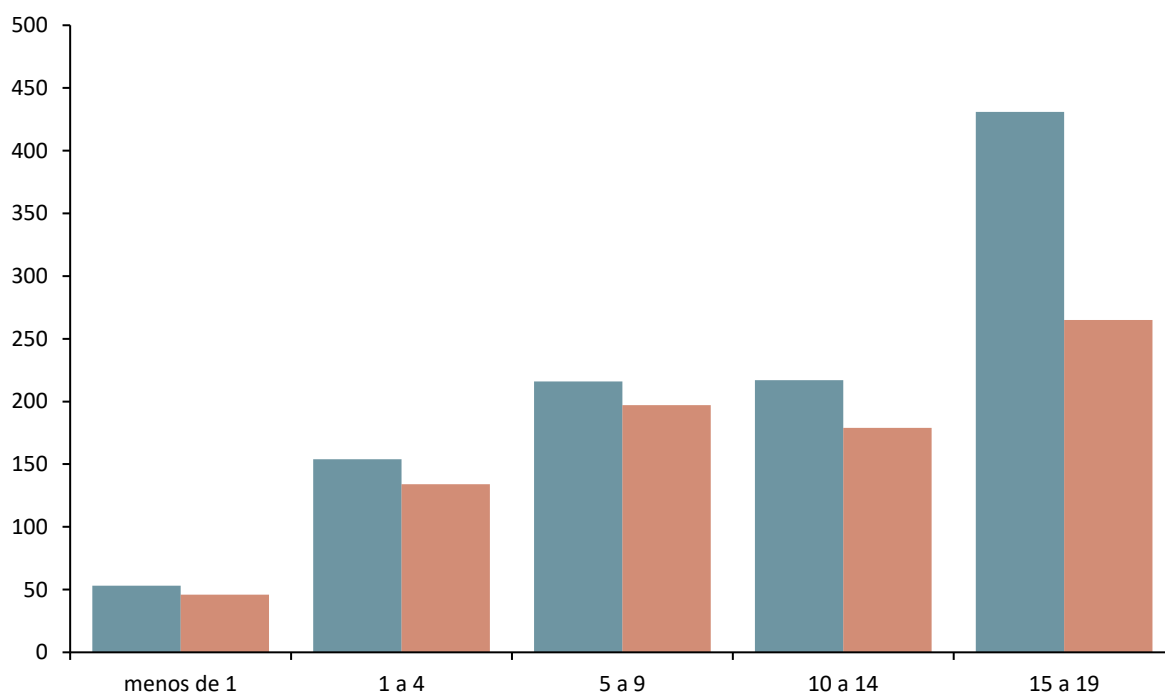


Figura 107: Defunciones por neoplasias en niños, niñas y adolescentes menores de 20 años de la comuna de Viña del Mar, desagregados por género y grupos de edad, entre los años 2015 y 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025b).

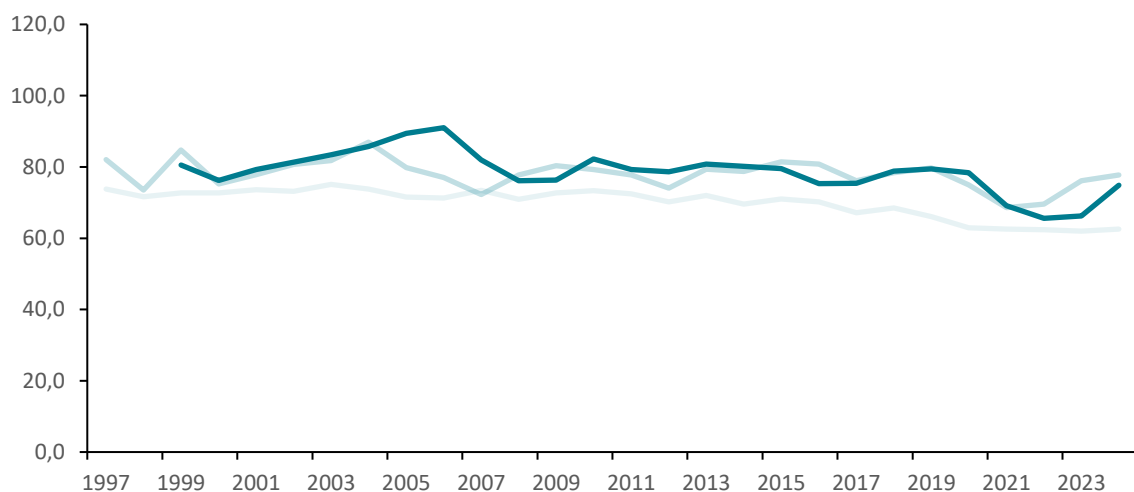


Figura 108: Tasa de mortalidad por cáncer en hombres entre 20 y 64 años en la comuna de Viña del Mar (promedio móvil a 3 años) entre los años 1997 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2024^a, 2025).

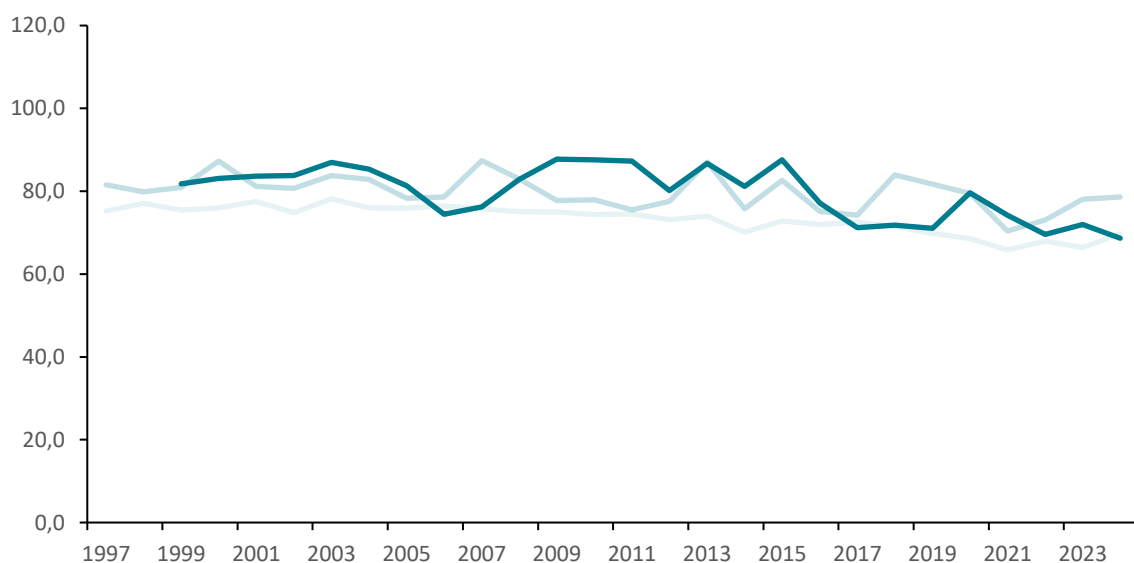


Figura 109: Tasa de mortalidad por cáncer en mujeres entre 20 y 64 años en la comuna de Viña del Mar (promedio móvil a 3 años) entre los años 1997 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2024^a, 2025).

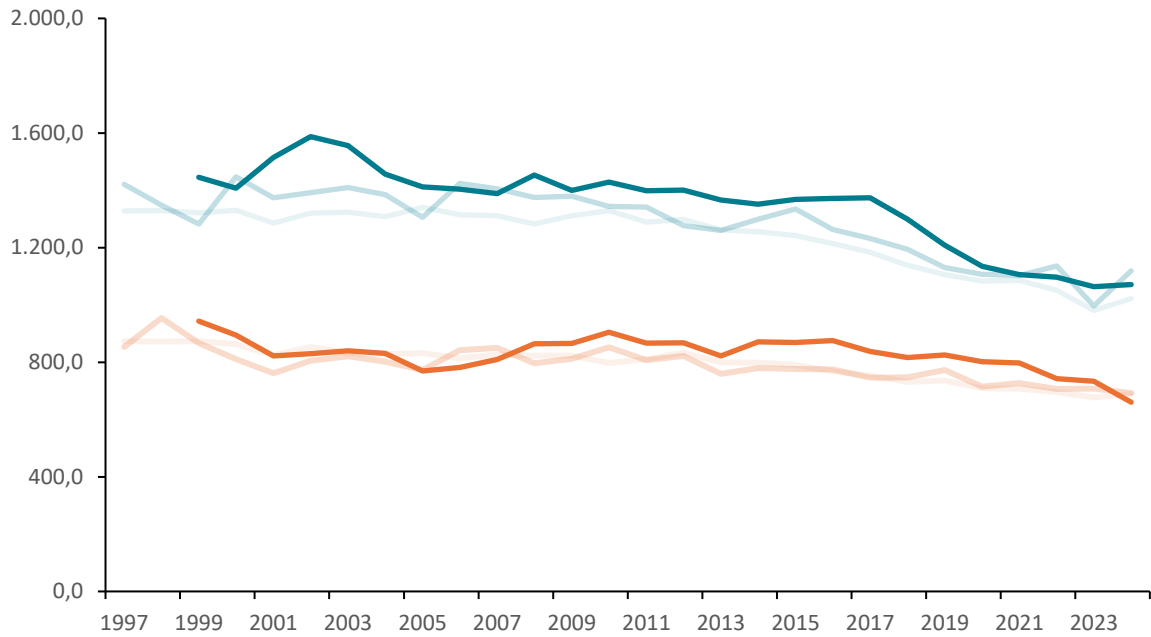


Figura 110: Tasa de mortalidad por cáncer en hombres y mujeres mayores de 64 años (promedio móvil a 3 años, línea azul y anaranjada, respectivamente) en la comuna de Viña del Mar entre los años 1997 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2024^a, 2025).

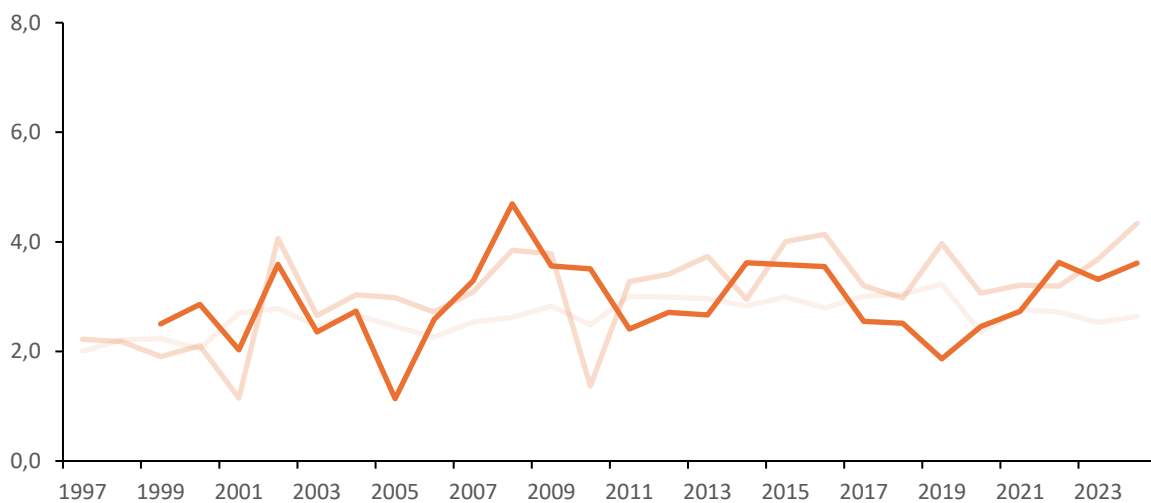


Figura 111: Tasa de mortalidad por cáncer de próstata en hombres menores de 65 años en la comuna de Viña del Mar (promedio móvil a 3 años) entre los años 1997 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2024^a, 2025).

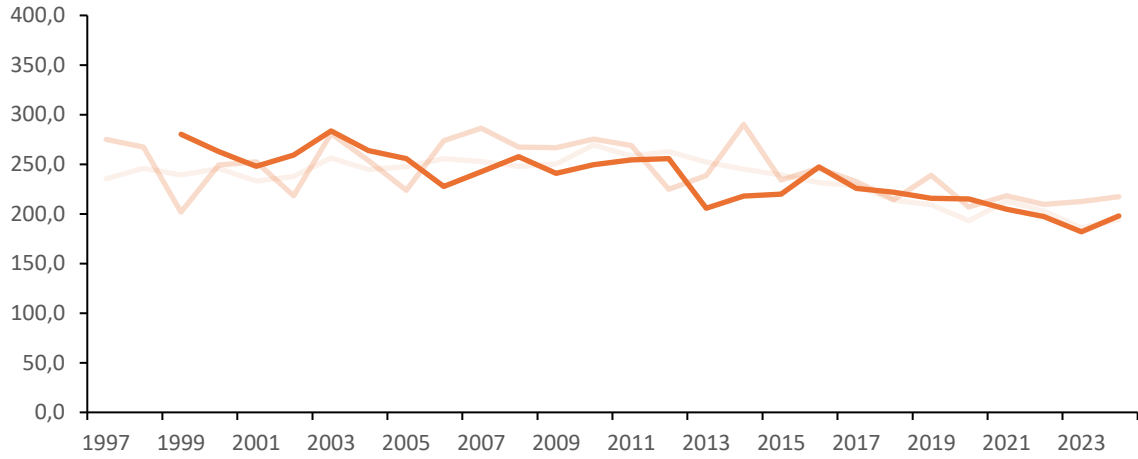


Figura 112: Tasa de mortalidad por cáncer de próstata en hombres mayores de 65 años en la comuna de Viña del Mar (promedio móvil a 3 años) entre los años 1997 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2024^a, 2025).



Figura 113: Tasa de mortalidad por cáncer de colon en hombres entre 20 y 64 años en la comuna de Viña del Mar (promedio móvil a 3 años) entre los años 1997 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2024^a, 2025).

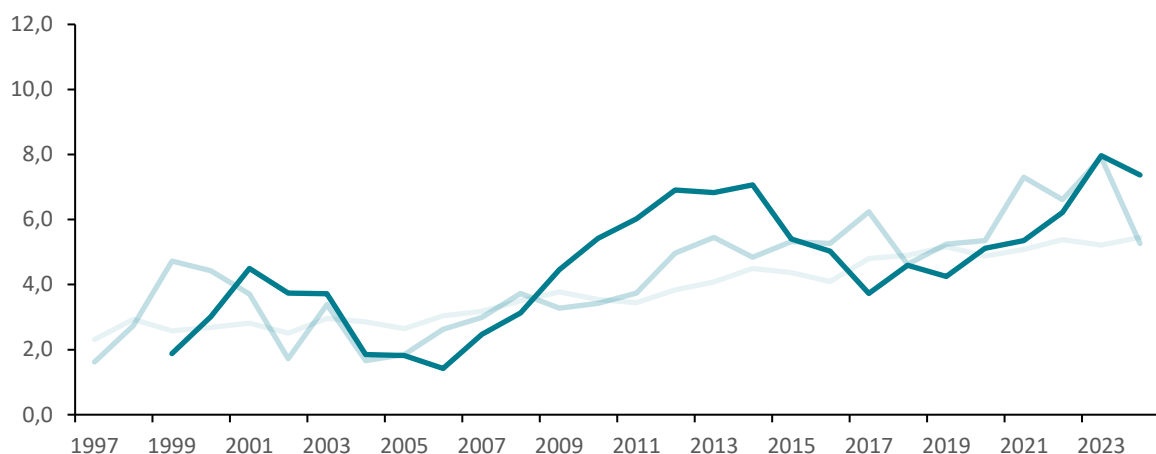


Figura 114: Tasa de mortalidad por cáncer de colon en mujeres entre 20 y 64 años en la comuna de Viña del Mar (promedio móvil a 3 años) entre los años 1997 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2024^a, 2025).



Figura 115: Tasa de mortalidad por cáncer de colon en hombres mayores de 64 años en la comuna de Viña del Mar (promedio móvil a 3 años) entre los años 1997 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2024^a, 2025).

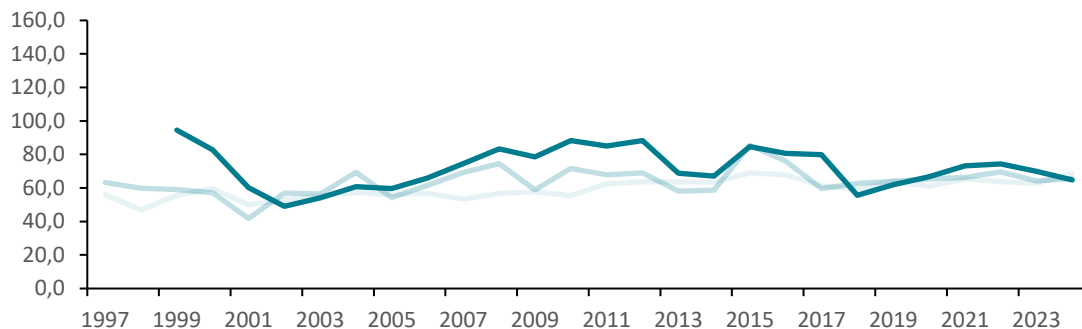


Figura 116: Tasa de mortalidad por cáncer de colon en mujeres mayores de 64 años en la comuna de Viña del Mar (promedio móvil a 3 años) entre los años 1997 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2024^a, 2025).

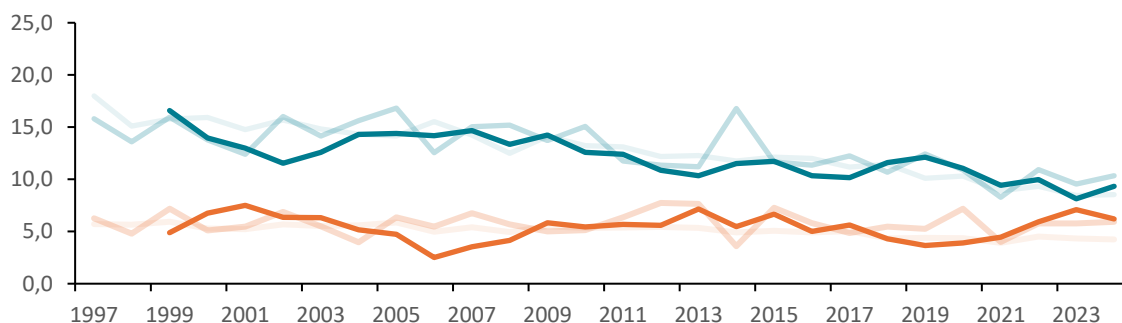


Figura 117: Tasa de mortalidad por cáncer de estómago en hombres y mujeres entre 20 y 64 años (promedio móvil a 3 años, línea azul y anaranjada, respectivamente) en la comuna de Viña del Mar entre los años 1997 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2024^a, 2025).

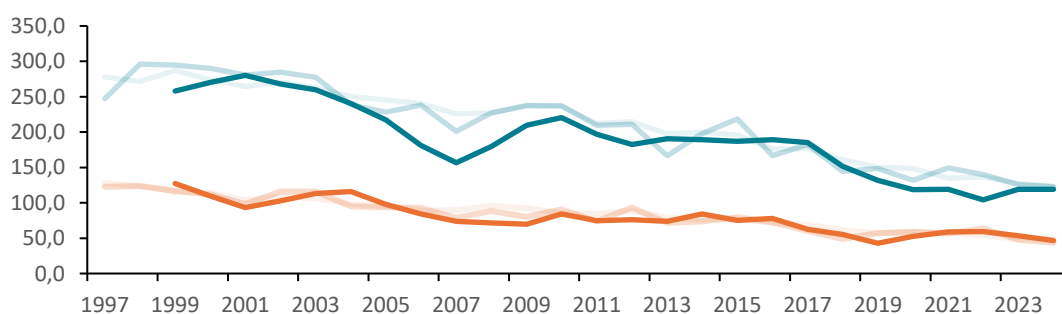


Figura 118: Tasa de mortalidad por cáncer de estómago en hombres y mujeres mayores de 64 años (promedio móvil a 3 años, línea azul y anaranjada, respectivamente) en la comuna de Viña del Mar entre los años 1997 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2024^a, 2025).

Tabla 10: Tipos de neoplasias más frecuentes, de acuerdo a egresos hospitalarios, en niños y niñas menores de 1 año de la comuna de Viña del Mar entre los años 2001 y 2024.

Neoplasias	Número	Frecuencia relativa	Frecuencia acumulada
Leucemia linfoide (C91)	1781	54.8	54.8
Tumor maligno del encéfalo (C71)	446	13.7	68.6
Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas (C22)	263	8.1	76.7
Leucemia mieloide (C92)	102	3.1	79.8
Tumor maligno de la glándula suprarrenal (C74)	92	2.8	82.6
Linfoma no follicular (C83)	79	2.4	85.1
Tumor maligno del riñón, excepto de la pelvis renal (C64)	66	2.0	87.1
Tumor maligno del ojo y sus anexos (C69)	56	1.7	88.8
Tumor maligno de los huesos y los cartílagos articulares, de otros sitios y de sitios no especificados (C41)	54	1.7	90.5
Tumor maligno de la médula espinal, de los nervios craneales y de otras partes del sistema nervioso central (C72)	52	1.6	92.1
Linfoma no Hodgkin de otro tipo y no especificado (C85)	52	1.6	93.7
Tumor maligno de otros tejidos conjuntivos y de tejidos blandos (C49)	39	1.2	94.9
Otros	166	5.1	100.0
Total	3248	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a registros actualizados DEIS, Ministerio de Salud.

Tabla 11: Tipos de neoplasias más frecuentes, de acuerdo a egresos hospitalarios, en adolescentes entre 10 y 19 años de la comuna de Viña del Mar entre los años 2001 y 2024.

Neoplasias	Número	Frecuencia relativa	Frecuencia acumulada
Leucemia linfoide (C91)	443	21.2	21.2
Tumor maligno del encéfalo (C71)	348	16.6	37.8
Tumor maligno de los huesos y los cartílagos articulares, de otros sitios y de sitios no especificados (C41)	245	11.7	49.5
Leucemia mieloide (C92)	171	8.2	57.6
Linfoma no Hodgkin de otro tipo y no especificado (C85)	117	5.6	63.2
Tumor maligno de los huesos y los cartílagos articulares de los miembros (C40)	105	5.0	68.2
Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas (C22)	70	3.3	71.5
Tumor maligno del testículo (C63)	68	3.3	74.8
Tumor maligno de otros tejidos conjuntivos y de tejidos blandos (C49)	63	3.0	77.8
Tumor maligno de la médula espinal, de los nervios craneales y de otras partes del sistema nervioso central (C72)	63	3.0	80.8
Linfoma de Hodgkin (C81)	45	2.2	83.0
Tumor maligno del estómago (C16)	35	1.7	84.6
Otros	322	15.4	100.0
Total	2095	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a registros actualizados DEIS, Ministerio de Salud.

Tabla 12: Tipos de neoplasias más frecuentes, de acuerdo a egresos hospitalarios, en hombres mayores de 19 años de la comuna de Viña del Mar entre los años 2001 y 2024.

Neoplasias	Número	Frecuencia relativa	Frecuencia acumulada
Tumor maligno de la próstata (C61)	2357	12.4	12.4
Tumor maligno del colon (C18)	2037	10.7	23.1
Tumor maligno del estómago (C16)	1807	9.5	32.5
Linfoma no Hodgkin de otro tipo y no especificado (C85)	1763	9.3	41.8
Tumor maligno de los bronquios y del pulmón (C34)	1244	6.5	48.3
Tumor maligno de la vejiga urinaria (C67)	950	5.0	53.3
Mieloma múltiple y tumores malignos de células plasmáticas (C90)	944	5.0	58.3
Tumor maligno del testículo (C62)	723	3.8	62.1
Tumor maligno del recto (C20)	716	3.8	65.8
Tumor maligno del riñón, excepto de la pelvis renal (C64)	530	2.8	68.6
Tumor maligno del páncreas (C25)	443	2.3	70.9
Leucemia linfoide (C91)	428	2.3	73.2
Otros	5115	26.8	100.0
Total	23827	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a registros actualizados DEIS, Ministerio de Salud.

Tabla 13: Tipos de neoplasias más frecuentes, de acuerdo a egresos hospitalarios, en mujeres mayores de 19 años de la comuna de Viña del Mar entre los años 2001 y 2024.

Neoplasias	Número	Frecuencia relativa	Frecuencia acumulada
Tumor maligno de la mama (C50)	5689	24.1	24.1
Tumor maligno del colon (C18)	2061	8.7	32.8
Tumor maligno del cuello del útero (C53)	1711	7.2	40.0
Linfoma no Hodgkin de otro tipo y no especificado (C85)	1559	6.6	46.6
Tumor maligno del ovario (C56)	1266	5.4	51.9
Tumor maligno de la glándula tiroides (C73)	1226	5.2	57.1
Tumor maligno de los bronquios y del pulmón (C34)	1019	4.3	61.4
Tumor maligno del cuerpo del útero (C54)	961	4.1	65.5
Mieloma múltiple y tumores malignos de células plasmáticas (C90)	940	4.0	69.5
Tumor maligno del estómago (C16)	898	3.8	73.3
Tumor maligno del páncreas (C25)	537	2.3	75.5
Tumor maligno del recto (C20)	530	2.2	77.8
Otros	5258	22.2	100.0
Total	28484	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a registros actualizados DEIS, Ministerio de Salud.

Discapacidad y dismovilidad

En la comuna de Viña del Mar, y de acuerdo al censo del año 2024, existirían 34.458 personas mayores de 5 años con discapacidad, correspondiendo al 10,3% de la población total, sin diferencias con la región y el país (Instituto Nacional de Estadísticas, 2025). De este total, el 60,2% son mujeres. Su desagregación por género y grupos de edad se presenta en la Figura 119. Específicamente, existe un 4,4% de la población mayor de 5 años con mucha dificultad o incapacidad para ver; un 2,3% de la población con mucha dificultad o incapacidad para oír; un 5% con mucha dificultad o incapacidad para caminar o subir escaleras; un 2,9% con mucha dificultad o incapacidad para recordar o concentrarse; un 1,9% con mucha dificultad o incapacidad para su cuidado personal; y un 1,2% con mucha dificultad o incapacidad para comunicarse (Instituto Nacional de Estadísticas, 2025). Por otra parte, y de acuerdo a los resultados del EFAM y escala de Barthel en los centros de salud primaria de la comuna, el 74,6% de las personas mayores de 64 años son autovalentes, mientras que un 14% presentan algún grado de dependencia (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025d). Los resultados de estas escalas, desagregadas por género y grupo de edad, se presentan en las figuras 120 a 122.

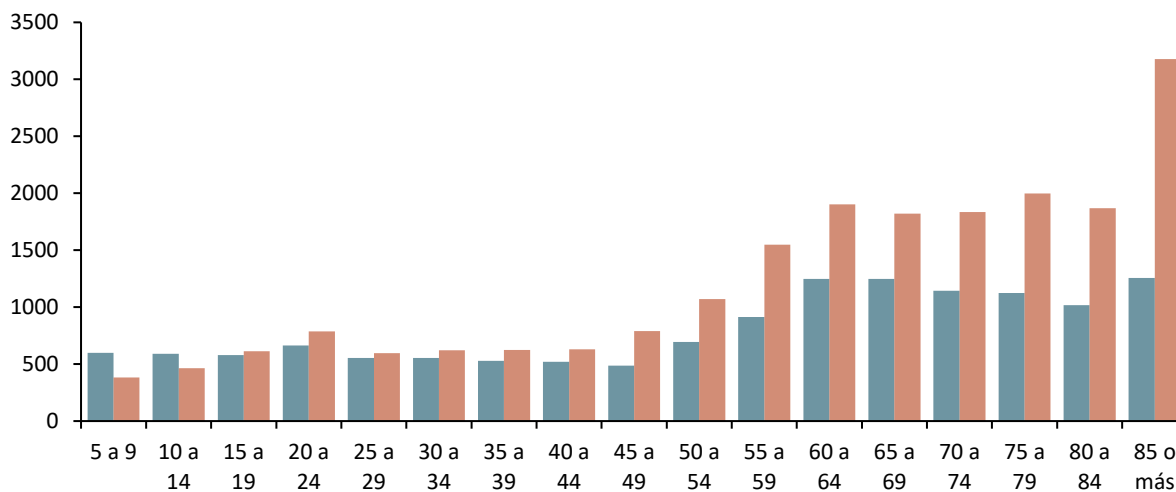


Figura 119: Personas con discapacidad residentes de la comuna de Viña del Mar, desagregadas por género y grupos de edad, al año 2024. Elaboración propia en base a información del Instituto Nacional de Estadísticas (2025).

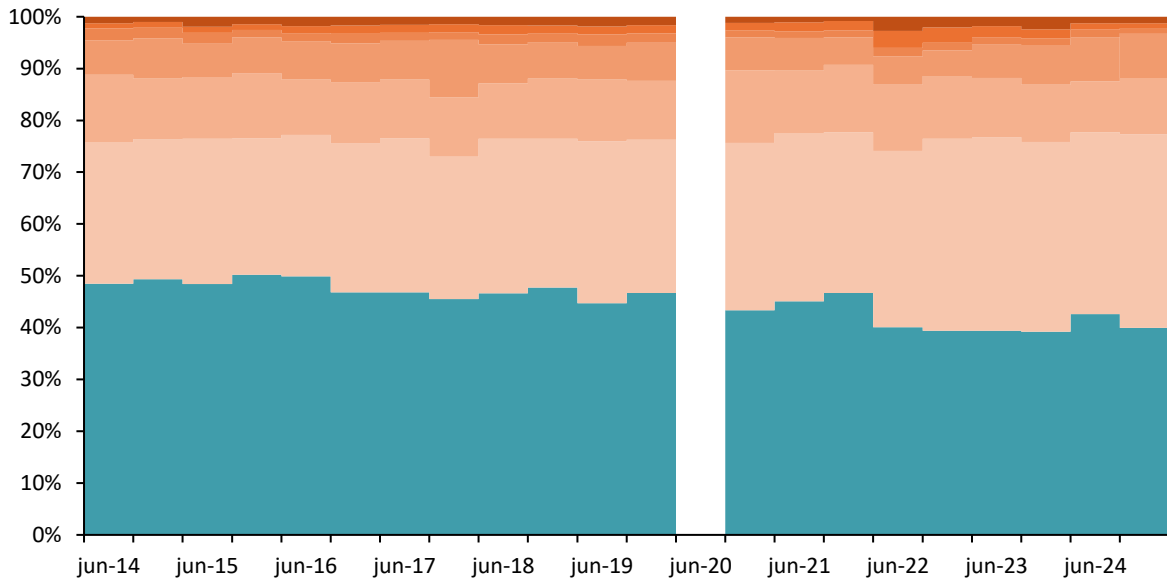


Figura 120: Resultados de EFAM y escala de Barthel en hombres mayores de 65 años de la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2014 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

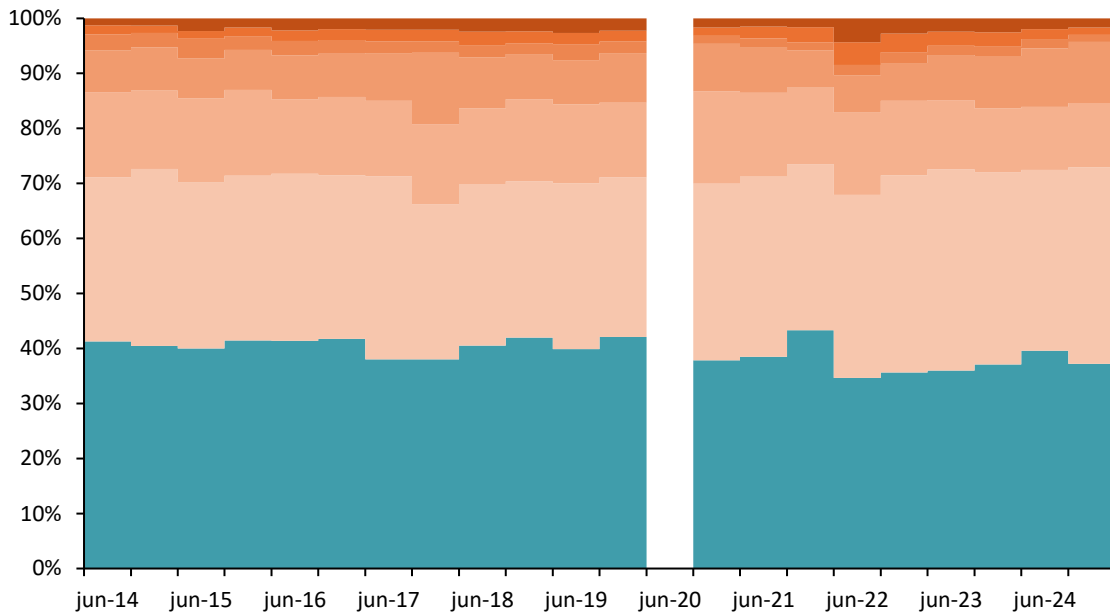


Figura 121: Resultados de EFAM y escala de Barthel en mujeres mayores de 65 años de la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2014 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

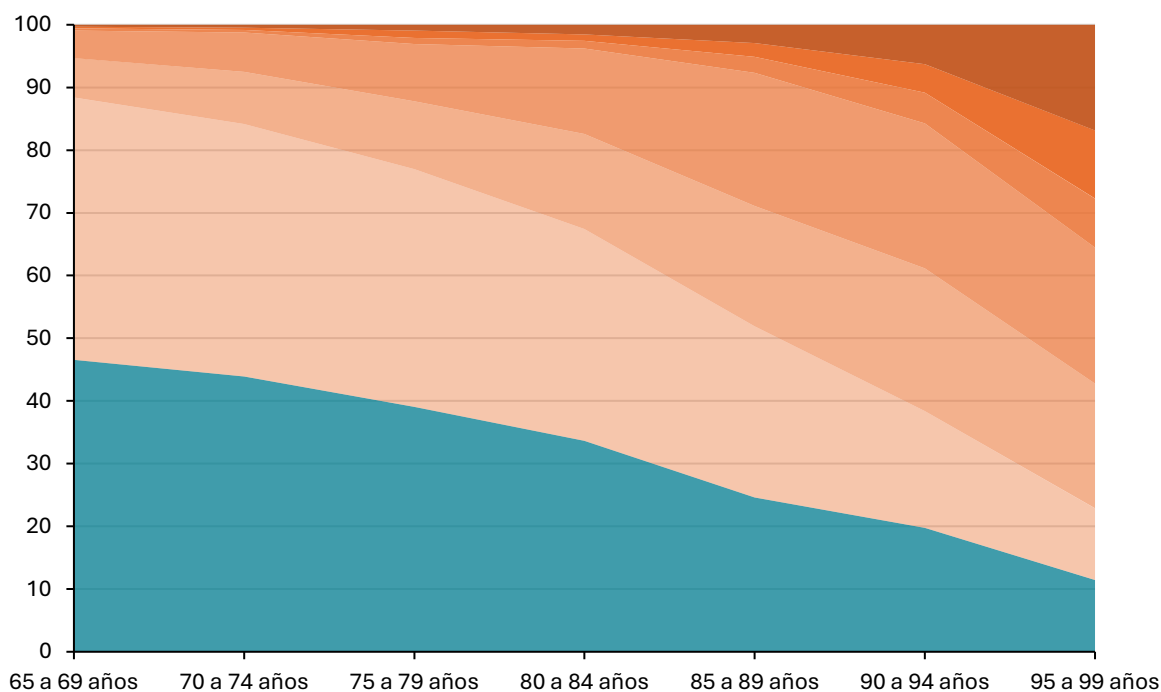


Figura 122: Resultados de EFAM y escala de Barthel en personas mayores de 65 años de la comuna de Viña del Mar, de acuerdo a grupos de edad, a diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

Del mismo modo, a diciembre de 2024 existen en la comuna de Viña del Mar 1.989 personas en control en el programa de personas dismovilizadas, correspondiendo el 68,1% a mujeres. Su número y desagregación de acuerdo a severidad se presenta en la Figura 123, destacando la recuperación parcial de coberturas en comparación al período anterior a la pandemia por SARS-CoV-2 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025d). De acuerdo a los registros estadísticos mensuales, Además, se registran a diciembre de 2024, 1.342 cuidadores y cuidadoras de personas con dependencia severa, de las cuales el 79,2% son mujeres, y el 32,4% personas mayores de 65 años. Algunas otras características seleccionadas de cuidadores y cuidadoras de personas con dependencia severa en la comuna de Viña del Mar se presentan en la Figura 126 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025d).

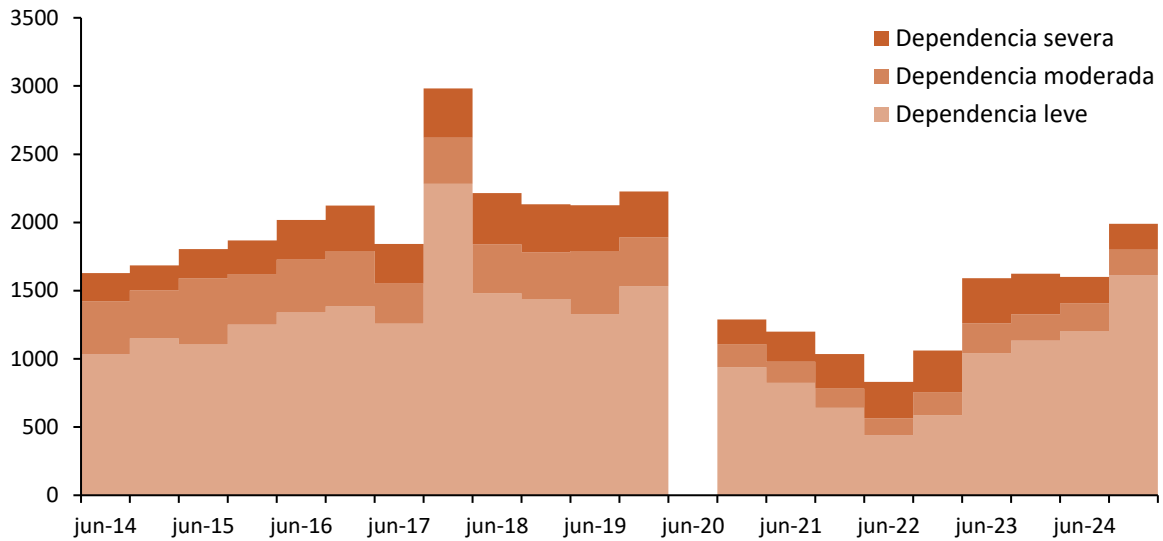


Figura 123: Número de personas en control en el programa de dependencia, de acuerdo a severidad, en control en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2014 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

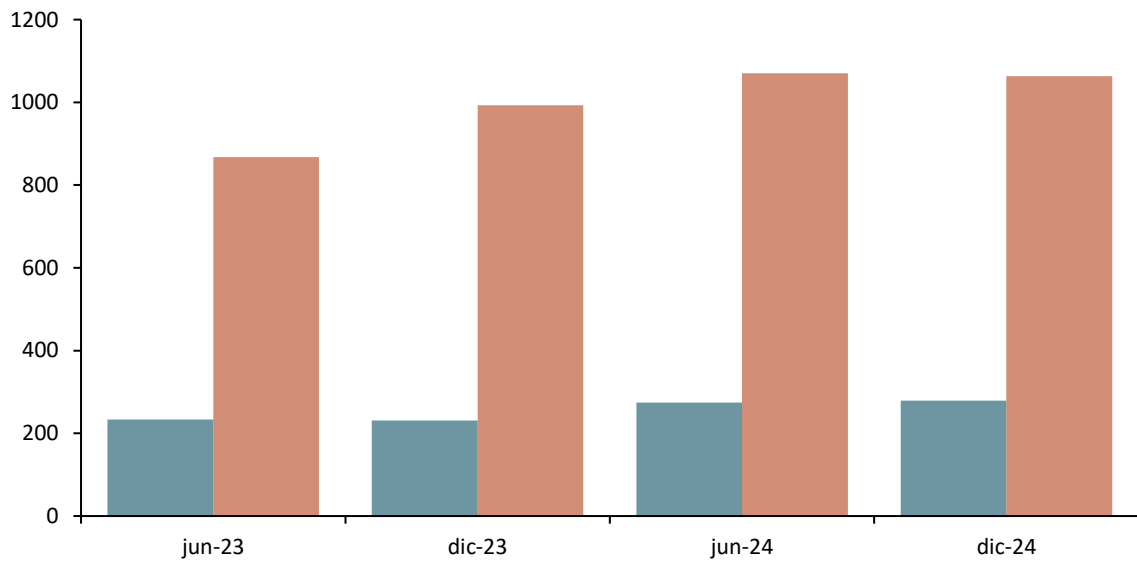


Figura 124: Número de cuidadores y cuidadoras de personas con dependencia severa en control en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2023 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

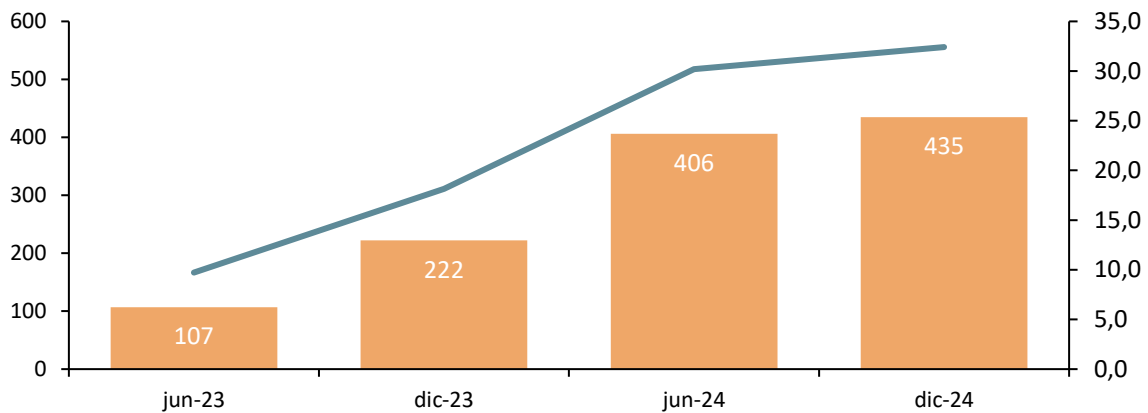


Figura 125: Número de cuidadores y cuidadoras mayores de 64 años de personas con dependencia severa (y su frecuencia relativa) en control en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2023 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

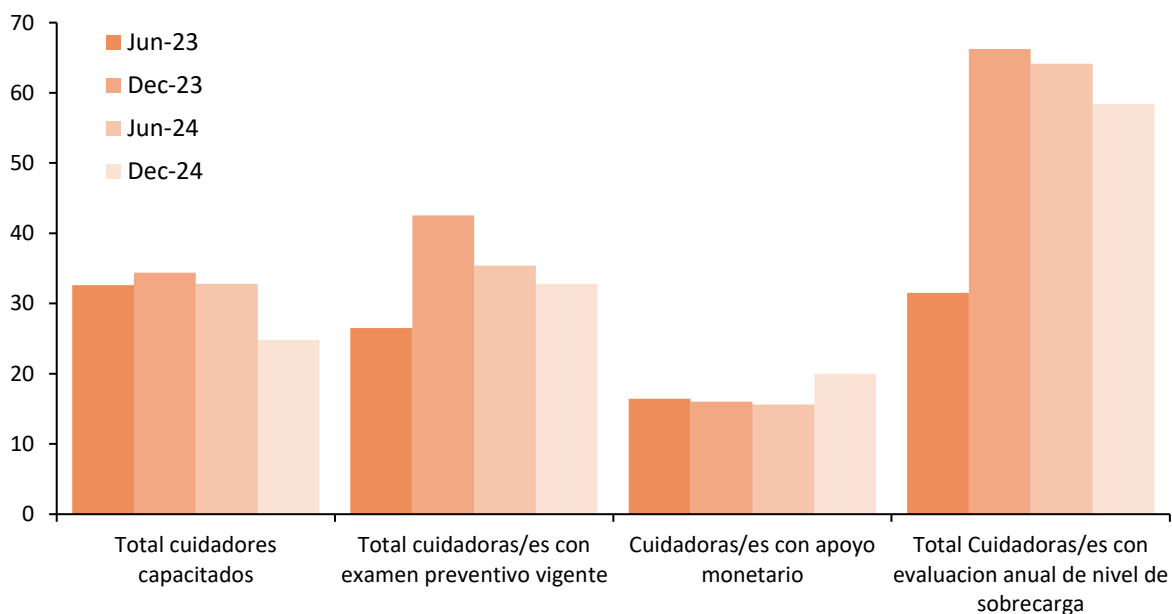


Figura 126: Porcentaje de cuidadores y cuidadoras de personas con dependencia severa en control en la comuna de Viña del Mar en relación a algunas características seleccionadas entre los meses de junio de 2023 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

Salud oral

Durante el año 2024 en la comuna de Viña del Mar, sólo el 47,7% de los niños y niñas de 6 años en control en el programa de salud dental no presentan daño por caries, sin diferencias por género. Esta cifra disminuye gradualmente al 38,4% de adolescentes entre 15 y 19 años, para luego descender abruptamente en los grupos etarios siguientes, registrándose sólo un 25% de hombres y 16% de mujeres entre 20 y 29 años en control sin daño por caries (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025c). Por otra parte, y desde el grupo de hombres y mujeres entre 20 y 29 años, el porcentaje de personas con daño por caries en al menos 9 piezas dentarias asciende en forma rápida, desde un 17,1% hasta un 87,6% en personas entre 50 y 59 años, como se muestra en la Figura 129 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025d). En relación al número total de dientes en boca, no existirían diferencias por género, disminuyendo gradualmente la prevalencia de dentición funcional, desde un 12,9% en personas entre 40 y 49 años hasta el 86,9% en hombres y mujeres mayores de 74 años. La desagregación por género y grupos de edad se presenta en las figuras 130 y 131 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025d).

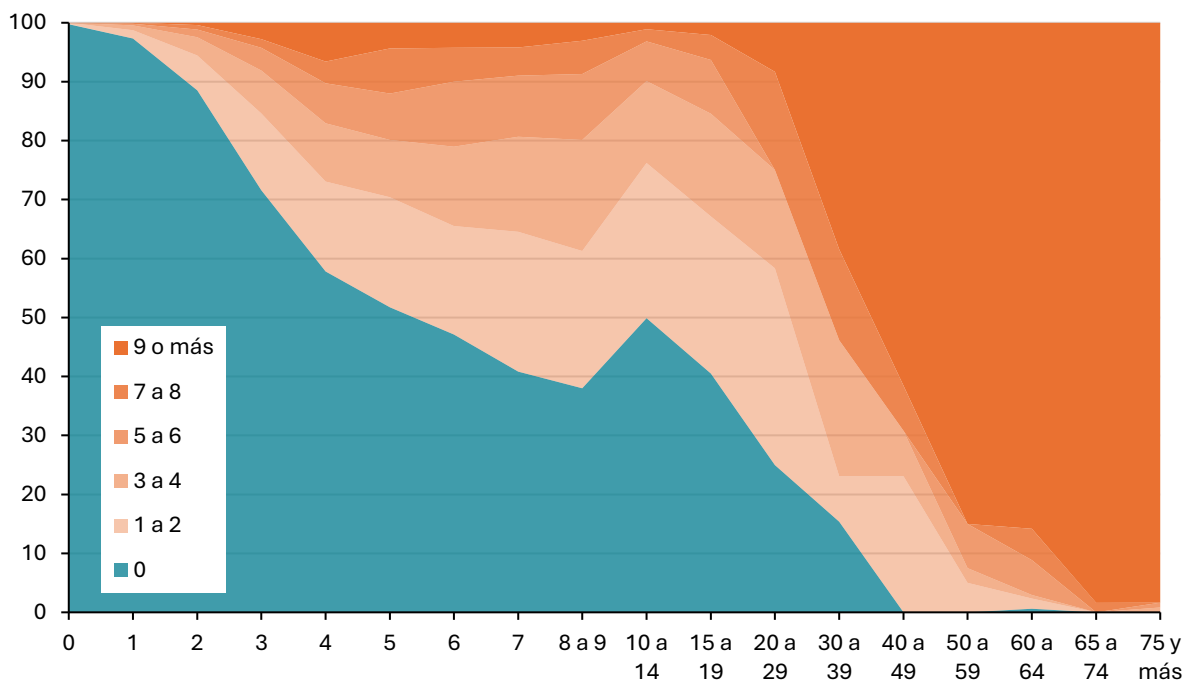


Figura 127: Índice CEOD o COPD en hombres ingresados a programa de salud bucal, de acuerdo a grupos de edad, en control en la comuna de Viña del Mar durante el año 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

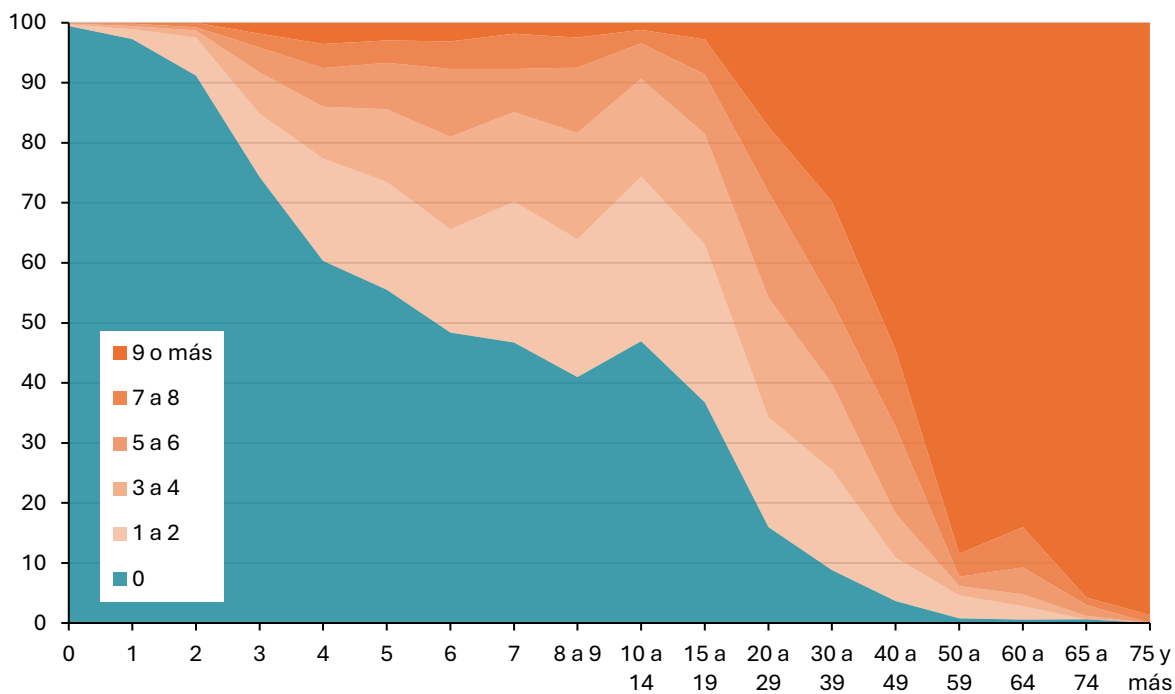


Figura 128: Figura 129: Índice CEOD o COPD en mujeres ingresadas a programa de salud bucal, de acuerdo a grupos de edad, en control en la comuna de Viña del Mar durante el año 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

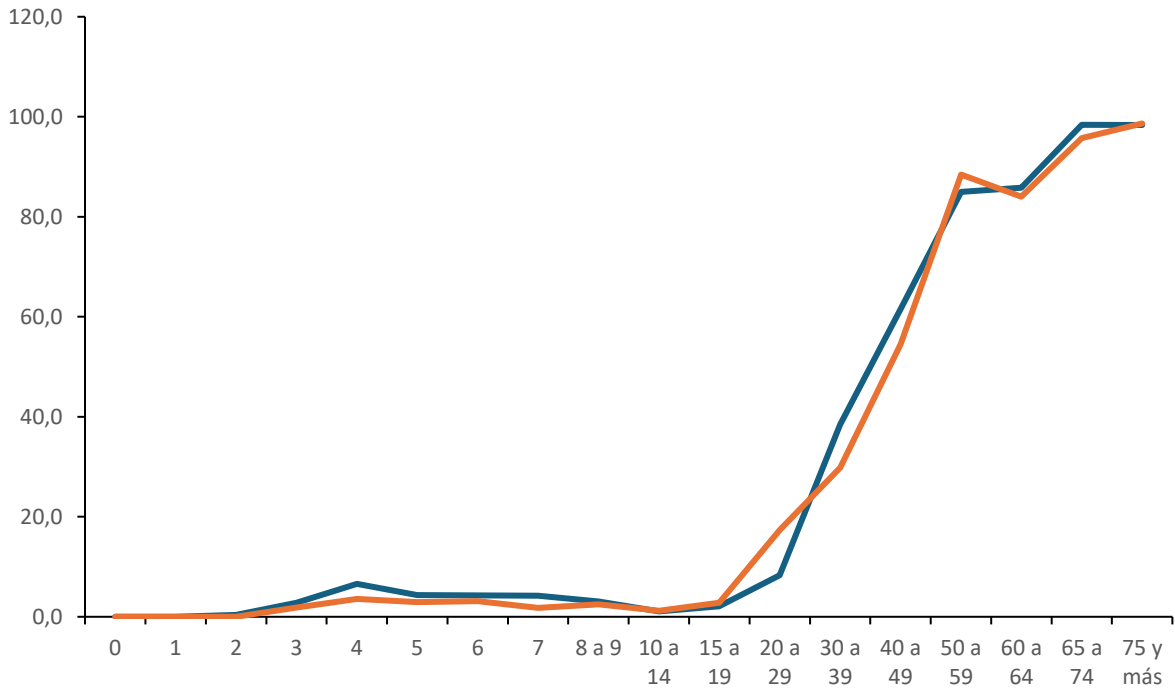


Figura 129: Índice CEOD o COPD de 9 o más en personas ingresadas a programa de salud bucal, de acuerdo a género, en control en la comuna de Viña del Mar durante el año 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

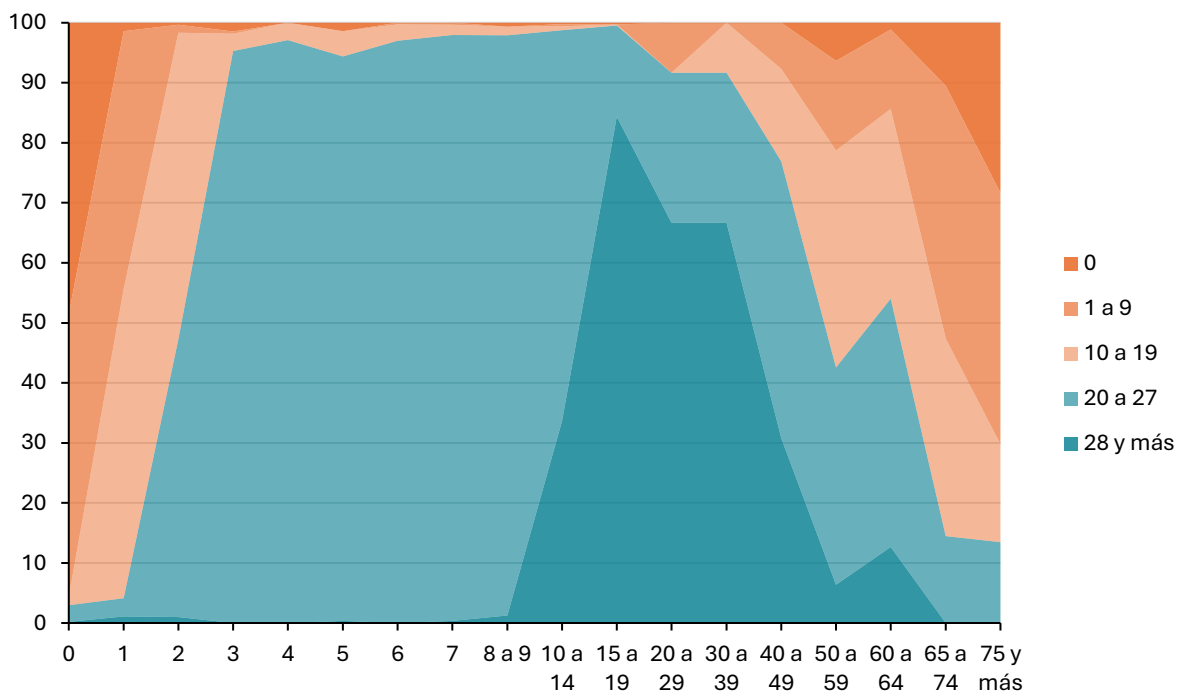


Figura 130: Número total de dientes en boca, de acuerdo a grupos de edad, en hombres en control en la comuna de Viña del Mar durante el año 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

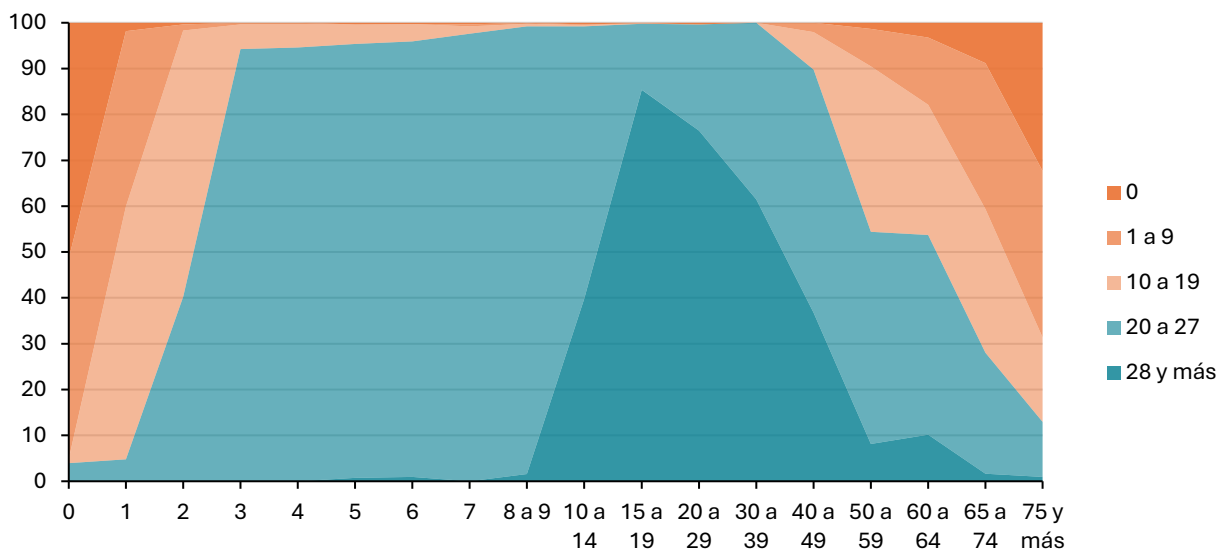


Figura 131: Número total de dientes en boca, de acuerdo a grupos de edad, en mujeres en control en la comuna de Viña del Mar durante el año 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

Artrosis y rehabilitación integral

A diciembre de 2024, el número de personas en control por diagnóstico de artrosis de cadera y de rodilla en la comuna de Viña del Mar asciende a 7.107 personas, de las cuales el 78,9% son mujeres. Su desagregación por género y grupos de edad se presenta en la Figura 133 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025d). Se presenta además información sobre el total de ingresos al programa de rehabilitación integral en la comuna, que al año 2024 ascienden a 2.163, correspondiendo el 69,2% de éstos a mujeres. El detalle de los diagnósticos de ingreso más frecuentes se presenta en la Figura 134, destacando la rehabilitación a personas con diagnóstico de accidente vascular encefálico (38,2%), otro dolor musculoesquelético crónico (26,4%), y artrosis de rodilla (18,4%) (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025d).

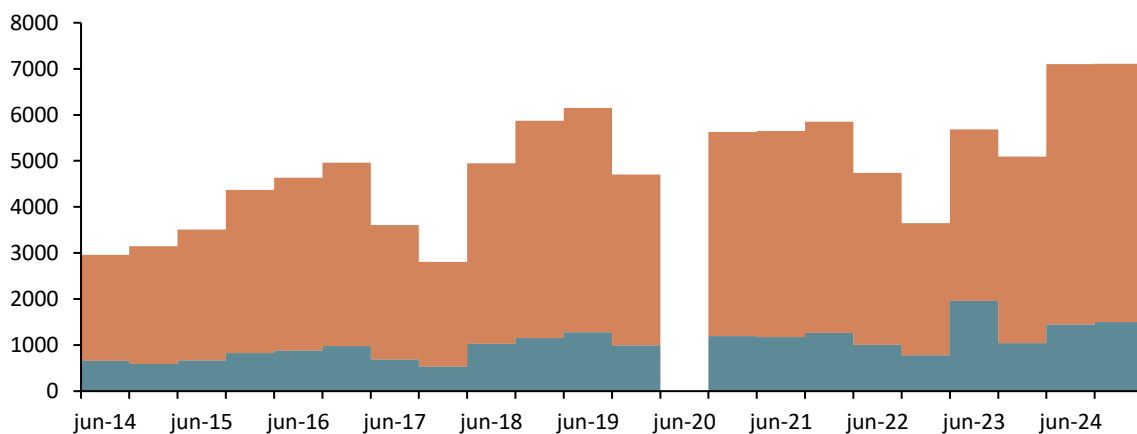


Figura 132: Personas en control con diagnóstico de artrosis de cadera y rodilla, desagregadas por género, en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2014 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

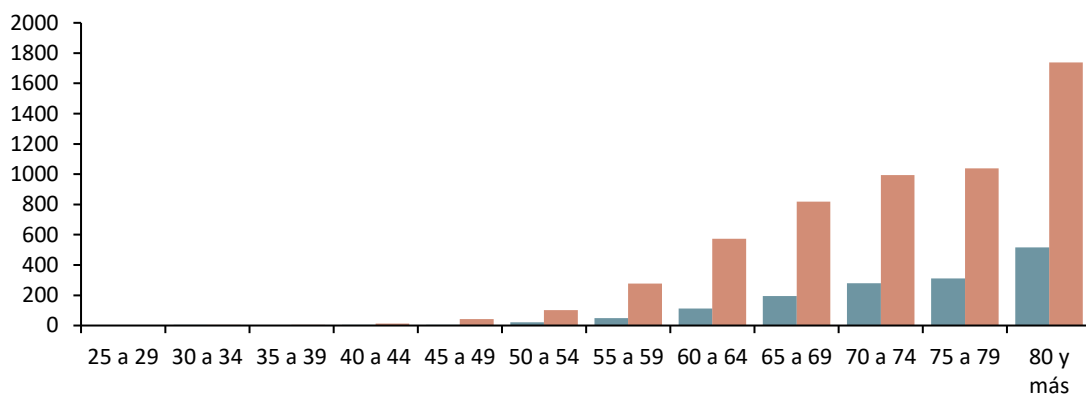


Figura 133: Personas en control con diagnóstico de artrosis de cadera y rodilla, desagregadas por género y grupos de edad, en la comuna de Viña del Mar entre los meses de junio de 2014 y diciembre de 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

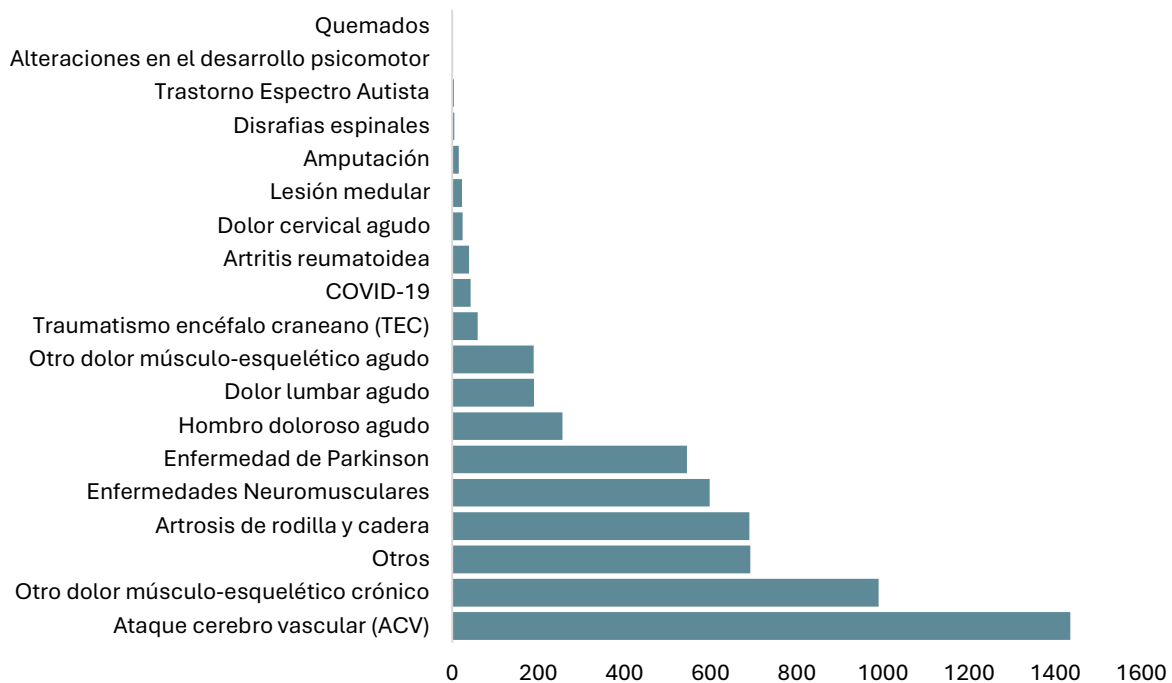


Figura 134: Ingresos al programa de rehabilitación integral, de acuerdo a diagnósticos de ingreso, en la comuna de Viña del Mar entre los años 2023 y 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025d).

Enfermedades transmisibles de notificación obligatoria

En este último apartado se presenta información sobre algunas enfermedades de notificación obligatoria de relevancia para la comuna. Al respecto, la región de Valparaíso, incluyendo el territorio de Viña del Mar, se encuentran bajo alerta sanitaria desde el mes de septiembre de 2023 por el riesgo de emergencia de brotes de enfermedad producidas por arbovirus, dada la presencia del vector -el mosquito *Aedes aegypti*- en gran parte del territorio nacional, incluyendo la provincia de Los Andes (Ministerio de Salud, 2023). Hasta la última semana de octubre, todos los casos notificados de arbovirus y malaria desde al menos el año 2017 corresponden a casos importados, no registrándose casos autóctonos ni presencia de *Aedes aegypti* en la comuna de Viña del Mar (Departamento de Epidemiología, 2021, 2025a). Por otra parte, destacan las elevadas tasas de notificación, en comparación a la región y el país, de enfermedades de transmisión sexual como gonorrea, sífilis o VIH/SIDA, afectando principalmente a población joven, como también el aumento en el porcentaje de notificación de VIH/SIDA en población extranjera (Departamento de

Epidemiología, 2025b). Se presenta además información epidemiológica para parotiditis, enfermedad meningocócica, fiebre tifoidea y paratifoidea, enfermedad de Chagas, hidatidosis y meningitis bacteriana (Departamento de Epidemiología, 2025b).

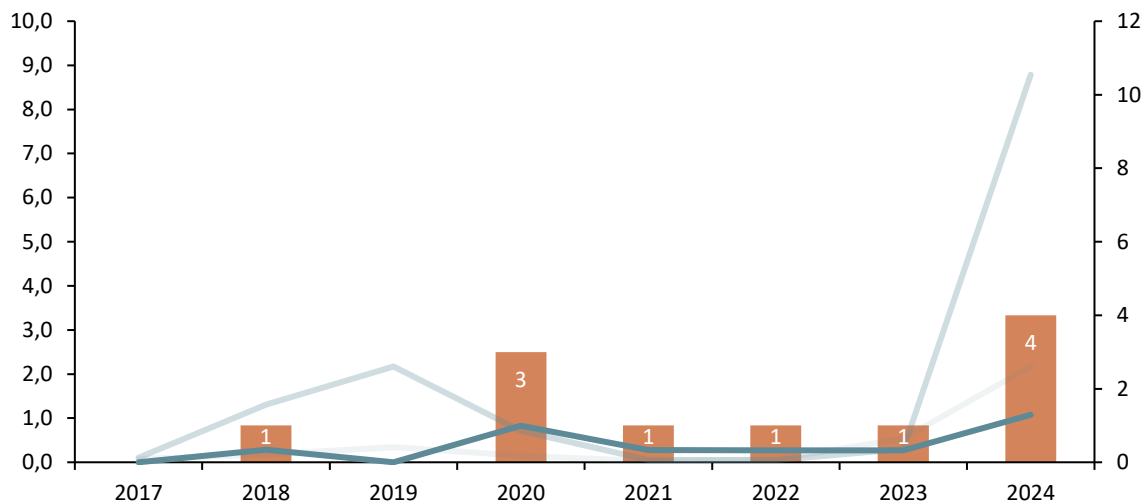


Figura 135: Tasa de notificación por arbovirus (cada 100.000 habitantes) y número de casos notificados en la comuna de Viña del Mar entre los años 2017 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Epidemiología (2025b).

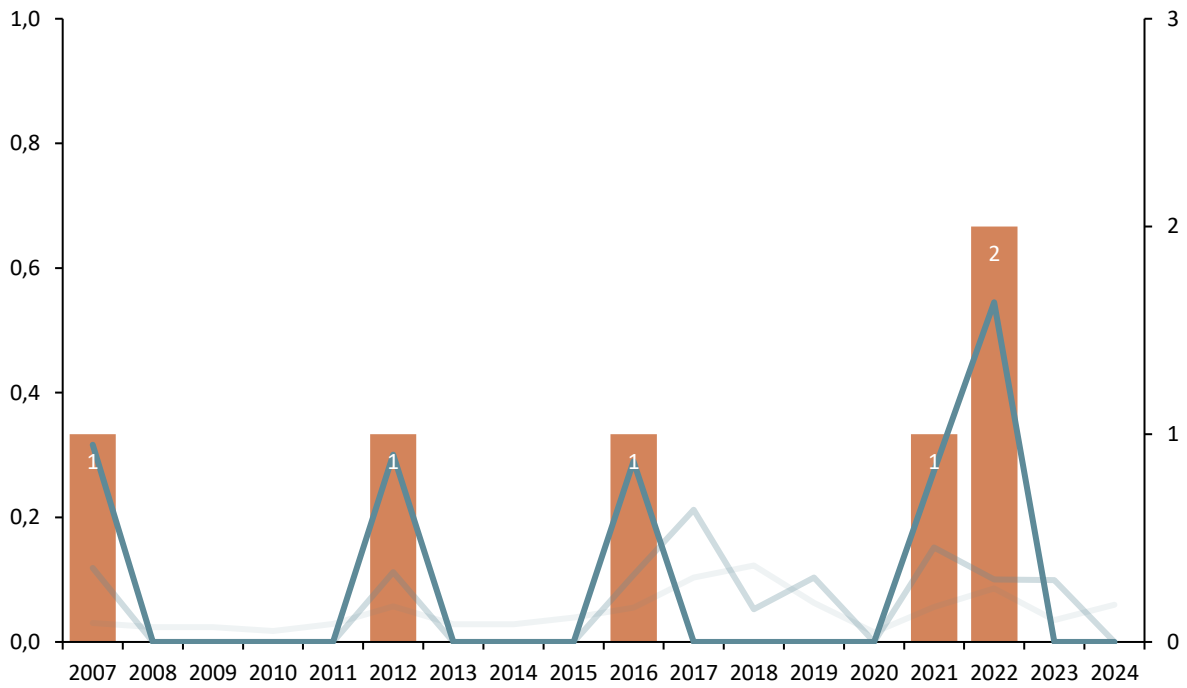


Figura 136: Tasa de notificación por malaria (cada 100.000 habitantes) y número de casos notificados en la comuna de Viña del Mar entre los años 2007 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Epidemiología (2025b).

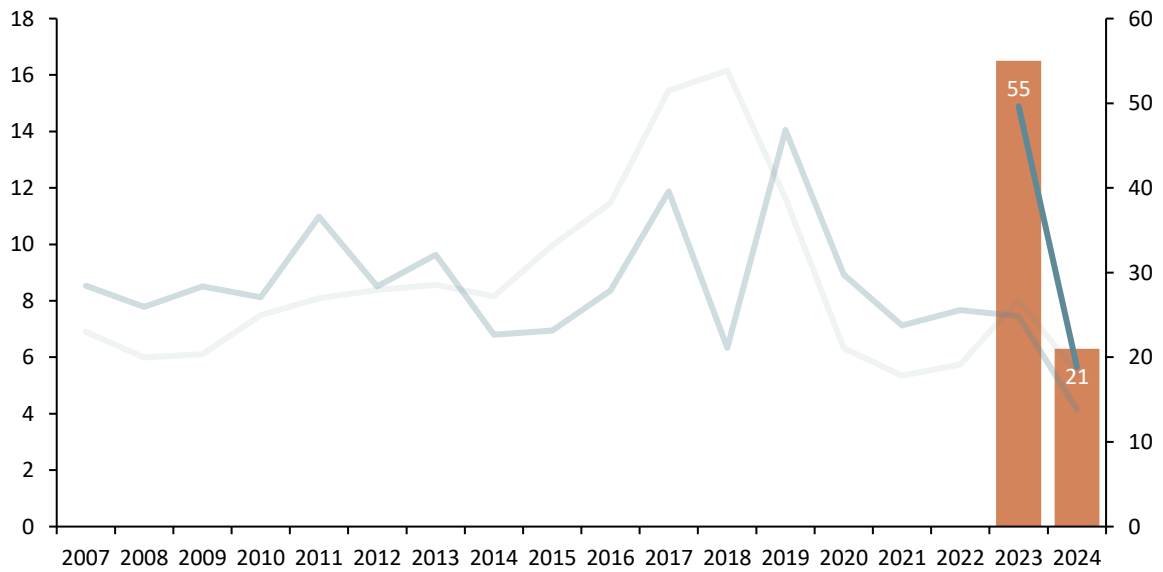


Figura 137: Tasa de notificación por gonorrea (cada 100.000 habitantes) y número de casos notificados en la comuna de Viña del Mar entre los años 2007 y 2024. En colores transparentes se

muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Epidemiología (2025b).

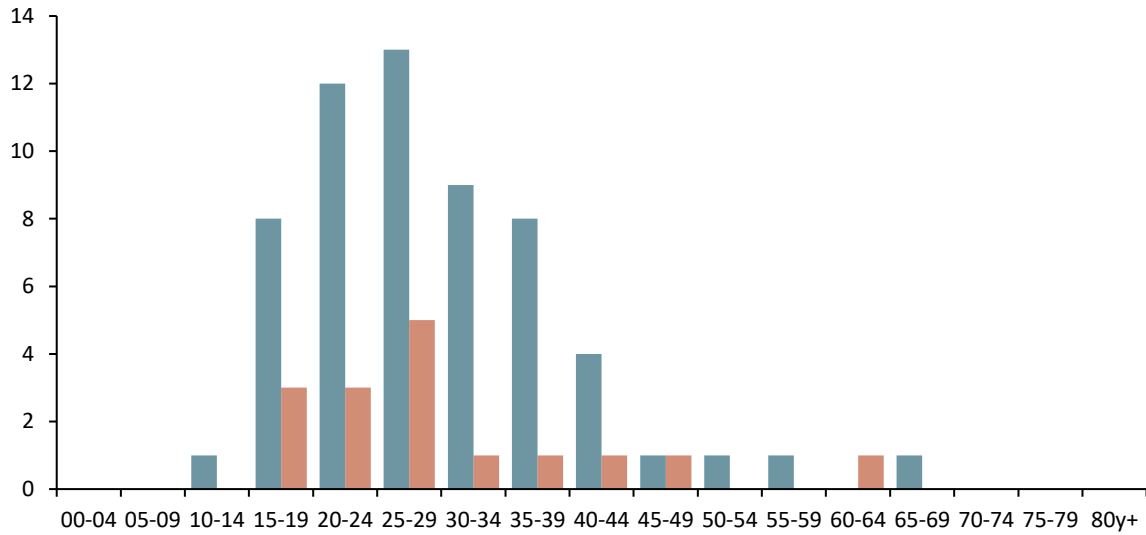


Figura 138: Casos notificados de gonorrea en la comuna de Viña del Mar, desagregados por género y grupos de edad, entre los años 2023 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Epidemiología (2025b).

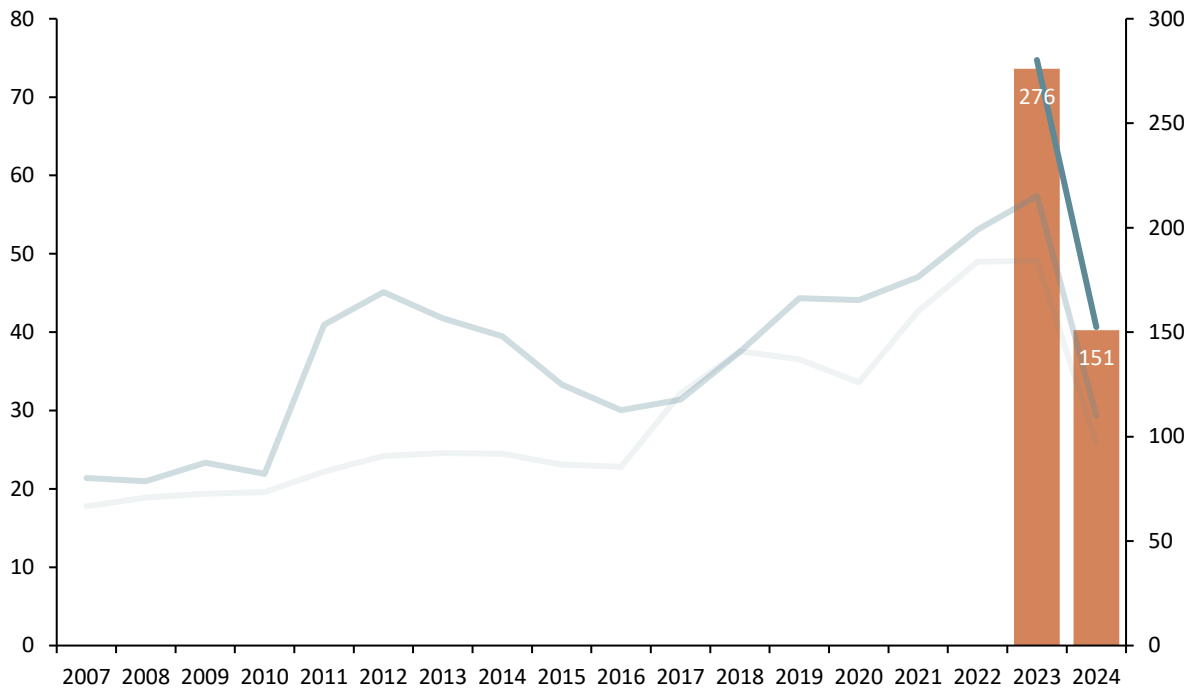


Figura 139: Tasa de notificación por sífilis (cada 100.000 habitantes) y número de casos notificados en la comuna de Viña del Mar entre los años 2007 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Epidemiología (2025b).

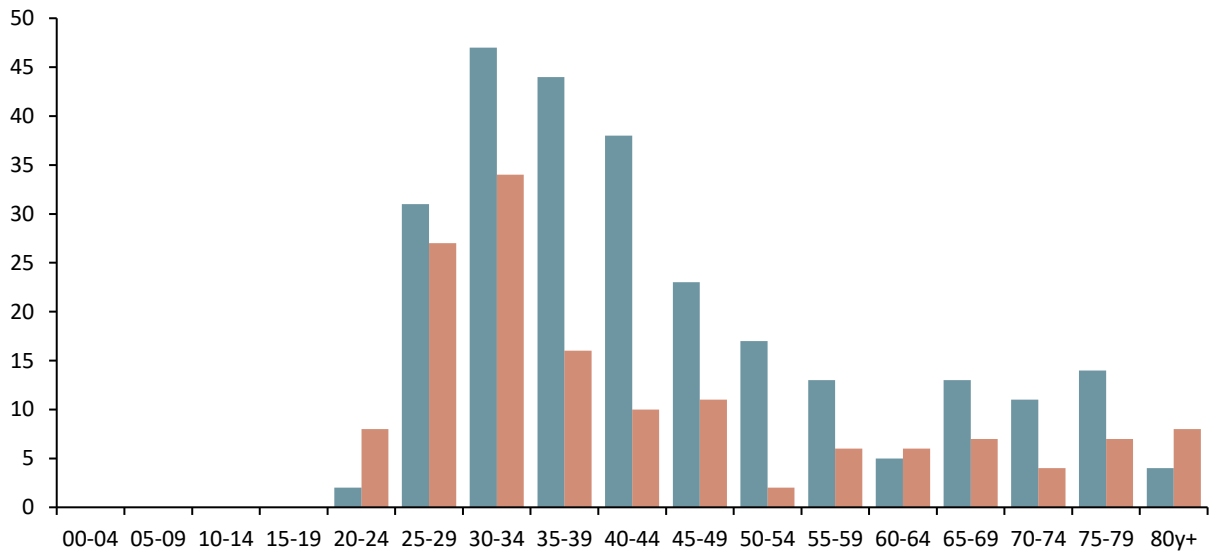


Figura 140: Casos notificados de sífilis en la comuna de Viña del Mar, desagregados por género y grupos de edad, entre los años 2023 y 2024. En colores transparentes se muestran además las

tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Epidemiología (2025b).

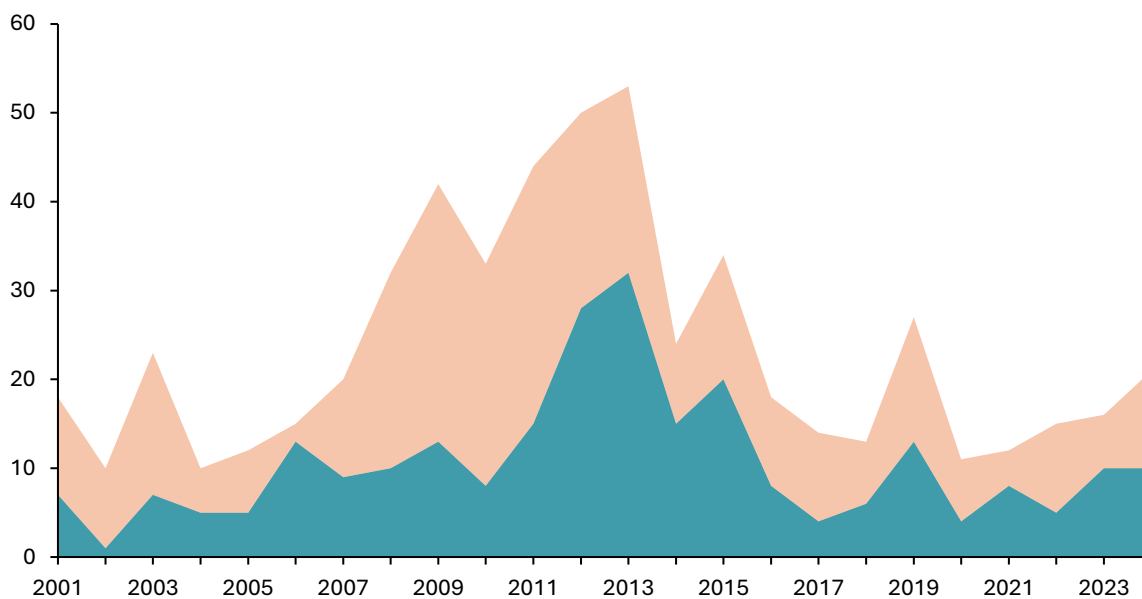


Figura 141: Número de egresos hospitalarios por infecciones bacterianas con modo de transmisión predominantemente sexual en residentes de la comuna de Viña del Mar entre los años 2001 y 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025b).

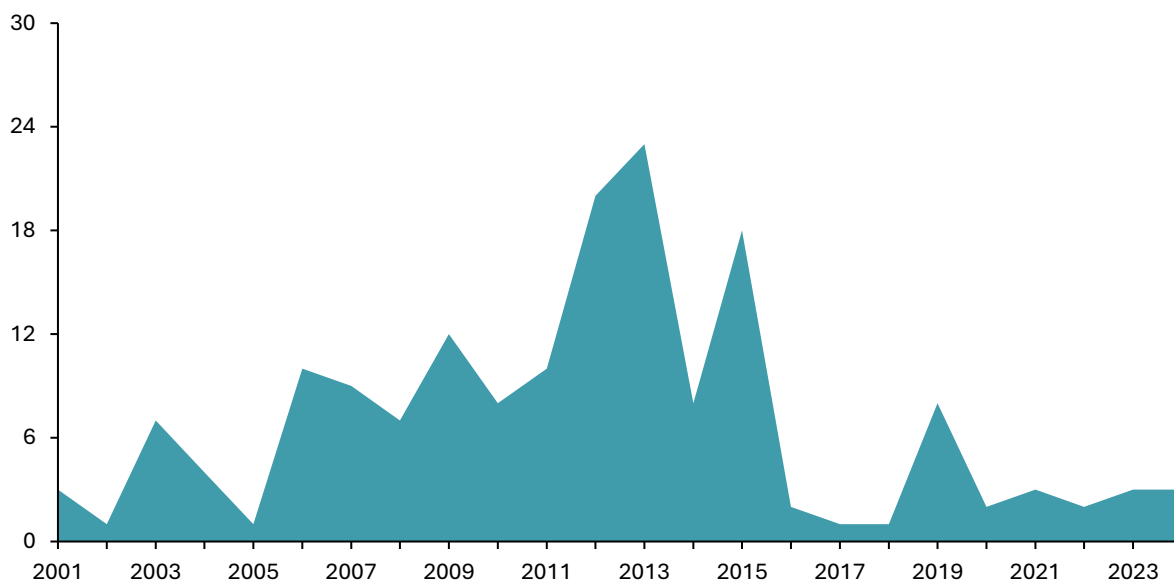


Figura 142: Número de egresos hospitalarios por sífilis congénita en niños y niñas de la comuna de Viña del Mar entre los años 2001 y 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025b).

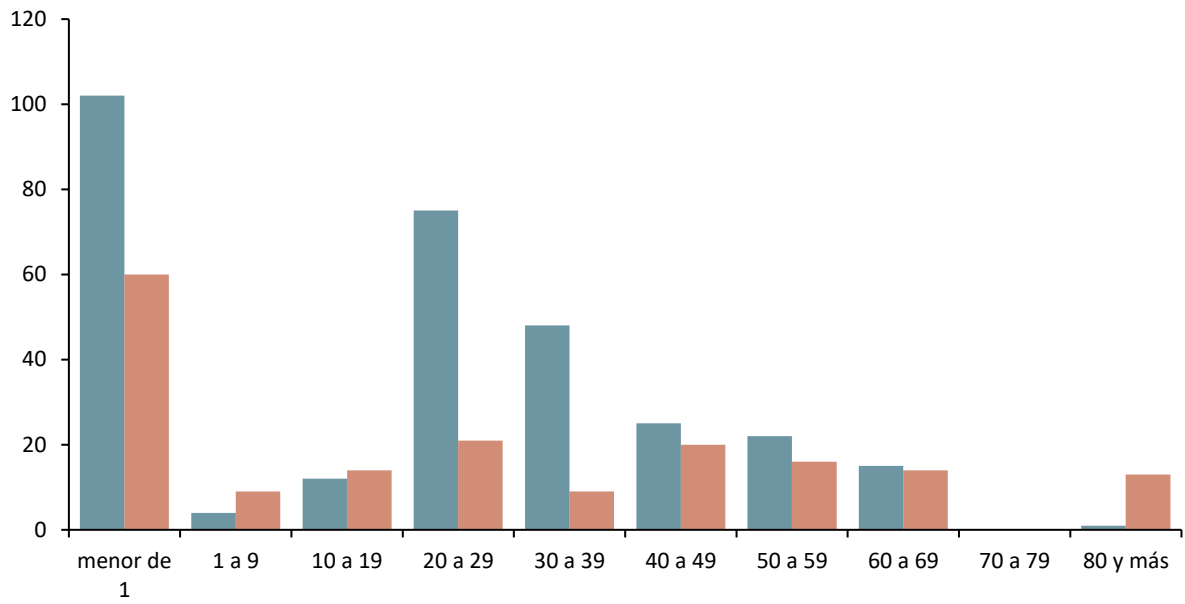


Figura 143: Egresos hospitalarios por infecciones bacterianas con modo de transmisión predominantemente sexual, desagregados por género y grupos de edad, en residentes de la comuna de Viña del Mar entre los años 2001 y 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025b).

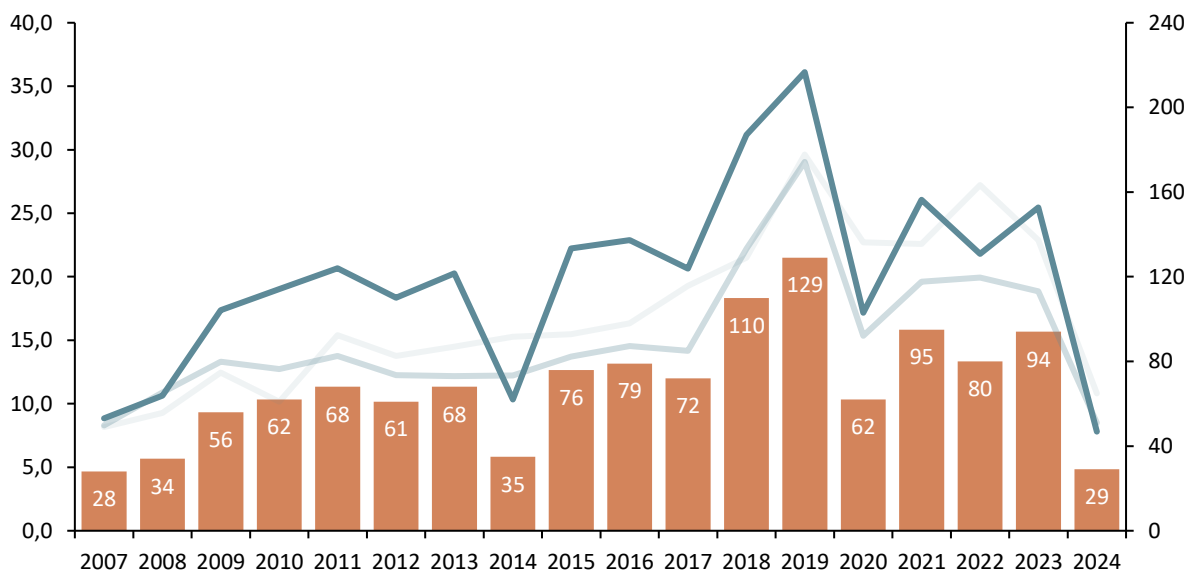


Figura 144: Tasa de notificación por VIH/SIDA (cada 100.000 habitantes) y número de casos notificados en la comuna de Viña del Mar entre los años 2007 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Epidemiología (2025b).

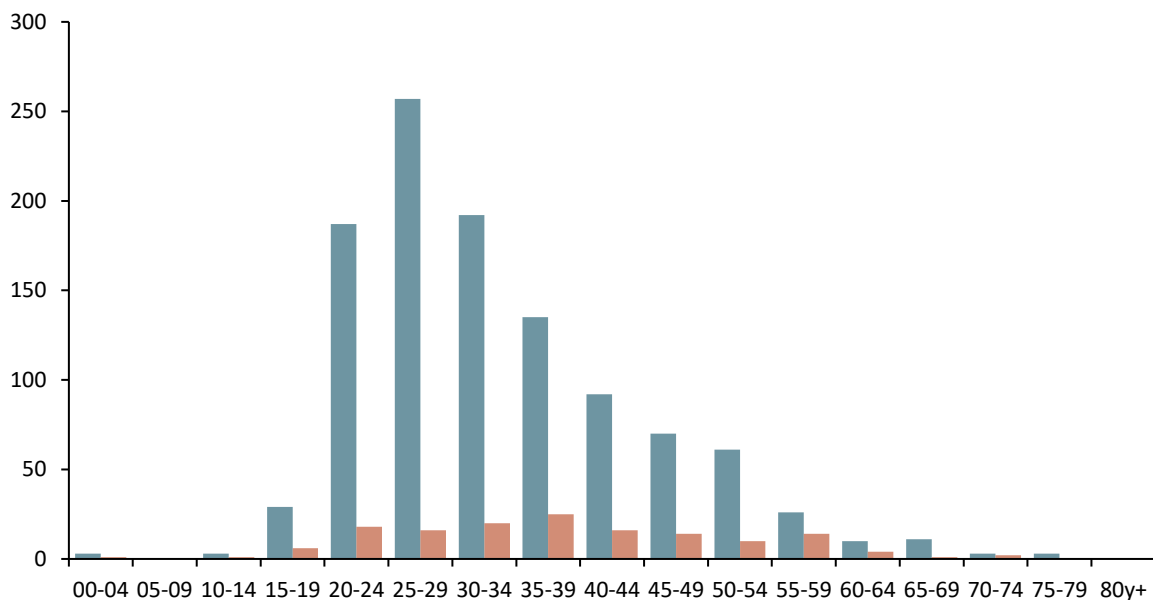


Figura 145: Casos notificados de VIH/SIDA en la comuna de Viña del Mar, desagregados por género y grupos de edad, entre los años 2007 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Epidemiología (2025b).

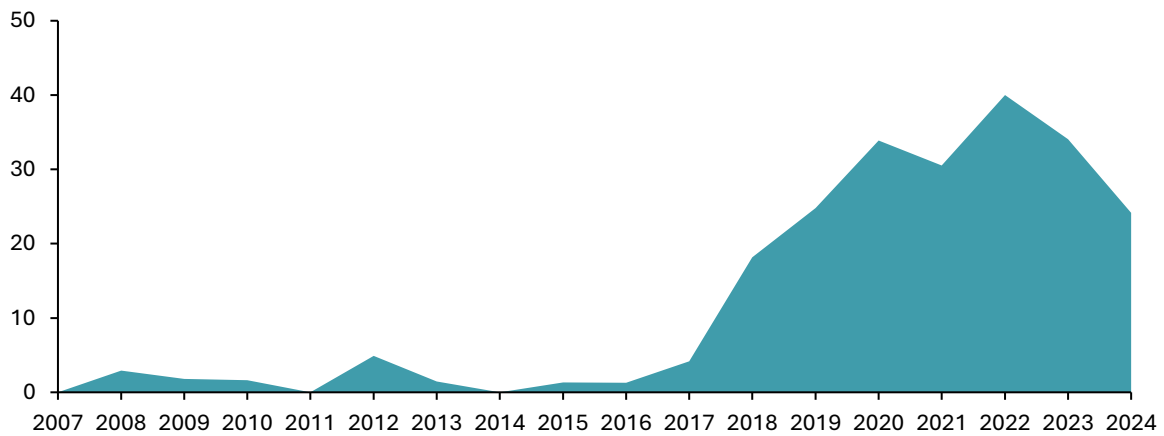


Figura 146: Porcentaje de casos notificados de VIH/SIDA en población extranjera en la comuna de Viña del Mar entre los años 2007 y 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Epidemiología (2025b).

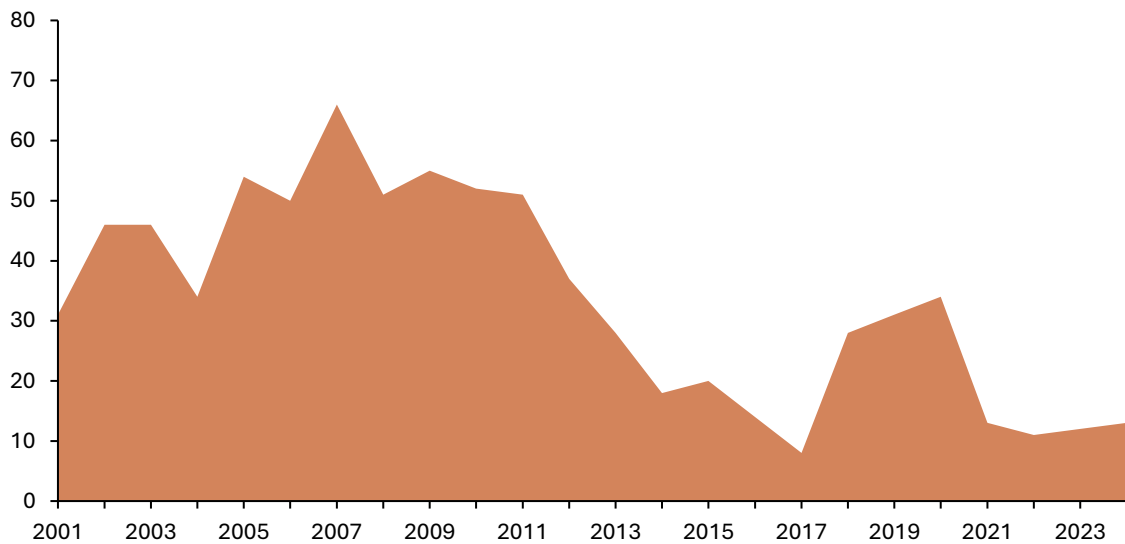


Figura 147: Número de egresos hospitalarios por VIH/SIDA en residentes de la comuna de Viña del Mar entre los años 2001 y 2024. Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025b).

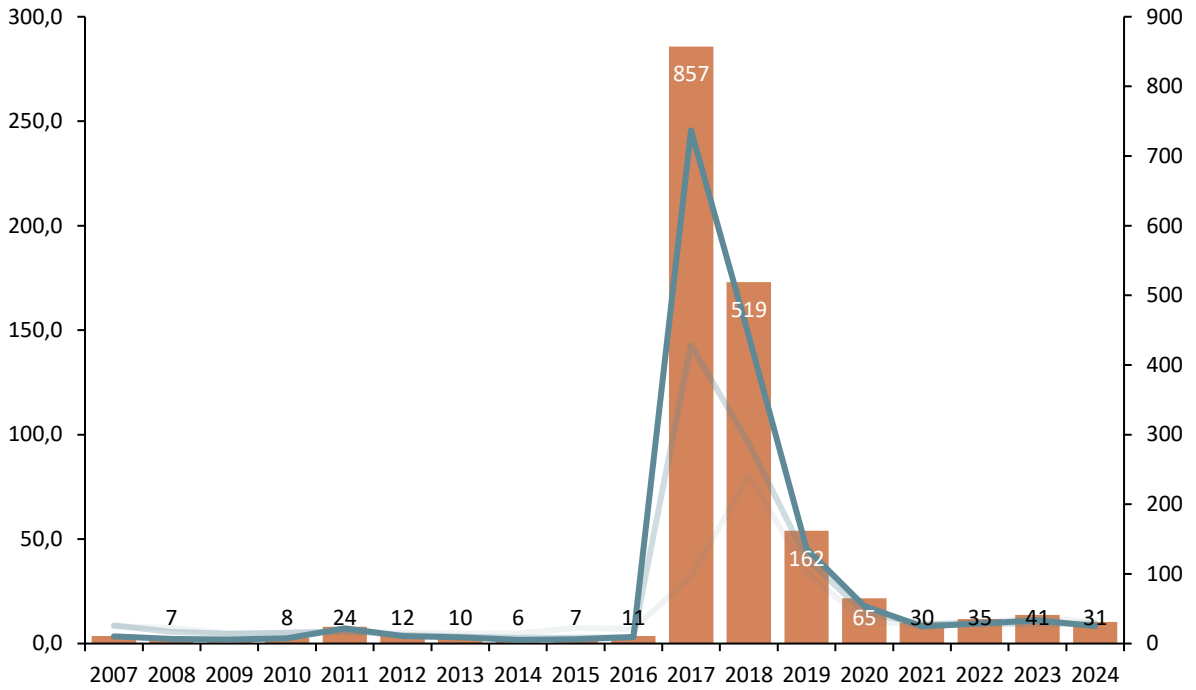


Figura 148: Tasa de notificación por parotiditis (cada 100.000 habitantes) y número de casos notificados en la comuna de Viña del Mar entre los años 2007 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Epidemiología (2025b).

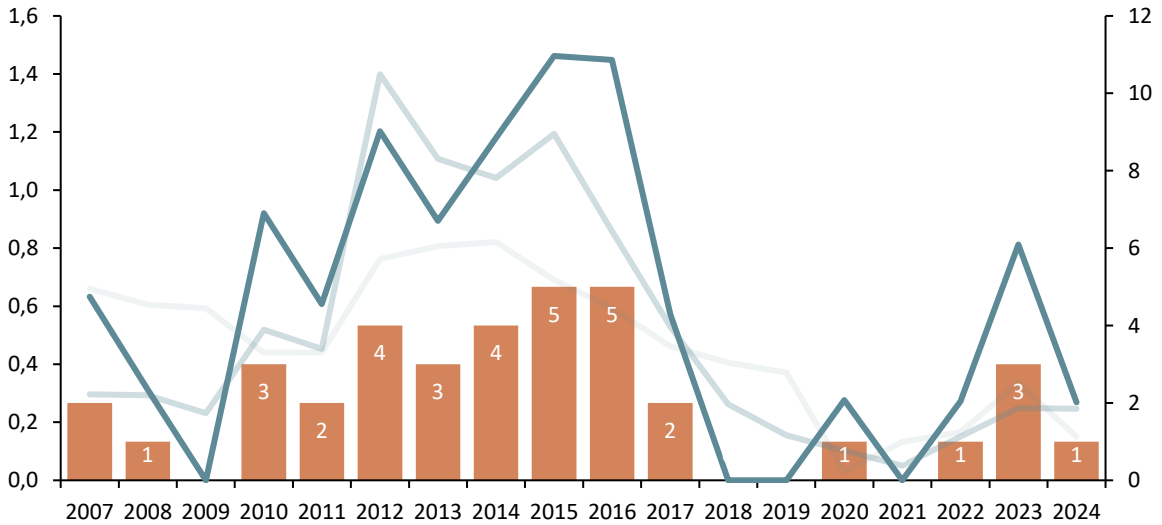


Figura 149: Tasa de notificación por enfermedad meningocócica (cada 100.000 habitantes) y número de casos notificados en la comuna de Viña del Mar entre los años 2007 y 2024. En colores

transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Epidemiología (2025b).

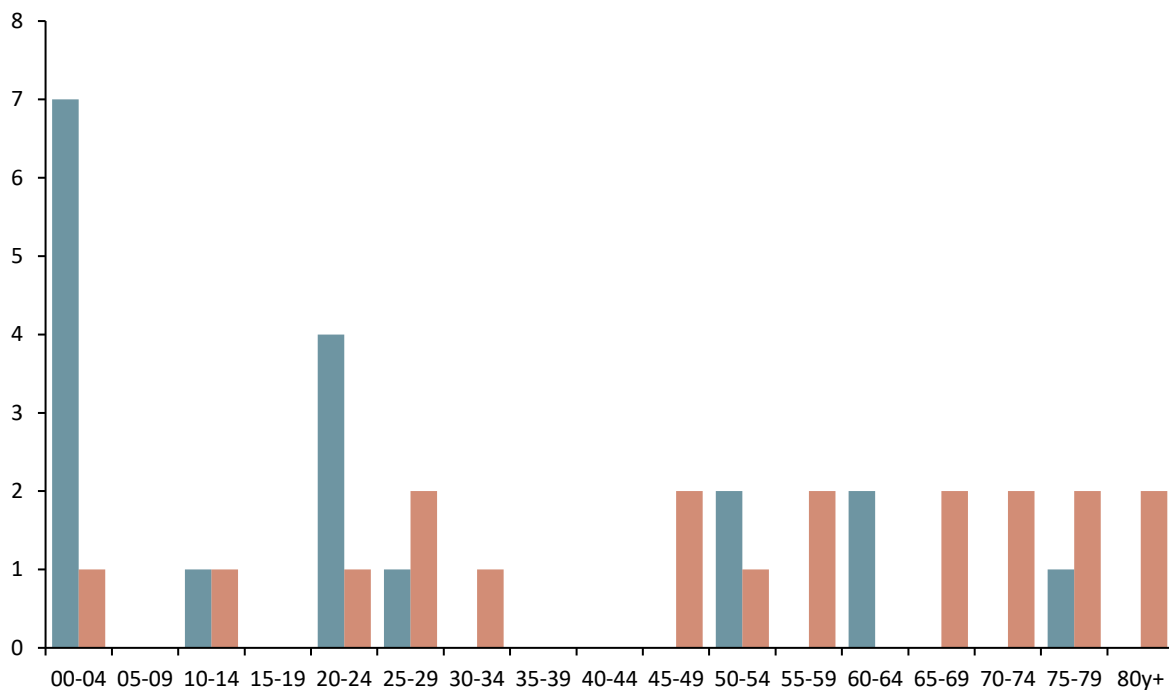


Figura 150: Casos notificados por enfermedad meningocócica en la comuna de Viña del Mar, desagregados por género y grupos de edad, entre los años 2007 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Epidemiología (2025b).

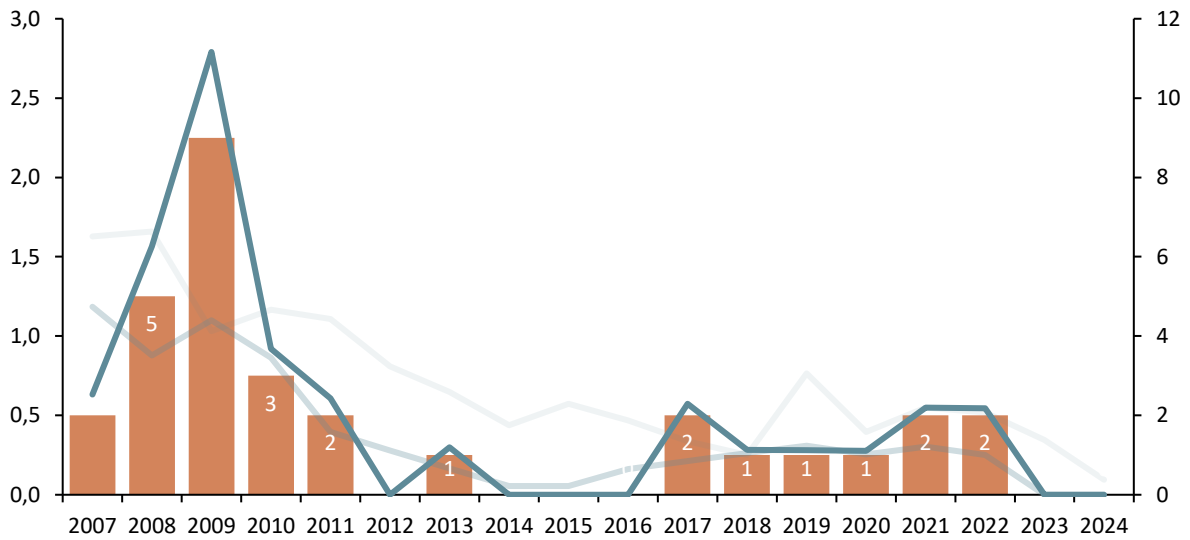


Figura 151: Tasa de notificación por fiebre tifoidea y paratifoidea (cada 100.000 habitantes) y número de casos notificados en la comuna de Viña del Mar entre los años 2007 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Epidemiología (2025b).

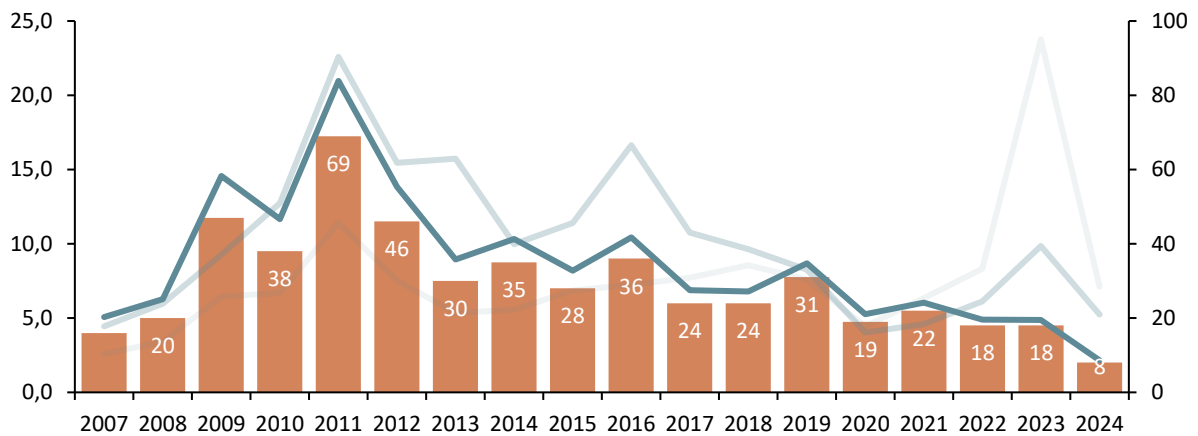


Figura 152: Tasa de notificación por enfermedad de Chagas (cada 100.000 habitantes) y número de casos notificados en la comuna de Viña del Mar entre los años 2007 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Epidemiología (2025b).

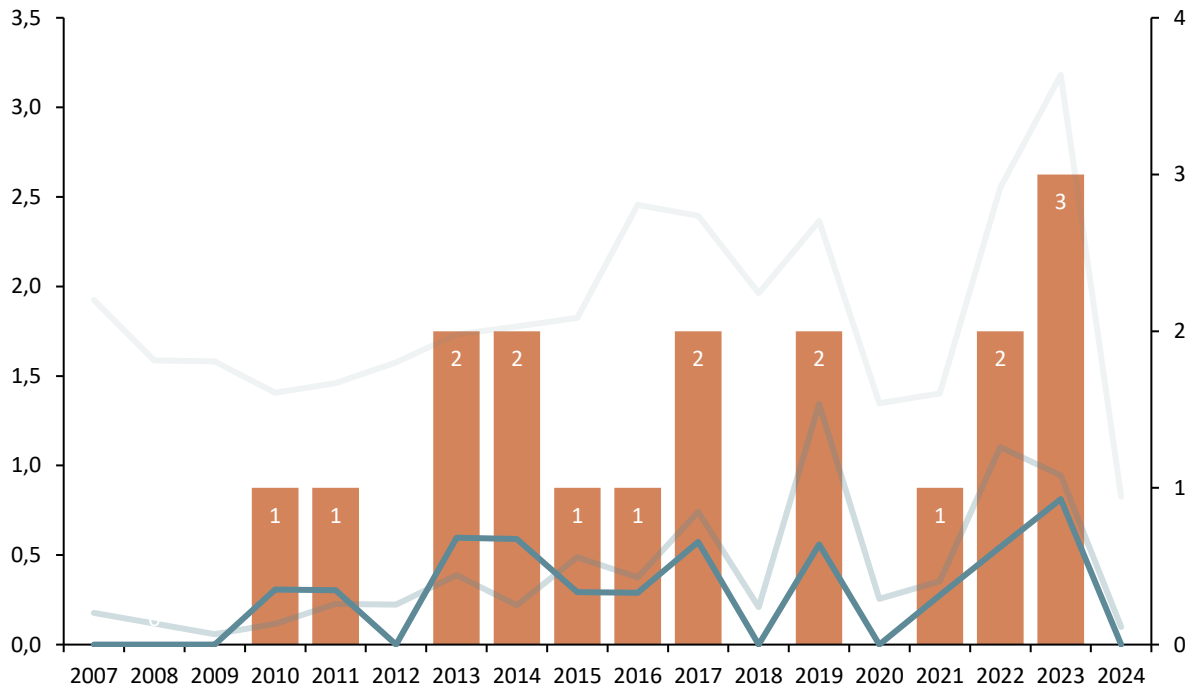


Figura 153: Tasa de notificación por hidatidosis (cada 100.000 habitantes) y número de casos notificados en la comuna de Viña del Mar entre los años 2007 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Epidemiología (2025b).

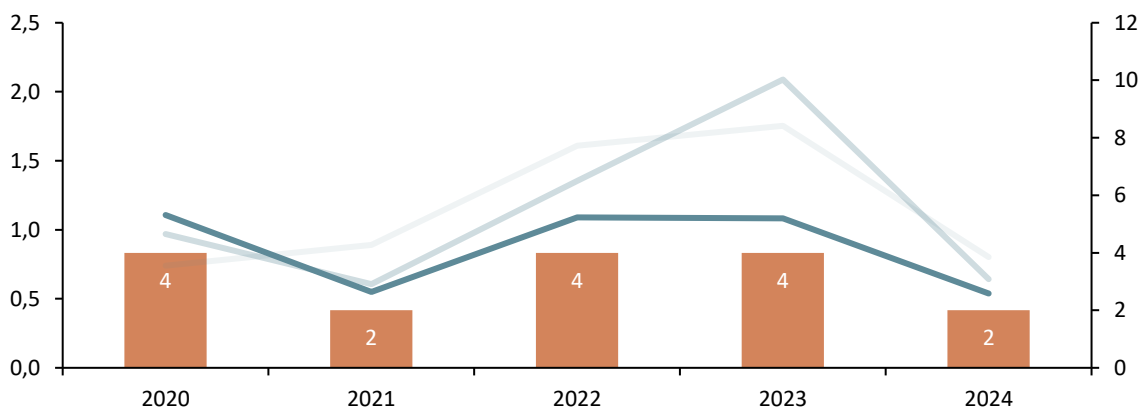


Figura 154: Tasa de notificación por meningitis bacteriana (cada 100.000 habitantes) y número de casos notificados en la comuna de Viña del Mar entre los años 2007 y 2024. En colores transparentes se muestran además las tasas respectivas para la región de Valparaíso y el país. Elaboración propia en base a información del Departamento de Epidemiología (2025b).

Diagnóstico Participativo

El Diagnóstico Participativo en Salud de la comuna de Viña del Mar constituye un componente esencial del proceso de planificación estratégica, en el marco de la elaboración del Plan de Salud Comunal 2025–2028. Este proceso busca no solo describir la situación sanitaria de la población, sino también integrar la perspectiva, experiencia y conocimiento del territorio que poseen sus habitantes y actores locales, en coherencia con los lineamientos de la Estrategia Nacional de Salud y el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.

El desarrollo de este diagnóstico responde al compromiso institucional con los principios de participación social, equidad y pertinencia territorial, entendiendo que la salud es un fenómeno multifactorial determinado por condiciones sociales, económicas, culturales y ambientales. Así, la generación de información desde la comunidad y con la comunidad permite identificar brechas, necesidades y oportunidades que no siempre emergen de los sistemas estadísticos tradicionales, fortaleciendo el carácter inclusivo y democrático del proceso de planificación sanitaria comunal.

El Plan de Salud Comunal de Viña del Mar se sustenta en la articulación entre la información técnica proveniente de los sistemas de salud y la información cualitativa derivada del diagnóstico participativo. Este enfoque dual otorga una visión integral del estado de salud de la población,

conjugando los datos epidemiológicos con la percepción ciudadana respecto del bienestar, el acceso a los servicios y la calidad de vida. En este sentido, el diagnóstico participativo se constituye en una herramienta de gestión y de gobernanza local, que permite orientar decisiones basadas en evidencia y legitimadas por la comunidad.

La comuna de Viña del Mar presenta una diversidad territorial y social que exige un abordaje diferenciado y contextualizado. Con una población heterogénea y marcada por contrastes socioeconómicos, el territorio combina zonas urbanas consolidadas con áreas periféricas de alta vulnerabilidad social. En estos espacios, las condiciones de acceso a la atención sanitaria, las oportunidades laborales, la vivienda y el entorno ambiental inciden directamente en los resultados en salud. La configuración territorial de la ciudad —con sectores de difícil conectividad y topografía compleja—, junto con el aumento sostenido de la demanda asistencial, refuerza la necesidad de contar con una planificación que reconozca la desigualdad como un determinante estructural de la salud comunal.

En este contexto, el diagnóstico participativo se desarrolla como un proceso técnico que permite la convergencia entre la mirada institucional de la red de atención primaria y las vivencias de la ciudadanía. A través de instancias de diálogo y reflexión colectiva, se identifican tanto los factores que promueven la salud como aquellos que la deterioran, reconociendo la relevancia de los determinantes sociales, ambientales y conductuales. Esta metodología posibilita, además, visibilizar los recursos comunitarios existentes y fortalecer la articulación intersectorial, elementos indispensables para avanzar hacia un modelo de atención centrado en las personas, las familias y las comunidades.

El proceso participativo se concibe, por tanto, como una práctica transformadora. No se limita a la consulta o recolección de opiniones, sino que constituye un espacio deliberativo en el que la comunidad ejerce su rol activo en la construcción de políticas locales de salud. Desde esta perspectiva, la participación se entiende como un derecho y un componente estructural del desarrollo social y sanitario. Su institucionalización dentro del Plan de Salud Comunal permite que los compromisos adquiridos se traduzcan en acciones sostenibles y medibles, alineadas con los Objetivos Sanitarios Nacionales y los lineamientos de la Estrategia Nacional de Salud, y el Plan de Desarrollo Comunal.

El diagnóstico participativo, además, se convierte en un instrumento que refleja la identidad sanitaria de la comuna, su historia reciente y sus desafíos futuros. Los resultados obtenidos a través de este proceso no solo entregan una fotografía actual de las condiciones de salud, sino que también orientan la toma de decisiones hacia un modelo de gestión más inclusivo, eficiente y basado en la colaboración. En definitiva, la planificación comunal en salud se fortalece en la medida en que las políticas públicas se construyen con la ciudadanía y no únicamente para ella, consolidando así la gobernanza sanitaria local y el compromiso colectivo con el bienestar de la población.

Metodología del diagnóstico participativo

El diagnóstico participativo de salud de la comuna de Viña del Mar se concibió como un proceso sistemático, participativo y territorialmente pertinente, destinado a recopilar, analizar y sintetizar información cualitativa y cuantitativa sobre las condiciones de salud, bienestar y determinantes sociales que inciden en la población. Esta metodología se enmarca en las directrices del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitario (MAIS) y en las orientaciones del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) para la elaboración de planes comunales con enfoque participativo.

El diseño metodológico del proceso se basó en tres principios orientadores: participación social efectiva, pertinencia territorial y enfoque intersectorial. Estos principios aseguraron la incorporación de múltiples actores —comunitarios, institucionales y técnicos— en las distintas fases del diagnóstico, promoviendo la construcción colectiva de conocimiento y la validación social de los resultados. La perspectiva participativa fue asumida no solo como una herramienta de levantamiento de información, sino como una estrategia de fortalecimiento de la ciudadanía en salud y de legitimación de la gestión local.

Desde su concepción, el diagnóstico fue planificado como un proceso de co-producción de conocimiento, donde la comunidad no es únicamente informante, sino parte activa en la interpretación de los datos, en la identificación de problemas y en la priorización de líneas de acción. De esta manera, el enfoque participativo busca transformar las relaciones tradicionales entre los equipos técnicos y los actores sociales, promoviendo una lógica de diálogo horizontal y de construcción de confianza entre la institucionalidad y la ciudadanía.

Enfoque metodológico y marco conceptual

El proceso metodológico integró tres dimensiones complementarias:

1. Dimensión descriptiva, orientada a caracterizar el contexto socio-sanitario de la comuna a partir de fuentes secundarias, estadísticas institucionales y antecedentes provenientes del diagnóstico de recursos en salud.
2. Dimensión interpretativa, que permitió incorporar la percepción de la comunidad respecto a sus condiciones de vida, el acceso a la atención y los determinantes sociales de la salud.
3. Dimensión propositiva, cuyo propósito fue construir de manera conjunta orientaciones estratégicas que contribuyan al fortalecimiento de la red comunal.

Estas tres dimensiones se articularon bajo una lógica de triangulación metodológica, integrando información cualitativa y cuantitativa, técnica y comunitaria. La aplicación de esta estrategia permitió validar los hallazgos, complementar los datos institucionales con la experiencia territorial y asegurar una comprensión más profunda del fenómeno salud-enfermedad en su contexto local.

Etapas del proceso participativo

El diagnóstico se desarrolló en cuatro etapas sucesivas y articuladas:

Preparación y planificación del proceso:

Esta etapa incluyó la revisión documental, la definición de objetivos específicos y la elaboración de un cronograma de trabajo. Se estableció un equipo técnico comunal conformado por profesionales de la Dirección de Salud y representantes de los CESFAM, responsables de coordinar la implementación metodológica en los distintos sectores territoriales. Además, se definieron los criterios de representatividad y los mecanismos de convocatoria para garantizar la inclusión de actores comunitarios, líderes sociales y referentes institucionales. Adicionalmente fueron parte fundamental de este proceso académicos de la Universidad de Valparaíso quienes apoyaron el desarrollo del plan de salud desde la óptica del diagnóstico participativo.

Levantamiento de información participativa:

Durante esta fase se desarrollaron talleres participativos territoriales, entrevistas semiestructuradas (Viña responde) y grupos focales con diversos actores de la red comunal y organizaciones de base, cabe señalar que en la aplicación de las encuestas participaron estudiantes de la Universidad de Valparaíso, y en los grupos de discusión diferentes profesionales de los centros de salud.

Estas instancias permitieron identificar las principales problemáticas percibidas en salud física, mental, ambiental y social, así como los factores protectores y recursos comunitarios existentes. El levantamiento consideró la aplicación del principio de heterogeneidad, incorporando los enfoques de las orientaciones técnicas de la planificación y programación en red para el año 2026. Se debe mencionar que se aplicaron 1839 encuestas en diferentes sectores de la comuna, de forma presencial y virtual. Respecto a los grupos de discusión, se utilizó la metodología de “Voz Dual”, donde se perfilan dos grandes grupos por cada territorio de CESFAM, siendo uno de dirigentes sociales (enfocado en el discurso de la “norma social”) y otro de vecinos/usuarios (enfocado en el discurso de la experiencia vivencial).

Las variables a recoger en la dimensión cuantitativa se recogen en la siguiente tabla:

Tabla14: Variables incluidas y agrupadas en la encuesta cuantitativa aplicada en la comuna de Viña del Mar, 2025.

Grupo de Variables	Variables Incluidas
Sociodemográficas	CESFAM de atención, Nombre, Edad, Sexo, Tiempo en la comuna, Nacionalidad, Nivel educacional, Ocupación, Gastos mensuales del hogar, Número de personas en el hogar.
Estilos de Vida y Conductas	Consumo de frutas y verduras, Tabaquismo (cantidad), Frecuencia de actividad física, Consumo de alcohol, Consumo de sustancias psicotrópicas, Actividades familiares saludables.
Condiciones y enfermedades crónicas	Asma, Cáncer, Demencia/Alzheimer, Depresión, Diabetes, Dolor crónico, Enfermedades cardiovasculares, Enfermedad cerebrovascular, Hepáticas, Neurológicas, Urinarias, Dermatológicas, Respiratorias, Hipertensión, Malformaciones congénitas, Obesidad, Osteoporosis, Trastornos tiroideos, Tuberculosis, VIH/SIDA.

Factores Psicosociales y Bienestar	Apoyo familiar, Red de amigos, Participación social, Actividad física regular, Alimentación saludable, Desempeño laboral/estudios, Ánimo positivo, Autoestima, Confianza, Adaptación, Percepción de salud.
Percepción del entorno comunitario	Seguridad en el vecindario, Promoción de estilos saludables, Acceso a áreas verdes, Acceso a mercados saludables, Existencia de organizaciones comunitarias, Oferta de talleres.
Experiencias con servicios de salud	Participación en talleres CESFAM, Utilidad percibida, Facilidad para obtener hora, Ubicación del CESFAM, Coordinación profesional, Condiciones de infraestructura, Claridad en indicaciones, Uso de programas y servicios.
Participación comunitaria	Problema de salud percibido en la comunidad, Disposición para participar en reuniones,

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

Respecto a los grupos de discusión, en la siguiente tabla se resumen las principales características que se definieron para los grupos de discusión en la metodología del diagnóstico participativo

Tabla15: Característica de los grupos de discusión del componente cualitativo del diagnóstico participativo en la comuna de Viña del Mar, 2025.

Composición	15 participantes por grupo, compuestos por líderes y representantes de organizaciones formales	15 vecinos por grupo, seleccionados de la población general.
Criterio Clave	Homogeneidad en el Rol: Buscando una discusión entre pares.	Heterogeneidad en el Perfil: Buscando una variedad de experiencias de vida.
Requisito de inclusión	Al menos 3 años de antigüedad en cargos directivos (con excepciones).	Antigüedad igual o superior a 5 años habitando la comunidad.
Requisitos adicionales	Representantes de instituciones y organizaciones funcionales.	Perfiles variados en sexo y rango etario (adultos con/sin hijos, adultos mayores).

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

Sistematización y análisis de la información.

La información recopilada fue transcrita, categorizada y analizada mediante técnicas de análisis de contenido temático, utilizando matrices de sistematización que facilitaron la comparación entre territorios y ejes temáticos. Este proceso fue complementado con la revisión de indicadores comunales y reportes del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), lo que permitió contextualizar las percepciones ciudadanas dentro del panorama sanitario comunal.

Validación y retroalimentación de resultados.

Finalmente, los resultados preliminares fueron socializados en instancias de devolución con representantes comunitarios y equipos de salud. Estas sesiones de validación cumplieron un doble propósito: garantizar la fidelidad interpretativa de la información y fortalecer el sentido de corresponsabilidad en la implementación de las estrategias derivadas del diagnóstico. Las observaciones y aportes recibidos fueron integrados, consolidando un proceso de construcción colectiva.

Instrumentos aplicados y actores participantes

El levantamiento participativo se apoyó en una combinación de técnicas e instrumentos adaptados a la realidad territorial y a los objetivos del proceso. Entre ellos se destacan:

- Talleres comunitarios de diagnóstico: instancias grupales que promovieron la reflexión colectiva sobre los problemas y fortalezas del territorio en materia de salud.
- Grupos focales temáticos: aplicados a equipos de salud, dirigentes vecinales, organizaciones sociales y representantes de instituciones públicas.
- Entrevistas semiestructuradas: dirigidas a actores clave del ámbito intersectorial, con el fin de identificar nudos críticos en la gestión sanitaria local.
- Matriz de priorización participativa: utilizada para jerarquizar los problemas de salud identificados según criterios de magnitud, vulnerabilidad y factibilidad de abordaje.

- Registro de actas y sistematización de talleres: documentos base para el análisis de contenido y la validación comunitaria posterior.

La recolección fue implementada por un Equipo Motor compuesto por 150 estudiantes de la Universidad de Valparaíso y apoyo de profesionales de la dirección de salud y de los centros:

- Encuesta (Cuantitativa): La encuesta se aplicó mediante dispositivos móviles (tabletas y teléfonos) y, en zonas de baja conectividad, se utilizó una versión impresa idéntica, asegurando la integridad de los datos.
- Grupos de Discusión (Cualitativa): Los grupos fueron grabados en audio y video con el fin de asegurar la fidelidad del discurso para su posterior análisis.

En total, participaron más de 200 personas en los distintos espacios de trabajo, incluyendo dirigentes vecinales, representantes de organizaciones de adultos mayores, mujeres, juventudes, migrantes, comités ambientales, establecimientos educacionales y funcionarios de la red APS. Esta diversidad permitió capturar una visión plural del territorio, representando tanto los sectores urbanos consolidados como las zonas de mayor vulnerabilidad socioeconómica y sanitaria.

La participación en ambas fases del diagnóstico fue estrictamente voluntaria. Se garantizó la confidencialidad y el anonimato de los participantes. Previo a la recolección, se obtuvo el Consentimiento Informado de cada persona para participar en la encuesta y/o en el Grupo de Discusión, según corresponda

Análisis y criterios de validación

El análisis de la información siguió criterios de rigor metodológico basados en la consistencia, la triangulación y la saturación de los datos. Cada tema emergente fue contrastado con la información documental, los registros estadísticos y los relatos de los participantes, lo que permitió alcanzar una comprensión holística y validada de los fenómenos observados. El proceso de triangulación incorporó tres niveles:

- Triangulación de fuentes (comunidad, equipo técnico y actores institucionales).
- Triangulación de métodos (talleres, entrevistas y revisión documental).

- Triangulación territorial, considerando la diversidad geográfica y socioeconómica de los sectores comunales.

Este enfoque metodológico garantizó que los resultados del diagnóstico no fueran interpretaciones aisladas, sino construcciones colectivas que reflejan la complejidad del sistema local de salud y la heterogeneidad del territorio viñamarino. La aplicación de criterios de validación participativa permitió que las conclusiones finales contaran con legitimidad técnica y social, base necesaria para orientar la planificación estratégica del periodo 2026–2028.

Resultados Cuantitativos del Diagnóstico Participativo

El proceso participativo desarrollado en Viña del Mar permitió identificar una serie de temas prioritarios que expresan tanto las necesidades sanitarias objetivas de la población como sus percepciones sobre los factores que condicionan el bienestar individual y colectivo. Los resultados aquí sintetizados fueron construidos colectivamente a partir de la triangulación entre las instancias participativas, los equipos de salud, los registros estadísticos y el análisis territorial.

Los hallazgos se agrupan en torno a cinco ejes centrales: salud física y acceso a la atención, salud mental y bienestar emocional, entorno y medio ambiente, determinantes sociales y calidad de vida, y percepción de la red comunal de salud y participación ciudadana. Cada uno de estos ámbitos expresa una dimensión específica de la realidad sanitaria comunal y se relaciona directamente con los determinantes estructurales y sociales de la salud en el territorio.

La muestra total de 1.839 encuestas realizadas de forma presencial y a través de la Plataforma Viña Decide. Los CESFAM con mayor participación son Miraflores (18,2%), Nueva Aurora (15,9%) y Marco Maldonado (15,1%), que en conjunto concentran casi la mitad de la muestra. Esta distribución es proporcional a la población inscrita, validando la representatividad territorial del estudio.

La metodología de encuesta mixta (terreno 64,3% y online 35,7%) permitió alcanzar sectores con diferentes niveles de acceso digital, fortaleciendo la validez de los resultados.

Tabla 16: Distribución según centro de salud de las encuestas aplicadas para efectos del diagnóstico participativo 2025.

CESFAM	Terreno	Viña Decide	Total	Porcentaje	Población inscrita
Miraflores	237	98	335	18,2%	38074
Nueva Aurora	190	102	292	15,9%	33573
Marco Maldonado	137	141	278	15,1%	34948
Gómez Carreño	167	102	269	14,6%	40447
Dr. Jorge Kaplan	160	56	216	11,7%	32502
Dr. Juan Carlos Baeza	90	45	135	7,3%	25132
Las Torres	68	24	92	5,0%	12690
Cienfuegos	43	40	83	4,5%	22936
Lusitania	50	24	74	4,0%	14852
Brígida Zavala	41	24	65	3,5%	15199
Total general	1183	656	1839	100,0%	273353

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

Se debe mencionar que de este total encuestado el 65,7% son mujeres, significativamente superior al promedio nacional de 50,7% según proyecciones INE 2025. Esta sobrerrepresentación femenina es consistente con el patrón de utilización de servicios de atención primaria en Chile, donde las mujeres representan históricamente entre el 60-65% de las consultas. El 96,43% de la población encuestada es chilena, con un 3,57% de población migrante. La nacionalidad extranjera más frecuente es la venezolana (2,1%), seguida por argentina (0,53%) y peruana (0,21%).

Tabla 17: Distribución de nacionalidad de encuestados por CESFAM, 2025.

Nacionalidad	Comunal	Brígida Zavala	Cienfuegos	Dr. Juan Carlos Baeza	Gómez Carreño	Las Torres
Chilena	96,43%	95,2%	100,0%	97,7%	96,4%	97,5%
Venezolana	2,1%			1,15%	2,1%	2,5%
Argentina	0,53%					
Otra	0,3%				0,75%	
Peruana	0,21%	4,8%			0,75%	
Haitiana	0,21%					
Colombiana	0,11%			1,15%		
Ecuatoriana	0,11%					
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Nacionalidad	Comunal	Lusitania	Dr. Marco Maldonado	Miraflores	Nueva Aurora	Dr. Jorge Kaplan
Chilena	96,43%	100,0%	98,5%	94,2%	97,5%	93,7%
Venezolana	2,1%			2,9%	1,2%	5,6%
Argentina	0,53%		0,8%	1,2%	1,2%	
Otra	0,3%			1,2%		
Peruana	0,21%					
Haitiana	0,21%		0,7%	0,6%		
Colombiana	0,11%					
Ecuatoriana	0,11%					0,7%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

El promedio de residencia es de 33,1 años (mediana 33 años), indicando alta estabilidad y arraigo territorial. Brígida Zavala presenta el mayor arraigo (media 38 años), mientras que Dr. Juan Carlos Baeza tiene residentes más recientes (29,6 años). Es importante destacar que el 50% de la población ha vivido en la comuna más de 33 años. Este alto nivel de arraigo territorial es un activo comunitario

importante para intervenciones de salud, ya que facilita la construcción de redes de apoyo social y el conocimiento del entorno.

Tabla 18: Medidas descriptivas sobre tiempo de residencia en Viña del Mar por Centro de Salud, 2025.

Parámetro	Global	Brígida Zavala	Cienfuegos	Dr. J.C Baeza	Gómez Carreño	Las Torres	Lusitania	Dr. M. Maldonado	Miraflores	Nueva Aurora	Dr. Jorge Kaplan
Media	33,1	38,0	33,2	29,6	33,9	35,6	35,2	32,4	33,9	34,5	28,5
Mediana	33,0	36,0	32,0	30,0	34,0	35,0	32,5	30,0	35,5	35	26,0
Desviación estándar	19,5	20,2	22,3	17,9	19,3	19,5	17,0	20,7	17,9	1,4	17,2
Mínimo	0,0	3,0	0,1	0,6	0,5	0,0	2,0	0,6	0,2	0,7	0,4
Máximo	131,0	82,0	80,0	87,0	78,0	84,0	79,0	91,0	74,0	80,0	71,0
IC inferior	32,2	37,1	32,1	28,8	33,0	34,7	34,4	31,5	33,1	30,0	27,7
IC Superior	34,0	39,0	34,2	30,4	34,8	36,5	36,0	33,4	34,7	35,5	29,3

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

Sobre el perfil educacional de la población encuestada, se refleja que El 34,0% de la población encuestada ha alcanzado educación superior (técnica o universitaria), seguido por 47,1% con educación media incompleta/completa y 18,3% con educación básica incompleta/completa. Solo el 0,6% declara no tener escolaridad.

Tabla 19: Distribución de encuestados según nivel educativo en enfoque cualitativo del Diagnóstico Participativo, Viña del Mar 2025.

Nivel educativo más alto alcanzado	Porcentaje
Sin escolaridad	0,6%
Educación básica incompleta/completa	18,3%
Educación media incompleta/completa	47,1%

Educación superior (técnica o universitaria)	34,0%
---	-------

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

El análisis educativo de la población comunal revela diferencias significativas en comparación con los promedios nacionales, lo que permite comprender con mayor precisión la relación entre nivel de instrucción y comportamientos de salud. De acuerdo con la Encuesta CASEN 2022 del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, el 27,6% de la población chilena de 18 años y más ha completado educación superior (técnica o universitaria), mientras que el 47,2% posee educación media completa o incompleta, y el 23,4% cuenta con educación básica como máximo nivel alcanzado (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2022).

En Viña del Mar, los resultados comunales del diagnóstico participativo evidencian una situación más favorable en términos de capital educativo, con un 34,0% de la población que ha completado estudios superiores, es decir, 6,4 puntos porcentuales por sobre la media nacional. Este dato constituye un activo estratégico para la promoción de la salud y el desarrollo de intervenciones educativas, dado que una población con mayor nivel formativo tiende a presentar mejores competencias en comprensión de información sanitaria, adherencia terapéutica y participación en programas comunitarios.

Sin embargo, el análisis también expone brechas educativas críticas que impactan directamente en la equidad sanitaria comunal. El 18,9% de la población (18,3% educación básica + 0,6% sin escolaridad) enfrenta mayores barreras de comprensión en salud, lo que se asocia a un riesgo aumentado de no adherir a tratamientos médicos o de interpretar de manera incorrecta las indicaciones clínicas. Según la Revista Médica de Chile (2020), las personas con menor escolaridad tienen tres veces más probabilidades de presentar baja alfabetización en salud, lo que repercute en su capacidad para tomar decisiones informadas respecto de su autocuidado.

El cruce entre nivel educacional y situación ocupacional refuerza esta lectura. En el diagnóstico participativo, solo el 10% de los encuestados reportó profesión universitaria (pregunta 8), mientras que un 22% corresponde a técnicos de nivel superior, lo que sugiere que buena parte del 34% con educación superior comunal pertenece a este grupo técnico-profesional. Cabe señalar que la encuesta se dirigió a usuarios activos del Subsistema de Salud Público, por cuanto no es posible trasladar este análisis a la población general de la comuna de Viña del Mar.

Desde la perspectiva territorial, el análisis de vulnerabilidad educativa muestra una correspondencia directa entre los sectores con menor escolaridad y los CESFAM con mayores indicadores de vulnerabilidad social —principalmente Lusitania y Las Torres—, donde la proporción de personas con educación básica o sin escolaridad supera el promedio comunal. En estos sectores se observa una menor alfabetización en salud, reflejada en comportamientos de riesgo como:

- Bajo consumo de frutas y verduras: en el CESFAM Lusitania, un 67,9% de los encuestados consume solo 0–1 porción diaria.
- Alta prevalencia de tabaquismo: 42,9% en el mismo sector, superior al promedio comunal.
- Baja participación en actividades educativas: solo 10,7% ha asistido a talleres o acciones formativas de salud.

Estos indicadores confirman la relación entre menor nivel educativo y conductas de salud desfavorables, lo que refuerza la necesidad de diseñar estrategias de educación sanitaria adaptadas al perfil sociocultural del territorio. Dichas estrategias deben incorporar lenguaje claro, recursos visuales, mediadores comunitarios y mecanismos de verificación de comprensión, especialmente en grupos con menor escolaridad formal. Cabe señalar igualmente que estos indicadores no necesariamente se vinculan exclusivamente al territorio del cual son parte, sino que a la composición propia del perfil de usuarios inscritos y validados en cada centro.

En contraposición, en sectores donde la población exhibe mejores niveles educacionales y una composición ocupacional más calificada, muestran mayor participación comunitaria y mejores indicadores de autocuidado. Este contraste sugiere que el nivel educativo actúa como determinante modulador de la conducta en salud, influyendo en la capacidad de las personas para acceder, comprender y aplicar la información sanitaria disponible.

Factores de Riesgo y Factores Protectores

Tabaquismo

El análisis del hábito tabáquico en la población encuestada evidencia que el 27,8% de las personas declara fumar actualmente, con un consumo promedio de 6,1 cigarrillos diarios (mediana: 5;

desviación estándar: 5,5). Este patrón de consumo permite clasificar a la mayoría de los fumadores dentro de la categoría de “fumadores ligeros” —definida por la literatura nacional como aquellos que consumen menos de 10 cigarrillos por día—, lo que constituye una ventana de oportunidad para intervenciones efectivas de cesación tabáquica (Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025).

Al comparar los resultados comunales con los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016–2017, que reporta una prevalencia de tabaquismo del 33,3% a nivel nacional, Viña del Mar presenta una prevalencia inferior en 5,5 puntos porcentuales, situándose por debajo del promedio país. Este resultado puede interpretarse como un indicador positivo del impacto de las políticas locales de promoción de salud y prevención del tabaquismo, aunque aún persisten diferencias relevantes entre sectores.

A nivel territorial, se observan importantes disparidades entre los distintos CESFAM. Los establecimientos Brígida Zavala y Lusitania registran las tasas más elevadas de consumo de tabaco, con un 42,9% cada uno, casi duplicando la prevalencia observada en Dr. Juan Carlos Baeza (24,1%), que exhibe la proporción más baja comunal. Les siguen CESFAM Profesor Eugenio Cienfuegos (37,9%), Las Torres (35,0%) y Dr. Jorge Kaplan (27,5%), mientras que los centros Miraflores, Nueva Aurora, Dr. Marco Maldonado y Gómez Carreño presentan cifras cercanas al promedio general (entre 24% y 27%).

Esta distribución evidencia que el consumo de tabaco mantiene un patrón asociado a la vulnerabilidad social y educativa, concentrándose en los territorios de menor nivel socioeconómico, donde el hábito tabáquico se consolida como una práctica cultural y un factor de riesgo persistente para enfermedades respiratorias, cardiovasculares y oncológicas. Los sectores de Lusitania y Brígida Zavala, que también presentan los niveles más bajos de escolaridad y menor participación en actividades educativas en salud, concentran simultáneamente las prevalencias más altas de tabaquismo, lo que refuerza la necesidad de estrategias específicas en dichos territorios.

Desde una perspectiva de salud pública, estos hallazgos sugieren la pertinencia de fortalecer los programas de cesación tabáquica en atención primaria, especialmente en los CESFAM con mayores prevalencias, mediante el refuerzo de consejerías breves, grupos de apoyo, acompañamiento farmacológico y abordajes comunitarios que integren el contexto sociocultural de los usuarios.

En síntesis, el tabaquismo en Viña del Mar se ubica por debajo del promedio nacional, pero mantiene desigualdades territoriales significativas. El predominio de fumadores ligeros representa una oportunidad estratégica para la intervención temprana y efectiva, contribuyendo a reducir uno de los principales factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad comunal y a avanzar hacia una población más saludable y libre de tabaco.

Tabla 20: Distribución porcentual de hábito tabáquico en la comuna de Viña del Mar, 2025.

CESFAM	Fuma tabaco
Global	27,8%
Brígida Zavala	42,9%
Lusitania	42,9%
Cienfuegos	37,9%
Las Torres	35,0%
Dr. Jorge Kaplan	27,5%
Miraflores	27,3%
Nueva Aurora	26,7%
Dr. Marco Maldonado	26,5%
Gómez Carreño	24,3%
Dr. Juan Carlos Baeza	24,1%
Parámetro	Cantidad de cigarrillos
Media	6,1
Mediana	5,0
Desviación estándar	5,5
Mínimo	0,0
Máximo	40,0
IC inferior	5,9

IC Superior	6,4
Cantidad de personas	391

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

Consumo de Alcohol

El análisis del consumo de alcohol en la población encuestada evidencia un patrón predominantemente abstencionista y de baja frecuencia, con una proporción mayoritaria de personas que declara no consumir alcohol (56,9%). Entre quienes sí lo hacen, la gran mayoría mantiene un consumo ocasional: 27,9% consume menos de una vez por semana y 9,7% una vez por semana, mientras que solo un 5,5% presenta consumo frecuente o potencialmente problemático (suma de consumo diario y varias veces por semana).

Estos resultados posicionan a Viña del Mar por debajo del promedio nacional de consumo riesgoso de alcohol, estimado en 11,7% según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016–2017. La diferencia de más de seis puntos porcentuales respecto del promedio país sugiere una tendencia comunal favorable en la reducción del consumo excesivo, probablemente asociada a políticas preventivas sostenidas y a un cambio cultural en torno al uso de bebidas alcohólicas (Ministerio de Salud de Chile, 2017)

A nivel territorial, la distribución por CESFAM revela contrastes significativos en los patrones de consumo. Los centros Dr. Juan Carlos Baeza y Las Torres destacan como los territorios de mayor prevalencia de consumo frecuente, con 8,0% de consumo diario en el primero y 15,0% de consumo varias veces por semana en el segundo, valores que superan ampliamente el promedio comunal y se acercan al umbral de riesgo definido por la ENS. En tanto, Lusitania presenta un 7,1% de consumo diario pero sin registros de consumo frecuente semanal, lo que sugiere comportamientos concentrados en grupos específicos o eventos puntuales.

Por el contrario, Gómez Carreño (65,7%) y Las Torres (65,0%) registran las mayores proporciones de población abstemia, seguidos por Cienfuegos (58,6%), Brígida Zavala (57,1%) y Dr. Jorge Kaplan (56,3%). Este predominio de abstinencia o consumo esporádico representa una fortaleza sanitaria,

dado que reduce la exposición comunal a los daños asociados al alcohol y constituye una base positiva para fortalecer estrategias de prevención en jóvenes y adultos.

En términos generales, el 43,1% de la población declara consumir alcohol en alguna frecuencia, pero la mayoría lo hace de manera ocasional y no problemática, lo que sugiere que el patrón comunal se enmarca en un consumo social moderado más que en un consumo dependiente. La media de consumo diario (2,3%) y la proporción de consumo frecuente semanal (3,2%) confirman esta tendencia de bajo riesgo.

Sin embargo, la distribución territorial evidencia que el consumo problemático tiende a concentrarse en sectores de mayor vulnerabilidad social, particularmente en Dr. Juan Carlos Baeza y Las Torres, lo que coincide con patrones observados en otros determinantes sociales de la salud (como menor nivel educativo y mayor prevalencia de tabaquismo). En estos territorios, el consumo de alcohol puede estar asociado a factores de estrés, desempleo o dinámicas familiares complejas, lo que refuerza la necesidad de intervenciones integrales que aborden no solo el consumo, sino también sus determinantes psicosociales y comunitarios.

Desde la perspectiva de la Atención Primaria, los resultados sugieren la conveniencia de fortalecer los programas de detección temprana y consejería breve en consumo de alcohol, especialmente en los CESFAM con mayor prevalencia, integrando herramientas de tamizaje como el AUDIT-C y estrategias de acompañamiento psicosocial. Asimismo, es necesario potenciar las acciones preventivas comunitarias que promuevan estilos de vida saludables, el autocuidado y la participación en actividades recreativas libres de alcohol.

Tabla 21 : Distribución porcentual de consumo de alcohol por CESFAM en Viña del Mar, 2025.

Consumo de Alcohol	Diariamente	Varias veces por semana	Una vez por semana	Menos de 1 vez por semana	Nunca	Total
Global	2,3%	3,2%	9,7%	27,9%	56,9%	100%
Brígida Zavala	0,0%	0,0%	14,3%	28,6%	57,1%	100%
Cienfuegos	3,4%	3,4%	6,9%	27,6%	58,6%	100%
Dr. Jorge Kaplan	1,4%	4,2%	11,3%	26,8%	56,3%	100%
Dr. Juan Carlos Baeza	8,0%	5,7%	12,6%	27,6%	46,0%	100%
Gómez Carreño	0,0%	1,4%	5,7%	27,1%	65,7%	100%
Las Torres	0,0%	15,0%	7,5%	12,5%	65,0%	100%

Lusitania	7,1%	0,0%	10,7%	21,4%	60,7%	100%
Dr. Marco Maldonado	2,3%	2,3%	10,6%	29,5%	55,3%	100%
Miraflores	2,3%	2,3%	8,1%	32,0%	55,2%	100%
Nueva Aurora	1,9%	1,9%	11,2%	29,2%	55,9%	100%

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

Consumo de Drogas

El diagnóstico comunal muestra que el consumo de sustancias psicotrópicas ilegales o recreativas en Viña del Mar es bajo en términos generales, pero no exento de riesgos focalizados. En efecto, el 90,9% de la población encuestada declara no haber consumido nunca drogas, mientras que un 9,1% reconoce consumo en alguna frecuencia, cifra que, aunque minoritaria, reviste relevancia desde el punto de vista de la prevención y la salud mental comunitaria.

El consumo diario alcanza el 2,6%, mientras que un 1,6% consume varias veces por semana y 2,3% una vez por semana, lo que significa que el consumo frecuente o problemático (diario + varias veces por semana) representa un 4,2% del total comunal. Este grupo corresponde a personas que mantienen patrones de consumo sostenido y, por tanto, requieren intervención temprana y acompañamiento especializado desde la red de salud y los programas de prevención de drogas y alcohol (SENDA y MINSAL, 2023).

A nivel territorial, se identifican diferencias relevantes entre los CESFAM. Miraflores presenta la mayor prevalencia de consumo diario (0,6%), seguido por Dr. Marco Maldonado (0,4%) y Nueva Aurora (0,4%), lo que sugiere que el fenómeno se distribuye principalmente en los sectores de mayor densidad urbana y heterogeneidad socioeconómica. En tanto, los CESFAM Gómez Carreño (14,7%), Nueva Aurora (16,9%) y Miraflores (18,1%) concentran la mayor proporción de población total representada en el levantamiento, lo que otorga peso estadístico a sus resultados.

Por otro lado, Dr. Jorge Kaplan (14,9%) y Dr. Marco Maldonado (13,9%) presentan proporciones relevantes en el número de personas encuestadas, aunque sin concentrar los niveles más altos de consumo problemático. En contraste, Brígida Zavala, Lusitania y Las Torres exhiben porcentajes bajos de consumo (entre 0,1% y 0,3% en las categorías de frecuencia semanal o diaria), lo que coincide con sus perfiles territoriales de menor densidad y mayor vulnerabilidad social, donde el consumo de

sustancias suele manifestarse en otros formatos (uso de fármacos sin prescripción o consumo esporádico no declarado).

El hallazgo más relevante radica en que, si bien la prevalencia total de consumo es baja en comparación con la media nacional estimada por SENDA (2022), cercana al 14%, la presencia de un 4,2% de consumidores frecuentes representa un grupo de riesgo prioritario para la red comunal. Este segmento requiere acciones de detección temprana, orientación psicosocial y derivación oportuna, especialmente en los territorios donde se observa mayor normalización o tolerancia social hacia el uso de drogas.

El análisis de contexto sugiere que el consumo de sustancias está estrechamente vinculado a factores psicosociales y de salud mental, como la ansiedad, el estrés laboral y la precariedad económica, especialmente entre jóvenes y adultos jóvenes. En ese sentido, las estrategias comunales deben integrarse a los programas de salud mental y promoción de estilos de vida saludables, garantizando la articulación entre los CESFAM, los CECOSF y el SENDA Previene.

Asimismo, se recomienda fortalecer la alfabetización en salud mental y prevención del consumo problemático, mediante acciones educativas en espacios escolares, laborales y comunitarios. Los programas deben incorporar metodologías participativas, lenguaje accesible y mediadores locales, adaptándose a las características socioculturales de cada territorio.

Tabla 22: Distribución porcentual según consumo de drogas por CESFAM

Consumo de Drogas	Diariamente	Varias veces por semana	Una vez por semana	Menos de 1 vez por semana	Nunca	Total
Global	2,6%	1,6%	2,3%	2,6%	90,9%	100,0%
Brígida Zavala	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	2,0%	2,2%
Cienfuegos	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%	2,6%	3,0%
Dr. Jorge Kaplan	0,1%	0,2%	0,3%	0,4%	13,9%	14,9%
Dr. Juan Carlos Baeza	0,3%	0,2%	0,1%	0,5%	8,0%	9,1%
Gómez Carreño	0,2%	0,1%	0,4%	0,2%	13,8%	14,7%
Las Torres	0,1%	0,3%	0,2%	0,0%	3,6%	4,2%
Lusitania	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%	2,3%	2,9%
Dr. Marco Maldonado	0,4%	0,3%	0,4%	0,1%	12,6%	13,9%

Miraflores	0,6%	0,0%	0,2%	0,9%	16,3%	18,1%
Nueva Aurora	0,4%	0,2%	0,3%	0,1%	15,9%	16,9%

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

Percepción de seguridad en los barrios

El análisis de la percepción de seguridad en Viña del Mar evidencia que la mayoría de la población manifiesta niveles aceptables de sensación de resguardo en su entorno cotidiano. De acuerdo con los resultados comunales, el 56,6% de las personas encuestadas declara sentirse siempre segura, mientras que el 12,5% lo hace casi siempre, lo que en conjunto representa cerca de dos tercios de la población con percepción positiva de seguridad (69,1%). En contraste, un 20,2% indica sentirse rara vez o nunca seguro, y un 10,7% se siente seguro solo a veces.

Comparativamente, la Encuesta Nacional Urbana de Seguridad Ciudadana (ENUSC 2023) señala que el 34,8% de los chilenos se siente inseguro en su barrio, por lo que Viña del Mar presenta indicadores más favorables que el promedio nacional. Este dato sugiere una ventaja relativa en percepción de seguridad, que incide positivamente en la calidad de vida y el bienestar subjetivo de la población.

Sin embargo, el análisis territorial revela desigualdades significativas entre los distintos CESFAM. El establecimiento Dr. Marco Maldonado muestra la mejor percepción de seguridad comunal, con un 72,7% de personas que se sienten siempre seguras, seguido por Brígida Zavala (61,9%) y Gómez Carreño (57,9%). En el extremo opuesto, Lusitania presenta los niveles más bajos de percepción positiva (35,7% se siente siempre seguro) y los más altos de inseguridad percibida (32,2% rara vez o nunca), situación que coincide con sus condiciones del entorno que pueden afectar esta área. Otros sectores, como Las Torres y Miraflores, también registran porcentajes considerables de percepción de inseguridad (entre 20% y 23% sumando las categorías “rara vez” y “nunca”).

Estos resultados son relevantes para la planificación sanitaria, ya que la inseguridad percibida es un determinante indirecto de la salud, al reducir la disposición de la población a utilizar espacios públicos, realizar actividad física y participar en actividades comunitarias. La evidencia internacional y nacional respalda que la percepción de inseguridad incide negativamente en la salud mental, el bienestar emocional y la cohesión social, generando entornos menos saludables y menos activos (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

Por tanto, la promoción de entornos seguros y la recuperación del espacio público se consolida como un eje prioritario en la estrategia comunal, articulando acciones con las áreas de seguridad ciudadana, planificación urbana y participación social. La mejora en la percepción de seguridad no solo reduce el estrés y la ansiedad, sino que facilita la implementación de programas de salud comunitaria, la práctica de actividad física y el fortalecimiento del tejido social.

Tabla 23: Percepción de seguridad en los barrios, 2025

Percepción de seguridad	Siempre	Casi siempre	A veces	Rara vez	Nunca	Total
Global	56,6%	12,5%	10,7%	8,2%	12,0%	100,0%
Brígida Zavala	61,9%	14,3%	9,5%	4,8%	9,5%	100,0%
Cienfuegos	55,2%	10,3%	17,2%	6,9%	10,3%	100,0%
Dr. Jorge Kaplan	51,4%	10,6%	12,7%	12,7%	12,7%	100,0%
Dr. Juan Carlos Baeza	57,5%	10,3%	14,9%	9,2%	8,0%	100,0%
Gómez Carreño	57,9%	16,4%	8,6%	5,0%	12,1%	100,0%
Las Torres	50,0%	12,5%	10,0%	12,5%	15,0%	100,0%
Lusitania	35,7%	10,7%	21,4%	14,3%	17,9%	100,0%
Dr. Marco Maldonado	72,7%	10,6%	4,5%	3,8%	8,3%	100,0%
Miraflores	51,2%	14,0%	12,2%	8,1%	14,5%	100,0%
Nueva Aurora	57,1%	12,4%	9,3%	8,7%	12,4%	100,0%

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

Entornos comunitarios y Conductas saludables

El análisis comunal evidencia que Viña del Mar cuenta con buenas condiciones de entorno físico para la promoción de la salud, aunque persisten brechas importantes en capital social, hábitos saludables y cohesión comunitaria. La información recogida a través del diagnóstico participativo permite observar una asimetría entre la disponibilidad de infraestructura saludable y la adopción de conductas de autocuidado, lo que plantea desafíos para la gestión intersectorial y las políticas locales de promoción de estilos de vida saludables (Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025).

Entornos comunitarios promotores de salud

A nivel global, el 74,9% de la población declara tener acceso a espacios públicos como parques y áreas verdes, mientras que el 87,0% reporta acceso a mercados o ferias con alimentos saludables y asequibles. Estos indicadores reflejan un entorno urbano favorable para la actividad física y la alimentación saludable, lo que posiciona a Viña del Mar sobre el promedio nacional en materia de infraestructura comunitaria saludable (Ministerio de Salud, 2023).

Sin embargo, los resultados muestran una brecha significativa en el componente social del entorno: solo el 58,6% identifica la existencia de redes de apoyo comunitario en salud y un 40,9% reconoce oferta institucional de programas de promoción activa, evidenciando una menor articulación del capital social y comunitario en comparación con la infraestructura física.

Entre los CESFAM, Gómez Carreño presenta los mejores indicadores integrales (83,6% acceso a parques, 93,6% ferias saludables, 59,3% redes y 37,1% programas), mientras que Lusitania concentra los valores más bajos (67,9%, 60,7%, 35,7% y 17,9% respectivamente). Este patrón confirma la asociación de los indicadores del sector referido y menor disponibilidad o uso de entornos saludables.

El hallazgo clave de este bloque es que la infraestructura no garantiza comportamientos saludables si no existe una red de apoyo y promoción comunitaria que acompañe y motive su utilización. En consecuencia, se plantea el desafío de fortalecer los entornos sociales y culturales de promoción de la salud, integrando a juntas de vecinos, organizaciones deportivas y actores comunitarios como agentes activos de cambio.

Tabla 24 : Entornos comunitarios promotores de la salud, según CESFAM 2025.

Entornos comunitarios promotores de salud según CESFAM	Disponibilidad de Espacios Públicos (áreas verdes, Instalaciones deportivas)	Acceso a Mercados de Alimentos Saludables y Asequibles	Existencia de Redes de Apoyo Comunitario/Salud	Oferta Institucional de Programas de Promoción
Global	74,9%	87,0%	58,6%	40,9%
Brígida Zavala	71,4%	71,4%	42,9%	28,6%
Cienfuegos	65,5%	89,7%	44,8%	55,2%
Dr. Jorge Kaplan	76,8%	91,5%	59,2%	41,5%
Dr. Juan Carlos Baeza	72,4%	75,9%	60,9%	44,8%
Gómez Carreño	83,6%	93,6%	59,3%	37,1%

Las Torres	75,0%	95,0%	52,5%	37,5%
Lusitania	67,9%	60,7%	35,7%	17,9%
DR. Marco Maldonado	75,0%	72,0%	62,9%	40,2%
Miraflores	72,1%	93,0%	54,7%	37,8%
Nueva Aurora	73,3%	93,2%	67,1%	49,1%

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

Consumo de frutas y verduras

El diagnóstico revela un bajo consumo de frutas y verduras en la población comunal: el 39% de los encuestados consume solo 0 a 1 porción diaria, mientras que solo el 15,2% alcanza o supera las 4 porciones recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta tendencia sitúa a Viña del Mar en línea con la realidad nacional, donde apenas el 15% de los chilenos cumple con las recomendaciones de la OMS (Encuesta Nacional de Salud 2016–2017).

El análisis territorial muestra amplias diferencias: Lusitania presenta la situación más deficitaria (67,9% consume 0–1 porción y solo 14,2% consume 4 o más), mientras que Marco Maldonado destaca con mejores indicadores (29,5% consume 0–1 y 20,5% consume 4 o más). Este contraste evidencia la influencia de los determinantes sociales y económicos en la alimentación saludable, donde los sectores más vulnerables presentan menores posibilidades de acceso a alimentos frescos o mayor dependencia de productos procesados.

El bajo consumo de frutas y verduras representa un factor de riesgo crítico para enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como la hipertensión, la diabetes y las dislipidemias. Por tanto, se recomienda fortalecer los programas de educación alimentaria, ferias saludables y estrategias de intervención poblacional, priorizando los territorios de mayor riesgo.

Tabl25: Porciones de frutas y verduras consumidas en promedio al día, según CESFAM de la comuna de Viña del mar, 2025.

CESFAM	0-1	2-3	4-5	6 o más	Total
Global	39,0%	45,8%	12,3%	2,9%	100%
Brígida Zavala	28,6%	57,1%	9,5%	4,8%	100%
Cienfuegos	55,2%	31,0%	10,3%	3,4%	100%
Dr. Jorge Kaplan	42,3%	43,0%	12,0%	2,8%	100%

Dr. Juan Carlos Baeza	37,9%	49,4%	9,2%	3,4%	100%
Gómez Carreño	37,1%	47,1%	13,6%	2,1%	100%
Las Torres	45,0%	50,0%	5,0%	0,0%	100%
Lusitania	67,9%	17,9%	7,1%	7,1%	100%
Marco Maldonado	29,5%	50,0%	16,7%	3,8%	100%
Miraflores	44,2%	42,4%	11,0%	2,3%	100%
Nueva Aurora	32,3%	50,3%	14,3%	3,1%	100%

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

Actividad física

Respecto de la actividad física, el 31,2% realiza ejercicio diariamente y un 26,5% lo hace varias veces por semana, alcanzando un 57,7% de población activa, cifra que supera ampliamente el promedio nacional, donde el 86,7% de los chilenos es sedentario según la ENS 2016–2017. Aunque las metodologías de medición difieren, estos resultados reflejan una tendencia local positiva en la práctica de actividad física, favorecida por el entorno natural y las políticas comunales orientadas al deporte y la recreación.

A nivel territorial, Cienfuegos lidera con un 51,7% de personas que realizan actividad física diaria, mientras que Las Torres presenta la mayor inactividad (27,5% nunca realiza actividad física). Esta diferencia sugiere la necesidad de fortalecer programas de deporte comunitario y accesibilidad a infraestructura recreativa en sectores de menor participación.

El mantenimiento y recuperación de los espacios públicos seguros, junto con la articulación intersectorial con el área de deportes y medioambiente, resultan determinantes para consolidar una cultura de actividad física cotidiana.

Actividades familiares saludables

En relación con las actividades familiares que promueven la salud, los resultados son más débiles: solo el 18,6% declara realizarlas diariamente, mientras que un 21,8% señala que nunca participa en ellas. Este indicador revela una fragmentación de la vida familiar como espacio de promoción del

bienestar, lo que coincide con el aumento de las dinámicas laborales extensas y la disminución del tiempo compartido en los hogares.

Promover la salud desde la unidad familiar se plantea como un desafío clave para la APS, a través de talleres de parentalidad positiva, alimentación saludable, convivencia y actividad física compartida. Estas acciones fortalecen la cohesión familiar como factor protector frente a enfermedades crónicas y problemas de salud mental.

Promoción comunitaria de la vida saludable

El 30,1% de la población considera que su comunidad siempre promueve estilos de vida saludables, mientras que un 27,2% declara que nunca se promueven, lo que evidencia una polarización importante entre territorios.

CESFAM Dr. Marco Maldonado (41,7%) y CESFAM Nueva Aurora (38,5%) lideran la percepción positiva de promoción, seguidos por Cienfuegos (34,5%), mientras que Lusitania presenta la percepción más negativa, con un 57,1% que señala ausencia percibida de promoción comunitaria.

El fortalecimiento de la promoción comunitaria debe abordarse desde una estrategia comunal coordinada, que integre los esfuerzos de salud, educación, desarrollo social y cultura, con enfoque de equidad y participación ciudadana.

Acceso a la salud

El diagnóstico también abordó la evaluación ciudadana del acceso, la participación y la coordinación de los CESFAM, dimensiones clave del modelo de Atención Primaria en Salud (APS) centrado en las personas, las familias y las comunidades. Los resultados reflejan un alto nivel de satisfacción general, aunque con diferencias relevantes entre los territorios.

En promedio, el 82,6% de la población evalúa positivamente la conveniencia y accesibilidad de la ubicación de su CESFAM, con máximos en Las Torres (92,5%) y Miraflores (88,4%), lo que sugiere una buena distribución territorial de la red de salud. Asimismo, la claridad de las indicaciones y

recomendaciones entregadas por los equipos obtiene un 85,5% de valoración positiva, alcanzando niveles sobresalientes en Brígida Zavala (95,2%), Cienfuegos (89,7%) y Nueva Aurora (90,7%), lo que demuestra una comunicación efectiva y una relación de confianza con los usuarios.

En cuanto a la coordinación interprofesional, el 59,3% de los usuarios percibe una atención integrada y colaborativa entre los distintos profesionales del CESFAM, destacando Lusitania (71,4%), Las Torres (70,0%) y Marco Maldonado (70,5%) como los establecimientos mejor evaluados en este aspecto. Este indicador es clave para garantizar la continuidad del cuidado y la eficiencia del modelo de atención integral.

En relación con la participación comunitaria, el 20,4% de la población ha participado en talleres o actividades organizadas por su CESFAM, con mejores resultados en Las Torres (30,0%), Dr. Jorge Kaplan (23,2%) y Miraflores (22,1%). Aunque la participación efectiva aún es moderada, los niveles de utilidad percibida de los talleres son elevados (64,6% en promedio), con valores destacados en Cienfuegos (75,9%) y Las Torres (72,5%), lo que sugiere una alta valoración de las actividades educativas y preventivas entre quienes participan.

Estos resultados indican que la red comunal de salud mantiene una imagen positiva y cercana, con buen acceso físico, claridad comunicacional y fortalecida coordinación interna. No obstante, persiste el desafío de incrementar la participación comunitaria sostenida, especialmente en sectores de mayor vulnerabilidad social (como Lusitania y Forestal Alto), donde la inseguridad percibida y las barreras culturales limitan la vinculación con los dispositivos sanitarios.

La integración de los resultados de percepción de seguridad con los de acceso a salud permite concluir que los territorios que reportan mayor inseguridad también presentan menor participación y vinculación comunitaria, lo que refuerza la necesidad de estrategias territoriales integrales, que aborden simultáneamente la seguridad, el acceso y la participación ciudadana como determinantes interdependientes del bienestar comunal.

Tabla 26: Evaluación de Acceso, participación y coordinación de los Centro de Salud Familiar de la Comuna de Viña del Mar, 2025.

Evaluación del participación, acceso y	Global	Brígida Zavala	Cienfuegos	Dr. Jorge Kaplan	Dr. Juan Carlos Baeza	Gómez Carreño	Las Torres	Lusitania	Dr. Marco Maldonado	Miraflores	Nueva Aurora
--	--------	----------------	------------	------------------	-----------------------	---------------	------------	-----------	---------------------	------------	--------------

coordinación del CESFAM											
Participación en Talleres/Actividades CESFAM	20,4 %	14,3 %	20,7 %	23,2 %	20,7 %	18,6 %	30,0 %	10,7 %	15,2 %	22,1 %	21,7 %
Facilidad para Obtener Hora de Atención	40,4 %	28,6 %	58,6 %	26,1 %	32,2 %	46,4 %	50,0 %	57,1 %	47,0 %	39,5 %	41,0 %
Coordinación Interprofesional en CESFAM	59,3 %	52,4 %	69,0 %	49,3 %	46,0 %	55,7 %	70,0 %	71,4 %	70,5 %	61,6 %	61,5 %
Utilidad Percibida de Talleres CESFAM	64,6 %	66,7 %	75,9 %	59,9 %	48,3 %	70,0 %	72,5 %	57,1 %	68,2 %	62,2 %	69,6 %
Conveniencia/ Accesibilidad de la Ubicación	82,6 %	85,7 %	79,3 %	69,7 %	74,7 %	82,1 %	92,5 %	75,0 %	85,6 %	88,4 %	88,8 %
Claridad en las Indicaciones y Recomendaciones	85,5 %	95,2 %	89,7 %	83,1 %	72,4 %	87,1 %	90,0 %	75,0 %	84,8 %	87,2 %	90,7 %

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

Solo el 20,4% de los usuarios ha participado en talleres o actividades organizadas por su CESFAM, lo que refleja baja vinculación comunitaria y escasa participación efectiva en las instancias de promoción de la salud. El 79,6% que no participa representa una pérdida significativa de oportunidad para fortalecer la educación en salud y la prevención de enfermedades.

El CESFAM Las Torres lidera con 30,0% de participación, seguido por Dr. Jorge Kaplan (23,2%) y Miraflores (22,1%), mientras que Lusitania presenta la cifra más baja (10,7%). Este patrón muestra que la participación es mayor en territorios donde existen mayores niveles de organización comunitaria y redes sociales activas, y menor en zonas con condiciones de vulnerabilidad o baja asociatividad.

Pese a los bajos niveles de participación, el 64,6% de los usuarios considera los talleres útiles, lo que evidencia que la barrera no radica en la calidad percibida, sino en la falta de acceso, difusión o adecuación de horarios y contenidos. Se recomienda implementar estrategias de promoción territorial diferenciadas, incorporando agentes comunitarios de salud y metodologías participativas que respondan a las realidades locales.

El acceso a la atención médica es una de las dimensiones más críticas. Solo el 40,4% de la población considera fácil obtener hora, mientras que un 59,6% experimenta dificultades, lo que coincide con el problema estructural de acceso a la APS identificado a nivel nacional.

De acuerdo con el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS, 2023), el tiempo promedio de espera para una atención de morbilidad es de 29 días, reflejo de un sistema tensionado por la alta demanda y la falta de recursos humanos. En Viña del Mar, Cienfuegos (58,6%) y Lusitania (57,1%) presentan los mejores indicadores, lo que sugiere mejor organización interna y uso eficiente de recursos, mientras que Dr. Jorge Kaplan (26,1%) y Dr. Juan Carlos Baeza (32,2%) evidencian dificultades más marcadas, debido al diseño del establecimiento y la población actual, como se mencionará en el diagnóstico de recursos en salud (DRS).

Esta situación representa una barrera de equidad en el acceso y plantea la necesidad de implementar mecanismos innovadores de gestión de horas médicas, como la agenda inteligente, priorización por riesgo sanitario y ampliación de bloques de atención para garantizar la continuidad del cuidado, además de la instalación de un nuevo dispositivo en Gloria Navales.

El 59,3% de los usuarios percibe buena coordinación entre los profesionales, lo que refleja un nivel aceptable de trabajo colaborativo, aunque el 40,7% restante identifica deficiencias. Los CESFAM Lusitania (71,4%), Las Torres (70,0%) y Marco Maldonado (70,5%) destacan con los mejores resultados, evidenciando experiencias positivas en integración de equipos y gestión interdisciplinaria, alineadas con el Modelo de Atención Integral Familiar y Comunitario (MAIS).

Por su parte, Dr. Jorge Kaplan (49,3%) y Dr. Juan Carlos Baeza (46,0%) presentan las cifras más bajas, lo que podría reflejar segmentación en la atención, debilidad en las instancias de comunicación interna o falta de continuidad en la gestión del cuidado.

Este indicador, aunque mayoritariamente positivo, sugiere la necesidad de fortalecer la coordinación clínica y la gestión de casos, especialmente en pacientes crónicos y con condiciones de salud mental.

La percepción positiva sobre la utilidad de los talleres (64,6% global) representa una fortaleza en la dimensión educativa de la APS. Los CESFAM Cienfuegos (75,9%), Las Torres (72,5%) y Gómez Carreño (70,0%) encabezan este indicador, demostrando que la población reconoce el valor de las intervenciones comunitarias cuando logra acceder a ellas.

Sin embargo, la brecha entre valoración y participación efectiva evidencia la necesidad de potenciar el vínculo comunicacional, diversificar las estrategias educativas y garantizar su continuidad. La educación sanitaria, cuando es sistemática y contextualizada, constituye un determinante positivo de adherencia terapéutica y empoderamiento en salud.

El 82,6% de los usuarios considera que la ubicación de su CESFAM es conveniente y accesible, reflejando una adecuada distribución territorial de la red de atención primaria. Los CESFAM Las Torres (92,5%), Miraflores (88,4%) y Nueva Aurora (88,8%) son los mejor evaluados, mientras que Dr. Jorge Kaplan (69,7%) y Lusitania (75,0%) muestran márgenes menores. Este indicador constituye una fortaleza estructural, ya que la proximidad territorial es un factor determinante de continuidad de atención, accesibilidad física y satisfacción usuaria. No obstante, se recomienda fortalecer la conectividad en sectores de difícil acceso y la señalización de rutas seguras para peatones y adultos mayores.

La claridad en las indicaciones es el aspecto mejor evaluado de todo el sistema, con un 85,5% de valoración positiva.

El CESFAM Brígida Zavala (95,2%) lidera, seguido por Nueva Aurora (90,7%) y Las Torres (90,0%), lo que refleja una alta confianza de la población en la comunicación clínica de los equipos de salud. Este indicador es fundamental, ya que la claridad de las instrucciones médicas impacta directamente en la adherencia terapéutica, la seguridad del paciente y la percepción de calidad de la atención.

Las cifras más bajas corresponden a Dr. Juan Carlos Baeza (72,4%) y Lusitania (75,0%), lo que plantea la necesidad de fortalecer las competencias comunicacionales y la alfabetización en salud, especialmente en territorios de mayor vulnerabilidad educativa.

Activos Personales en Salud

El análisis de los activos personales en salud —entendidos como los recursos internos y externos que las personas movilizan para mantener y mejorar su bienestar— permite identificar aspectos clave del capital humano y social de la comuna. Los resultados muestran un perfil poblacional con altos niveles de resiliencia, autoconfianza y apoyo familiar, pero con debilidades relevantes en la práctica de conductas saludables, especialmente en la actividad física y la participación social activa

Fortalezas psicosociales y personales

Los indicadores con mayor nivel de acuerdo positivo (suma de “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo”) son consistentes con un perfil de alto capital psicológico y emocional:

- Confianza para superar desafíos: 88,8%
- Capacidad de aprender y adaptarse: 87,6%
- Ánimo generalmente positivo: 83,3%
- Buena autoestima: 82,7%
- Buen desempeño laboral o académico: 82,2%
- Apoyo y cercanía familiar: 79,4%

Estos resultados reflejan una población con elevado nivel de autoeficacia y recursos emocionales, que constituye un activo fundamental para la promoción de la salud. La alta percepción de confianza, adaptabilidad y bienestar emocional indica que la comunidad posee capacidad de afrontamiento frente a situaciones adversas, un factor protector reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) como esencial para la salud mental y la resiliencia social.

Asimismo, el apoyo familiar y el desempeño positivo en ámbitos laborales o educativos confirman la presencia de redes de contención y sentido de propósito, elementos que favorecen la estabilidad emocional y la adherencia a conductas saludables. Estos factores, sin embargo, no necesariamente se traducen en cambios conductuales, lo que sugiere una brecha entre la motivación y la práctica efectiva de autocuidado.

Déficits en hábitos y conductas saludables

El contraste más relevante se observa en los indicadores conductuales de salud. La actividad física regular alcanza apenas un 49,2% de acuerdo positivo, siendo el indicador con mayor desacuerdo (41,3%). De igual forma, la participación en actividades sociales obtiene solo 57,3% de acuerdo, y el estado de salud percibido como satisfactorio llega a 64,0%.

Estos resultados revelan una disonancia significativa entre la percepción de bienestar psicológico (alta) y la implementación de conductas de salud concretas (baja). En otras palabras, la población declara sentirse emocionalmente estable y optimista, pero no logra sostener prácticas que refuercen su bienestar físico o social. Este fenómeno, identificado en estudios nacionales de alfabetización en salud (Revista Médica de Chile, 2020), sugiere que el conocimiento o la actitud positiva hacia la salud no siempre se traduce en acción, lo que exige estrategias de intervención conductual más efectivas.

El déficit de actividad física se asocia además a determinantes estructurales, como entornos urbanos poco seguros, falta de tiempo y escasa integración de la actividad física en la rutina diaria, variables presentes en los territorios comunales de mayor vulnerabilidad, según el diagnóstico territorial participativo.

Coherencia entre bienestar subjetivo y percepción de salud

El 64,0% que declara tener un estado de salud satisfactorio es inferior a la proporción que manifiesta ánimo positivo o confianza personal, evidenciando una brecha entre bienestar psicológico y bienestar físico objetivo. Esta disonancia cognitivo–conductual sugiere que, aunque las personas valoran positivamente su capacidad para afrontar desafíos, no logran mantener hábitos saludables sostenidos, lo que repercute en su estado de salud general.

Desde la perspectiva del enfoque de activos en salud, este hallazgo confirma que la comuna cuenta con una base sólida de recursos personales —autoestima, optimismo y redes familiares—, pero requiere fortalecer los mecanismos de traducción de dichos recursos en prácticas saludables concretas, como la alimentación equilibrada, la actividad física y la participación social sostenida.

Tabla 27: Activos personales en salud, en general, Viña del Mar, 2025.

Resultados Globales	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Actividad Física Regular	26,1%	15,2%	9,6%	24,6%	24,6%
Participación Social Activa	24,4%	11,2%	7,1%	19,9%	37,4%
Apoyo y Amistades Sólidas	13,2%	9,1%	6,8%	23,6%	47,2%
Salud Plenamente Satisfactoria	9,7%	15,8%	10,6%	26,4%	37,6%
Apoyo y Cercanía Familiar	9,2%	6,8%	4,6%	19,9%	59,5%
Alimentación Saludable	7,7%	9,0%	12,9%	32,2%	38,1%
Buen Desempeño Académico/Laboral	7,0%	3,3%	7,6%	20,2%	62,0%
Buena Autoestima y Bienestar Personal	5,1%	4,7%	7,5%	20,9%	61,8%
Capacidad de Aprendizaje y Adaptación	4,6%	4,1%	3,7%	20,3%	67,3%
Ánimo Generalmente Positivo	4,6%	4,9%	7,1%	22,6%	60,7%
Confianza para Superar Desafíos	3,8%	3,4%	4,1%	20,4%	68,4%

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

Principales Problemas priorizados por la comunidad

El análisis de la Tabla y el resumen comparativo de la Tabla permiten identificar los principales problemas de salud percibidos por la comunidad en los distintos territorios de la red comunal de Atención Primaria de Salud (APS) de Viña del Mar. A partir de 1.169 menciones totales, se observa una clara predominancia de problemas de salud mental, enfermedades crónicas no transmisibles y adicciones, que configuran un perfil epidemiológico mixto entre condiciones psicosociales y enfermedades asociadas al estilo de vida.

Tabla 28: Principales problemas priorizados por la comunidad según CESFAM, Viña del Mar 2025.

Ranking	Problema de Salud	Total	Nueva Aurora	Miraflores	Dr. Jorge Kaplan	Gómez Carreño	Dr. Marco Maldonado	Cienfuegos	Las Torres	Lusitania	Dr. J. C. Baeza	Brígida Zavala
1°	Salud Mental/Depresión	197	52	36	19	26	22	7	8	4	18	5
2°	Diabetes	158	20	34	25	27	19	5	9	4	13	2
3°	Obesidad	126	10	26	22	22	14	8	6	3	6	9
4°	Hipertensión	106	17	22	12	16	11	4	10	3	9	2
5°	Drogadicción	121	28	25	12	13	14	5	8	6	8	2
6°	Alcoholismo	60	11	10	6	9	7	4	2	5	5	1
7°	Sedentarismo	36	7	5	4	7	4	3	2	2	0	2
8°	Adulto Mayor	36	8	5	5	4	6	4	1	1	2	0
9°	Enf. Cardiovasculares	26	5	5	3	5	4	2	0	0	2	0
10°	Problemas de Movilidad	28	10	3	2	3	5	1	0	1	3	0
11°	Cáncer	25	5	5	3	4	4	2	2	0	0	0
12°	Enf. Respiratorias/Resfriados	27	7	4	6	3	1	3	1	1	1	0
13°	Problemas de Acceso/Atención	29	8	6	3	3	2	2	2	0	3	0
14°	Delincuencia/Inseguridad	20	4	8	0	3	1	0	0	0	4	0
15°	Dolor Crónico/Artrosis	20	4	3	3	4	3	0	0	1	2	0
16°	Estrés/Ansiedad	20	7	4	1	1	4	2	0	0	1	0
17°	Problemas Dentales	11	2	3	2	0	0	2	0	0	2	0
18°	Tiroides	5	1	3	0	1	0	0	0	0	0	0
19°	Soledad/Aislamiento	8	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0

20°	Mala Alimentación	8	1	3	0	2	1	0	0	1	0	0
21°	Incendio (efectos)	9	0	3	0	0	0	0	0	0	6	0
22°	Enf. Huesos/Osteoporosis	8	3	1	1	0	2	0	0	1	0	0
23°	Alzheimer/Demencias	7	2	2	0	2	0	0	0	0	1	0
24°	Basura/Contaminación	7	0	5	0	0	0	0	0	0	1	1
25°	Vejez	5	1	0	2	0	1	0	0	1	0	0
26°	Asma	5	1	0	2	0	1	0	0	0	0	1
27°	Problemas Ginecológicos	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
28°	Sin Problemas/No sabe	59	13	9	11	8	7	3	2	2	2	2
	TOTAL DE RESPUESTAS	116	23	23	146	163	133	57	53	36	89	27
		9	1	4								

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

Salud mental: el principal problema comunitario

La salud mental y la depresión ocupan el primer lugar comunal, con 197 menciones (16,8%), siendo identificadas como la principal preocupación en 4 de los 10 CESFAM: Nueva Aurora, Miraflores, Dr. Marco Maldonado y Dr. Juan Carlos Baeza. Este hallazgo confirma una tendencia nacional: la Encuesta Nacional de Salud (ENS 2016–2017) reporta que el 15,8% de los adultos presenta síntomas depresivos, proporción que se intensifica en zonas urbanas con mayor desigualdad socioeconómica.

Las causas atribuidas a esta alta carga de salud mental son múltiples: estrés laboral, precariedad económica, aislamiento social y efectos de eventos traumáticos recientes, como incendios y crisis habitacionales. Los datos cualitativos del diagnóstico participativo confirman que la demanda por atención psicológica supera la oferta disponible en la red APS, generando listas de espera prolongadas y deserción en seguimiento terapéutico.

CESFAM Nueva Aurora lidera con un 22,5% de menciones, seguida por Miraflores y Dr. Marco Maldonado, lo que evidencia que el problema afecta transversalmente a distintos grupos sociales. Este patrón requiere fortalecer los equipos de salud mental comunitaria, mejorar la detección precoz y promover estrategias territoriales de autocuidado y contención emocional.

Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT): diabetes, obesidad e hipertensión.

Las enfermedades crónicas ocupan el siguiente grupo de prioridad sanitaria comunal:

Diabetes: 158 menciones (13,5%), presente en el Top 3 de todos los CESFAM y siendo el problema número 1 en Reñaca Alto (17,2%) y Gómez Carreño. Este resultado refleja la alta prevalencia de factores de riesgo metabólicos observada en la población, en línea con la ENS 2016–2017, que reporta una prevalencia nacional de diabetes del 12,3%. Las condiciones locales, como el sobrepeso, la obesidad y la inactividad física, agravan la situación y justifican la priorización de programas de control glicémico y educación alimentaria.

Obesidad: 126 menciones (10,8%), identificada como el principal problema en Cienfuegos y Brígida Zavala, donde alcanza el 33,3% de las menciones. Este indicador es particularmente relevante, ya que la obesidad es un factor determinante en la aparición de diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares. Su distribución desigual confirma una correlación con niveles socioeconómicos más bajos y entornos alimentarios no saludables.

Hipertensión: 106 menciones (9,1%), con Las Torres (18,2%) como el CESFAM con mayor prevalencia. Este dato concuerda con la tendencia comunal de alta carga cardiovascular, especialmente en sectores con población adulta mayor y hábitos sedentarios.

En conjunto, las ECNT concentran más del 33% de las menciones totales, evidenciando que el perfil epidemiológico comunal está dominado por patologías prevenibles y controlables mediante estrategias de promoción, autocuidado y detección temprana.

Adicciones: drogadicción y alcoholismo como riesgo social persistente

La drogadicción ocupa el quinto lugar comunal (121 menciones, 10,3%), pero alcanza niveles aumentados en algunos sectores. Lusitania (17,1%) y Nueva Aurora (12,1%) concentran el mayor número de menciones, situando las adicciones como un problema de salud pública y convivencia comunitaria. El alcoholismo también aparece como preocupación en casi todos los CESFAM, con 60 menciones (5,1%), lo que sugiere una coexistencia de consumo problemático de alcohol y drogas en los mismos territorios.

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de acciones coordinadas con SENDA y programas locales de rehabilitación, priorizando intervenciones de prevención primaria, acompañamiento familiar y

reintegración social. El abordaje de adicciones debe ser territorializado, intersectorial y sostenido, integrando la salud mental como eje articulador.

Otros problemas emergentes

Si bien con menor frecuencia, los datos también evidencian la presencia de problemas estructurales y del entorno, tales como problemas de acceso a la atención (29 menciones), enfermedades respiratorias (27), dolor crónico/artrosis (20) y problemas derivados de incendios o catástrofes (9 menciones), principalmente en CESFAM Dr. Juan Carlos Baeza. Estos resultados confirman que los determinantes sociales y ambientales también afectan la percepción de salud comunitaria, reforzando la necesidad de una gestión intersectorial del riesgo y la vulnerabilidad.

Comparación territorial y patrones identificados

El análisis comparativo evidencia patrones geográficos diferenciados en la expresión de los problemas de salud:

Tabla 29: Problemas de salud identificados por territorio geográfico.

Tipo de problema	Territorios más afectados	Caracterización
Salud Mental	Nueva Aurora, Miraflores, Dr. Marco Maldonado, Dr. J. C. Baeza	Alta prevalencia transversal, asociada a estrés social y post catástrofes.
Diabetes	Dr. Jorge Kaplan, Gómez Carreño	Enfermedades metabólicas y envejecimiento poblacional
Hipertensión	Las Torres	Predominio de población adulta mayor y sedentarismo
Obesidad	Cienfuegos, Brígida Zavala	Relación con baja educación alimentaria y vulnerabilidad económica
Drogadicción y Alcoholismo	Lusitania, Nueva Aurora	Problemas sociales estructurales, falta de redes de contención y ocio saludable

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

Estos patrones confirman la transversalidad de las enfermedades crónicas y la territorialización de los problemas psicosociales, lo que exige estrategias diferenciadas y focalizadas según la realidad de cada CESFAM.

Evaluación General o Global Utilización de los Programas de APS y Servicios

La evaluación de la utilización de programas y servicios en la red de Atención Primaria de Salud (APS) de Viña del Mar refleja una alta adherencia a programas curativos y asistenciales, en contraste con la subutilización de programas preventivos y comunitarios. En el consolidado comunal, los programas más utilizados son relatos al Programa del Adulto y Adulto Mayor (57,2%), Farmacia y Óptica Municipal (43,9%), y Odontología (43,8%), seguidos de Atención de Urgencias (40,7%) y Laboratorio Clínico (38,6%). Estos resultados confirman una demanda sostenida asociada al envejecimiento poblacional y a la carga de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), coherente con las tendencias nacionales descritas por el Ministerio de Salud (MINSAL, 2023) y la Encuesta Nacional de Salud (ENS, 2016-2017)

De acuerdo con la literatura y los lineamientos del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), la alta demanda en programas del adulto mayor y farmacia es consistente con una población en transición demográfica avanzada y con altos índices de multimorbilidad, lo que implica la necesidad de consolidar la longitudinalidad del cuidado y la gestión de casos crónicos

Tabla30: Utilización de programas y servicios en la comuna de Viña del Mar, año 2025.

Programa/ Servicio	Cantidad	%
Del Adulto y Adulto Mayor	503	57,2%
Odontológico	385	43,8%
Farmacia y Óptica municipal	386	43,9%
Atención de urgencias	358	40,7%
Laboratorio clínico	339	38,6%
Salud Mental	208	23,7%
Sala de tratamientos y curaciones	217	24,7%
Alimentación Complementaria	174	19,8%
Nacional de Inmunizaciones (PNI)	183	20,8%
Salud Infantil	181	20,6%
Radiografías e imágenes diagnósticas	149	17,0%

Salud Sexual y Reproductiva	128	14,6%
Programa de Atención domiciliaria	83	9,4%
Rehabilitación	96	10,9%
Salud del Adolescente	94	10,7%
CREA	62	7,1%
Cuidados paliativos universales	45	5,1%
Salud Cardiovascular (PSC)	22	2,5%
Promoción y participación en la salud	16	1,8%
Centro acompañamiento infantoadolescente (TEA)	31	3,5%
Intervención Familiar	12	1,4%
Programas GES	19	2,2%
Consejos de Desarrollo Local	5	0,6%
Farmacia (mención separada)	7	0,8%
TOTAL DE MENSIONES	3695	-
N° RESPUESTAS	879	-
PROMEDIO DE USO	4,2	-

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

Tendencias Generales de Utilización

El promedio comunal de 4,2 condiciones de salud por persona refuerza el patrón de multimorbilidad descrito en estudios nacionales de la Superintendencia de Salud (2025), donde el 67% de los usuarios de APS presentan dos o más diagnósticos activos. Este fenómeno tensiona la red hacia una atención centrada en la continuidad de tratamiento, laboratorio y farmacoterapia

Los programas preventivos y de promoción, como Salud Cardiovascular (2,5%), Promoción y Participación (1,8%) e Intervención Familiar (1,4%), exhiben niveles marginales de utilización, lo que revela una brecha estructural entre las necesidades epidemiológicas y la acción preventiva real. Este hallazgo coincide con los informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) y la OCDE (Health at a Glance, 2023), que advierten que los sistemas de salud con enfoque predominantemente curativo presentan mayores costos y menor efectividad poblacional en el largo plazo.

Evaluación por CESFAM

CESFAM Nueva Aurora

Resalta por su alta utilización de programas tradicionalmente subutilizados: Salud Cardiovascular (12,3%), GES (12,3%), Promoción y Participación (10%) y Alimentación Complementaria (27,7%). Este comportamiento, inusual en el contexto comunal, indica implementación efectiva de estrategias de derivación, seguimiento y sensibilización, convirtiéndose en modelo replicable para elevar la cobertura preventiva en el resto de la red

CESFAM Dr. Marco Maldonado y CESFAM Miraflores

Ambos muestran un uso promedio cercano al comunal (4,1 y 4,2 utilizaciones, respectivamente). Miraflores, con la mayor muestra, constituye un referente estructural de la red. Su perfil refleja la distribución típica de la comuna y puede servir de base para proyección de metas y priorización de recursos.

CESFAM Dr. Jorge Kaplan

Presenta un perfil equilibrado de uso, con predominio en Urgencias (44,7%) y Salud Infantil (24,4%), lo que evidencia una población heterogénea. Se recomienda consolidar la gestión de transiciones de urgencia a control crónico para reducir la atención episódica y mejorar la continuidad del cuidado.

CESFAM Dr. Juan Carlos Baeza

Registra la más baja utilización global de programas, especialmente en Salud Infantil (9,1%) y Adolescente (6,5%). Este perfil podría deberse a una población mayormente adulta o a barreras de acceso para grupos jóvenes.

CESFAM Gómez Carreño

Muestra alta utilización del Programa del Adulto Mayor (62,1%) y Atención de Urgencias (44,7%), en coherencia con su perfil demográfico envejecido y la existencia de un Centro Diurno para Personas Mayores (CEDIAM) en su territorio. Este comportamiento refleja buena accesibilidad y articulación interprogramática.

CESFAM Las Torres

Destaca en Inmunizaciones (31,5%), Urgencias (50%) y Salud Mental (25,9%), combinando lo preventivo con lo curativo. Su desempeño en PNI se alinea con el Programa Nacional de Inmunizaciones de Chile (MINSAL, 2024), que reporta coberturas de 95% en población objetivo, evidenciando una buena ejecución local de estrategias ministeriales.

CESFAM Lusitania

Registra uno de los promedios más altos de enfermedades (4,8) y fuerte demanda en Laboratorio Clínico (50%). Sin embargo, presenta una baja utilización de Salud Mental (26,3%), considerando su elevada prevalencia de adicciones y problemas psicosociales.

CESFAM Profesor Eugenio Cienfuegos

Sobresale por su alta utilización de Salud Mental (31,1%), sobre el promedio comunal (23,7%), reflejando adecuada respuesta institucional a una necesidad prioritaria detectada. Este comportamiento se ajusta al enfoque del Plan Nacional de Salud Mental (2022–2030), que enfatiza la integración de la salud mental en la atención primaria como estrategia de equidad y acceso

CESFAM Brígida Zavala

Con un promedio de 4,9 enfermedades por usuario, lidera la carga de cronicidad. Su alta utilización de Farmacia/Óptica (58,3%) y Laboratorio Clínico (50%) muestra dependencia de servicios de diagnóstico y tratamiento. No obstante, la baja participación en Alimentación Complementaria (16,7%) y Promoción de la Salud sugiere un desequilibrio entre atención curativa y preventiva, típico de territorios con alta vulnerabilidad social y limitada autogestión sanitaria (MINSAL, 2024).

Hallazgos Transversales

Los resultados revelan una asimetría estructural entre la demanda asistencial y la acción preventiva. La red muestra madurez operativa en la respuesta clínica, pero déficit en promoción y educación

sanitaria. En todos los CESFAM, los servicios de diagnóstico (laboratorio, imagenología) y atención curativa superan significativamente los programas comunitarios.

Este patrón se repite a nivel nacional: el Informe de Evaluación de la APS (MINSAL, 2023) señala que el 68% del presupuesto operativo se destina a atención curativa, frente al 11% a promoción y prevención. La OMS (2022) advierte que la sostenibilidad de los sistemas de salud exige un cambio hacia modelos basados en prevención y autocuidado, con retorno económico y social a mediano plazo.

Experiencia de acceso a la atención

Desempeño general de los programas y del personal

Los usuarios evaluaron el desempeño de los programas y del personal en una escala de 1 a 5, con promedios que van desde 3,9 en impacto en calidad de vida hasta 4,4 en claridad de indicaciones. Estos resultados muestran un patrón de alta satisfacción operativa, pero con limitaciones en la percepción de impacto estructural en la salud y el bienestar.

La claridad en las recomendaciones médicas (4,4) es la dimensión mejor evaluada, evidenciando una fortaleza comunicacional del personal de salud, alineada con los principios del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), que prioriza la relación longitudinal y la educación sanitaria

Por otro lado, el impacto percibido en calidad de vida (3,9) aparece como el punto más débil, lo que indica que, si bien las acciones clínicas son resolutivas, las intervenciones no logran aún traducirse en cambios sostenibles en hábitos ni en bienestar subjetivo

Resolutividad y confianza en el equipo de salud

El 75,6% de los usuarios valora positivamente la capacidad resolutiva del personal (media comunal 4,2). Este indicador se asocia directamente a la presencia de dotación suficiente y estabilidad contractual, elementos señalados por la literatura y por el MINSAL como factores críticos para garantizar continuidad del cuidado y satisfacción usuaria

Los mejores resultados se observan en los CESFAM Marco Maldonado y Nueva Aurora (ambos con 4,4), caracterizados por equipos estables, turnos vespertinos continuos y estrategias comunitarias

de extensión territorial. En contraste, Dr. Jorge Kaplan y Dr. Juan Carlos Baeza (3,9) presentan brechas asociadas a sobrecarga asistencial y déficit de infraestructura

Tabla 31: Nivel de Resolución en de Atención en CESFAM de Viña del Mar, 2025.

CESFAM	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre	Total general
Global	9,0%	5,3%	10,1%	14,8%	60,8%	100,0%
Brígida Zavala	4,8%	4,8%	14,3%	14,3%	61,9%	100,0%
Cienfuegos	13,8%	6,9%	13,8%	10,3%	55,2%	100,0%
Dr. Jorge Kaplan	12,0%	7,0%	13,4%	16,2%	51,4%	100,0%
Dr. Juan Carlos Baeza	12,6%	5,7%	10,3%	16,1%	55,2%	100,0%
Gómez Carreño	11,4%	5,7%	10,7%	17,9%	54,3%	100,0%
Las Torres	5,0%	7,5%	10,0%	22,5%	55,0%	100,0%
Lusitania	10,7%	0,0%	10,7%	7,1%	71,4%	100,0%
Dr. Marco Maldonado	6,8%	4,5%	4,5%	9,1%	75,0%	100,0%
Miraflores	10,5%	5,2%	10,5%	12,8%	61,0%	100,0%
Nueva Aurora	3,1%	3,7%	9,3%	17,4%	66,5%	100,0%

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

Tabla 32: Medidas de dispersión Nivel de Resolución en Atención en CESFAM de Viña del Mar, 2025.

CESFAM	Cantidad de personas	Promedio	Desviación estándar	IC inferior	IC superior
Global	1183	4,1	1,3	-	-
Dr. Marco Maldonado	137	4,4	1,2	4,2	4,6
Nueva Aurora	190	4,4	1,0	4,2	4,5
Las Torres	68	4,3	1,2	4,1	4,6
Miraflores	237	4,2	1,3	4,0	4,3
Lusitania	50	4,2	1,3	3,8	4,5
Cienfuegos	43	4,1	1,3	3,7	4,5
Brígida Zavala	41	4,1	1,2	3,7	4,5
Gómez Carreño	167	4,0	1,4	3,8	4,2
Dr. Juan Carlos Baeza	90	3,9	1,4	3,6	4,2
Dr. Jorge Kaplan	160	3,9	1,4	3,7	4,1

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

Claridad de las indicaciones: comunicación como pilar de la calidad

El 85,9% de los usuarios declara haber recibido explicaciones comprensibles sobre tratamientos, medicamentos o recomendaciones. Este resultado —el más alto del análisis— sitúa a la comunicación clínica efectiva como el principal activo del sistema local de APS.

El desempeño destacado de CESFAM Profesor Eugenio Cienfuegos (4,7) y CESFAM Las Torres (4,6) confirma el impacto de las buenas prácticas de alfabetización en salud y de la formación continua de los equipos en competencias comunicacionales. La evidencia internacional indica que una comunicación médico-paciente clara mejora la adherencia en hasta un 30% de los tratamientos crónicos (OMS, 2022; OECD, Health at a Glance, 2023).

Educación y apoyo al autocuidado: brecha de equidad territorial

El 72,5% considera que recibe suficiente apoyo y educación para el manejo de su salud, pero se observa una brecha significativa entre los CESFAM con mejores y peores resultados (de 4,3 a 3,6 puntos). Este diferencial evidencia desigualdades en la oferta de actividades educativas y en la disponibilidad de profesionales dedicados a promoción y prevención.

Los CESFAM Dr. Marco Maldonado, Las Torres y Cienfuegos lideran esta dimensión, mientras que Brígida Zavala y Dr. Juan Carlos Baeza presentan rezagos, lo que se asocia a contextos de mayor vulnerabilidad y limitaciones estructurales en recursos humanos y equipamiento

Impacto percibido en calidad de vida: límites del modelo clínico

El 66,9% percibe que los programas han contribuido a mejorar su calidad de vida, sin embargo, la media comunal de 3,9 puntos revela insatisfacción relativa con los resultados globales de la atención. Las causas subyacentes no parecen derivar de deficiencias técnicas, sino de determinantes sociales de la salud —vivienda, empleo, entorno y seguridad— que limitan el efecto real de las intervenciones sanitarias.

Este hallazgo converge con la visión del Informe de Determinantes Sociales de la OMS (2019) y con la evidencia del Plan Nacional de Salud 2021–2030, que destacan la necesidad de acciones intersectoriales para abordar los condicionantes estructurales del bienestar.

Tabla 33: Impacto en la calidad de vida y control de salud de los Centros de la Comuna, 2025.

CESFAM	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
Total general	15,7%	6,1%	11,3%	13,1%	53,8%
Brígida Zavala	14,3%	0,0%	23,8%	14,3%	47,6%
Cienfuegos	13,8%	10,3%	0,0%	20,7%	55,2%
Dr. Jorge Kaplan	16,9%	9,2%	12,0%	10,6%	51,4%
Dr. Juan Carlos Baeza	18,4%	6,9%	17,2%	11,5%	46,0%
Gómez Carreño	20,0%	6,4%	15,0%	12,9%	45,7%
Las Torres	7,5%	5,0%	15,0%	17,5%	55,0%
Lusitania	17,9%	7,1%	10,7%	10,7%	53,6%
Dr. Marco Maldonado	12,9%	3,8%	7,6%	14,4%	61,4%
Miraflores	18,0%	5,2%	7,6%	14,5%	54,7%
Nueva Aurora	11,2%	5,6%	11,2%	11,8%	60,2%

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

Tabla 32: Medidas de Dispersión Impacto en la calidad de vida y control de salud de los Centros de la Comuna, 2025

CESFAM	Cantidad de personas	Promedio	Desviación estándar	IC inferior	IC superior
Total general	1183	3,9	1,5	-	-
Las Torres	68	4,4	1,2	4,1	4,6
Cienfuegos	43	4,1	1,4	3,7	4,6
Dr. Marco Maldonado	137	4,1	1,4	3,9	4,3
Nueva Aurora	190	4,1	1,4	3,9	4,3
Miraflores	237	4,0	1,5	3,8	4,1
Lusitania	50	3,8	1,6	3,3	4,2
Dr. Jorge Kaplan	160	3,7	1,6	3,4	3,9
Dr. Juan Carlos Baeza	90	3,6	1,6	3,3	3,9
Gómez Carreño	167	3,5	1,6	3,3	3,8
Brígida Zavala	41	3,4	1,5	3,0	3,9

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

Análisis estructural e inequidades territoriales

El análisis muestra diferencias territoriales marcadas. CESFAM Dr. Marco Maldonado y Nueva Aurora destacan por su desempeño transversal, mientras que Lusitania, Brígida Zavala y Dr. Juan C. Baeza presentan indicadores más disminuidos, incluyendo menor percepción de promoción de salud, más alto consumo de tabaco y menor acceso a programas educativos

La falta de infraestructura en estos establecimientos limita su capacidad de respuesta, reforzando la necesidad de inversiones en equipamiento, reposición de recintos y fortalecimiento de la red comunitaria.

En conjunto, los resultados muestran una APS sólida en competencias clínicas y comunicacionales, pero aún débil en impacto social y educativo, especialmente en sectores con mayor vulnerabilidad estructural. Se evidencia un modelo de atención eficiente en la respuesta inmediata, aunque insuficiente en su capacidad transformadora del bienestar a largo plazo.

La literatura nacional (MINSAL, 2018; ENS 2017) y la evidencia internacional (OMS, 2022; OECD, 2023) coinciden en que los sistemas de APS deben avanzar desde la mera gestión de la demanda hacia modelos integrales, intersectoriales y centrados en los determinantes sociales de la salud, con énfasis en la participación comunitaria, equidad territorial y sostenibilidad del bienestar.

Resultados Cualitativos del Diagnóstico Participativo

El análisis cualitativo de los grupos de discusión desarrollados en los Centros de Salud Familiar (CESFAM) de Viña del Mar permite comprender las percepciones y significados que la comunidad atribuye a la salud, la atención y los servicios de la red de Atención Primaria. A partir del enfoque de las Representaciones Sociales (Moscovici, 1984), se identifican las ideas y experiencias que estructuran la relación entre la población y el sistema local de salud, evidenciando tanto fortalezas en la atención como desafíos en la organización de los servicios

El CESFAM como espacio de atención y gestión

Los participantes describen al CESFAM como un espacio con una doble valoración: por un lado, un lugar de cercanía y compromiso profesional, y por otro, una institución percibida como altamente demandada y con procesos administrativos complejos. El reconocimiento hacia el personal de salud es generalizado, especialmente por su empatía y disposición al servicio. Sin embargo, la comunidad asocia el funcionamiento institucional con dificultades de acceso y tiempos de espera prolongados, lo que impacta en la percepción global de la atención. Estos hallazgos reflejan tensiones habituales en la implementación del Modelo de Atención Integral Familiar y Comunitario, donde la orientación al cuidado integral coexiste con limitaciones de recursos y gestión operativa

Concepción integral de la salud

La población participante define la salud en términos amplios, vinculándola con bienestar físico, emocional y social, más allá de la ausencia de enfermedad. Esta comprensión coincide con la definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) y con el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS). En este sentido, los factores económicos, ambientales y de convivencia son considerados por la comunidad como componentes esenciales del bienestar, lo que refuerza la necesidad de políticas intersectoriales que acompañen el trabajo sanitario a nivel local.

Salud mental como necesidad prioritaria

La salud mental aparece de manera transversal en todos los grupos como una de las principales preocupaciones comunitarias. Se destacan las dificultades para acceder a atención especializada y la alta demanda de acompañamiento psicológico, especialmente en personas mayores, mujeres cuidadoras y jóvenes. Estos resultados son coherentes con el Plan Nacional de Salud Mental 2022–2030 (MINSAL, 2022), que plantea la necesidad de fortalecer la red de atención psicosocial, la cobertura de profesionales y el trabajo intersectorial con educación y desarrollo social.

Factores territoriales y entorno urbano

El entorno geográfico y urbano es percibido como un factor determinante en la salud. La población menciona obstáculos físicos como la topografía, las escaleras, la falta de transporte y la inseguridad barrial como elementos que limitan la movilidad y el acceso a servicios. Estas percepciones se alinean con los planteamientos de la OMS (2022) y la OCDE (2023), que destacan la relación directa entre las condiciones urbanas, la planificación territorial y los resultados en salud. En consecuencia, se plantea la importancia de incorporar la perspectiva territorial en la planificación sanitaria local.

Rol comunitario y participación social

El estudio destaca el papel de los líderes comunitarios y organizaciones territoriales como actores clave en la promoción de la salud y la vinculación entre los CESFAM y la comunidad. Estas figuras ejercen un rol de apoyo y gestión social relevante, aunque señalan la necesidad de contar con mayor acompañamiento institucional y reconocimiento formal de su labor. Este punto es coherente con la Estrategia de Renovación de la Atención Primaria (OPS, 2021), que subraya la importancia de fortalecer la participación social como componente esencial del modelo de salud familiar y comunitaria.

Continuidad y seguimiento de la atención

Una de las principales demandas ciudadanas se relaciona con la continuidad de los tratamientos y el seguimiento de casos crónicos o de salud mental. Si bien la atención inicial es valorada positivamente, se observan dificultades para mantener la regularidad de controles, lo que afecta la percepción de eficacia del sistema. Este aspecto coincide con las recomendaciones del MINSAL (2023) respecto a la necesidad de consolidar la longitudinalidad y la gestión de casos en la APS, reforzando la coordinación entre niveles de atención.

Redes locales y autocuidado

A pesar de las limitaciones del sistema, se observa la existencia de redes locales de apoyo y autocuidado, tales como grupos de adultos mayores, talleres, actividades físicas comunitarias y

espacios de encuentro vecinal. Estos recursos, identificados como activos comunitarios en salud, representan un potencial importante para fortalecer las estrategias de promoción y prevención desde los CESFAM. La evidencia internacional señala que el aprovechamiento de estos activos contribuye al bienestar colectivo y reduce la carga sobre los servicios de salud (OMS, 2022; OPS, 2021).

Principales brechas identificadas

Del análisis emergen cuatro áreas prioritarias para el desarrollo de la APS comunal:

1. Fortalecer la promoción y prevención, equilibrando con la atención curativa.
2. Mejorar la continuidad y seguimiento terapéutico, especialmente en salud mental y enfermedades crónicas.
3. Integrar la gestión territorial y social en la planificación sanitaria, abordando los determinantes estructurales.
4. Promover la participación comunitaria estructurada y el reconocimiento formal de líderes vecinales como agentes de salud.

Estas prioridades son consistentes con las líneas de acción de la Política Nacional de Salud 2021–2030 y las recomendaciones de la OMS (2022) sobre la orientación integral y equitativa de la atención primaria.

Resultado Grupo de Discusión por Centro de Salud

CESFAM SAPU Nueva Aurora

En Nueva Aurora, la dinámica comunitaria se define por un entorno residencial tranquilo y por relaciones vecinales caracterizadas por la cercanía y la cooperación cotidiana. La geografía del sector, aunque valorada por sus espacios abiertos y caminables, impone desafíos de accesibilidad, especialmente para personas mayores y con movilidad reducida. En este contexto, el CESFAM ha

pasado de ser percibido como un establecimiento distante a consolidarse como un referente comunitario, descrito por sus dirigentes como el “motor” o “corazón” del territorio. Este cambio se asocia principalmente al fortalecimiento del trato humanizado y a una gestión directiva abierta y receptiva, elementos que han mejorado significativamente la percepción institucional.

A pesar de estos avances, persisten barreras estructurales. La comunidad identifica una limitada orientación preventiva del sistema y una cobertura insuficiente hacia población joven, lo que mantiene un enfoque predominantemente reactivo. En el ámbito comunicacional, las estrategias digitales no logran incluir completamente a las personas mayores, y los canales tradicionales requieren ser fortalecidos. La atención de urgencia, por su parte, continúa siendo un punto de insatisfacción debido a los tiempos de espera y la percepción de baja capacidad resolutoria local. En paralelo, los dirigentes sociales destacan por su compromiso y capacidad de gestión, aunque enfrentan dificultades para mantener la participación sostenida de la base vecinal. En materia de convivencia, el machismo se reconoce como un problema transversal con implicancias directas en la salud y el bienestar, lo que sugiere la necesidad de abordajes comunitarios continuos.

Desde la perspectiva de los vecinos, la principal preocupación recae en el acceso y oportunidad de atención. El sistema de cupos se percibe como poco flexible y despersonalizado, afectando la experiencia de usuarios mayores o dependientes. La información sobre programas y talleres no siempre alcanza a toda la comunidad, concentrándose en las dirigencias. No obstante, se destacan importantes activos comunitarios, entre ellos la red de apoyo vecinal, la motivación organizativa, y una comprensión amplia de la salud que integra dimensiones físicas, mentales y espirituales. La salud mental ha ganado visibilidad como necesidad legítima y prioritaria.

A partir de estos hallazgos, se proponen orientaciones operativas para fortalecer la Atención Primaria en el CESFAM Nueva Aurora. En primer lugar, se plantea una revisión participativa del sistema de cupos, con la incorporación de criterios de priorización claros para personas mayores, cuidadores y usuarios con necesidades especiales, garantizando transparencia y equidad. Complementariamente, se recomienda crear un “Circuito Azul” que integre la atención prioritaria y el acompañamiento psicosocial de cuidadores, facilitando la gestión de citas y ofreciendo espacios de contención emocional.

En materia comunicacional, se sugiere diversificar los canales mediante la formación de “Embajadores de Programa”, vecinos capacitados para difundir información y orientar sobre la oferta del CESFAM en sus microsectores. Esta estrategia, junto con campañas presenciales, permitiría superar la dependencia exclusiva de las redes digitales y de las dirigencias. En el ámbito preventivo, se recomienda ampliar las acciones hacia jóvenes, mediante talleres de autocuidado, actividad física y salud mental, articulados con instituciones educativas y espacios comunitarios.

Para optimizar la continuidad de los cuidados, se propone reforzar la coordinación entre el SAPU y el CESFAM, asegurando el seguimiento de los casos tras la atención de urgencia y priorizando a los pacientes crónicos en riesgo. Además, se sugiere desarrollar talleres de alfabetización digital para adultos mayores, orientados al uso básico de herramientas de comunicación y agendamiento. Finalmente, se recomienda avanzar en la promoción de la equidad de género y el bienestar psicosocial, mediante instancias comunitarias de diálogo y educación en buen trato, articuladas con organizaciones sociales.

En conjunto, estas acciones buscan consolidar un modelo de atención más accesible, participativo y coherente con las fortalezas del territorio. Nueva Aurora dispone de capital social, liderazgo comunitario y una base organizativa sólida; el desafío es alinear estos recursos con la gestión sanitaria, fortaleciendo la presencia del CESFAM como un socio técnico y comunitario en la promoción del bienestar integral.

CESFAM Dr. Marco Maldonado

El análisis cualitativo del territorio del CESFAM Dr. Marco Maldonado muestra a una comunidad que, frente a las limitaciones estructurales y geográficas, ha desarrollado una forma propia de cuidado colectivo. En la práctica, la salud se sostiene a través de redes vecinales que funcionan por confianza y proximidad: vecinos que acompañan a personas enfermas, organizan talleres, gestionan medicamentos y coordinan apoyos ante emergencias. Estas acciones no reemplazan al sistema de salud formal, pero sí amplían su alcance y fortalecen el sentido de corresponsabilidad en el bienestar local.

El territorio se percibe, sin embargo, como incompleto y tensionado. La sensación inseguridad, la falta de comercio de cercanía y los problemas de acceso físico —especialmente en los cerros y

pasajes con escaleras— condicionan la movilidad y la participación social. Estos factores, que exceden el ámbito sanitario, influyen directamente en el ánimo, la vida cotidiana y el uso de los servicios. En ese contexto, la sensación de inseguridad ciudadana y el aislamiento son entendidos por los propios vecinos como determinantes sociales de la salud.

La relación con la Atención Primaria mantiene un carácter ambivalente. Por un lado, existe una alta valoración del trato humano del personal, reconocido por su cercanía y empatía; por otro, persiste la frustración con el sistema administrativo de horas, percibido como complejo y poco ágil. El problema no se asocia a las personas, sino al modelo que ralentiza la atención y genera desmotivación, especialmente en adultos mayores y cuidadores. Esta brecha entre la valoración del equipo y la gestión de los procesos configura una representación dual del CESFAM: competente en lo humano, pero distante en lo estructural.

La salud mental emerge como un tema transversal. La comunidad identifica la soledad, la sobrecarga del cuidador y la pérdida de vínculos como causas del malestar emocional. Las experiencias de autocuidado y los talleres de yoga o adulto mayor se valoran precisamente porque ofrecen espacios de encuentro y contención.

Pese a las dificultades, el diagnóstico evidencia fortalezas concretas. Las redes vecinales activas, las organizaciones autogestionadas, los liderazgos persistentes y la disposición colaborativa de los equipos de salud conforman un entramado social que puede ser movilizado hacia la Atención Primaria Orientada a la Comunidad. En ese marco, el CESFAM puede actuar no solo como prestador de servicios, sino como facilitador del tejido social, apoyando la organización y descentralizando la atención.

Desde esta perspectiva, se proponen orientaciones operativas que integran los hallazgos en una narrativa coherente:

En primer lugar, se recomienda una intervención territorial coordinada, abordando la accesibilidad y la seguridad como componentes de salud. Una Mesa de Acceso y Seguridad —con participación de dirigentes, Seguridad Ciudadana y planificación municipal— permitiría mapear riesgos, mejorar iluminación y escaleras, y articular prevención de adicciones en espacios comunitarios, transformando el entorno en un factor protector.

En segundo lugar, la atención domiciliaria requiere fortalecerse a través de un equipo móvil rotativo que acerque los servicios a las viviendas más altas o aisladas. Este equipo podría encargarse de la entrega programada de medicamentos, controles básicos y catastro de postrados y cuidadores, garantizando continuidad sin depender de traslados difíciles. En paralelo, los talleres de formación y contención para cuidadores, dirigidos por profesionales del CESFAM y apoyados por monitoras pares, consolidarían un espacio estable de acompañamiento emocional y capacitación práctica.

En cuanto al acceso, se propone descentralizar la gestión de horas mediante una mesa de ayuda comunitaria, operada por personal administrativo o dirigentes capacitados en sedes vecinales, con días y horarios fijos. Este cambio permitiría eliminar filas y mejorar la oportunidad de atención. Complementariamente, los operativos “CESFAM en tu Barrio” fortalecerían la presencia territorial y la cercanía percibida.

Para asegurar la continuidad asistencial, se sugiere visibilizar el equipo de cabecera familiar (enfermera, TENS, trabajador social, etc.) como referente estable, de modo que los usuarios mantengan un vínculo reconocible incluso con rotación médica. Incorporar una entrevista de acogida centrada en el contexto de vida al inicio del proceso asistencial permitiría adaptar los planes de cuidado a las realidades sociales y familiares.

Finalmente, se enfatiza la importancia de fortalecer las competencias comunitarias. Un programa de formación dirigenal en salud y proyectos puede devolver protagonismo a los líderes locales, mientras que la creación de una bodega de insumos comunitaria consolidaría las prácticas solidarias existentes, asegurando respuesta rápida ante emergencias y continuidad del cuidado en el territorio.

En conjunto, los hallazgos y propuestas del CESFAM Marcos Maldonado describen una comunidad activa, solidaria y con alto potencial de colaboración. El desafío para la APS consiste en reducir las brechas de acceso, reconocer los recursos existentes y transformar la organización vecinal en un aliado estructural del sistema de salud, promoviendo bienestar, cercanía y pertenencia en todo el territorio.

CESFAM SAPU Miraflores – CECOSF Sergio Donoso

En Miraflores coexisten dos realidades cotidianas. Por un lado, redes vecinales cohesionadas — especialmente entre personas mayores— que favorecen la convivencia, el apoyo cotidiano y la

comunicación rápida. Por otro, condiciones del entorno que requieren mejora: puntos con iluminación insuficiente, mantenimiento de áreas verdes y sectores cercanos a ejes comerciales con percepción de inseguridad. Esta combinación influye en la sensación de bienestar y en la posibilidad de usar el espacio público para prevención y actividad física.

Respecto del CESFAM, la comunidad valora de forma consistente el trato humano y la disposición del equipo, así como el apoyo a cuidadores y atenciones específicas (p. ej., curaciones, kinesiología, salud mental). La principal fuente de frustración se concentra en acceso y continuidad: obtención de horas —en especial con especialidades— y demoras que afectan la oportunidad de control.

La salud y el bienestar se asocian a seguridad, vínculos y rutinas de cuidado. La mujer cuidadora suele asumir múltiples responsabilidades en el hogar, lo que justifica apoyos más estructurados. También destaca la presencia de personas mayores, lo que orienta prioridades hacia agendamiento asistido, controles cercanos y apoyo administrativo simple. En paralelo, el deterioro de algunos espacios (sede poco activa, basura puntual, consumo en vía pública) limita la prevención basada en comunidad.

Existen activos relevantes: la confianza entre vecinos, el buen trato del equipo de salud, organizaciones que ya trabajan temas ambientales y de consumo, el huerto comunitario como espacio de bienestar, y liderazgos dispuestos a colaborar. El foco para la APS es consolidar al CESFAM como socio técnico del territorio, facilitando trámites, acercando prestaciones y coordinando a otros actores cuando corresponde.

La comunidad propone trabajar en estas estrategias:

- Acercamiento programado a sectores periféricos. Visitas periódicas de un equipo reducido (TENS + administrativo) para agendamiento proactivo, curaciones y controles breves y apoyo a cuidadores, con calendario estable.
- Gestión comunitaria de la demanda. Formación de gestores de hora comunitarios (liderazgos barriales) para levantar necesidades, priorizarlas con el CESFAM y difundir respuestas calendarizadas, reduciendo filas y llamados repetidos.

- Apoyo a cuidadores. Taller práctico de cuidado primario (signos de alerta, medicamentos, primeros auxilios) y componente de apoyo psicosocial para cuidadoras, con el fin de ordenar tareas y prevenir sobrecarga.
- Módulo de Acceso Amigable para crónicos. Un referente (TENS o asistente social) que contacta, ofrece horas y acompaña el recorrido de usuarios con esperas prolongadas. Complementar con alfabetización digital en salud para personas mayores en sede o CESFAM.
- Recuperación de espacios con enfoque de salud. Mesa intersectorial (Aseo y Ornato, Seguridad Ciudadana, Carabineros, dirigencias) para priorizar cuestras, pasajes y puntos críticos con acciones concretas: iluminación, corte de pasto, limpieza y uso regular de sedes.
- Promoción en lugares significativos. Uso del huerto comunitario y la sede para intervenciones grupales de terapia ocupacional, kinesiología y apoyo psicosocial orientadas a personas mayores y grupos de mujeres, reforzando adherencia y red.

En síntesis, el territorio dispone de capital social y de un equipo de salud bien evaluado. Al acercar la gestión, ordenar la demanda con la comunidad y mejorar condiciones del entorno mediante coordinación intersectorial, es posible ganar oportunidad, continuidad y un uso más activo de los espacios para la salud.

CESFAM SAPU Dr. Jorge Kaplán

El análisis de las representaciones sociales recogidas en los grupos de discusión del CESFAM Jorge Kaplan muestra una comunidad que concibe la salud como un derecho esencial y como una expresión integral del bienestar físico, mental y espiritual. Sin embargo, este ideal convive con la percepción persistente de un acceso precario y desigual, marcado por procesos administrativos rígidos y una atención que, en ocasiones, se percibe despersonalizada. Para los dirigentes y vecinos, la salud es “vida y tranquilidad”, pero el camino para alcanzarla suele pasar por barreras estructurales que dificultan la oportunidad de atención, especialmente entre las personas mayores.

El CESFAM se reconoce como un actor indispensable, cercano y comprometido con el territorio, aunque la comunidad lo asocia simultáneamente a una experiencia burocrática que exige intermediación constante. La gestión de las horas médicas emerge como el núcleo de frustración: conseguir una cita implica esperar largas filas o depender de familiares y dirigentes para realizar el trámite. Este mecanismo, vivido como una forma de exclusión, afecta de manera particular a los adultos mayores, quienes enfrentan la doble carga de la lentitud física y la brecha digital. La representación del CESFAM como espacio de cuidado convive, así, con la del “sistema” como estructura.

Pese a esas limitaciones, la comunidad mantiene una visión amplia e inclusiva de la salud. Los dirigentes y usuarios no reducen su significado a la ausencia de enfermedad, sino que lo vinculan con la calidad de vida, la serenidad mental y la dignidad en el trato. Desde esa mirada, el dolor y la angustia se entienden como detonantes que movilizan la búsqueda de atención, pero también como síntomas de un entorno social más amplio que requiere acompañamiento y escucha. En este contexto, la relación humana con el equipo de salud —el “buen trato”, la orientación oportuna y el respeto cotidiano— se convierte en el principal sostén simbólico de la confianza institucional.

Los liderazgos comunitarios desempeñan un papel esencial en la gestión de la salud local. Los dirigentes actúan como intermediarios entre el sistema formal y los usuarios, ayudando a tramitar horas, acompañando a vecinos enfermos o gestionando redes solidarias de apoyo. Esta práctica cotidiana, nacida de la necesidad, constituye un verdadero capital social sanitario que complementa la acción del CESFAM. A su alrededor, existen redes informales de apoyo —familias, organizaciones barriales, iglesias y grupos vecinales— que amplían el concepto de cuidado, transformando la ayuda en una forma concreta de bienestar colectivo.

No obstante, la comunidad enfrenta problemas estructurales persistentes: la rotación de profesionales impide consolidar vínculos de largo plazo, el crecimiento demográfico tensiona la capacidad instalada y la sensación de inseguridad limita el uso de los espacios públicos como lugares de actividad física y convivencia. Todo ello refuerza una dinámica de atención centrada en la enfermedad más que en la prevención, lo que los propios vecinos identifican como una deuda pendiente del sistema.

En contraste con esas dificultades, el territorio dispone de activos significativos que pueden y deben ser potenciados. Destacan la comunicación entre vecinos —tanto cara a cara como a través de redes

sociales digitales—, la existencia de liderazgos comprometidos que mantienen vivas las instancias de coordinación y un trato humano del personal del CESFAM ampliamente valorado por la comunidad. Estos elementos constituyen una base sólida sobre la cual construir intervenciones más inclusivas, participativas y sostenibles.

Desde la perspectiva de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad, el desafío central del CESFAM Jorge Kaplan consiste en transformar ese capital humano y relacional en una estructura de gestión más cercana y flexible. Ello implica avanzar hacia un modelo de acceso proactivo, donde las personas mayores no dependan de las filas matinales ni de la tecnología para conseguir atención. Un sistema de llamadas salientes, puntos de orientación presencial y mecanismos claros de reasignación de horas permitiría reducir la frustración y devolver al proceso un carácter más digno y humano.

Del mismo modo, se propone fortalecer la alianza con los dirigentes comunitarios, reconociendo formalmente su rol como facilitadores de salud. A través de instancias de capacitación y coordinación, estos líderes podrían transformarse en actores institucionalmente respaldados, capaces de orientar, acompañar y derivar a los usuarios dentro de la red. Esta formalización consolidaría la cooperación existente y aliviaría la carga del CESFAM en situaciones de alta demanda.

Otro ámbito prioritario es la continuidad asistencial. La comunidad asocia la rotación médica con pérdida de confianza, por lo que resulta clave comunicar de manera clara que el cuidado no depende de una sola figura profesional, sino de un equipo estable de cabecera compuesto por enfermeras, TENS y trabajadores sociales. Incorporar entrevistas de acogida centradas en el contexto de vida del usuario reforzaría la personalización de la atención y permitiría comprender mejor los determinantes sociales de cada caso.

Por último, el bienestar comunitario debe ser abordado desde la prevención y el uso seguro del territorio. La mejora de la seguridad, la habilitación de plazas y la promoción del deporte y la recreación se entienden aquí no solo como tareas municipales, sino como parte del trabajo sanitario integral.

En conjunto, el CESFAM Jorge Kaplan dispone de los elementos humanos, relacionales y comunitarios necesarios para avanzar hacia un modelo de atención centrado en la persona y articulado con el entorno. Su fortaleza radica en la confianza construida con la comunidad; su

desafío, en hacer que esa confianza se traduzca en un sistema más ágil, empático y coherente con la noción de salud que el propio territorio defiende: una salud entendida como vida, bienestar y vínculo humano.

CESFAM Dr. Juan Carlos Baeza

El diagnóstico participativo del CESFAM Juan Carlos Baeza revela una comunidad marcada por procesos de reconstrucción social y emocional tras la tragedia del incendio en el sector. En este contexto, las representaciones sociales reflejan tanto las huellas del trauma como la capacidad de resiliencia y organización del territorio.

Los dirigentes y vecinos comparten una visión de la salud fuertemente ligada a la vida cotidiana, donde los problemas del entorno —la inseguridad, el deterioro urbano, la sobrecarga del sistema y la falta de información— se perciben como determinantes tan relevantes como las enfermedades mismas.

Los dirigentes describen un territorio que combina memoria colectiva y recuperación. La experiencia del incendio dejó una huella profunda, pero también consolidó una red de apoyo mutuo —el llamado “apañe”— que se interpreta como la base del bienestar social y emocional.

El CESFAM es percibido como un aliado potencial, aunque su estructura burocrática y la falta de comunicación con las organizaciones comunitarias generan distancia. La representación del centro como parte de un conglomerado más amplio, “Viña Oriente”, ha diluido la identidad local y dificultado la gestión de recursos específicos.

Las organizaciones territoriales y religiosas emergen como actores fundamentales en la canalización de la ayuda y la comunicación con las familias. Se reconocen como “el brazo derecho del CESFAM”, lo que evidencia un alto grado de compromiso y una disposición favorable para la cogestión de salud.

La recuperación de espacios de recreación simboliza la reconstrucción social. Estos lugares son percibidos como entornos protectores para la infancia y herramientas de prevención frente a la drogadicción y la violencia.

El discurso de los vecinos profundiza en los efectos cotidianos del entorno físico y social sobre la salud.

La sensación de inseguridad y el consumo de drogas en plazas y calles son considerados los principales problemas del barrio. La ocupación del espacio público por grupos asociados al consumo genera una percepción de vulnerabilidad permanente, especialmente entre personas mayores y familias con niños.

El sistema de agendamiento es percibido como una barrera importante. Los vecinos asocian la atención del CESFAM a largas esperas, falta de cupos y dificultades tecnológicas, lo que genera desconfianza y sobreutilización de los servicios de urgencia. También se mencionan tensiones derivadas del aumento poblacional y la percepción de que los recursos no alcanzan para todos.

La limitada frecuencia del transporte público y la escasa iluminación son reconocidas como riesgos para la seguridad y el acceso oportuno a la atención. Estas condiciones refuerzan la desigualdad territorial y la sensación de aislamiento.

Se identifica una demanda sostenida por atención psiquiátrica y apoyo psicosocial, especialmente para abordar los efectos del trauma, el estrés económico y la adicción. Los vecinos consideran que la salud mental requiere una respuesta más profunda e integrada.

La comunidad muestra un conocimiento creciente sobre la Ley 20.584 de derechos y deberes en salud, y la interpreta como un respaldo para exigir atención oportuna. Esto refleja un cambio hacia una participación más informada y fiscalizadora.

El territorio cuenta con una base sólida de capital social y emocional, sustentada en la solidaridad post-catástrofe. Los talleres del CESFAM, los grupos MAS AMA y las actividades de caminata y medicina complementaria son espacios valorados por su efecto terapéutico y por fomentar la convivencia. Las iglesias y centros de madres actúan como redes de apoyo frente a la adversidad.

Las líneas de acción propuestas buscan fortalecer la capacidad resolutive del CESFAM, reducir barreras de acceso y potenciar los recursos locales:

- Derivación activa y gestión del usuario: creación de un rol especializado en orientación y aplicación de la Ley 20.584, para asegurar continuidad y derivaciones oportunas.
- Agenda comunitaria transparente: visibilización diaria de horas disponibles y mejora en los canales de comunicación, reduciendo frustraciones por la burocracia.
- Brigadas de Bienestar Territorial: trabajo intersectorial con Carabineros, municipio y juntas de vecinos para mejorar iluminación, seguridad y limpieza de espacios públicos.
- Mapeo de activos y fortalecimiento de liderazgos: registro de grupos comunitarios y talleres de formación para dirigentes, orientados a la comunicación y la acción coordinada.

El CESFAM Juan Carlos Baeza opera en un territorio que combina vulnerabilidad estructural y una notable capacidad de autogestión. Las representaciones sociales revelan una comunidad resiliente que busca transformar el sufrimiento colectivo en acción solidaria, pero que exige una gestión pública más ágil, coordinada y cercana.

La clave para avanzar radica en consolidar un modelo de atención participativo y sensible al contexto post-desastre, donde la salud mental, la recuperación del espacio público y el fortalecimiento del tejido comunitario sean prioridades transversales de la Atención Primaria en Salud.

CESFAM SAPU Gómez Carreño – CECOSF Santa Julia

El análisis de la información recogida en los grupos de discusión con dirigentes y vecinos del territorio adscrito al CESFAM SAPU Gómez Carreño – CECOSF Santa Julia permite identificar una comunidad con alto sentido de pertenencia, una tradición organizativa sólida y una percepción positiva del equipo de salud, aunque enfrenta desafíos estructurales vinculados a la sobrecarga del sistema, el entorno urbano y la atención a grupos vulnerables.

La información sugiere que la comunidad posee una base social activa y recursos locales significativos, pero requiere de un fortalecimiento de la articulación intersectorial y de estrategias de atención más adaptadas a las condiciones territoriales y demográficas actuales.

La salud es entendida como un proceso comunitario que se sustenta en la colaboración y la solidaridad. La organización vecinal es percibida como un factor protector que contribuye al

bienestar general. Se valora la disposición de los vecinos para apoyar iniciativas de salud y participar en acciones conjuntas, lo que representa una fortaleza del capital social local.

Los dirigentes destacan que la infraestructura urbana presenta dificultades relevantes —problemas con basura, drenaje, conectividad y accesibilidad— que afectan directamente la calidad de vida, especialmente de personas mayores y con movilidad reducida. Estas condiciones son reconocidas como determinantes sociales de la salud y como ámbitos que requieren coordinación interinstitucional.

El CESFAM es valorado por su equipo humano, el trato recibido y la organización del servicio, pero se percibe un nivel de demanda superior a su capacidad operativa. Las herramientas digitales de agendamiento facilitan el acceso para algunos usuarios, aunque generan exclusión en personas mayores o con baja alfabetización tecnológica.

Se identifican brechas en la atención a personas mayores o con enfermedades crónicas que, por razones físicas o sociales, han perdido contacto con el sistema. La comunidad señala la necesidad de fortalecer los mecanismos de seguimiento, las visitas domiciliarias y la coordinación entre niveles asistenciales, especialmente en cuidados paliativos.

Los liderazgos locales son percibidos como agentes clave en la resolución de problemas y en la intermediación con instituciones públicas. Sin embargo, los dirigentes advierten la sobrecarga del trabajo voluntario y la necesidad de apoyo técnico y estructural que permita sostener las iniciativas comunitarias.

La comunidad manifiesta una preferencia por la respuesta inmediata a través del SAPU, pero también reconoce la importancia de reforzar el enfoque preventivo y educativo de la Atención Primaria. Este equilibrio se plantea como un desafío central para la gestión local de salud.

El territorio presenta un conjunto de activos relevantes que pueden ser potenciados:

- Arraigo e identidad local: Gómez Carreño posee una historia de más de seis décadas que refuerza el sentido de pertenencia.

- Organizaciones y espacios comunitarios: existen clubes deportivos, centros de madres, fundaciones y organizaciones ambientales con trayectoria.
- Infraestructura social disponible: múltiples sedes vecinales y espacios religiosos que pueden ser utilizados para actividades de salud y emergencias.
- Experiencia de articulación: la comunidad ha logrado coordinar numerosas organizaciones en proyectos conjuntos, lo que representa un potencial para acciones colaborativas.

El discurso de los vecinos reafirma las observaciones de la dirigencia. Se valoran positivamente el acompañamiento y la disposición del equipo del CESFAM, pero se plantean dificultades de acceso, continuidad y comunicación.

El aislamiento de los adultos mayores y la falta de apoyo formal a los cuidadores son temas centrales. Se propone ampliar la cobertura de apoyo domiciliario y crear espacios de formación y contención para quienes desempeñan labores de cuidado.

Se identifican carencias de actividades recreativas, deportivas y culturales para jóvenes y niños. La comunidad asocia esta falta de oferta con conductas de riesgo y pérdida de sentido de pertenencia, señalando la necesidad de espacios comunitarios seguros y de iniciativas preventivas.

Los vecinos mantienen redes de colaboración espontánea para temas de seguridad, medicamentos y acompañamiento. Estas redes representan un recurso valioso que puede integrarse a estrategias formales de promoción de la salud.

Se proponen orientaciones que fortalecen la relación entre el CESFAM, la comunidad y los actores del entorno urbano:

- Programa de Búsqueda Activa Domiciliaria: Fortalece la continuidad de atención en personas mayores y con movilidad reducida mediante visitas semestrales de equipos profesionales, evaluación de riesgos socioambientales y coordinación con cuidados paliativos y programas crónicos.
- Mesa Intersectorial de Determinantes Urbanos: Promueve la articulación entre el CESFAM, el municipio y las organizaciones comunitarias para abordar problemas ambientales e infraestructurales que afectan la salud (aseo, drenaje, accesibilidad), mediante reuniones periódicas y planificación conjunta de mejoras.

- Escuela de Cuidadores y Redes de Apoyo Terapéuticas: Brinda acompañamiento psicosocial y capacitación a cuidadores de personas dependientes a través de talleres guiados por profesionales de salud mental y la creación de redes de apoyo con organizaciones locales.
- Programa de Promoción en Activos Comunitarios: Desplaza la promoción y educación en salud hacia espacios comunitarios, estableciendo convenios con organizaciones locales para ejecutar talleres de alimentación saludable, actividad física y autocuidado con apoyo técnico del CESFAM.
- Estrategia de Orientación a la Demanda Crítica: Optimiza el acceso y la satisfacción usuaria mediante la implementación de una mesa de ayuda presencial para personas no digitales, capacitación del personal administrativo en atención centrada en el usuario y seguimiento proactivo de pacientes crónicos.
- Comité Intersectorial de Seguridad y Convivencia: Integra la seguridad y la salud mental como componentes de la salud comunitaria, coordinando acciones con Seguridad Ciudadana, Carabineros y juntas de vecinos, e impulsando talleres de manejo del estrés y promoción de la convivencia barrial.

Gómez Carreño se caracteriza por un capital social significativo y una valoración positiva de su equipo de salud, factores que pueden ser apalancados para avanzar hacia una Atención Primaria más inclusiva y territorial. Los principales desafíos se relacionan con la sobrecarga de la demanda, la atención domiciliaria de personas mayores, la modernización de los canales de acceso y la articulación con actores municipales.

El fortalecimiento del trabajo intersectorial, la ampliación de la promoción en terreno y la incorporación sistemática de las redes comunitarias existentes representan pasos fundamentales para consolidar una APS centrada en las personas y en la realidad del territorio

CESFAM Las Torres – CECOSF Las Palmas Chilenas

El análisis de los grupos de discusión realizados con dirigentes y vecinos del territorio de Las Torres revela un diagnóstico social y sanitario complejo, marcado por una dualidad: por un lado, una profunda valoración de la calidad humana y el compromiso del equipo de salud, y por otro, la percepción de un sistema sobrecargado, con brechas estructurales que limitan el acceso y la continuidad del cuidado.

Desde el discurso comunitario, el CESFAM Las Torres se erige como un referente de confianza y humanidad en un territorio en expansión constante. Los dirigentes destacan la vocación y cercanía del personal, la capacidad de respuesta incluso fuera del horario laboral y la presencia activa del equipo en el territorio, especialmente en la atención domiciliaria a personas postradas y en la salud mental. Esta valoración positiva configura al CESFAM como un “ancla emocional” para la comunidad, cuya fortaleza principal radica en el trato digno, empático y humano hacia los usuarios.

Sin embargo, esta fortaleza convive con representaciones de frustración estructural ante la insuficiencia de recursos e infraestructura. Las listas de espera prolongadas, la escasez de espacios físicos, la falta de información sobre los programas y las dificultades de acceso —especialmente para adultos mayores con limitaciones tecnológicas o de movilidad— generan la sensación de que el sistema no logra responder con la misma eficacia que sus equipos locales. La comunidad percibe con claridad la necesidad de un nuevo CESFAM que permita descongestionar los dispositivos actuales y garantizar una atención oportuna.

En el ámbito comunitario, emerge con fuerza la preocupación por la erosión del tejido social. Los dirigentes relatan un progresivo individualismo, el cansancio de la dirigencia histórica y la falta de relevo generacional. La expansión territorial desordenada —marcada por tomas, migración y barreras geográficas— ha debilitado los vínculos tradicionales y dificultado la articulación social. Frente a ello, la labor dirigenal se entiende como un acto de compromiso y resistencia, sostenido “por amor al arte” y por la convicción de servir a la comunidad.

A pesar de estas tensiones, el territorio conserva activos significativos. Destaca un capital relacional robusto, conformado por redes intersectoriales que incluyen escuelas, jardines infantiles, iglesias y comunidades mapuche que funcionan como espacios de encuentro y educación en salud. A esto se suma una dirigencia con experiencia en gestión de proyectos comunitarios, capaz de acceder a fondos y coordinar acciones preventivas, como alfabetización digital o prevención de incendios. Las

redes digitales de comunicación, en particular los grupos de WhatsApp, han adquirido un rol clave en la coordinación barrial, la gestión de emergencias y la difusión de información sanitaria.

Desde la perspectiva de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad, los hallazgos apuntan a cuatro focos de acción estratégica. En primer lugar, se recomienda fortalecer la atención en salud mental juvenil, utilizando los colegios y juntas de vecinos como espacios de intervención temprana, acompañamiento y capacitación en primeros auxilios psicológicos. En segundo lugar, se propone profundizar el enfoque de acceso y dignidad del adulto mayor, mediante la formalización de gestores comunitarios de horas y el seguimiento domiciliario permanente por parte de TENS o enfermeras referentes.

Un tercer foco apunta a mejorar la comunicación y la difusión de la oferta de la APS, a través de jornadas informativas, campañas de salud masculina y el uso sistemático de canales comunitarios ya existentes. Finalmente, se destaca la necesidad de reconstruir el tejido social mediante programas de formación y liderazgo intersectorial, donde los dirigentes, Carabineros, Defensa Civil y el CESFAM trabajen juntos en torno a la prevención de riesgos, la convivencia y la salud mental.

En síntesis, el CESFAM Las Torres se consolida como un centro de salud altamente valorado por su trato humano y compromiso territorial. El desafío actual no reside en su vínculo con la comunidad, sino en trasladar ese capital humano y relacional hacia una estructura más sólida, participativa y sostenible, capaz de responder a un territorio que crece, cambia y demanda cada vez más una salud entendida como bienestar integral y colectivo.

CESFAM Lusitania

El material analizado perfila a CESFAM Lusitania como un centro inmerso en un territorio con fuerte presencia de población fundadora y envejecida. La salud cotidiana se entiende menos como un problema clínico aislado y más como el resultado de tres planos entrelazados: el acceso (barrera tecnológica y burocrática), el cuidado (sobrecarga familiar y salud mental), y el vínculo comunitario (participación y comunicación). En este marco, el CESFAM es reconocido por su rol básico y de rescate —suministros, seguimiento de exámenes, respuesta frente a hallazgos críticos—, pero se percibe distante del ideal de “bienestar” por trámites, cupos y digitalización que excluyen a los mayores.

Se valora el cumplimiento en lo básico (medicación, seguimiento oportuno ante resultados alterados) y la disposición por “rescatar” al paciente cuando el caso lo exige. La expectativa es confiabilidad y no falla. La marginación digital (pedir horas por teléfono/WhatsApp) se transforma en un filtro que expulsa a los adultos mayores y traslada la gestión a terceros (hijos, dirigentes o “contactos”). Esto coexiste con relatos de sobrecarga del cuidador y sensación de abandono en la vejez.

La demanda sostenida y las listas de espera se viven como una “derrota” crónica, especialmente en personas mayores y sus familias; los dirigentes interpretan que sin organización y cambio del statu quo, la respuesta no cambia. La dirigencia enmarca la participación como acción informada y movilizadora (ferias de salud, reuniones en horarios accesibles), con foco en recuperar el contacto cara a cara y en incidir sobre los cuellos de botella. Destacan redes informales de intermediación (personas de enlace que agilizan horas/derivaciones) y aprendizajes prácticos (primeros auxilios, manejo de emergencias) que fortalecen la respuesta local.

El ideal comunitario ubica la salud más allá de lo biológico: vida, bienestar psicosocial y sentido. En contraste, la experiencia cotidiana con la enfermedad se asocia a angustia, dolor y temor. En la práctica, el centro se representa como paliativo y burocrático: dificultad de agendamiento, pérdida de tiempo, señalética/confianza informativa insuficiente. La asimetría comunicacional exacerba la frustración.

El espacio público se percibe como riesgo evitable: limpieza deficiente, fauna urbana sin control y plazas subutilizadas o “tomadas”, lo que merma oportunidades de promoción de salud. La comunidad aparece fragmentada, con déficit de voluntad colectiva para sostener acciones comunes. Aun así, conviven experiencias positivas de atención (programas específicos, prestaciones de buena calidad) que funcionan como casos modelo.

La comunidad de Lusitania cuenta con un conjunto de activos sociales y organizativos que refuerzan su capacidad de respuesta frente a los desafíos sanitarios y sociales. En primer lugar, destaca un sólido capital relacional, expresado en dirigentes con amplia llegada a sus vecinos, redes de intermediación efectivas y una valiosa memoria organizativa forjada a través de ferias de salud, talleres y actividades colectivas que han dejado huella en el territorio.

A esto se suma la existencia de capacidades prácticas instaladas en grupos locales, especialmente en materias de primeros auxilios, gestión de emergencias y autogestión de riesgos. Estas habilidades se han desarrollado como respuesta a experiencias previas de vulnerabilidad y representan un recurso comunitario de gran valor para fortalecer la resiliencia del barrio.

Asimismo, la comunidad reconoce y valora una serie de programas de salud familiar y talleres comunitarios, como el Más Adulto Mayor Autovalente, que han logrado un impacto positivo tanto en la percepción de la atención como en la satisfacción de los usuarios. Estas experiencias demuestran el potencial del CESFAM para generar vínculos significativos y promover la salud desde un enfoque integral.

Por último, persisten espacios físicos con potencial de reactivación, como sedes vecinales y plazas, que pueden convertirse nuevamente en puntos de encuentro, recreación y promoción del bienestar. Su recuperación y uso comunitario se proyectan como una oportunidad para fortalecer la convivencia, fomentar la actividad física y consolidar la salud como un proyecto colectivo.

El diagnóstico participativo en el territorio de Lusitania evidencia la necesidad de avanzar hacia una Atención Primaria más accesible, humana y articulada con las redes comunitarias. Las propuestas se organizan en torno a cinco ejes operativos que buscan fortalecer la equidad, la comunicación y la resiliencia local.

En primer lugar, se plantea un modelo de acceso centrado en la persona mayor, reconociendo las barreras tecnológicas y de movilidad que afectan a este grupo. Se propone instaurar un sistema de agendamiento inverso y asistido, en el cual el CESFAM contacte directamente a los usuarios mayores de 75 años o dependientes para coordinar sus controles, eliminando la necesidad de usar plataformas digitales. Esta medida se complementaría con una mesa de ayuda presencial y señalética clara, que facilite la orientación y priorización en trámites de salud.

El segundo eje aborda el cuidado y la salud mental, enfatizando la necesidad de acompañar no solo al paciente, sino también al cuidador. Se sugiere la creación de grupos de apoyo psicosocial guiados por psicólogos y trabajadores sociales, destinados a aliviar la sobrecarga emocional y fortalecer las estrategias de afrontamiento familiar. Asimismo, se propone establecer un puente con la psiquiatría comunitaria, garantizando atención oportuna en casos complejos y seguimiento coordinado desde la red local.

El tercer eje se centra en la comunicación y la participación comunitaria. Para reducir las brechas de información, se propone una ruta comunitaria de difusión liderada por agentes comunitarios de salud o técnicos de enfermería, que entreguen información directamente en juntas vecinales, ferias o templos. Esto se complementa con una agenda transparente de cupos y programas, visible para la comunidad, y con la reactivación de ferias de comunicación y bienestar, realizadas en horario vespertino para fomentar el encuentro cara a cara y la confianza institucional.

El cuarto eje corresponde al territorio saludable. Se plantea la iniciativa “CESFAM padrino de plaza o sede”, mediante la cual el equipo de salud apadrine un espacio comunitario para desarrollar actividades regulares de promoción, ejercicio y recreación. Paralelamente, se propone una campaña intersectorial de salud ambiental y tenencia responsable de mascotas, que involucre al municipio, organizaciones sociales y al propio CESFAM, en la recuperación del entorno como factor protector de salud.

Finalmente, se propone fortalecer la gestión de la demanda y la intermediación administrativa, formalizando la figura de un enlace comunitario que actúe como punto de apoyo para resolver derivaciones, horas difíciles o necesidades de alfabetización digital. Este rol institucionaliza la ayuda que actualmente brindan los dirigentes y contactos informales. Complementariamente, se recomienda implementar un plan de capacitación continua en primeros auxilios, en coordinación con Bomberos y la PDI, para reforzar la capacidad de respuesta ante emergencias y consolidar una comunidad más preparada y resiliente.

En conjunto, estas orientaciones buscan transformar la experiencia de atención en el CESFAM Lusitania, pasando de un modelo centrado en la demanda asistencial a uno proactivo, inclusivo y vinculado al territorio, donde la salud se construye colectivamente desde la confianza, la participación y el bienestar integral.

Lusitania convive con un alto valor asignado al CESFAM como soporte básico y, simultáneamente, con barreras de acceso y comunicación que afectan principalmente a personas mayores y cuidadores. La memoria organizativa y las redes informales son palancas concretas para pasar de un modelo reactivo/paliativo a uno proactivo e integrador. La clave está en humanizar el acceso, formalizar el rol de enlace, reactivar espacios comunitarios y sostener una comunicación directa y transparente. De este modo, el CESFAM puede desplazarse —en la representación social— desde “dispositivo de crisis” hacia centro de bienestar y cohesión.

CESFAM Profesor Eugenio Cienfuegos

El análisis del discurso de dirigentes y vecinos del sector adscrito al CESFAM Profesor Eugenio Cienfuegos revela una comunidad con una fuerte identidad barrial, marcada por su historia y la convivencia de contrastes: un territorio valorado por su tranquilidad y paisaje, pero atravesado por la sensación de inseguridad, visualización de consumo problemático de drogas y las limitaciones de acceso. En medio de esas tensiones, el CESFAM aparece como un referente de trato humano y acompañamiento, aunque la comunidad espera una presencia más activa en la prevención y en la vida cotidiana del barrio.

El discurso dirigenal se estructura en torno a seis representaciones sociales que explican cómo la comunidad interpreta su relación con la salud, el territorio y las instituciones.

El barrio histórico y vulnerable es la primera. Los dirigentes evocan con orgullo la trayectoria de su sector, las casas antiguas, la vida tranquila de antaño y la cercanía entre vecinos. Sin embargo, esa memoria contrasta con la realidad actual: un territorio envejecido, con accesos difíciles y con dificultades en el mantenimiento urbano. La vulnerabilidad no se expresa solo en lo económico, sino también en la pérdida de accesibilidad y en el aislamiento físico de las personas mayores.

En segundo lugar, el CESFAM es percibido como un recurso valioso, pero inestable y burocrático. Se valora su personal y el esfuerzo del equipo por acompañar, pero se critica la demora en la asignación de horas y la rigidez de los procesos administrativos. El equipo humano es descrito como un “puente” cálido en un sistema que, estructuralmente, se siente lejano y sobrecargado.

La tercera representación, la salud como lucha por la dignidad, da cuenta de una conciencia de derechos: la espera y la incomodidad son vividas como formas de deshumanización, más que como simples ineficiencias. Acceder al sistema se vuelve un acto de resistencia cotidiana frente a la burocracia.

En contraste, los dirigentes rescatan la fuerza de la red vecinal, el “ADN comunitario” que permite sostener la vida cotidiana. Las redes informales —la solidaridad, el intercambio, el acompañamiento— son vistas como una extensión natural del cuidado en salud.

Aparece también la amenaza ambiental, una representación impulsada por líderes sensibilizados con la contaminación y la gestión de residuos. Denuncian la exposición a riesgos ambientales invisibles, la falta de información y la escasa articulación entre salud y medio ambiente.

Por último, surge el sueño de la accesibilidad total: una expectativa transversal de contar con un CESFAM cercano, con caminos seguros, pendientes accesibles y transporte adecuado. La accesibilidad física, más que un tema de infraestructura, se asocia con la dignidad del acceso al derecho a la salud.

Entre los vecinos, el discurso combina la tranquilidad del entorno inmediato con la preocupación por el deterioro social que amenaza esa calma. El territorio se percibe como un “oasis amenazado”: bello y apacible en apariencia, pero tensionado por el consumo de drogas, los robos y la pérdida del espacio público. El miedo a que los niños y adolescentes sean arrastrados por la adicción genera una sensación constante de vigilancia y agotamiento emocional.

El CESFAM, en cambio, es valorado de manera unánime. Se le reconoce por su acompañamiento integral, por el trato empático de sus profesionales y por la continuidad del cuidado, especialmente en áreas de psicología y medicina familiar. El seguimiento clínico y administrativo es interpretado como una forma de contención que genera confianza, aunque la comunidad percibe que los recursos son insuficientes para la complejidad social del territorio.

El relato sobre la juventud es especialmente elocuente: los jóvenes son vistos como una “generación sin espacios”. La falta de lugares seguros para el ocio o la recreación es entendida como un determinante directo de riesgo social y de salud mental. El consumo surge, en ese contexto, como un síntoma de desarraigo y de falta de alternativas.

La organización comunitaria formal convive con redes digitales espontáneas, el “WhatsApp de sobrevivencia”, que se usa para resolver urgencias, compartir turnos de atención y alertar sobre riesgos. Esta herramienta es hoy el principal mecanismo de coordinación vecinal y un activo para cualquier política de comunicación en salud.

Los liderazgos se describen como voluntarios y de gestión activa: personas que asumen tareas de resolución concreta —reparaciones, colectas, solicitudes— aun sin recursos. Es una forma de liderazgo de proximidad, que suple con esfuerzo individual las carencias institucionales.

Finalmente, se comparte un anhelo común: un barrio sano es un barrio sin adicciones. La recuperación de los espacios públicos y la erradicación del consumo visible son entendidas como el punto de partida para reconstruir la salud colectiva.

El análisis identifica varios activos de salud:

- Red de comunicación digital (grupos de WhatsApp), que cumple funciones de alerta y acompañamiento.
- Confianza en el equipo del CESFAM, que constituye un capital social sanitario para futuras intervenciones.
- Liderazgo solidario y gestor, dispuesto a actuar incluso sin apoyo institucional.
- Percepción positiva del entorno natural, el “verde” como recurso emocional que favorece el bienestar.

A la vez, emergen determinantes sociales críticos: la inseguridad y el consumo como bloqueadores del desarrollo infantil y juvenil; la dicotomía entre el trato humano y la escasez de recursos; y la falta de espacios de ocio seguros que canalicen la energía comunitaria hacia la prevención.

El contexto descrito exige que el CESFAM Cienfuegos refuerce su rol como actor territorial activo, integrando acciones clínicas, sociales y ambientales bajo un enfoque de determinantes de salud.

1. Promoción activa en espacios de ocio
 - Implementar módulos móviles de salud y ocio seguro, con presencia semanal de equipos interdisciplinarios (psicología, trabajo social, kinesiología). Estos espacios permitirán acercar el CESFAM a los jóvenes, ofrecer tamizajes de riesgo y recuperar plazas y canchas como lugares de encuentro saludable.
2. Entorno amigable y seguro
 - Crear la Mesa Intersectorial “Entorno Saludable”, junto a seguridad ciudadana y aseo municipal, para mapear puntos críticos y justificar, con datos de salud mental y accidentes, inversiones en iluminación, corte de pasto y control ambiental.
3. Optimización del acceso y la continuidad del cuidado

- Desarrollar un canal oficial de comunicación del CESFAM a través de la red de WhatsApp vecinal. Este canal bidireccional permitirá agendar controles, recordar citas y entregar educación sanitaria de forma directa y personalizada.

4. Fortalecimiento del liderazgo comunitario

- Ofrecer talleres de formulación de proyectos comunitarios con perspectiva de salud, entregando herramientas técnicas para postular a fondos de infraestructura y prevención. El objetivo es empoderar a los dirigentes como agentes de transformación en los determinantes sociales de su territorio.

Cienfuegos es un territorio que combina orgullo histórico y fragilidad contemporánea. Su comunidad posee recursos sociales sólidos —confianza, redes, liderazgo—, pero enfrenta determinantes estructurales que afectan la salud y la convivencia. La intervención no debe limitarse al CESFAM como recinto, sino extenderse a la trama urbana, ambiental y relacional que define la vida cotidiana.

Convertir la confianza ganada por el equipo de salud en presencia territorial, participación y acción intersectorial es el paso siguiente para que el “oasis amenazado” recupere estabilidad y para que la salud deje de ser una espera, transformándose en una experiencia compartida de dignidad y bienestar.

CESFAM Brígida Zavala

La conversación con dirigentes y vecinos de CESFAM Brígida Zavala dibuja un territorio que se sostiene en la fuerza de sus redes y, al mismo tiempo, lidia con un entorno exigente. La vida comunitaria transcurre entre la voluntad de organizarse y las tensiones propias de un barrio que debe resolver, a diario, problemas de seguridad, acceso y continuidad de la atención en salud. En ese escenario, el CESFAM aparece como un actor valorado por la calidad humana de su equipo, pero interpelado a simplificar la entrada al sistema y a estar más presente fuera de sus muros.

Para la dirigencia, la comunidad avanza gracias a un liderazgo que, en gran medida, recae en mujeres. Ellas convocan, articulan y sostienen la vida organizacional, conocen a las personas por su nombre y están disponibles para resolver. Ese protagonismo es un activo indiscutible, pero también una sobrecarga. Se reconoce la necesidad de diversificar roles, sumar a hombres y jóvenes en funciones

concretas y cuidar el bienestar emocional de quienes conducen los procesos. En su mirada, la unidad existe, pero es “imperfecta”: hay disposición a trabajar juntos y, a la vez, roces que se asumen como parte de la convivencia. El pedido al CESFAM es claro: actuar como articulador neutral, ayudar a encauzar el diálogo y ofrecer herramientas prácticas para acordar prioridades y sostenerlas en el tiempo.

La relación con la institucionalidad se describe con pragmatismo. La comunidad no espera soluciones totales desde fuera; valora la autogestión y, cuando el diagnóstico participativo devuelve información útil, la aprovecha para legitimar y orientar acciones propias. La demanda al CESFAM no es de “más trámites”, sino de acompañamiento técnico, logístico y simbólico para iniciativas ya en marcha. En paralelo, aparece una preocupación transversal: la “mochila pesada” de la juventud. Quienes estudian o trabajan encuentran poco espacio para participar, y la comunidad teme que los problemas heredados (inseguridad, precariedad, falta de oportunidades) terminen ahuyentándolos. Facilitar apoyos de salud mental, espacios flexibles y pequeñas oportunidades de proyecto—deporte, arte, tutorías—se vuelve una prioridad.

El vecindario cuenta otra cara del mismo fenómeno. En las cuadras donde todos se conocen, sobre todo con alta presencia de personas mayores, se respira seguridad y cuidado mutuo; allí “la red” funciona y la convivencia amortigua el estrés. Pero a pocas calles, las condiciones del entorno—maleza, basura, poca iluminación—habilita conductas de riesgo y genera temor. Salir de noche o subir una cuesta mal iluminada se vive como una amenaza. Para muchas personas mayores, la distancia hasta la locomoción es, por sí sola, una barrera de acceso a la salud.

En la experiencia con el CESFAM, el contraste es nítido: una vez dentro, el trato es cálido y profesional; el problema está antes, en la puerta de entrada. Obtener una hora exige perseverancia y conocimientos digitales que no todos tienen. Más aún, cuando se trata de kinesiología o salud mental, la dificultad no es solo empezar, sino mantener la continuidad terapéutica: un intervalo largo entre sesiones hace que el esfuerzo inicial pierda efecto. La comunidad pide que el sistema sea proactivo—que programe la siguiente cita antes, que llame a los crónicos, que abra canales presenciales para quienes no usan WhatsApp o web—y que la prevención sea visible: talleres de cocina saludable, manejo de emociones, grupos de ejercicio, salud mental comunitaria en sedes y escuelas.

La salud mental emerge, sin rodeos, como el tema silencioso que estructura el malestar: soledad en personas mayores, sobrecarga de cuidadoras, estrés económico, conflictos y violencias. La expectativa no es medicalizar la vida cotidiana, sino acompañar: grupos de contención, terapeutas y kinesiólogos en el territorio, actividades con propósito que devuelvan sentido y pertenencia. En jóvenes, el llamado es a “entrar por lo posible”: deporte, arte y habilidades para la vida, en espacios seguros donde el CESFAM se acerque a su rutina, no al revés.

El mandato que se desprende del relato es operativo y concreto. Primero, cuidar el liderazgo que sostiene la organización: ofrecer espacios de delegación, autocuidado y relevo, e invitar explícitamente a hombres y jóvenes a roles definidos. Segundo, simplificar el acceso: un dispositivo de agendamiento proactivo para crónicos y rehabilitación, programación de la “próxima cita” antes de cerrar el episodio, y un canal asistido y presencial para personas no nativas digitales. Tercero, salir al territorio: puntos de encuentro terapéutico en sedes, grupos para cuidadoras y adultos mayores, acciones con escuelas y clubes, y presencia técnica en mesas intersectoriales que aborden iluminación, limpieza, control de vectores y uso de sedes como nodos de prevención.

El equipo del CESFAM es un activo en sí mismo: la comunidad lo califica con nota máxima en trato. Convertir ese capital relacional en mejoras sistémicas—información clara en el primer contacto, alternativas cuando no hay cupos, seguimiento a quien más lo necesita—cierra el círculo entre experiencia humana y gestión.

En suma, Brígida Zavala ofrece un terreno fértil: redes vecinales que cuidan, dirigentas capaces, deseo de participar, y una valoración genuina del equipo de salud. Las brechas están delineadas: acceso y continuidad, salud mental y sobrecarga del cuidado, deterioro ambiental y desigualdad tecnológica. La respuesta no requiere “inventar” desde cero, sino alinear lo que ya existe: apoyar liderazgos, simplificar procedimientos, llevar la prevención a los lugares de la vida cotidiana y anclar las decisiones en datos y experiencias compartidas.

Una APS que articula, acompaña y habilita—más que una APS que solo administra—es, en este territorio, la diferencia entre el buen trato que sucede adentro y la buena salud que comienza afuera.

Priorización de Problemas por parte de grupos de Discusión

A través de la participación de dirigentes vecinales y actores comunitarios, se identificó un conjunto de prioridades que reflejan tanto las condiciones epidemiológicas prevalentes como los determinantes sociales y estructurales que inciden en la calidad de vida comunal.

En primer lugar, las enfermedades crónicas no transmisibles dominan el panorama percibido por la comunidad. La diabetes mellitus surge como el problema más recurrente y preocupante, percibida como una enfermedad generalizada y de alta gravedad, vinculada directamente a la mala alimentación, el sedentarismo y los estilos de vida poco saludables. Los participantes asocian sus consecuencias —como amputaciones o complicaciones cardiovasculares— a un deterioro progresivo de la calidad de vida.

En estrecha relación, la hipertensión arterial ocupa el tercer lugar en la priorización, mencionada frecuentemente junto a la diabetes como parte de un mismo patrón de enfermedades crónicas que afectan especialmente a la población adulta y mayor. Ambas patologías son percibidas como “enfermedades comunes de los vecinos”, lo que refleja una normalización del padecimiento crónico en el imaginario comunitario.

La salud mental aparece en el segundo lugar del ranking, destacándose como un eje transversal y urgente. Los dirigentes y participantes expresaron una fuerte demanda por atención psicológica y psiquiátrica, evidenciando la insuficiencia de recursos especializados y la falta de acceso oportuno a tratamientos. Problemas como la depresión, la soledad en adultos mayores y el estrés derivado de la inseguridad y las condiciones de vida fueron temas reiterados en las conversaciones comunitarias. Esta situación se agrava por la percepción de escasez de profesionales en salud mental y la limitada cobertura de los programas existentes.

El cáncer ocupa el cuarto lugar de prioridad, percibido como una enfermedad cada vez más frecuente y temida, cuya detección tardía y dificultad para acceder a especialistas genera preocupación.

A nivel estructural, emergen con fuerza los problemas de acceso y funcionamiento del sistema de salud, particularmente la dificultad para obtener horas médicas (quinta prioridad) y la falta de especialistas (octavo lugar). La comunidad manifiesta frustración ante los retrasos en la atención, la

escasa disponibilidad de profesionales en áreas críticas —como salud mental, odontología y especialidades médicas— y la percepción de mala atención o trato deficiente en algunos establecimientos.

A ello se suma la falta de infraestructura de salud (décimo lugar), especialmente en sectores periféricos donde los vecinos reportan no contar con un CESFAM o servicio de urgencia cercano. Estas carencias se asocian a la creciente demanda asistencial y al aumento poblacional de zonas alejadas, lo que refuerza la percepción de inequidad territorial.

La drogadicción y el consumo problemático de sustancias fueron identificados como uno de los principales problemas sociales vinculados a la salud, especialmente por jóvenes y adultos. Este fenómeno es percibido no solo como un problema sanitario, sino también como un factor que deteriora la convivencia y la seguridad comunitaria, estrechamente relacionada con el aumento de la delincuencia y la sensación de vulnerabilidad barrial.

Otros problemas relevantes incluyen las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades propias de la vejez, como la demencia, el Alzheimer y los trastornos osteoarticulares, todos ellos percibidos como inevitables en el proceso de envejecimiento, lo que refleja la necesidad de fortalecer la educación en autocuidado y envejecimiento activo.

La mala alimentación y nutrición, junto con la obesidad, son temas que la comunidad relaciona directamente con los hábitos alimentarios poco saludables, el consumo de productos ultra procesados y la falta de educación alimentaria. Estos problemas se reconocen como causas subyacentes de gran parte de las enfermedades crónicas priorizadas.

En cuanto a los factores estructurales y sociales, los dirigentes vecinales subrayan la falta de información sobre programas de salud, dificultad de los sistemas digitales de agendamiento (particularmente el uso de WhatsApp para pedir horas médicas) y la ausencia de espacios públicos y áreas verdes adecuadas para la recreación y la actividad física.

Tabla 33: Priorización de problemas de salud detectados en el Diagnóstico Participativo 2025.

Problema	Suma	Promedio	Orden de Prioridad
----------	------	----------	-----------------------

Diabetes: Se percibe como una enfermedad generalizada y crónica en la comunidad. Se vincula a la mala alimentación y al sedentarismo. La gente ve a muchos vecinos afectados, incluso con amputaciones	37	2,64	1
Salud Mental General: Es un tema recurrente y central. La gente expresa una necesidad de atención psicológica y psiquiátrica.	36	2,57	2
Hipertensión Arterial (HTA): A menudo se menciona junto con la diabetes. Se considera una enfermedad casi universal entre los vecinos mayores.	29	2,07	3
Cáncer: Un problema de salud latente en la comunidad.	25	1,79	4
Dificultad para obtener horas médicas: Un problema generalizado que genera frustración.	24	1,71	5
Drogadicción: Mencionada en especial por jóvenes y adultos. Un problema grave que afecta la seguridad y el ambiente.	22	1,57	6
Enfermedades Cardiovasculares: Incluyen pre-infartos, problemas al corazón.	17	1,21	7
Falta de Especialistas: Carencia de profesionales en salud mental, dental, y otras áreas.	17	1,21	8
Obesidad: Percibida como un problema de salud generalizado, desde niños hasta adultos.	16	1,14	9
Falta de infraestructura de Salud: No hay suficientes CESFAM o que no hay un centro de urgencia cercano.	15	1,07	10
Enfermedades Propias de la Vejez: Se perciben como un conjunto de males que acompañan el envejecimiento, como Alzheimer, demencia y problema articulares.	15	1,07	11
Mala Alimentación y Mala Nutrición: Consumo excesivo de azúcar, procesados y falta de educación alimentaria.	14	1,00	12

Falta de información: La gente a menudo no sabe sobre programas de salud, o simplemente desconoce los problemas de su comunidad.	13	0,93	13
Depresión: Un problema recuente, especialmente en adultos mayores y en personas que viven en soledad.	11	0,79	14
Mala Atención en el CESFAM: Los usuarios se quejan de malos tratos, falta de personal, y una mala gestión en priorizar urgencias.	11	0,79	15
Mal Manejo de citas por Sistemas Digitales: Al pedir horas por WhatsApp se percibe como ineficiente y excluyente para los adultos mayores.	11	0,79	16
Falta de Áreas Verdes y Espacios de Recreación: Asociado a sedentarismo y la falta de áreas de juegos para niños.	11	0,79	17
Delincuencia e Inseguridad: Problema grave que afecta la salud mental de la comunidad.	11	0,79	18
Deterioro Bucodental: Un área con falta de profesionales y que se percibe como de alta frecuencia.	8	0,57	19
Enfermedades Respiratorias: Resfriados y gripes son comunes. Se asocia al frío y a los cambios estacionales.	7	0,50	20

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

Principales consideraciones del Diagnóstico Participativo

El análisis integral del diagnóstico comunal de Viña del Mar muestra una sociedad resiliente y con un alto capital humano y social, pero que enfrenta limitaciones estructurales que restringen la traducción de esa fortaleza en conductas y resultados de salud sostenibles. La evidencia sugiere que el problema no radica en la disposición individual ni en la ausencia de conocimiento sanitario, sino en barreras institucionales, territoriales y de gestión del acceso, que impiden a la población materializar su voluntad de autocuidado dentro del sistema público.

Desde el punto de vista cuantitativo, la comuna exhibe tres desafíos prioritarios: la persistente dificultad para acceder a la atención, la baja participación en programas preventivos y el impacto creciente de los determinantes sociales sobre la salud mental y las enfermedades crónicas. En paralelo, el análisis cualitativo confirma que la frustración ciudadana se centra en la obtención de horas médicas —percibida como un obstáculo estructural más que operativo—, mientras que el personal de salud se mantiene como el activo institucional bien valorado, por su trato cercano, vocación y compromiso con la comunidad. Asimismo, el entorno físico y social es reconocido como un determinante que incide directamente en la salud: la sensación de inseguridad, el componente de áreas verdes y las dificultades del transporte condicionan los estilos de vida y la adherencia a tratamientos.

La convergencia entre datos cuantitativos y cualitativos permite identificar una crisis dual de acceso y prevención. Los procesos administrativos limitan la atención curativa y desalientan la participación en actividades preventivas, reproduciendo un modelo centrado en la enfermedad más que en la promoción del bienestar. A su vez, se observa una brecha entre la resiliencia subjetiva y las prácticas objetivas de salud: aunque el 88,8 % de la población expresa confianza en su capacidad para afrontar dificultades, la adherencia a hábitos saludables es baja, lo que evidencia un entorno que no favorece la acción sanitaria individual ni colectiva., y se debe intervenir en estos factores para mejorar la calidad de vida de las personas de la ciudad.

Diagnóstico de Recursos en Salud

El Diagnóstico de Recursos en Salud (DRS) constituye un pilar fundamental dentro del Plan de Salud Comunal de Viña del Mar. Su objetivo es realizar un levantamiento integral y detallado de las capacidades y medios disponibles para responder a las necesidades sanitarias de la población.

Conforme a las orientaciones técnicas, este diagnóstico abarca múltiples niveles, comenzando por el corazón del modelo impulsado por la reforma de salud correspondiente a la red municipal de Atención Primaria de Salud (APS). Esta red, que representa el primer punto de contacto de la comunidad con el sistema sanitario, está compuesta por 10 Centros de Salud Familiar (CESFAM), 4 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) y 5 Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), además cuenta con otros dispositivos como 1 Centro de Resolutividad de Especialidades de

Atención Primaria (CREA), 1 Laboratorio clínico, 1 Droguería, 2 farmacias municipales, 1 óptica comunal, 1 Centro Municipales de Acompañamiento infanto adolescente, y 1 Centro de Cuidados Radiológicos. Estos dispositivos se encuentran distribuidos estratégicamente en el territorio, mayoritariamente en la periferia de la ciudad, en zonas con una topografía accidentada y estructura vial amplia que permite el acceso de los vecinos a la atención de salud. El análisis en este nivel evalúa en detalle la fuerza de trabajo, asimismo, se catastran los recursos físicos —incluyendo boxes de atención clínica, espacios comunitarios y áreas operativas— y los recursos tecnológicos, como equipamiento clínico, sistemas de información y la implementación del registro clínico electrónico, elementos clave para la resolutiveidad de la atención.

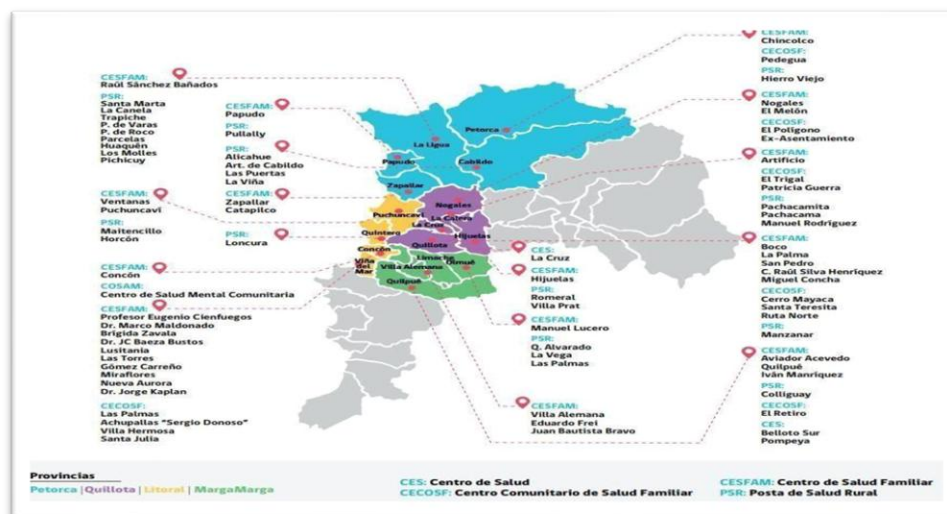
El análisis se extiende para comprender la inserción de la comuna en la red más amplia del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (SSVMQ), entidad que administra los recursos de niveles secundario y terciario. La población viñamarina depende de esta red hospitalaria para atenciones de mayor complejidad, cuya puerta de entrada es la atención primaria, y su centro de referencia principal es el Hospital Dr. Gustavo Fricke, como hospital base de alta complejidad. A este se suman otros establecimientos de la red, como el Hospital de Quilpué y el Hospital Adriana Cousiño de Quintero, que también son cruciales para la derivación y continuidad del cuidado. Se pone especial énfasis en los mecanismos y recursos de coordinación asistencial que la Entidad Administradora de Salud Municipal dispone para asegurar una vinculación fluida y efectiva entre su red local de APS y la red de salud intercomunal, los que se encuentran definidos en los protocolos de referencia y contrarreferencia establecidos por el Servicio de Salud.

Se reconoce la necesidad de fortalecer la salud mental, identificando una brecha importante de Centros de Salud Mental, dispositivos especializados inexistentes en la comuna y cuya implementación es vital para dar respuesta a la creciente demanda en esta área, actualmente se encuentra en proceso de requerimiento de recursos por parte del Servicio de Salud para implementar un COSAM en las dependencias del ex CESFAM Gómez Carreño y un COSAM en las dependencias del ex CESFAM Lusitania. De igual manera, se valora el aporte del intersector, contemplando los servicios provistos por organizaciones no gubernamentales, comunidades organizadas y otros servicios públicos, reconociendo que la salud es un fenómeno multifactorial que requiere una respuesta coordinada y colaborativa de todos los actores del territorio para abordar sus determinantes sociales.

Servicio de Salud Viña del Mar–Quillota

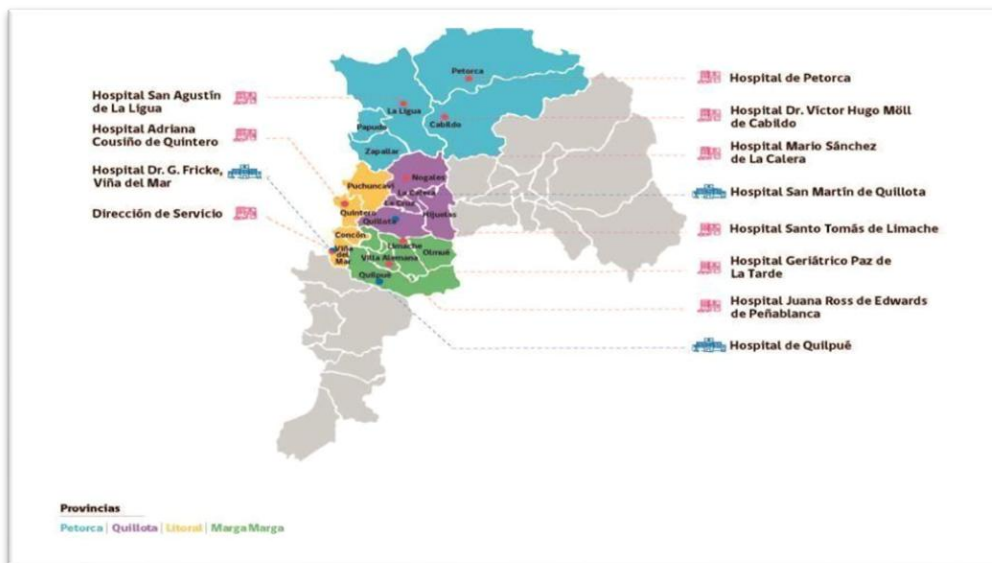
El Servicio de Salud Viña del Mar–Quillota, constituye el Servicio con mayor población asignada y superficie de la Región de Valparaíso. Dentro de su jurisdicción, se encuentran 18 comunas, correspondientes a las Provincias de Petorca, Quillota, Marga-Marga y Valparaíso, esta última es compartida jurisdiccionalmente con el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio. Este Servicio se caracteriza por la coexistencia de grandes comunas urbanas, rurales y mineras, lo que se traduce en áreas de muy baja y otras de muy alta vulnerabilidad. Dispone de uno de los principales polos de desarrollo agropecuario en el Valle del Aconcagua y una zona minera de cierto potencial en la Provincia de Petorca. La Red Asistencial de este Servicio está constituida por una Red APS que se compone de 84 establecimientos: 38 CESFAM; 3 CES (Centro de Salud); 27 PSR; 14 CECOSF y 2 COSAM (Centro de Salud Mental Comunitario), una Red Secundaria con Hospital Base, Hospital Dr. Gustavo Fricke (Alta Complejidad), dos hospitales de Mediana Complejidad, Hospital San Martín de Quillota y Hospital de Quilpué, y siete hospitales de Baja Complejidad, Hospital de Petorca, Hospital Dr. Víctor Moll de Cabildo, Hospital San Agustín de La Ligua, Hospital Dr. Mario Sánchez Vergara de La Calera, Hospital Santo Tomás de Limache, Hospital Geriátrico Paz de la Tarde, Hospital Juana Ross de Peñablanca y Hospital Adriana Cousiño de Quintero.

Figura 155: Mapa de Atención primaria de la Red del Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota



Fuente: Mapas de Red 2018, Servicio de Salud Viña Del Mar Quillota. <https://www.ssvq.cl/mapas-de-la-red-del-servicio-de-salud-vina-del-mar-quillota>

Figura 156: Mapa de Atención primaria de la Red del Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota



Fuente: Mapas de Red 2018, Servicio de Salud Viña Del Mar Quillota. <https://www.ssvq.cl/mapas-de-la-red-del-servicio-de-salud-vina-del-mar-quillota>

Establecimientos de Salud Primaria Pertenecientes al Área de Influencia:

A continuación se enumeran los diferentes dispositivos con los que cuenta la comuna de Viña del Mar y que atienden a los 273.353 usuarios inscritos validados para el año 2025, cabe mencionar que los Servicios de Urgencia de Atención Primaria (SAPU) atienden también al universo de la población, independientemente de la previsión o inscripción territorial:

Tabla 34: Centros de Salud Familiar, Centros comunitarios de Salud Familiar, Servicios de urgencia de Atención primaria, Unidades de apoyos adosadas. Corporación Municipal de Viña del Mar 2025.

Centros de Salud Familiar	Centros Comunitarios de Salud Familiar	Servicios de Urgencia de Atención Primaria	Unidades de Apoyo
Gómez Carreño	Santa Julia	SAPU Gómez Carreño	Laboratorio Clínico Droguería
Las Torres	Las Palmas Chilenas	SAPU Las Torres	
Miraflores	Sergio Donoso H	SAPU Miraflores	
Dr. Juan Carlos Baeza	Villa Hermosa		

Nueva Aurora		SAPU Nueva Aurora	
Dr. Jorge Kaplán			
Brígida Zavala			
Profesor Eugenio Cienfuegos			Unidad de Medicinas Complementarias
Lusitania			
Dr. Marco Maldonado			

Fuente: Creación propia, CMVM 2025.

Adicionalmente la comuna, cuenta con unidades transversales que generan servicios para toda la comuna y se muestran a continuación:

Tabla 35: Unidades transversales, Corporación municipal de Viña del Mar, 2025.

Unidades transversales
Dirección de Salud Comunal
Centro de Resolutividad de Atención Primaria (CREA)
Centro Municipal de Acompañamiento Infanto Adolescente (CMAIA)
Centro de Cuidados Radiológicos
Servicio de Bienestar APS
Farmacia Comunal
Farmacia y Óptica Municipal

Fuente: Creación propia, CMVM 2025.

Organización Jerárquica Comunal

El adecuado funcionamiento de la red de atención primaria de salud de Viña del Mar depende de una estructura organizacional clara, coherente con las orientaciones ministeriales y alineada con los principios de eficiencia, transparencia y rendición de cuentas que rigen el sistema público de salud.

En este contexto, el organigrama de los Centros de Salud Familiar (CESFAM) constituye una herramienta esencial para garantizar la operatividad institucional, el cumplimiento de las normativas vigentes y la adecuada conducción técnica y administrativa de los equipos locales.

Cada establecimiento se estructura bajo una dirección del establecimiento, que ejerce la conducción general y es responsable ante la Corporación Municipal y el Servicio de Salud Viña del Mar–Quillota de la gestión sanitaria, financiera y del cumplimiento de metas de salud pública. Desde esta jefatura se articula una cadena de mando que asegura la coordinación entre las áreas clínicas, administrativas y comunitarias, promoviendo la integración entre los programas ministeriales y las necesidades territoriales específicas.

El organigrama de la Dirección de Salud de la Corporación Municipal de Viña del Mar y de los centros de salud de atención primaria se representa en el documento ANEXO 1 “Organigrama Dirección de Salud y de Centros de Salud Familiar”

Esta estructura asegura la existencia de una cadena de mando institucional claramente definida, que facilita la toma de decisiones, y la supervisión efectiva en todos los niveles operativos. Además, permite una mejor trazabilidad de las responsabilidades, lo que se traduce en mayor seguridad jurídica y administrativa, especialmente en el cumplimiento de normativas sanitarias, auditorías internas y procesos de acreditación.

Desde la perspectiva del cumplimiento normativo, el organigrama cumple una doble función: por un lado, garantiza la alineación con las disposiciones del Decreto N°140 de 2004 del Ministerio de Salud, que regula la organización y funcionamiento de los establecimientos de atención primaria; y, por otro, asegura la observancia de las orientaciones técnicas ministeriales en materia de planificación, control de gestión, seguridad del paciente y calidad asistencial. La formalización de esta estructura permite definir líneas de autoridad, canales de comunicación y mecanismos de coordinación interprofesional que fortalecen la gobernanza sanitaria local.

El desarrollo y actualización permanente del organigrama de los centros de salud de Viña del Mar no sólo responde a exigencias administrativas, sino que constituye una condición esencial para la gestión moderna en salud pública. Una estructura clara favorece la comunicación interna, optimiza la asignación de recursos humanos, mejora la supervisión técnica y fortalece la capacidad resolutive

de los equipos. Asimismo, permite enfrentar con mayor eficiencia las exigencias del modelo de atención integral, los desafíos derivados del envejecimiento poblacional y la creciente demanda de atención en salud mental y enfermedades crónicas.

En resumen, la organización estructural de los centros de salud de Viña del Mar debe entenderse como un instrumento de gestión estratégica, orientado a consolidar la red de atención primaria como eje del sistema comunal de salud. Su fortalecimiento garantiza la gobernabilidad institucional, la continuidad de la atención y el cumplimiento efectivo de los estándares de calidad, asegurando que cada decisión técnica, administrativa y sanitaria se tome dentro de un marco de responsabilidad claramente definido.

Análisis de Oferta de Infraestructura

En esta sección se presentará la disponibilidad en metros cuadrados de los actuales dispositivos de atención primaria. Se trata de realizar un catastro de la infraestructura que poseen los CESFAM y CECOSF a la fecha, Además con la ejecución de este tipo de herramienta se puede lograr una noción global de cuáles son las falencias estructurales que se tienen, en cuanto a la cantidad de boxes y las diferentes dependencias. A continuación, se presentan los cuadros que resumen la oferta de infraestructura en términos de recintos y metros cuadrados (m²) asociados, todo lo anterior en estricto apego a la metodología APS empleada definida por el Ministerio de Salud para estos fines, además se hace el comparativo con el proyecto médico arquitectónico tipo, de acuerdo a los usuarios que se encuentran per capitados en el recinto, además del cálculo de brechas actuales en los términos previamente mencionados.

Algunas precisiones, la superficie existente presentada en las tablas siguientes, solo considera superficies netas, por lo que el diferencial entre superficies netas y superficie construida considera muros y circulaciones, lo que se incluye en otros recintos.

Infraestructura de los Centros de Salud Familiar

CESFAM Nueva Aurora

El CESFAM Nueva Aurora es un establecimiento construido en el año 1976, presenta una superficie construida de 1.655 m2 en un terreno de 5.932 m2. El estado de su infraestructura es de mal estado de estructura metálica y tabiquería, presenta la capacidad de ampliarse. Este CESFAM atiende a una población inscrita de 33.573 usuarios validados por FONASA para el año 2025, y cuenta con un SAPU adosado con funcionamiento continuo de 24 horas.

Tabla 36 : Recintos y Brechas Actuales CESFAM Nueva Aurora, CMVM.

Superficie	ACTUAL	30.000 inscritos	BRECHA
	N° Recintos	N° Recintos	N° Recintos
1.- ÁREA ATENCIÓN CLÍNICA			
Box Clínico Multipropósito Tipo 1	23	21	2
Box Ginecológico con baño (18+4)	5	3	2
Box Dental	4	6	-2
Box Multipropósito Tipo 2	3	3	0
Sala trabajo Clínico Grupal (incluido psicólogo)	0	4	-4
Box Psicólogo (atención individual)	2	3	-1
1.1.- Recintos comunes de atención			
Box IRA	1	1	0
Box ERA	1	1	0
Sala Toma Muestra (baño cercano)	1	1	0
Box Vacunatorio	1	1	0
Sala Multiuso (Educación grupal, trabajo comunitario y auditorio)	3	1	2
Sala podología (1 puesto)	0	1	-1

Box Curación y Tratamiento	1	1	0
Box At. Urgencia (REANIMACIÓN)	1	1	0
Sala de Procedimientos y Cirugía Menor (con vestuario paciente)	0	1	-1
Box Ecografías	0	1	-1
Sala de Acogida (ex Atención de Víctimas)	0	1	-1
Sala de estimulación temprana con bodega.	1	1	0
RX dental digital y sala de comando	0	1	-1
Sala de Rehabilitación c/baño	1	1	0
2.- ÁREA DE APOYO TECNICO			
2.1.- Unidad de Farmacia			
Despacho Farmacia	1	1	0
Box Químico Farmacéutico / Fraccionamiento	0	1	-1
Bodega de farmacia	1	1	0
2.2.- Unidad de Programas de Alimentación			
Despacho P.N.A.C	1	1	0
Bodega P.N.A.C	1	1	0
2.3.- Unidad de Esterilización			
Área Sucia y Área limpia y estéril	0	1	-1
TOTAL RECINTOS	52	60	-8
TOTAL M2 CONSTRUIDOS	1.655	2.778	-1.123

Fuente: Estudio de Red de Atención Primaria de Salud Viña del Mar. Corporación Municipal de Viña del Mar, 2024.

De tal forma este CESFAM al año de estudio presenta una brecha que alcanza los 08 recintos y los 1.123 m2 para encontrarse con el óptimo que propone la metodología de MINSAL, se debe señalar que en esta brecha se encuentran recintos como la Unidad de Esterilización, que en la comuna actualmente no se requiere toda vez que el servicio se encuentra externalizado, el estado de las dependencias se encuentra en malas condiciones, lo que requiere una reposición completa, la cual actualmente se encuentra en proceso.

Se encuentran en construcción 2 dispositivos de salud de carácter provisorio, que absorberán la demanda del CESFAM SAPU Nueva Aurora, y se espera poder instalar durante el año 2026 tanto el CESFAM como el SAPU Provisorios y que se inicie la licitación de la estructura definitiva.

El dispositivo provisorio en actual construcción consta de 1119.95 m2 totales a construir, de dos pisos y contará con los siguientes recintos:

Tabla 37: Recintos CESFAM Provisorio Nueva Aurora, CMVM.

Denominación	N° Recintos
1.- ÁREA ATENCIÓN CLÍNICA	
Box Clínico Multipropósito Tipo 1 (Médico, Enfermera, Matrona, Nutricionista)	9
Box Clínico Multipropósito Tipo 2	5
Box Clínico Multipropósito Tipo 3	1
Box Clínico Multipropósito Tipo 4	2
Box Clínico Multipropósito Tipo 5	3
Box Clínico Multipropósito Tipo 6	1
Box Psicólogo	2
Sala trabajo Clínico Grupal (incluido psicólogo)	0
Box Dental	4
1.1.- Recintos comunes de atención	
Box Kinesiólogo (+ IRA)	2
Box ERA	1
Box Toma de Muestra	1
Box Vacunatorio	1
Box Podólogo	1
Box Electro	1
Box Procedimiento	1
Box Curaciones	1
Box Ecografías	0
Sala de Acogida (ex Atención de Victimas)	1
Sala de estimulación temprana s/ bodega.	1

RX dental digital y sala de comando	0
Sala de Rehabilitación s/baño	1
2.- ÁREA DE APOYO TECNICO	
2.1.- Unidad de Farmacia	
Despacho Farmacia	1
Box Químico Farmacéutico / Fraccionamiento	0
Bodega Farmacia (Bodegas)	2
2.2.- Unidad de Programas de Alimentación	
Despacho PNAC	1
Bodega PNAC	1

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

Para el funcionamiento, se deberá implementar un sistema de atención en jornada vespertina, y la vinculación con el intersector para poder mantener una atención de salud adecuada y de calidad, considerando además procesos de gestión del cambio para acompañar a los equipos en esta adaptación que sin duda será desafiante para todos los intervinientes.

En relación al mobiliario requerido para disponer en el dispositivo transitorio, se ha definido la siguiente brecha, que se deberá gestionar en el contexto de la instalación de los dispositivos transitorios, y se encuentra debidamente considerada en el presupuesto 2026.

Tabla 38 : Mobiliario y equipamiento que requiere CESFAM Provisorio Nueva Aurora, CMVM.

Tipo equipamiento	Tipo	Cantidad requerida
Balanza pediátrica	Antropometría	6
Balanza pediátrica	Antropometría	6
Pack balanza y tallímetro pediátrico	Antropometría	6
Pack balanza y tallímetro pediátrico	Antropometría	6

Tallímetro pediátrico	Antropometría	6
Tallímetro pediátrico	Antropometría	4
Tallímetro adulto	Antropometría	10
Balanza adulto	Antropometría	6
Balanza adulto	Antropometría	6
Balanza adulto	Antropometría	2
Balanza adulto	Antropometría	10
Flujómetro	Sala IRA/ERA	4
Saturómetro pediátrico	Sala IRA/ERA	1
Negatoscopio	Insumo box	2
Escabel 2 peldaños	Insumo box	6
Camilla gris	Insumo box	12
Mesa con aleta toma de muestras	Tratamiento	4
Mesa mayo instrumental	Tratamiento	3
Carro transportador	Tratamiento	1
Camilla ginecológica	Insumo box	3
Sillas ergonómicas	Insumo box	4
Oftalmoscopio	Insumo box	2
Fonendoscopio	Insumo box	4

Cáliper/Plicómetro	Antropometría	3
Cáliper Ross/Segmómetro	Antropometría	1
Dispositivo móvil	Otros	3

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

CESFAM Dr. Marco Maldonado Acharán

El CESFAM Dr. Marco Maldonado Acharán es un establecimiento construido en el año 1976, presenta una superficie construida de 1.661 m² en dos plantas, en un terreno de 1.303 m². El estado de su infraestructura es de regular a malo, sin capacidad de ampliación con material de construcción de albañilería confinada. Este CESFAM atiende a una población inscrita de 34.948 usuarios validados por FONASA para el año 2025.

Tabla 39: : Recintos y Brechas Actuales CESFAM Dr. Marco Maldonado Acharán, CMVM.

Superficie	ACTUAL	30.000 inscritos	BRECHA
	N° Recintos	N° Recintos	N° Recintos
1.- ÁREA ATENCIÓN CLÍNICA			
Box Clínico Multipropósito Tipo 1	26	21	5
Box Ginecológico con baño (18+4)	5	3	2
Box Dental	4	6	-2
Box Multipropósito Tipo 2	3	3	0
Sala trabajo Clínico Grupal (incluido psicólogo)	0	4	-4
Box Psicólogo (atención individual)	4	3	1
1.1.- Recintos comunes de atención			
Box IRA	1	1	0
Box ERA	2	1	1

Sala Toma Muestra (baño cercano)	1	1	0
Box Vacunatorio	1	1	0
Sala Multiuso (Educación grupal, trabajo comunitario y auditorio)	1	1	0
Sala podología (1 puesto)	1	1	0
Box Curación y Tratamiento	1	1	0
Box At. Urgencia (REANIMACIÓN)	1	1	0
Sala de Procedimientos y Cirugía Menor (con vestuario paciente)	1	1	0
Box Ecografías	0	1	-1
Sala de Acogida (ex Atención de Víctimas)	0	1	-1
Sala de estimulación temprana con bodega.	1	1	0
RX dental digital y sala de comando	0	1	-1
Sala de Rehabilitación c/baño	0	1	-1
2.- ÁREA DE APOYO TECNICO			
2.1.- Unidad de Farmacia			
Despacho Farmacia	1	1	0
Box Químico Farmacéutico / Fraccionamiento		1	-1
Bodega Farmacia	1	1	0
2.2.- Unidad de Programas de Alimentación			
Despacho P.N.A.C	1	1	0
Bodega P.N.A.C	1	1	0
2.3.- Unidad de Esterilización			
Área Sucia y Área limpia y estéril		1	-1
TOTAL RECINTOS	57	60	-3
TOTAL M2 CONSTRUIDOS	1.661	2.778	1.117

Fuente: Estudio de Red de Atención Primaria de Salud Viña del Mar. Corporación Municipal de Viña del Mar, 2024.

El CESFAM Dr. Marco Maldonado Acharán presenta una mayor cantidad de box multipropósito, sin embargo, esta referencia es para un modelo de 30.000, actualmente se encuentra superado 4.948 usuarios, lo que produce un regular déficit real de dependencias, adicionalmente conforme al modelo MINSAL se indica una brecha en recintos de odontología, psicólogo y trabajo grupal, además se observa una brecha de 1.117 metros, explicados principalmente por la falta de recintos comunes y de apoyo. Lo anterior es de mayor importancia, tomando en cuenta que el área de influencia del CESFAM alcanza a los 34.948 beneficiarios, siendo el recinto individual de mayor per cápita de la red, por lo tanto, requiere de una reconfiguración y estrategias que permitan la cobertura de estos usuarios.

Las propuestas definidas en el Estudio de red APS Viña del Mar del 2024, señala que este recinto requiere reposición, además de la construcción de un dispositivo de salud en Chorrillos y otro en Recreo que permitan redistribuir la población. Si bien las propuestas señaladas anteriormente escapan al objetivo directo del presente Plan de Salud Comunal, si es importante señalarlo ya que se deben implementar estrategias para el abordaje de mediano y largo plazo, que permita resolver esta brecha de forma sustantiva. Así las cosas, se requerirá distribución en jornada vespertina, como vinculación con el interceptor para poder contar con las dependencias necesarias para poder dar respuesta a la atención de la población, sumado al hecho que será imprescindible incorporar estrategias de atención en el territorio, para abordar a la población mayor que tiene una alta barrera de acceso debido a la lejanía del Centro de Salud y las características de la infraestructura urbana, sobre todo del sector Chorrillos.

CESFAM Miraflores

El CESFAM Miraflores es un establecimiento construido en el año 2011, presenta una superficie construida de 4.069m² con un de terreno de 2.336 m². Tiene una infraestructura en buen estado, con estructura de hormigón, no presenta la capacidad de ampliarse. El CESFAM Miraflores cuenta con una población inscrita de 32.604 usuarios validados por FONASA para el año 2025, y cuenta con una SAPU adosado que brinda atenciones durante 24 horas continuas, además dispone del CECOSF Sergio Donoso que atiende a una población de 5.470 personas del sector de Achupallas.

Tabla 40: Recintos y Brechas Actuales CESFAM Miraflores, CMVM.

Superficie	ACTUAL	30.000 inscritos	BRECHA
	N° Recintos	N° Recintos	N° Recintos
1.- ÁREA ATENCIÓN CLÍNICA			
Box Clínico Multipropósito Tipo 1	27	21	6
Box Ginecológico con baño (18+4)	5	3	2
Box Dental	6	6	0
Box Multipropósito Tipo 2	5	3	2
Sala trabajo Clínico Grupal (incluido psicólogo)	2	4	-2
Box Psicólogo (atención individual)	3	3	0
1.1.- Recintos comunes de atención			
Box IRA	1	1	0
Box ERA	1	1	0
Sala Toma Muestra (baño cercano)	1	1	0
Box Vacunatorio	1	1	0
Sala Multiuso (Educación grupal, trabajo comunitario y auditorio)	1	1	0
Sala podología (1 puesto)	0	1	-1
Box Curación y Tratamiento	1	1	0
Box At. Urgencia (REANIMACIÓN)	1	1	0
Sala de Procedimientos y Cirugía Menor (con vestuario paciente)	1	1	0
Box Ecografías	1	1	0
Sala de Acogida (ex Atención de Victimas)	1	1	0
Sala de estimulación temprana con bodega.	1	1	0
RX dental digital y sala de comando	1	1	0
Sala de Rehabilitación c/baño	1	1	0
2.- ÁREA DE APOYO TECNICO			
2.1.- Unidad de Farmacia			

Despacho Farmacia	1	1	0
Box Químico Farmacéutico / Fraccionamiento		1	-1
Bodega Farmacia	1	1	0
2.2.- Unidad de Programas de Alimentación			
Despacho P.N.A.C	1	1	0
Bodega P.N.A.C	1	1	0
2.3.- Unidad de Esterilización			
Área Sucia y Área limpia y estéril		1	-1
TOTAL RECINTOS	65	60	5
TOTAL M2 CONSTRUIDOS	1.487	2.778	1.291

Fuente: Adaptación de Estudio de Red de Atención Primaria de Salud Viña del Mar. Corporación Municipal de Viña del Mar, Modificación 202

EL CESFAM Miraflores presenta un aumento de box multipropósito y ginecológico de acuerdo al modelo MINSAL, sin embargo de acuerdo al perfil epidemiológico y de la demanda, y a un incremento en 2.604 usuarios respecto a la capacidad de infraestructura, se verifica una capacidad al límite de estos recintos, siendo necesario implementar estaciones de trabajo para labores administrativas.

Durante el año 2023, el CESFAM Miraflores alcanzó un avance significativo en materia de infraestructura, con la construcción de seis nuevos box clínicos. Este proyecto fue posible gracias a la gestión del Departamento de Proyectos de la Corporación Municipal de Viña del Mar, en coordinación con la Dirección Comunal de Salud y el Consejo Local de Salud, reflejando un trabajo articulado y colaborativo orientado a fortalecer la capacidad resolutive del establecimiento.

Las nuevas dependencias fueron habilitadas en el espacio que anteriormente ocupaba el sector SOME, permitiendo reorganizar la distribución interna, ampliar la capacidad de atención clínica y mejorar las condiciones laborales de los equipos profesionales. Además, durante este periodo se recuperó un box de rayos X dental y se recuperó un sillón dental que habían sido desarmados por gestiones previas comunales, y se avanzó en la regularización del sistema de manejo de residuos REAS, fortaleciendo el cumplimiento de la normativa sanitaria y la seguridad ambiental del establecimiento.

Actualmente, se encuentra pendiente la ejecución de trabajos de pintura en los espacios comunes, con el fin de mantener condiciones adecuadas de conservación, limpieza y presentación. Asimismo, se considera prioritaria la adquisición de maquinaria de limpieza especializada, incluyendo equipos para lavado de escaleras y maquinaria limpiadora de suelos, con el objetivo de mantener estándares óptimos de higiene y seguridad en áreas de alto tránsito.

Dentro de las proyecciones, se espera poder implementar protecciones en ventanales, como medida para reducir la radiación solar directa, mejorar la eficiencia térmica y proteger el equipamiento. Por otra parte, se proyecta la habilitación de un espacio destinado al Call Center, lo que implicará la

construcción de una pared divisoria y la instalación de una puerta nueva, con el fin de resguardar la privacidad de las comunicaciones y optimizar las condiciones acústicas.

Finalmente, se plantea la habilitación de un nuevo box clínico en el espacio actualmente ocupado por el SOME central, junto con la implementación de espacios administrativos en el SOME del segundo y tercer piso, lo que permitirá optimizar la gestión interna y el funcionamiento operativo del establecimiento.

Estas acciones forman parte del plan de mejoramiento continuo del CESFAM Miraflores, orientado a fortalecer la infraestructura, garantizar la seguridad de usuarios y funcionarios, y mejorar la calidad integral de la atención brindada a la comunidad.

CESFAM Dr. Jorge Kaplan Meyer

El CESFAM Dr. Jorge Kaplán Meyer es un establecimiento construido en el año 2007, presenta una superficie construida de 1.864 m² en un terreno de 2.450 m². Su infraestructura se encuentra en buen estado de conservación, es una estructura de hormigón, aunque sin capacidad de ampliación debido a las limitaciones de terreno disponible. El CESFAM tiene una población de 32.502 usuarios inscritos y validados por FONASA para el año 2025 y cuenta con un SAPU adosado con funcionamiento de “SAPU Corto” de 17:00 a 00:00 de lunes a viernes, y de 08:00 a 00:00 sábado y domingo.

Tabla 41: Recintos y Brechas Actuales CESFAM Dr. Jorge Kaplán Meyer, CMVM.

Superficie	Situación para determinar brecha (20.000)	20.000 inscritos	Situación actual más de 30.000 inscritos	BRECHA
	N° Recintos	N° Recintos	N° Recintos	N° Recintos

1.- ÁREA ATENCIÓN CLÍNICA				
Box Clínico Multipropósito Tipo 1	14	14	21	-7
Box Ginecológico con baño (18+4)	4	2	3	1
Box Dental	4	4	6	-2
Box Multipropósito Tipo 2	2	2	3	-1
Sala trabajo Clínico Grupal (incluido psicólogo)	0	3	4	-4
Box Psicólogo (atención individual)	3	2	3	0
1.1.- Recintos comunes de atención				
Box IRA	1	1	1	0
Box ERA	1	1	1	0
Sala Toma Muestra (baño cercano)	1	1	1	0
Box Vacunatorio	1	1	1	0
Sala Multiuso (Educación grupal, trabajo comunitario y auditorio)	1	1	1	0
Sala podología (1 puesto)	0	1	1	-1
Box Curación y Tratamiento	1	1	1	0
Box At. Urgencia (REANIMACIÓN)	1	1	1	0
Sala de Procedimientos y Cirugía Menor (con vestuario paciente)	0	1	1	-1
Box Ecografías	0	1	1	-1
Sala de Acogida (ex Atención de Victimas)	0	1	1	-1
Sala de estimulación temprana con bodega.	1	1	1	0
RX dental digital y sala de comando	0	1	1	-1
Sala de Rehabilitación c/baño	0	1	1	-1
2.- ÁREA DE APOYO TECNICO				
2.1.- Unidad de Farmacia				

Despacho Farmacia	1	1	1	0
Box Químico Farmacéutico / Fraccionamiento	0	1	1	-1
Bodega Farmacia	1	1	1	0
2.2.- Unidad de Programas de Alimentación				
Despacho P.N.A.C	1	1	1	0
Bodega P.N.A.C	1	1	1	0
2.3.- Unidad de Esterilización				
Área Sucia y Área limpia y estéril	1	1	1	0
TOTAL RECINTOS	40	47	60	-20
TOTAL M2 CONSTRUIDOS	1.864	2.324	2.778	-914

Fuente: Estudio de Red de Atención Primaria de Salud Viña del Mar. Corporación Municipal de Viña del Mar, 2024.

Por su parte el CESFAM J. Kaplan presenta un per cápita de 32.502 usuarios en el año base y se ve enfrentado a una importante brecha estructural de 20 recintos y de una superficie de 914 m2, comparado a un establecimiento tipo de 30 mil usuarios. En este modelo se incorpora una columna adicional, ya que el PMA está diseñado para 20.000 usuarios, pero su estructura se encuentra sobrepasada en 12.502.

Durante los últimos años, el centro ha realizado adecuaciones internas para optimizar su capacidad funcional. Incluyendo la habilitación de una nueva bodega y dos ventanillas de atención en el botiquín de farmacia, junto con una bodega PNAC para almacenamiento. Este último año 2025 se han implementado dos boxes multipropósito. Estas mejoras han permitido un mayor aprovechamiento del espacio existente y una mayor eficiencia en la atención al usuario, sin embargo, las adecuaciones internas han contribuido a mitigar parcialmente la brecha operativa, el aumento sostenido de la población inscrita continúa generando exigencias sobre la capacidad física y funcional del CESFAM.

El proyecto del Centro de Salud de Glorias Navales, constituye un elemento clave para la redistribución de la población usuaria y la reducción de la brecha estructural del CESFAM Dr. Jorge Kaplán Meyer, lo que permitirá descongestionar la demanda asistencial, reducir la dificultad de conectividad mejorando la accesibilidad de lo usuarios y permitirá optimizar la redistribución del recurso humano y físico entre ambos dispositivos.

CESFAM Dr. Juan Carlos Baeza Bustos

El CESFAM Dr. Juan Carlos Baeza Bustos es un establecimiento construido en el año 1997, presenta una superficie construida de 1.800 m² en un terreno de 3.126 m². Su infraestructura es de hormigón, sin embargo, por su antigüedad es calificada en regular estado, sus instalaciones se señalan en mal estado. Su terreno presenta capacidad de ampliación. Actualmente el CESFAM atiende a una población de 20.620 usuarios inscritos y validados por FONASA para el 2025, y cuenta con un CECOSF en Villa Hermosa que atiende a 4.512 usuarios inscritos validados.

Tabla 42: Recintos y Brechas Actuales CESFAM Dr. Juan Carlos Baeza Bustos, CMVM.

Superficie	ACTUAL	20.000 inscritos	BRECHA
	N° Recintos	N° Recintos	N° Recintos
1.- ÁREA ATENCIÓN CLÍNICA			
Box Clínico Multipropósito Tipo 1	15	14	-1
Box Ginecológico con baño (18+4)	3	2	-1
Box Dental	4	4	0
Box Multipropósito Tipo 2	0	2	0
Sala trabajo Clínico Grupal (incluido psicólogo)	1	3	-2
Box Psicólogo (atención individual)	3	2	1
1.1.- Recintos comunes de atención			
Box IRA	1	1	0
Box ERA	1	1	0
Sala Toma Muestra (baño cercano)	1	1	0

Box Vacunatorio	1	1	0
Sala Multiuso (Educación grupal, trabajo comunitario y auditorio)	1	1	0
Sala podología (1 puesto)	0	1	-1
Box Curación y Tratamiento	1	1	0
Box At. Urgencia (REANIMACIÓN)	1	1	0
Sala de Procedimientos y Cirugía Menor (con vestuario paciente)	0	1	-1
Box Ecografías	0	1	-1
Sala de Acogida (ex Atención de Víctimas)	0	1	-1
Sala de estimulación temprana con bodega.	1	1	0
RX dental digital y sala de comando	1	1	0
Sala de Rehabilitación c/baño	0	1	-1
2.- ÁREA DE APOYO TECNICO			
2.1.- Unidad de Farmacia			
Despacho Farmacia	1	1	0
Box Químico Farmacéutico / Fraccionamiento	0	1	-1
Bodega Farmacia	1	1	0
2.2.- Unidad de Programas de Alimentación			
Despacho P.N.A.C	1	1	0
Bodega P.N.A.C	1	1	0
2.3.- Unidad de Esterilización			
Área Sucia y Área limpia y estéril	1	1	0
TOTAL RECINTOS	40	47	-7
TOTAL M2 CONSTRUIDOS	1.800	2.324	-524

Fuente: Estudio de Red de Atención Primaria de Salud Viña del Mar. Corporación Municipal de Viña del Mar, 2024

El Centro Dr. Juan Carlos Baeza Bustos es un CESFAM presentado para 20 mil usuarios, presenta brechas especialmente en box dental y trabajo grupal, entre otros, más algunos recintos comunes. Esto se traduce en una brecha de 524 m2.

El análisis de brechas evidencia un déficit en áreas clínicas y de apoyo técnico, lo que repercute directamente en la capacidad resolutoria del centro y en la oportunidad de atención de la población inscrita. Dentro de las estrategias utilizadas para la resolución de brechas se verifica la readecuación de espacios existentes y se espera implementar un box modular entre otras estrategias. Cabe señalar que la resolución definitiva para el CESFAM Dr. Juan Carlos Baeza luego de los análisis técnicos de SECPLA en conjunto con el Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, revelan que debe existir una reposición de nueva infraestructura, lo cual debe contemplar en el futuro la implementación de un Servicio de Urgencia en las instalaciones. Se debe señalar que debido a las dificultades de conectividad, el estudio de redes refleja la necesidad de avanzar en la construcción de un dispositivo de salud en Villa Dulce, lo que ciertamente escapa a la responsabilidad del presente plan, pero si es importante mencionarlo como meta de mediano y largo plazo para la comuna.

CESFAM Gómez Carreño

El CESFAM Gómez Carreño es un establecimiento construido en el año 2014, presenta una superficie construida de 2.218 m² en un terreno de 6.790 m². Es un establecimiento construido bajo la metodología MINSAL, su estructura de hormigón se encuentra en buen estado, no presenta la capacidad de ampliarse, ya que forma parte de un complejo que incluye además Laboratorio Clínico Central y la Droguería Central. La población inscrita es de 29.310 usuarios validados por FONASA y cuenta con un SAPU adosado con funcionamiento de “SAPU Corto” de 17:00 a 00:00 de lunes a viernes, y de 08:00 a 00:00 sábado y domingo. Adicionalmente cuenta con un CECOSF en Santa Julia, que tiene 11.137 usuarios inscritos validados, lo cual excede el estándar de un CECOSF y se encuentra en vías de construcción de nuevas dependencias para originar un nuevo CESFAM en la comuna.

Tabla 43: Recintos y Brechas Actuales CESFAM Gómez Carreño, CMVM.

	ACTUAL	20.000 inscritos	BRECHA
--	--------	---------------------	--------

Superficie	N° Recintos	N° Recintos	N° Recintos
1.- ÁREA ATENCIÓN CLÍNICA			
Box Clínico Multipropósito Tipo 1	15	14	1
Box Ginecológico con baño (18+4)	2	2	0
Box Dental	4	4	0
Box Multipropósito Tipo 2	2	2	0
Sala trabajo Clínico Grupal (incluido psicólogo)	0	3	-3
Box Psicólogo (atención individual)	3	2	1
1.1.- Recintos comunes de atención			
Box IRA	1	1	0
Box ERA	1	1	0
Sala Toma Muestra (baño cercano)	1	1	-1
Box Vacunatorio	1	1	0
Sala Multiuso (Educación grupal, trabajo comunitario y auditorio)	1	1	0
Sala podología (1 puesto)	1	1	0
Box Curación y Tratamiento	1	1	0
Box At. Urgencia (REANIMACIÓN)	1	1	0
Sala de Procedimientos y Cirugía Menor (con vestuario paciente)	1	1	0
Box Ecografías	0	1	-1
Sala de Acogida (ex Atención de Victimas)	1	1	0
Sala de estimulación temprana con bodega.	0	1	-1
RX dental digital y sala de comando	1	1	0
Sala de Rehabilitación c/baño	1	1	0
2.- ÁREA DE APOYO TECNICO			
2.1.- Unidad de Farmacia			
Despacho Farmacia	1	1	0
Box Químico Farmacéutico / Fraccionamiento	0	1	-1

Bodega Farmacia	1	1	0
2.2.- Unidad de Programas de Alimentación			
Despacho P.N.A.C	1	1	0
Bodega P.N.A.C	1	1	0
2.3.- Unidad de Esterilización			
Área Sucia y Área limpia y estéril	1	1	0
TOTAL RECINTOS	43	47	-5
)TOTAL M2 CONSTRUIDOS	2.219	2.324	-105

Fuente: Estudio de Red de Atención Primaria de Salud Viña del Mar. Corporación Municipal de Viña del Mar, 2024.

El CESFAM Gómez Carreño fue diseñado para una capacidad de 20.000 inscritos y en el año 2021 presentaba una brecha en términos generales de 6 recintos y 105 m², para la atención de su población inscrita de 23.639 beneficiarios. Pero su población ha ido en aumento y hoy en día alcanza los 29.310 beneficiarios por lo que la brecha de espacio aumenta a 556 m². Su principal dificultad se refleja en la falta de box de atención clínica, psicosocial y recintos comunes.

Si bien el terreno donde se ubica llega a los 6.790 m², no tiene la capacidad de ampliarse ya que comparte espacio con Laboratorio Clínico Central y Droguería Central, pese a ello el Departamento de Proyectos e Infraestructura ha concretado visitas en terreno indicando que sería posible un proyecto de construir un tercer piso, lo que permitiría cubrir la brecha existente actualmente.

Gracias al estudio de redes de cada centro de salud, se reafirma en primera instancia la necesidad de transformar el CECOSF de Santa Julia en un CESFAM, dado que cuenta con una población actual que supera las 10.000 personas, además se verifica la necesidad de un CECOSF para el sector de los Almendros ubicado en una zona extrema del área de influencia del CESFAM Gómez Carreño, redistribuyendo población a éste nuevo dispositivo de salud, el que se hará cargo de una población proyectada a 6 años de 4.991 usuarios per cápita. Con un PMA de 237 m² de acuerdo a los lineamientos vigentes.

Además, la futura construcción de un nuevo dispositivo de salud para el Sector de Glorias Navales; el pronto inicio de obras del CESFAM para Santa Julia y el proyecto del COSAM en el sector de Gómez Carreño permitirán abordar de mejor manera las necesidades de salud de la comuna.

Mientras se concretan estas obras se ha subsanado la falta de espacio convirtiendo espacios de uso administrativo y de gestión en box de atención psicológica, y box multipropósito y se realizan acciones en el intersector para abordar de mejor manera la necesidad de la comunidad.

También es importante señalar que la droguería requiere la ampliación de la bodega para poder dar respuesta a los requerimientos funcionales y del Instituto de Salud Pública.

CESFAM Las Torres

El CESFAM Las Torres es un establecimiento construido en una primera parte en 1994 y se amplió el segundo piso durante el 2008, presenta una superficie construida de 977 m2 en un terreno de 1.161 m2. El estado de su infraestructura es evaluado como malo, su materialidad corresponde a albañilería. No presenta capacidad para ampliarse y actualmente atiende a una población de 15.690 usuarios inscritos validados, y cuenta con un SAPU adosado con funcionamiento de “SAPU Corto” de 17:00 a 00:00 de lunes a viernes, y de 08:00 a 00:00 sábado y domingo. Adicionalmente cuenta con un CECOSF en Las Palmas Chilenas, que tiene 5.139 usuarios inscritos validados.

Tabla 44: Recintos y Brechas Actuales CESFAM Las Torres, CMVM.

Superficie	ACTUAL	15.000 inscritos	BRECHA
	N° Recintos	N° Recintos	N° Recintos
1.- ÁREA ATENCIÓN CLÍNICA			
Box Clínico Multipropósito Tipo 1	19	10	9
Box Ginecológico con baño (18+4)	3	2	1
Box Dental	2	3	-1
Box Multipropósito Tipo 2	2	2	0
Sala trabajo Clínico Grupal (incluido psicólogo)	0	3	-3
Box Psicólogo (atención individual)	1	2	-1
1.1.- Recintos comunes de atención			

Box IRA	1	1	0
Box ERA	1	1	0
Sala Toma Muestra (baño cercano)	0*	1	-1
Box Vacunatorio	1	1	0
Sala Multiuso (Educación grupal, trabajo comunitario y auditorio)	1	1	0
Sala podología (1 puesto)	0	1	-1
Box Curación y Tratamiento	0*	1	-1
Box At. Urgencia (REANIMACIÓN)	1	1	0
Sala de Procedimientos y Cirugía Menor (con vestuario paciente)	1	1	0
Box Ecografías	0	1	-1
Sala de Acogida (ex Atención de Víctimas)	0	1	-1
Sala de estimulación temprana con bodega.	1	1	0
RX dental digital y sala de comando	0	1	-1
Sala de Rehabilitación c/baño	0	1	-1
2.- ÁREA DE APOYO TECNICO			
2.1.- Unidad de Farmacia			
Despacho Farmacia	1	1	0
Box Químico Farmacéutico / Fraccionamiento		1	-1
Bodega Farmacia	1	1	-0
2.2.- Unidad de Programas de Alimentación			
Despacho P.N.A.C	1	1	0
Bodega P.N.A.C	1	1	0
2.3.- Unidad de Esterilización			
Área Sucia y Área limpia y estéril	0	1	-1
*Toma de muestras y tratamiento funcionan en Sala de Urgencias (REA).			
TOTAL RECINTOS	38	42	-4
TOTAL M2 CONSTRUIDOS	977	2.165	-1.188

Fuente: Estudio de Red de Atención Primaria de Salud Viña del Mar. Corporación Municipal de Viña del Mar, 2024.

Actualmente existe un proyecto de reposición en curso, en la etapa de la validación del terreno destinado a emplazar, el nuevo CESFAM Las Torres. Este terreno podría proyectar la construcción de un edificio para 20.000 usuarios permitiendo cubrir la brecha que existe actualmente.

Con respecto a las grandes brechas en recintos comunes y clínicos que actualmente existe en el CESFAM Las Torres, se subsanan en conjunto con la comunidad, a través de espacios comunitarios que permiten realizar talleres educativos, operativos de salud, reuniones y capacitaciones del equipo de salud. Por otro lado la Dirección del Centro de Salud ha gestionado con Dirección de Proyectos y Mantenimiento este año 2025, la habilitación de un espacio como sala de espera y techumbre para resguardo de usuarios principalmente los que acuden al SAPU.

CESFAM Lusitania

El CESFAM Lusitania es un establecimiento construido durante el 2003, presenta una superficie construida de 1.185 m² emplazado en un terreno de 1.734 m². El estado de su infraestructura es evaluado como de buen estado en su condición estructural, sin embargo, presenta problemas en sus instalaciones, su materialidad corresponde a hormigón. No presenta capacidad para ampliarse. La población corresponde a 14.852 usuarios inscritos validados por FONASA para el año 2025.

Tabla 45: Recintos y Brechas Actuales CESFAM Lusitania, CMVM.

Superficie	ACTUAL	15.000 inscritos	BRECHA
	N° Recintos	N° Recintos	N° Recintos
1.- ÁREA ATENCIÓN CLÍNICA			
Box Clínico Multipropósito Tipo 1	15	10	5
Box Ginecológico con baño (18+4)	2	2	0
Box Dental	2	3	-1
Box Multipropósito Tipo 2	0	2	-2

Sala trabajo Clínico Grupal (incluido psicólogo)	0	3	-3
Box Psicólogo (atención individual)	1	2	-1
1.1.- Recintos comunes de atención			
Box IRA	1	1	0
Box ERA	1	1	0
Sala Toma Muestra (baño cercano)	0*	1	-1
Box Vacunatorio	1	1	0
Sala Multiuso (Educación grupal, trabajo comunitario y auditorio)	1	1	0
Sala podología (1 puesto)	0	1	-1
Box Curación y Tratamiento	1	1	0
Box At. Urgencia (REANIMACIÓN)	1	1	0
Sala de Procedimientos y Cirugía Menor (con vestuario paciente)	0	1	-1
Box Ecografías	0	1	-1
Sala de Acogida (y Atención de Víctimas)	0	1	-1
Sala de estimulación temprana con bodega.	1	1	0
RX dental digital y sala de comando	0	1	-1
Sala de Rehabilitación c/baño	0	1	-1
2.- ÁREA DE APOYO TÉCNICO			
2.1.- Unidad de Farmacia			
Despacho Farmacia	1	1	0
Box Químico Farmacéutico / Fraccionamiento		1	-1
Bodega Farmacia	1	1	0
2.2.- Unidad de Programas de Alimentación			
Despacho P.N.A.C	1	1	0
Bodega P.N.A.C	1	1	0
2.3.- Unidad de Esterilización			
Área Sucia y Área limpia y estéril	0	1	-1
*Sala de toma de muestras es la misma depende que sala de urgencia (REA)			

TOTAL RECINTOS	31	42	-11
TOTAL M2 CONSTRUIDOS	1.185	2.165	-980

Fuente: Estudio de Red de Atención Primaria de Salud Viña del Mar. Corporación Municipal de Viña del Mar, 2024.

El CESFAM Lusitania presenta una población que bordea los 15 mil inscritos, sin embargo, dada la fecha de su construcción, no se ajusta a normativas y estándares actuales de MINSAL, dificultándose con ello el cumplimiento con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, existiendo importantes brechas en recintos de atención clínica (dental, multipropósito, sala grupal y psicólogo), además de variados recintos comunes (como podología, sala de curación o sala de ecografía) situación que lo fuerza a reconfigurar a fin de ofrecer la atención primaria de salud en la calidad mandatada.

El CESFAM Lusitania presenta actualmente limitaciones estructurales, de recursos humanos y de equipamiento que impactan en la capacidad resolutoria del establecimiento y en las condiciones de atención segura y oportuna a la población usuaria.

Dentro de las estrategias para abordar los déficits de infraestructura ha sido el uso de unidades vecinales y espacios comunitarios para realización de actividades clínicas, preventivas y promocionales, acercando la atención a la comunidad.

Con el fin de descongestionar la demanda diurna y mejorar acceso, se realiza la atención en jornada vespertina y sábado.

En el periodo 2024 se realiza ampliación del botiquín para mejorar la dispensación de medicamentos y se deja un espacio para para el químico farmacéutico, para labor administrativa.

Durante el presente año el CESFAM ha participado activamente en el proceso de acreditación en calidad, lo que ha permitido actualizar protocolos clínicos y administrativos, revisar la utilización de espacios físicos, fortalecer la gestión del riesgo sanitario.

CESFAM Profesor Eugenio Cienfuegos

El CESFAM Profesor Eugenio Cienfuegos, emplazado en el sector de Santa Inés, y construido en 1965, siendo la construcción más antigua de la comuna, y cumple un rol estratégico en la atención primaria de salud para una población inscrita aproximada de 17.797 personas de acuerdo a la información entregada por FONASA para el año 2025.

La infraestructura actual presenta una superficie construida de 1.300 m² emplazado en un terreno de 3.000 m² y responde a modelos históricos de atención, presentando rezagos frente a las exigencias del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria actual.

Su materialidad corresponde a albañilería confinada, y su estado de conservación se evalúa como regular, la infraestructura presenta deterioro progresivo asociado a la antigüedad del edificio y deficiencias de superficie útil, así como limitaciones para la implementación de nuevos programas según las normativas vigentes. La brecha general se ajusta a 865 m².

No obstante, esta brecha de infraestructura, la reciente entrega del terreno colindante, que anteriormente fue utilizado como dependencias de Laboratorio Ambiental de la SEREMI, permitiría la redistribución de recintos clínicos y de uso del personal, permitiendo optimizar el uso actual del edificio y por consiguiente facilitar la implementación de prestaciones complementarias vinculadas a la atención de usuarios del centro de salud y/o otras actividades-

Las brechas observadas en superficie, confort térmico, accesibilidad universal y cumplimiento normativo hace necesaria la reposición completa del establecimiento a mediano plazo, un nuevo centro diseñado bajo estándares técnicos del MINSAL impactará positivamente en la satisfacción usuaria, condiciones laborales del equipo y, resultados en salud y elevará los estándares de seguridad en la atención.

Tabla 46: Recintos y Brechas Actuales CESFAM Profesor Eugenio Cienfuegos, CMVM.

Superficie	ACTUAL	15.000 inscritos	BRECHA
	N° Recintos	N° Recintos	N° Recintos
1.- ÁREA ATENCIÓN CLÍNICA			
Box Clínico Multipropósito Tipo 1	17	10	7
Box Ginecológico con baño (18+4)	3	2	1
Box Dental	3	3	0

Box Multipropósito Tipo 2	0	2	-2
Sala trabajo Clínico Grupal (incluido psicólogo)	0	3	-3
Box Psicólogo (atención individual)	1	2	-1
1.1.- Recintos comunes de atención			
Box IRA	1	1	0
Box ERA	1	1	0
Sala Toma Muestra (baño cercano)	1	1	0
Box Vacunatorio	1	1	0
Sala Multiuso (Educación grupal, trabajo comunitario y auditorio)	1	1	0
Sala podología (1 puesto)	0	1	-1
Box Curación y Tratamiento	0	1	-1
Box At. Urgencia (REANIMACIÓN)	1	1	0
Sala de Procedimientos y Cirugía Menor (con vestuario paciente)	0	1	0
Box Ecografías	0	1	-1
Sala de Acogida (ex Atención de Víctimas)	0	1	-1
Sala de estimulación temprana con bodega.	1	1	0
RX dental digital y sala de comando	0	1	-1
Sala de Rehabilitación c/baño	0	1	0
2.- ÁREA DE APOYO TÉCNICO			
2.1.- Unidad de Farmacia			
Despacho Farmacia	1	1	0
Box Químico Farmacéutico / Fraccionamiento	0	1	-1
Bodega Farmacia	1	1	0
2.2.- Unidad de Programas de Alimentación			
Despacho P.N.A.C	1	1	0
Bodega P.N.A.C	1	1	0
2.3.- Unidad de Esterilización			

Área Sucia y Área limpia y estéril	0	1	-1
TOTAL RECINTOS	35	42	-5
TOTAL M2 CONSTRUIDOS	1.300	2.165	-865

Fuente: Estudio de Red de Atención Primaria de Salud Viña del Mar. Corporación Municipal de Viña del Mar, 2024.

Desde el año 2023 el CESFAM Cienfuegos tiene a cargo la dirección técnica de la Unidad de Medicinas Complementarias (UMC), tiempo en el cual se ha observado la necesidad de modificar el actual funcionamiento de manera de optimizar flujos de atención y objetivos terapéuticos. En esta línea, se plantea que la sala de rehabilitación del CESFAM Cienfuegos se pueda integrar con la atención de la UMC permitiendo ampliar el abordaje terapéutico y ofrecer soluciones especializadas a usuarios que no logran recuperaciones significativas tras el proceso convencional. La propuesta implica incorporar terapias complementarias como un segundo nivel de intervención, dirigido especialmente a personas con dolor crónico, limitaciones funcionales persistentes y necesidades psicoemocionales que la rehabilitación tradicional no resuelve completamente.

Este modelo facilita derivaciones internas, optimiza los recursos, fomenta el trabajo interdisciplinario y responde a lineamientos de salud pública, mejorando la satisfacción usuaria y la calidad de vida. La implementación se ajusta a normativas vigentes y elimina barreras de acceso, transformando la sala en un espacio integral de recuperación física y bienestar.

El CESFAM Cienfuegos ha logrado la recuperación del espacio físico que anteriormente se encontraba en comodato con la SEREMI de Salud, lo que amplía su capacidad instalada y posibilita el desarrollo de nuevas áreas clínicas, comunitarias o técnicas. Esta recuperación representa una oportunidad concreta para responder a necesidades emergentes de la población y potenciar las capacidades operativas del establecimiento, en concordancia con los lineamientos del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, algunas de las oportunidades de fortalecimiento en la infraestructura comunal, destaca la posibilidad de levantar nuevos espacios asistenciales, tales como un laboratorio dental, que permitiría ampliar la capacidad resolutive en el ámbito odontológico y mejorar la cobertura de atención especializada.

CESFAM Brígida Zavala

El CESFAM Brígida Zavala es un establecimiento construido en el año 2000, presenta una superficie construida de 883 m², en dos plantas, emplazado en un terreno de 893 m². El estado de su infraestructura es evaluado como de regular estado, su materialidad corresponde a hormigón. No presenta actualmente capacidad para ampliarse. EL CESFAM tiene una población de 15.199 usuarios inscritos validados para el año 2025.

Tabla 47: Recintos y Brechas Actuales CESFAM Brígida Zavala, CMVM.

Superficie	ACTUAL	15.000 inscritos	BRECHA
	N° Recintos	N° Recintos	N° Recintos
1.- ÁREA ATENCIÓN CLÍNICA			
Box Clínico Multipropósito Tipo 1	17	10	7
Box Ginecológico con baño (18+4)	3	2	1
Box Dental	2	3	-1
Box Multipropósito Tipo 2	2	2	0
Sala trabajo Clínico Grupal (incluido psicólogo)	0	3	-3
Box Psicólogo (atención individual)	2	2	0
1.1.- Recintos comunes de atención			
Box IRA	1	1	0
Box ERA	1	1	0
Sala Toma Muestra (baño cercano)	1	1	-0
Box Vacunatorio	1	1	0
Sala Multiuso (Educación grupal, trabajo comunitario y auditorio)	1	1	0
Sala podología (1 puesto)	1	1	-1
Box Curación y Tratamiento	1	1	-0
Box At. Urgencia (REANIMACIÓN)	0	1	-1
Sala de Procedimientos y Cirugía Menor (con vestuario paciente)	1	1	0

Box Ecografías	0	1	-1
Sala de Acogida (ex Atención de Víctimas)	0	1	-1
Sala de estimulación temprana con bodega.	1	1	-0
RX dental digital y sala de comando	0	1	-1
Sala de Rehabilitación c/baño	0	1	-1
2.- ÁREA DE APOYO TECNICO			
2.1.- Unidad de Farmacia			
Despacho Farmacia	1	1	0
Box Químico Farmacéutico / Fraccionamiento	0	1	-1
Bodega Farmacia	1	1	0
2.2.- Unidad de Programas de Alimentación			
Despacho P.N.A.C	1	1	0
Bodega P.N.A.C	1	1	0
2.3.- Unidad de Esterilización			
Área Sucia y Área limpia y estéril	0	1	-1
TOTAL RECINTOS	39	42	-3
TOTAL M2 CONSTRUIDOS	883	2.165	-1.282

Fuente: Estudio de Red de Atención Primaria de Salud Viña del Mar. Corporación Municipal de Viña del Mar, 2024.

Este recinto es de los que presenta una mayor brecha en metraje general con un déficit que alcanza los 1.282 m2 además de una población que ronda los 15 mil usuarios presionando a una mayor cantidad de espacio disponible para ofrecer la atención de salud que demanda su población a cargo. Debido aquello en el largo plazo se debe verificar posibilidad de ampliación, o bien de reposición, se deberán analizar e incorporar estrategias de atención en el territorio sobre todo considerando una cantidad importante de población en asentamientos informales.

Infraestructura de los Centros Comunitarios de Salud Familiar

CECOSF Sergio Donoso

Este dispositivo, construido el año 2006, con una superficie construida de 340 m², en un terreno de 800 m², es una estructura de albañilería confinada, se encuentra en un buen estado de conservación.

Tabla 48: Recintos y Brechas Actuales CECOSF Sergio Donoso, CMVM.

Superficie	ACTUAL	5.000 inscritos	BRECHA
	N° Recintos	N° Recintos	N° Recintos
1.- ÁREA ATENCIÓN CLÍNICA			
Box Clínico Multipropósito Tipo 1	6	2	4
Box Ginecológico con baño (18+4)	1	1	0
Box Dental	1	1	0
Box Multipropósito Tipo 2			0
Sala trabajo Clínico Grupal (incluido psicólogo)			0
Box Psicólogo (atención individual)			0
1.1.- Recintos comunes de atención			
Box IRA			0
Box ERA			0
Sala Toma Muestra (baño cercano)			0
Box Vacunatorio			0
Sala Multiuso (Educación grupal, trabajo comunitario y auditorio)	1	1	0
Sala podología (1 puesto)			0
Box Curación y Tratamiento			0

Box At. Urgencia (REANIMACIÓN)	1		1
Sala de Procedimientos y Cirugía Menor (con vestuario paciente)	1	1	0
Box Ecografías			0
Sala de Acogida (ex Atención de Víctimas)			0
Sala de estimulación temprana con bodega.			0
RX dental digital y sala de comando			0
Sala de Rehabilitación c/baño			0
2.- ÁREA DE APOYO TECNICO			
2.1.- Unidad de Farmacia			
Despacho Farmacia	1	1	0
Box Químico Farmacéutico / Fraccionamiento			0
Bodega Farmacia	1		1
2.2.- Unidad de Programas de Alimentación			
Despacho P.N.A.C	1	1	0
Bodega P.N.A.C	1		1
2.3.- Unidad de Esterilización			
Área Sucia y Área limpia y estéril			0
TOTAL RECINTOS	15	8	7
TOTAL M2 CONSTRUIDOS	340	237	103

Fuente: Estudio de Red de Atención Primaria de Salud Viña del Mar. Corporación Municipal de Viña del Mar, 2024.

El CECOSF Sergio Donoso no presenta brechas estructurales significativas bajo los criterios de la metodología MINSAL. No obstante, al ser un dispositivo que responde a la estrategia ministerial que establece un máximo de 5.000 usuarios adscritos, se identifica una sobrecarga poblacional, alcanzando actualmente 5.470 usuarios inscritos, lo que hace necesario ampliar su capacidad operativa y fortalecer su infraestructura para responder adecuadamente a la demanda asistencial.

Durante el período actual se instaló un grupo electrógeno, lo que permitiría, en el futuro, implementar estrategias de continuidad operativa, como campañas de vacunación, ante eventuales cortes de energía. Asimismo, se incorporó un sistema Hidropack, que garantiza la mantención del suministro hídrico y la continuidad de atención frente a interrupciones del servicio.

Asimismo, se requiere realizar mantenciones generales, tales como trabajos de pintura y reparación de techumbre, con el fin de mantener condiciones seguras y confortables tanto para usuarios como para funcionarios.

CECOSF Las Palmas

Este dispositivo, construido el año 2005, con una superficie construida de 297,8 m², en un terreno de 400 m², es una estructura de tipo modular, se encuentra calificada en regular estado de conservación, sin capacidad de ampliación. El CECOSF cuenta con 5.139 usuarios inscritos validados por FONASA para el año 2025.

Tabla 49: Recintos y Brechas Actuales CECOSF Las Palmas Chilenas, CMVM.

Superficie	ACTUAL	5.000 inscritos	BRECHA
	N° Recintos	N° Recintos	N° Recintos
1.- ÁREA ATENCIÓN CLÍNICA			
Box Clínico Multipropósito Tipo 1	5	2	3
Box Ginecológico con baño (18+4)	1	1	0
Box Dental	1	1	0
Box Multipropósito Tipo 2	1		1
Sala trabajo Clínico Grupal (incluido psicólogo)			0
Box Psicólogo (atención individual)			0
1.1.- Recintos comunes de atención			
Box IRA	1		1
Box ERA			0

Sala Toma Muestra (baño cercano)			0
Box Vacunatorio			0
Sala Multiuso (Educación grupal, trabajo comunitario y auditorio)	1	1	0
Sala podología (1 puesto)			0
Box Curación y Tratamiento	1		1
Box At. Urgencia (REANIMACIÓN)			0
Sala de Procedimientos y Cirugía Menor (con vestuario paciente)		1	-1
Box Ecografías			0
Sala de Acogida (ex Atención de Victimas)			0
Sala de estimulación temprana con bodega.			0
RX dental digital y sala de comando			0
Sala de Rehabilitación c/baño			0
2.- ÁREA DE APOYO TECNICO			
2.1.- Unidad de Farmacia			
Despacho Farmacia		1	-1
Box Químico Farmacéutico / Fraccionamiento			0
Bodega Farmacia			0
2.2.- Unidad de Programas de Alimentación			
Despacho P.N.A.C	1	1	0
Bodega P.N.A.C	1		1
2.3.- Unidad de Esterilización			
Área Sucia y Área limpia y estéril			0
TOTAL RECINTOS	13	8	5
TOTAL M2 CONSTRUIDOS	298	237	61

Fuente: Estudio de Red de Atención Primaria de Salud Viña del Mar. Corporación Municipal de Viña del Mar, 2024.

El CECOSF Las Palmas presenta un mejor alineamiento entre su población asignada respecto a su configuración actual.

CECOSF Santa Julia

Este dispositivo, construido el año 1980, con una superficie construida de 500 m², en un terreno de 1.050 m², es una estructura de albañilería confinada, se encuentra calificada en regular estado de conservación y tiene una población inscrita validada por FONASA para el año 2025 de 11.137 personas.

Tabla 50: Recintos y Brechas Actuales CECOSF Santa Julia, CMVM.

Superficie	ACTUAL	5.000 inscritos	BRECHA
	N° Recintos	N° Recintos	N° Recintos
1.- ÁREA ATENCIÓN CLÍNICA			
Box Clínico Multipropósito Tipo 1	8	2	6
Box Ginecológico con baño (18+4)	2	1	1
Box Dental	1	1	0
Box Multipropósito Tipo 2	1		1
Sala trabajo Clínico Grupal (incluido psicólogo)	1		1
Box Psicólogo (atención individual)	1		0
1.1.- Recintos comunes de atención			
Box IRA	1		1
Box ERA			0
Sala Toma Muestra (baño cercano)	1		1
Box Vacunatorio	1		1
Sala Multiuso (Educación grupal, trabajo comunitario y auditorio)	1	1	0
Sala podología (1 puesto)			0
Box Curación y Tratamiento	1		1

Box At. Urgencia (REANIMACIÓN)			0
Sala de Procedimientos y Cirugía Menor (con vestuario paciente)		1	-1
Box Ecografías			0
Sala de Acogida (ex Atención de Victimas)			0
Sala de estimulación temprana con bodega.			0
RX dental digital y sala de comando			0
Sala de Rehabilitación c/baño			0
2.- ÁREA DE APOYO TECNICO			
2.1.- Unidad de Farmacia			
Despacho Farmacia	1	1	0
Box Químico Farmacéutico / Fraccionamiento			0
Bodega Farmacia	1		0
2.2.- Unidad de Programas de Alimentación			
Despacho P.N.A.C	1	1	0
Bodega P.N.A.C			0
2.3.- Unidad de Esterilización			
Área Sucia y Área limpia y estéril			0
TOTAL RECINTOS	22	10	12
TOTAL M2 CONSTRUIDOS	500	237	263

Fuente: Estudio de Red de Atención Primaria de Salud Viña del Mar. Corporación Municipal de Viña del Mar, 2024

Como indica la tabla precedente el CECOSF Santa Julia presenta un virtual aumento de recintos y metraje, esto comparado a un establecimiento de 5 mil usuarios, sin embargo, este recinto tiene actualmente una población inscrita que alcanza los 11.137 usuarios, por ende, la estrategia que se propone para garantizar la atención de esta población es profunda y redefine el rol de este establecimiento dentro de la red.

Dado a su tamaño de área de influencia comprendida por las unidades vecinales 85, 88, 89,140 y 149 es que se convierte en un dispositivo tipo CESFAM para 15.000 personas, sumando además las unidades vecinales 90 y 141.

Su déficit de infraestructura es bien amplio en comparación con un CESFAM de 15 mil per cápita, el cual requiere una superficie de 2.165 m2.

En función de lo anterior este centro ya tiene aprobado el financiamiento para la construcción de un nuevo dispositivo de salud, equivalente a un CESFAM Tipo de 15.000 usuarios, de modo que pueda cumplir con los objetivos sanitarios de esta población asignada y que permita cerrar las brechas de prestaciones, recursos humanos e infraestructura, se espera que para el año 2026 inicie la licitación de diseño.

CECOSF Villa Hermosa

Este dispositivo, construido el año 2010, con una superficie construida de 279,7 m2, en un terreno de 1.000 m2, es una estructura de hormigón, se encuentra calificada en buen estado de conservación y con capacidad de ampliación, cuenta con una población inscrita validada por FONASA para el 2025 de 4.512 usuarios.

Tabla 51: Recintos y Brechas Actuales CECOSF Villa Hermosa, CMVM.

Superficie	ACTUAL	5.000 inscritos	BRECHA
	N° Recintos	N° Recintos	N° Recintos
1.- ÁREA ATENCIÓN CLÍNICA			
Box Clínico Multipropósito Tipo 1	5	2	3
Box Ginecológico con baño (18+4)	2	1	1
Box Dental	1	1	0
Box Multipropósito Tipo 2			0
Sala trabajo Clínico Grupal (incluido psicólogo)			0

Box Psicólogo (atención individual)			0
1.1.- Recintos comunes de atención			
Box IRA			0
Box ERA			0
Sala Toma Muestra (baño cercano)	1		1
Box Vacunatorio			0
Sala Multiuso (Educación grupal, trabajo comunitario y auditorio)		1	-1
Sala podología (1 puesto)			0
Box Curación y Tratamiento			0
Box At. Urgencia (REANIMACIÓN)	1		1
Sala de Procedimientos y Cirugía Menor (con vestuario paciente)	1	1	0
Box Ecografías			0
Sala de Acogida (ex Atención de Victimas)			0
Sala de estimulación temprana con bodega.			0
RX dental digital y sala de comando			0
Sala de Rehabilitación c/baño			0
2.- ÁREA DE APOYO TECNICO			
2.1.- Unidad de Farmacia			
Despacho Farmacia	1	1	0
Box Químico Farmacéutico / Fraccionamiento			0
Bodega Farmacia	1		1
2.2.- Unidad de Programas de Alimentación			

Despacho P.N.A.C	1	1	0
Bodega P.N.A.C	1		1
2.3.- Unidad de Esterilización			
Área Sucia y Área limpia y estéril			0
TOTAL RECINTOS	15	8	7
TOTAL M2 CONSTRUIDOS	278	237	41

El CECOSF Villa Hermosa cuenta con una correcta dotación de recintos de atención y no se aprecian brechas significativas en recintos comunes, elementos que, además, están ajustados a su población per capitada que se ubica en torno a los 5 mil beneficiarios.

INFRAESTRUCTURA UNIDADES TRANSVERSALES

Las Unidades transversales corresponden a dispositivos que cumplen un rol de abordaje comunal desde sus distintas áreas de especialidad y experticia. En su conjunto, constituyen un sistema organizado de recursos humanos y materiales destinados a colaborar y complementar la atención primaria que entregan los establecimientos de salud de la comuna.

A continuación, se presenta una descripción de cada unidad en base a su estructura y equipamiento en consonancia con sus objetivos y lineamientos técnicos que los rigen.

Infraestructura Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)

Los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) en la comuna son la primera línea de defensa de la red de salud municipal, diseñados para resolver eficazmente las urgencias y emergencias médicas fuera del horario habitual de los CESFAM. Su función es clave: atender a la población de la comuna, absorbiendo la demanda por consultas no vitales, que de otra manera saturarían la emergencia hospitalaria.

Esta red de urgencia no solo actúa como un filtro esencial para descongestionar la Unidad de Emergencia del Hospital Dr. Gustavo Fricke, sino que también cumple un rol de equidad. Sus ubicaciones no son al azar; están estratégicamente situados en el corazón de sectores de alta densidad poblacional y en las "partes altas" de la ciudad (como Gómez Carreño, Reñaca Alto, Forestal, Miraflores y Nueva Aurora). Esta cercanía territorial garantiza un acceso más rápido y reduce las barreras geográficas para sus vecinos inscritos, llevando la salud de urgencia justo donde más se necesita.

SAPU MIRAFLORES

Ubicado en el sector de Miraflores Alto, este dispositivo brinda atención de urgencia a los residentes de Miraflores Alto y Bajo, sectores caracterizados por una alta densidad poblacional y una demanda creciente de atención extrahospitalaria. Su funcionamiento permite absorber urgencias de menor y mayor complejidad y facilitar la coordinación con el CESFAM Miraflores y la red hospitalaria del SSVQ.

El SAPU Miraflores fue incorporado formalmente a la red el año 2019, registrando una actividad aproximada de 66.000 atenciones anuales. Opera en modalidad de atención continua las 24 horas, los siete días de la semana, beneficiando a un amplio espectro de habitantes del norte de la comuna.

Tabla 52: Recintos y Brechas Actuales SAPU Miraflores, CMVM.

	ACTUAL	BRECHA
1. ÁREA DE APOYO TÉCNICO		
1.1. Admisión		
Computador	2	0
Intercomunicador	1	2
Impresora	1	0
Sillas ergonómicas reforzadas	0	2
Lectores de tarjeta AVIS	2	0
1.2. Bodega de fármacos e insumos		
Computador	1	0

Escritorio ergonómico	0	1
Higrómetro	1	0
Refrigerador de medicamentos	1	0
Aire acondicionado portátil	1	0
Silla ergonómica	0	1
Lectores de tarjeta AVIS	0	1
Termómetro máxima y mínima con sonda	2	0
1.3. Bodega de aseo		
Sin observaciones		
1.4. Oficina de coordinación		
Computador coordinador	1	0
Computador secretario	1	0
Impresora	1	0
Sillas ergonómicas	2	0
Lectores de tarjeta AVIS	2	0
2. ÁREA DE ATENCIÓN CLÍNICA		
2.1. Box de categorización		
Multiparámetros	1	2
Oxímetros de Pulso	1	2
glucómetro	1	0
Escritorio	1	2
Sillas ergonómicas	0	4
Computador	2	0
Balanza digital	1	2
Balanza manual	1	0
Balanzas lactantes	0	1
Termómetros infrarrojos (pistola).	2	0
Reloj mural digital.	1	0
Lectores de tarjeta AVIS	2	0

2.2. Box clínico 1 - 5		
Box 1 - 5		
Computadores	4	0
Escritorios	1	3
Sillas ergonómicas	0	4
Lectores de tarjeta AVIS	4	0
Huellero	1	2
Camillas regulables con barandas y ruedas.	5	5
Escabel	0	5
Portasuero	0	5
Box 6 - 8 (frente reanimador)		
flujómetros de O2	2	0
Camillas regulables con barandas y ruedas.	3	3
Computador pasillo	1	0
Lector de tarjeta AVIS	1	0
Silla ergonómica	0	1
Escabel	0	3
Portasuero	0	3
2.3. Box de vacunatorio		
Escritorios	0	1
Sillas ergonómicas	0	1
Computadores	1	0
Lector de tarjeta AVIS	1	0
Refrigerador de vacunas	1	0
Termómetro máxima y mínima con sonda		
Data logger	1	0
2.4. Box de observación		
Box 9 - 11		

Camillas regulables con barandas y ruedas.	3	3
Computador	1	0
Escritorio	0	1
Silla ergonómica	0	1
Escabel	0	3
Portasuero		
Box curación		
Camilla simple	1	1
Carro de curación	1	1
lavaplatos	1	1
Mueble con puertas material estéril	1	0
Pedestal con luz para suturas	1	1
Escabel	0	1
2.5. Estación de enfermería		
Computadores	3	0
Lectores de tarjeta AVIS	3	0
Carro de medicamentos	1	1
Silla ajustable, tipo barra	0	3
Higrómetro	1	0
Minidop (LCF)	1	0
2.6. Box de reanimación		
Carro de paro	1	1
Repisas para insumos	2	0
Electrocardiograma convencional	1	0
Tele cardiograma	1	0
Desfibrilador		
Multiparámetros	0	1
Bomba de aspiración	1	0
Lector de tarjeta AVIS	1	0

2.7. Ambulancia		
Camilla	1	0
Tabla espinal larga	1	0
Chaleco de extricación	1	0
férula de thomas	1	0
Collar cervical adulto	1	2
Collar cervical pediátrico	1	2
Kit férulas semirrígidas (6)	1	0
Máquina de aspiración	1	0
DESA	1	0
Oxímetro de pulso	1	0
Multiparámetro	1	0
Flujómetro Oxígeno	1	0
Cilindro O2 0,7 m3	4	0
Cilindro O2 0,4 m3	1	0
Glucómetro	1	0

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

SAPU NUEVA AURORA

Situado en el sector sur-oriente de la comuna, el SAPU Nueva Aurora presta cobertura a un territorio amplio y densamente poblado. Se constituye como un dispositivo esencial para el acceso equitativo a la atención de urgencia, especialmente en áreas donde la distancia a los servicios hospitalarios es mayor.

El establecimiento fue formalmente incorporado a la red en 2019, registrando un promedio de 51.000 atenciones anuales. La infraestructura del SAPU se encuentra en proceso de modernización, con obras de mejora que beneficiarán a más de 30.000 personas del sector. Su funcionamiento continuo y su coordinación con el CESFAM Nueva Aurora refuerzan la capacidad resolutoria del nivel primario en este territorio.

Tabla 53: Recintos y Brechas Actuales SAPU Nueva Aurora, CMVM.

	ACTUAL	BRECHA
1. ÁREA DE APOYO TÉCNICO		
1.1. Admisión		
Computador	1	0
Impresora kyocera	1	0
Silla ergonómica	0	1
1.2. Bodega de fármacos e insumos		
Muebles almacenamiento fármacos e insumos de clínica, con divisiones	0	2
Termómetro	1	0
1.3. Bodega de aseo		
No contamos con bodega, tenemos un espacio que se cerró con latas	0	1
1.4. Oficina de coordinación / secretaria		
Computador	2	0
Impresora	2	0
Silla ergonómica	2	0
Lector tarjeta AVIS	2	0
2. ÁREA DE ATENCIÓN CLÍNICA		
2.1. Box de categorización		
Computador	1	1
Monitor multiparámetros	2	2
Silla ergonómica	0	1
Termómetro digital infrarrojo corporal	1	1
Saturómetro adulto	1	1
Saturómetro neonatal	1	1
Saturómetro pediátrico	1	1
Toma presión digital (OMROM) manguito adulto	1	1
Toma presión digital (OMROM) manguito niño	0	1
Lector tarjeta AVIS	1	0

2.2. Box clínico multipropósito		
Box médico sala 1 computador	2	0
Box médico sala 2 computador	2	0
Box médico sala 1 silla ergonómica	0	2
Box médico sala 2 silla ergonómica	0	2
Box médico sala 1 lector tarjeta AVIS	2	0
Box médico sala 2 lector tarjeta AVIS	2	0
Box médico sala 1 camillas	4	4
Box medico sala 2 camillas	5	5
Otoscopio	1	1
Huellero	1	3
2.3. Box de vacunatorio		
Computador	1	0
Silla ergonómica	0	1
Refrigerador Haier	1	0
Lector tarjeta AVIS	1	0
Aire acondicionado	0	1
2.4. Box de observación		
Los box médicos , se utilizan para atención, observación y administrar tratamiento		
2.5. Box de tratamiento		
Computador (1 PC antiguo)	2	1
Silla ergonómica	0	2
Refrigerador HAIER	1	0
Muebles almacenamiento fármacos e insumos de clínica, con divisiones	0	2
Camilla	0	0
Portasueros	1	2
Silla de ruedas	1	1
Lampara de suturas		
Monitor multiparámetros	0	1
2.6. Box de reanimación		

DEA	1	0
Monitor desfibrilador	1	1
Carro de paro	1	0
Monitor multiparámetros	1	1
Bomba aspiración	1	1
Flujómetro de O2 + Manómetro para tubo	3	1
Lector tarjeta AVIS	1	0
Saturómetro adulto	0	1
Saturómetro pediátrico	0	1
Saturómetro neonatal	0	1
Porta sueros	0	1
Reloj digital de muro con fecha y hora	1	0
Tabla espinal	2	0
Tijera extricación trauma	0	1
ECG convencional	1	0
Brazaletes ECG normal	1	1
Brazaletes ECG obesos	0	1
ECG telemedicina	1	0
2.7. Ambulancia		
DEA	1	1
Bomba aspiración portátil	1	1
Monitor multiparámetros	1	0
Saturómetro adulto	1	1
Saturómetro pediátrico	0	1
Máscaras gas full face	0	2
Rodilleras	0	2
Radios portátiles	1	0
Tijera extricación trauma	0	1
Cascos	1	1

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

SAPU LAS TORRES

Este establecimiento se encuentra emplazado en el sector Forestal Alto, también conocido como Las Torres, y constituye un punto de atención clave para los habitantes del sector sur-centro de Viña del Mar. Su objetivo principal es resolver urgencias de baja complejidad, disminuyendo la presión asistencial sobre los hospitales y fortaleciendo la atención primaria.

El SAPU Las Torres fue registrado administrativamente el año 2019 bajo convenio con el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota. Atiende alrededor de 35.000 consultas anuales, funcionando en modalidad de "SAPU corto", con extensión horaria de lunes a viernes en jornada vespertina y atención diurna durante fines de semana y festivos.

Tabla 54: Recintos y Brechas Actuales Las Torres, CMVM.

	ACTUAL	BRECHA
1. ÁREA DE APOYO TÉCNICO		
1.1. Admisión		
Computador	1	0
Impresora	1	0
Televisor	1	0
1.2 Bodega de Fármacos e insumos		0
Termohigrómetro Ambiental	1	0
Aire acondicionado	0	0
Refrigerador de medicamentos	1	0
1.3. Oficina de coordinación		
Computador	1	0
2. ÁREA DE ATENCIÓN CLÍNICA		
2.1. Box de categorización		
Computador	1	0
Teléfono fijo	1	0
Radiocomunicaciones	1	1

Radio Portátil	4	2
Oxímetro de pulso	1	2
Toma Presión Digital	1	4
Termómetro T° pistola	1	1
2.2. Box de vacunatorio		
Refrigerador Haier	1	0
Termohigrómetro Ambiental	1	0
Data Logger	1	0
Congelador	1	0
Aire Acondicionado	1	0
2.3. Box de observación		
Flujómetros	2	2
2.4. Box de atención (4)		
Hueller	1	4
Computador	5	2
2.5. Box de reanimación		
Flujómetros	1	3
Bomba de aspiración	1	0
Detector de Latidos Cardio Fetal	1	1
Glucómetro	1	1
Oxímetro de pulso	1	3
Electrocardiograma convencional	1	0
Telemedicina	1	0
Monitor multiparámetro	1	3
Computador	1	0
Monitor Desfibrilador	1	0
2.6. Ambulancia		
Ambulancia	1	0
DEA	1	0
Monitor multiparámetro	1	0
Glucómetro	1	0

Oxímetro de pulso	1	0
Toma presión digital	1	0
Bomba de aspiración	1	0
Termómetro T° pistola	1	0

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

SAPU DR. JORGE KAPLÁN

El SAPU Dr. Jorge Kaplán, ubicado en el sector de Reñaca Alto, cumple una función estratégica al atender urgencias de baja, mediana y alta complejidad en uno de los sectores más poblados de la comuna. Este establecimiento actúa como primer punto de atención para la población antes de eventuales derivaciones al Hospital Dr. Gustavo Fricke, fortaleciendo así la red asistencial del área norte.

El dispositivo fue reconocido oficialmente en 2019 y realiza alrededor de 32.000 atenciones anuales. Su modalidad de funcionamiento corresponde a “SAPU corto”, con extensión horaria vespertina y atención durante fines de semana y festivos, garantizando cobertura oportuna a miles de familias del sector.

Tabla 55: Recintos y Brechas Actuales SAPU Reñaca Alto, CMVM.

	ACTUAL	BRECHA
1. ÁREA DE APOYO TÉCNICO		
1.1. Admisión		
Computador	1	0
Impresora Kyocera	1	0
Silla ergonómica	0	1
Teléfono fijo	1	0
Radio motorola	1	0
1.2. Bodega de fármacos e insumos		
Termómetro ambiental digital	2	0
1.3. Bodega de aseo		

Almacenamiento	1	1
1.4. Oficina de coordinación		
Impresora	2	0
Computador	2	0
Silla ergonómica	2	1
Lector tarjeta AVIS	0	2
2.1. Box de categorización		
Computador	1	0
Monitor multiparámetros	1	1
Silla ergonómica	0	1
Termómetro digital infrarrojo corporal	0	1
Saturómetro adulto	1	1
Saturómetro pediátrico	1	1
Toma presión digital (OMRON) manguito adulto	1	1
Toma presión digital (OMRON) manguito pediátrico	0	1
Lector tarjeta AVIS	1	1
2.2. Box clínico multipropósito (BOX MÉDICOS)		
Box médico Sala IRA Computador	2	0
Box médico Sala ERA Computador	2	0
Box médico Sala IRA Silla ergonómica	0	2
Box médico Sala ERA Silla ergonómica	0	2
Flujómetro O2 de pared Sala IRA	0	1
Flujómetro de aire de pared Sala IRA	1	0
Flujómetro O2 de pared Sala ERA	1	0
Flujómetro de aire de pared Sala ERA	1	0
Lector tarjeta AVIS Sala IRA	1	1
Lector tarjeta AVIS Sala ERA	1	1
Camilla Sala ERA	2	2
Camilla Sala IRA	2	2
Otoscopio	1	1
Huellero médico	1	3

2.3. Box de vacunatorio		
Computador	1	0
Silla ergonómica	1	0
Refrigerador Haier	1	0
Lector tarjeta AVIS	0	1
Aire acondicionado	1	1
2.5. Box de tratamiento		
Computador	2	1
Silla ergonómica	0	2
Muebles almacenamiento fármacos e insumos de clínica	2	2
Flujómetro de O2 pared	1	1
Flujómetro de aire pared	1	1
Camilla	3	3
Portasueros	1	2
Silla de ruedas	2	2
Lámpara para sutura	0	1
2.6. Box de reanimación		
DEA	1	
Monitor Desfibrilador	1	0
Carro PARO	1	0
Monitor multiparámetros	0	1
Bomba aspiración	1	0
Flujómetro de O2 + Manómetro para tubo	1	2
Flujómetro de O2 pared	0	1
Flujómetro de aire pared	0	1
Lector de tarjeta AVIS	0	1
Saturómetro adulto	1	1
Saturómetro pediátrico	1	1
Saturómetro neonatal	0	1
Toma presión digital (OMRON) manguito adulto	1	1
Toma presión digital (OMRON) manguito pediátrico	0	1

Portasueros	1	1
Refrigerador HAIER (antiguo sin mantenciones)	1	1
Silla ergonómica	0	1
Reloj digital de pared grande con fecha y hora	0	1
Tabla espinal	2	0
Tijera extricación trauma	0	1
ECG Convencional	1	1
Brazaletes o pinzas ECG (considerar para usuarios OB)	1	2
Ecg Telemedicina	1	0
2.7. Ambulancia		
Monitor multiparámetros	1	0
DEA	1	0
Bomba aspiración	1	0
Saturómetro adulto	1	1
Saturómetro pediátrico	1	1
Toma presión digital (OMRON) manguito adulto	1	1
Toma presión digital (OMRON) manguito pediátrico	0	1
Máscara gas Full Face	0	2
Cascos	0	2
Rodilleras (par)	0	2
Radios portátiles	2	2
Tijera extricación trauma	1	1

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

SAPU GÓMEZ CARREÑO

Ubicado en el tradicional barrio Gómez Carreño, este SAPU tiene como propósito ofrecer atención oportuna y de calidad a los habitantes del sector suroriente de Viña del Mar. Forma parte de la red asistencial junto al CESFAM Gómez Carreño, con quien mantiene una estrecha articulación para la continuidad de los cuidados.

De acuerdo con los registros del Servicio de Salud Viña del Mar–Quillota, su reconocimiento administrativo se concretó en 2019, en el marco de la consolidación de la red comunal de urgencias. El establecimiento atiende miles de consultas anuales y beneficia a una población estimada en más de 8.000 habitantes, constituyéndose en un punto esencial para la atención primaria en su territorio.

Tabla 56: Recintos y Brechas Actuales SAPU Gómez Carreño, CMVM.

	ACTUAL	BRECHA
1. ÁREA DE APOYO TÉCNICO		
1.1. Admisión		
KYOCERA	1	0
PC ADMINISTRATIVO	1	0
1.2. Bodega de fármacos e insumos		
AIRE ACONDICIONADO	1	1
1.3. Bodega de aseo		
Almacenamiento	1	1
1.4. Oficina de coordinación		
2. ÁREA DE ATENCIÓN CLÍNICA		
2.1. Box de categorización		
PC	2	0
MULTIPARAMETROS	2	2
2.3. Box de vacunatorio		
REFRIGERADOR VACUNAS	1	0
2.5. Box de tratamiento		
PC	1	0
2.6. Box de reanimación		
CARRO DE PARO	1	0
MONITOR DESFIBRILADOR	1	0
BOMBA DE ASPIRACION	1	0
MULTIPARAMETRO	1	0
2.7. Ambulancia		

MULTIPARAMETRO	1	0
BOMBA DE ASPIRACION	1	0
EQUIPO DE TRAUMA	1	0

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

Infraestructura Unidades Transversales

Las Unidades transversales corresponden a dispositivos que cumplen un rol de abordaje comunal desde sus distintas áreas de especialidad y experticia. En su conjunto, constituyen un sistema organizado de recursos humanos y materiales destinados a colaborar y complementar la atención primaria que entregan los establecimientos de salud de la comuna.

A continuación, se presenta una descripción de cada unidad en base a su estructura y equipamiento en consonancia con sus objetivos y lineamientos técnicos que los rigen.

Centro de Resolutividad de Atención Primaria (CREA)

El CREA inicia sus funciones en agosto de 2016, con el objetivo de otorgar acceso oportuno a prestaciones de especialidad priorizadas en APS, en el marco del Programa de Resolutividad. Este dispositivo busca fortalecer la accesibilidad, oportunidad diagnóstica, pertinencia en la derivación y calidad técnica de las atenciones, integrando acciones preventivas, asistenciales y de control epidemiológico con enfoque de salud familiar e integral.

La atención se orienta a patologías de alta prevalencia nacional, permitiendo diagnósticos y tratamientos tempranos que favorecen la recuperación funcional y social, evitando complicaciones y derivaciones innecesarias.

El centro cuenta con unidades de oftalmología, otorrinolaringología, cirugía menor y odontología especializada, además de una bodega farmacéutica y espacios multipropósito. Su infraestructura y equipamiento cumplen con los requerimientos técnicos para la entrega de prestaciones resolutivas y seguras.

Tabla 57: Recintos y Brechas Actuales Centro de resolutiveidad de especialidades de atención primaria, CMVM.

Superficie	ACTUAL	BRECHA
	N°	N°
1.-UNIDAD ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA	4	1
Box procedimientos oftalmológicos	4	1
Proyector ortotipo	2	0
Cabezal de cámara de fondo de ojo	1	0
Autorefractómetro	4	0
Lensómetro digital	3	0
Biomicroscopio (lámpara hendidura)	2	0
Tonómetro aplanático	4	1
Campímetro visual computarizado	2	0
Paquímetro ultrasónico	1	0
Juego de lentes de prueba	4	0
Montura de lentes de prueba	4	0
Pantalla ortotipos	2	0
Retinógrafo	1	0
Oftalmoscopio	1	0
Tomógrafo coherencia óptica (OCT)	1	1
Cámara de fondo de ojo	1	0
Aire acondicionado	2	0
2.-UNIDAD ATENCIÓN OTORRINOLARINGOLOGÍA	2	0
Box atención otorrino	2	0
Camilla	1	0
Escabel	1	0
Colchoneta	1	0
Videonistagmógrafo	1	0
Máquina de aspiración	1	0

Microscopio	1	0
Irrigador calórico aire	1	0
Otoscopio	2	0
Lámpara frontal	1	0
Campímetro visual computarizado	1	0
Visual eyes en mantención	1	0
Impedanciómetro	1	0
Audiómetro	1	0
Emisor otoacústico	1	0
Cabina Audiométrica	1	0
Espéculos nasales	12	0
Conos metálicos para otoscopía	7	0
Pinzas bayoneta	4	0
Aspiradores	12	0
3.-UNIDAD DE CIRUGÍA MENOR		
Sala de Procedimientos y Cirugía Menor (con vestuario paciente)	1	0
Área Sucia y Área limpia y estéril	SI	0
Camilla	1	0
Escabel	1	0
Carro de paro	1	0
Electrobisturí	1	0
DEA	1	0
Puntas de electrobisturí	15	0
Oxímetro de pulso	2	0
Monitor multiparámetro	1	0
Monitor signos vitales	1	0
Regulador oxígeno	1	0
Aspirador de secreciones	1	0

tubo de oxígeno	1	0
Impresora técnica	1	0
Termohigrómetro	2	0
4.- UNIDAD DENTAL		
Box Dental	1	0
RX dental digital y sala de comando	1	0
Sillón dental	1	0
Monitor presión arterial antebrazo	1	0
Compresor	1	0
Turbina	3	0
Pieza de mano	1	0
Contraángulos	5	0
Micromotor	2	0
Escalador ultrasónico dental	1	0
Lámpara fotocurado	1	0
Localizador apical	2	0
Cabeza de contraángulo	1	0
Equipo diagnóstico de rayos X	1	0
Revelador digital	1	0
Placa de imagen	10	0
Delantal plomado adulto	2	0
cueillo plomado	1	0
Delantal plomado pediátrico	1	0
5.- UNIDAD DE FARMACIA		
Bodega Farmacia	1	0
Refrigerador medicamentos	1	0
Termohigrómetro ambiental	1	0
Aire acondicionado	1	0

6.- Recintos comunes de atención		
Sala Multiuso (oficina calidad y seguridad del paciente-sala reuniones)	1	0

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

Centro municipal de acompañamiento infantoadolescente (CMAIA)

El CMAIA inicia su funcionamiento en julio de 2025, a partir de la implementación de la Ley N° 21.545 (Ley TEA), en coordinación con el Servicio de Salud Viña del Mar–Quillota y la Municipalidad de Viña del Mar. Este dispositivo consolida el trabajo iniciado en atención primaria en pesquisa temprana, intervención en neurodesarrollo y coordinación intersectorial, incorporando capacitación continua de equipos y mesas de trabajo con REDCO TEA.

Desde 2023, se conformaron equipos interdisciplinarios destinados a atención vespertina en CESFAM Miraflores y Marco Maldonado, atendiendo cerca de 400 niños, niñas y adolescentes (NNA) durante 2023-2024 y desarrollando el primer catastro comunal de población TEA en APS.

El dispositivo ofrece evaluación integral y tratamiento interdisciplinario para NNA con condición del espectro autista y niños con necesidades de rehabilitación neuromotora. El acceso se realiza por derivación desde los CESFAM, asegurando continuidad del cuidado y seguimiento clínico coordinado.

La infraestructura permite atención terapéutica y evaluación clínica con equipamiento especializado para estimulación sensorio motriz, evaluación neurológica y rehabilitación.

Tabla 58: Recintos y Brechas Actuales Centro Municipal de Acompañamiento Infanto Adolescente, CMVM.

Superficie	ACTUAL	BRECHA
	N°	N°
1.-UNIDAD ATENCIÓN KINÉSICA		
Sala de Rehabilitación c/baño	1	0
Dinamómetro	2	0

Sacos con peso	10	0
Bicicleta pediátrica	1	0
Escalera madera	1	0
Cuerda	1	0
Balón de yoga 65cm	5	0
Pelota erizo 65 cm	1	0
Pelota erizo 65 cm	2	0
Balón esponja	3	0
Balón pequeño	3	0
Pelota erizo pequeño	3	0
Bombín	3	0
Balón liso	1	0
Escalera	1	0
Conos pequeños naranjos	10	0
Balón de yoga con bombín	3	0
Soporte de argollas corella	1	0
Emboque aros de madera	1	0
Hamaca	1	0
Espejo cuadrículado ruedas	1	0
Piscinas pelotas pequeña	1	0
Cuña	2	0
Cilindros amarillos	2	0
Vestibulador	1	0
Colchonetas	4	0
Trompo equilibrio	1	0
Colchonetas	8	0
Colchoneta plegable	2	0
Patineta	1	0
circuito de estimulación	1	0

Velcro	8 rollos	0
Cojín sensorial	2 unidades	0
Pinzas	1	0
Juego Familia Cara de papa	1	0
Dedales para pintar	6 u	0
Pedalera	1	0
Platillo de freeman	1	0
Bosu	1	0
Banda de resistencia	1	0
Banda de resistencia	1	0
Banda de resistencia	1	0
Pelotas de futbol	2	0
Hand Gum	1	0
Set de huellas	1	0
Conos	1	0
Bandas loops	3	0
Hand grip	1	0
Mancuernas 1,5 kg	2	0
Mancuernas 2 kg	2	0
2. ÁREA ATENCIÓN CLÍNICA		
Box Clínico Multipropósito	2	0
Box Multipropósito	1	0
Otoscopio riester	2	0
Balanza digital pediátrica	2	0
Podoscopio	2	0
Monitor presión arterial	3	0
Oftalmoscopio de fibra óptica	2	0
Brazaletes monitor de presión arterial obeso	2	0
Tabla Tumbling E	2	0

Brazaletes monitor de presión arterial niños	3	0
Estetoscopio	2	0
Balanza con tallímetro	2	0
Especulo desechable otoscopio Riester	500	0
4.- UNIDAD DE FARMACIA		
Bodega Farmacia	0	0
4.- Recintos comunes de atención		
Sala Multiuso (Educación grupal, trabajo comunitario y auditorio)	1	0

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

Centro cuidados radiológicos

El Centro de Cuidados Radiológicos inicia en octubre de 2022, mediante reinversión de recursos PRAPS post pandemia COVID-19, permitiendo la implementación comunal del Programa de Imágenes Diagnósticas en APS. Este centro fortalece el diagnóstico precoz y la capacidad resolutoria, aportando acceso a mamografía, ecografía y radiografía convencional.

Su objetivo es asegurar diagnóstico oportuno y pertinente en condiciones de alta relevancia sanitaria como cáncer de mama, displasia de cadera infantil, patología biliar y neumonía adquirida en la comunidad, integrando estándares técnicos y de calidad diagnóstica.

La infraestructura y equipamiento cumplen lineamientos técnicos del programa, con brechas identificadas en climatización, telefonía interna y redundancia informática administrativa, actualmente en gestión.

Tabla 59: Recintos y Brechas Actuales Centro de cuidados radiológicos, CMVM.

Superficie	ACTUAL	BRECHA
	N°	N°
1.-UNIDAD IMAGENOLOGÍA		
Sala de procedimientos de mamografía tipo no invasivo	1	0
Mamógrafo	1	1

Aire acondicionado	1	0
Computador	1	0
Luz de emergencia	1	0
Termohigrómetro ambiental	2	0
Sala de procedimientos de ecografía tipo no invasivo	1	0
Ecógrafo	2	0
Camilla ginecológica	1	0
Aire acondicionado	0	2
Luz de emergencia	1	1
Termohigrómetro ambiental	1	1
Sala de procedimientos de rayos generales de tipo no invasivo	1	0
Equipo de rayos X	1	0
Aire acondicionado	1	0
Computador	1	0
Luz de emergencia	2	0
2.- RECINTOS COMUNES DE ATENCIÓN		
Sala Multiuso (Educación grupal, trabajo comunitario y auditorio)	0	1
Equipamiento (detallar por tipo en las filas sucesivas)	0	0
Recepción (2 puestos de trabajo)	0	0
Computadores	2	0
Teléfono intercomunicador	4	1
Teléfono móvil	1	1
Teléfono fijo	1	0
Impresora papel	1	0
DEA	1	0
Oxímetro de pulso	1	0
Glucómetro	1	0
Toma presión	1	0

Comedor	1	0
3.- ÁREA ADMINISTRATIVA SEGUNDO PISO (10 puestos de trabajo)	5	5
Teléfono fijo	1	3
Teléfono celular	2	0
Computadores	2	4
Nodo DICOM	1	0
Notebooks	2	2
Huellero	1	0
Impresora de placas mamografía	1	0
Impresora papel	1	1
Luces de emergencia	2	0

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

Actualmente se espera dentro del alcance del presente plan, poder modificar la localización del Centro a otras dependencias que permitan resolver la brecha de recintos y mejorar la capacidad resolutive e integrar nuevos servicios para la comuna.

Laboratorio clínico

Iniciado en 1991 y reubicado a su infraestructura actual en 2014, el laboratorio procesa exámenes respondiendo a la demanda según el perfil epidemiológico y demográfico de la comuna.

Cuenta con áreas equipadas para biología molecular, bioquímica, hematología, microbiología, serología, orina y parasitología. Su equipamiento atiende estándares para la red APS y facilita continuidad diagnóstica y seguimiento clínico.

Brechas observadas corresponden principalmente a renovación tecnológica programada para responder al crecimiento de la demanda.

Tabla 60: Recintos y Brechas Actuales Laboratorio clínico, CMVM.

Superficie	ACTUAL	BRECHA
	N°	N°
1.-ÁREA BIOLOGÍA MOLECULAR		
Equipamiento		
Gabinetes bioseguridad	2	2
Extractor material genético	2	2
Cámara de flujo	1	1
Termociclador	1	1
2.-ÁREA BIOQUÍMICA CLÍNICA		
Equipo química sanguínea y orina	1	2
Equipo Hormonas	1	2
Equipo Hemoglobina Glicada	1	2
Rotor	1	1
Centrífugas	3	3
3.ÁREA HEMATOLOGÍA		
Equipo contador hematológico	1	2
Equipo Coagulación	1	1
Equipo VHS	1	2
Microscopio	2	2
Piano contador hematológico digital	2	0
4.-ÁREA MICROBIOLOGÍA		
Equipo de identificación y sensibilidad de microorganismos.	1	2
Gabinetes bioseguridad	1	1
Vortex	1	1
Densichek	2	3
Esterilizador de asa	3	3
Estufas	2	2

Microscopio	2	2
5.-ÁREA ORINA Y PARASITOLOGÍA		
Equipamiento (detallar por tipo en las filas sucesivas)	1	2
Equipo análisis orina completa	1	2
Equipo análisis sedimento urinario	1	1
Campana de extracción de gases	1	1
Microscopio	1	1
Centrífuga	1	1
6. ÁREA SEROLOGÍA		
Equipamiento (detallar por tipo en las filas sucesivas)	0	1
Equipo automatizado de RPR	1	1
Microscopio	1	1
Baño Termorregulado	2	2
Rotor orbital serológico	1	1
Lector placas	1	1
4.- Recintos comunes de atención		
Sala Multiuso (Educación grupal, trabajo comunitario y auditorio)	1	1

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

Se espera dentro del periodo poder presentar proyectos de desarrollo que permitan mejorar la capacidad del laboratorio, en virtud de poder dar respuesta las necesidades de los centros de salud, que permitan abordar una mayor cantidad de población con respecto a sus controles de salud .

Droguería

La Droguería se origina en los años 90 como farmacia periférica asociada al CESFAM Nueva Aurora, y evoluciona a bodega central alrededor del año 2000, formalizándose como Droguería Comunal en 2008 y trasladándose en 2016 al Complejo de Salud de Gómez Carreño. Su función es asegurar la gestión, almacenamiento y distribución normada de medicamentos, insumos y dispositivos médicos para toda la red APS, garantizando trazabilidad, cadena de frío, control de inventario y seguridad sanitaria.

El crecimiento de la red APS y la incorporación de nuevos programas ha generado déficit de espacio y equipamiento logístico, por lo que la corporación se encuentra avanzando en un proyecto de ampliación.

Tabla 61: Recintos y Brechas Actuales Droguería, CMVM.

Superficie	ACTUAL	BRECHA
	N°	N°
1.-ÁREA RECEPCIÓN		
Mesa de recepción	1	1
Área de cuarentena 2 pallets de 100x110	2	2
2.-ÁREA REVISIÓN		
Mesón de revisión	3	2
3.ÁREA PREPARACIÓN		-
Mesón de preparación	1	3
Bandejas azules	300	50
Escabeles	300	50
4.- RECINTOS COMUNES DROGUERIA		
Sala de reuniones (13 sillas, una mesa grande)	0	1
5- SALA DIGITACIÓN PEDIDOS		
(computadores, escritorios, silla escritorio) 6 puestos de trabajo	6	2
6- AREA DE REFRIGERACION		

Equipo de refrigeración 1 9,40 L	2	1
Equipo de refrigeración 2 3,60 L	2	1
7- ÁREA ADMINISTRATIVA CANT 1		
Mueble archivo 200 x40x38 cm	2	2
8- COMEDOR		
Sillas comedor	7	12

El proyecto de ampliación de Droguería se encuentra completamente realizado, y se espera dentro del periodo del presente plan poder acceder a financiamiento de inversión para su ejecución.

Unidad de medicina complementaria UMC

Desde 2017, Viña del Mar desarrolla un modelo comunal pionero en medicina complementaria, gratuito y articulado a la red APS. La unidad ofrece terapias complementarias basadas en evidencia y tradición integrativa, como acupuntura, auriculoterapia, reiki, meditación y sonoterapia.

Su propósito es complementar intervenciones biomédicas, especialmente en salud mental, dolor crónico, control de ansiedad y bienestar integral. Cuenta con salas de atención y equipamiento especializado para terapias integrativas. Para el desarrollo de este plan de salud, se plantea la propuesta de reformulación, incorporando estas actividades al desempeño en el contexto de la Sala de Rehabilitación de CESFAM Profesor Eugenio Cienfuegos, con actividades descentralizadas en el territorio.

Tabla 62: Recintos y Brechas Unidad de Medicina Complementaria, CMVM.

Superficie	ACTUAL	BRECHA
	Nº Recintos	Nº Recintos
Sala de procedimientos: Acupuntura	1	0
Sala de procedimientos: Reiki y Moxibustión	1	0
Sala procedimientos: Auriculoterapia-Naturopatía	1	0
Sala Multiuso (Educación grupal, trabajo comunitario y auditorio)	0	0

EQUIPOS GENERALES		
Computadores	6	0
Notebooks	3	0
Celulares	1	0
Impresora	3	0
Aire acondicionado	1	0
Proyector	1	0
Balanza adulto	1	0
Tallímetro	1	0
Esfingomanómetro digital	2	0
INSTRUMENTOS		
Gong 50 cms	1	0
Tambor chamánico con baqueta	1	0
Cuenco de cuarzo 35 cms con baqueta	1	0
Flauta bambú nota FA	1	0
Hand Pan con 2 baquetas	1	0
Cuenco de cuarzo distintos tamaños con baqueta	2	0
Cuencos de metal distintos tamaños	5	0
Palo de agua distintos tamaños	3	0
Koshi	2	0
Atril de madera	2	0
Pajarito de greda y agua	3	0
Sonajero chamanico	1	0
Tambor de trueno	1	0
Baquetas diversos tamaños	5	0
Tubalofono de sonido espiral con baqueta	1	0

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

Farmacias (sucursal Von Schroeders y Viña centro) y óptica municipal

Las farmacias municipales inician en 2016 para mejorar acceso a medicamentos y reducir gasto de bolsillo. En 2020 se trasladan al centro de la ciudad para mayor acceso territorial y en 2024 se inaugura un nuevo dispositivo que integra farmacia, óptica comunal y recetario magistral pionero a nivel nacional, ampliando la oferta a formulaciones personalizadas y ayudas visuales.

Ambos dispositivos cuentan con áreas clínicas, almacenamiento regulado, cadena de frío, zonas de preparación y equipamiento acorde a normativa sanitaria.

Caracterización de Farmacia Comunal sucursal Von Schroeders

Tabla 63: Recintos y Brechas Farmacia Comunal, CMVM.

Superficie	ACTUAL	BRECHA
	N°	N°
Unidad de farmacia		
Despacho Farmacia	3	0
Box Químico Farmacéutico / Fraccionamiento	1	0
Bodega Farmacia	1	0
Equipamiento:		
Computadores	4	0
Sillas funcionarias	5	0
Aire acondicionado	3	0
Refrigerador medicamentos	1	0
Termómetro	3	0
Recintos comunes de atención:		
Sala Multiuso (Educación grupal, trabajo comunitario y auditorio)	0	0
Equipamiento (detallar por tipo en las filas sucesivas)	2	0

-Mueble documentos		
--------------------	--	--

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

Caracterización de Farmacia y óptica municipal

Tabla 64: Recintos y Brechas Farmacia y Óptica Municipal, CMVM.

Superficie	ACTUAL	BRECHA
	N°	N°
Unidad de farmacia		
Despacho Farmacia	5	0
Box Químico Farmacéutico / Fraccionamiento	1	0
Bodega Farmacia	1	0
Equipo refrigeración Matos 220 L	1	1
Sillas funcionarios dispensación	2	3
Unidad de óptica		
Sala de ventas	1	1
Bodega	1	1
Equipamiento (detallar por tipo en las filas sucesivas)	1	1
- Escritorio 2.0 m x 1.0 m	1	1
- Silla ergonómica	1	1
- Computador escritorio		
Recetario magistral		
Área Sucia y Área limpia	1	1
Bodega recetario	2	0
Área preparación semisólidos-líquidos	1	1
Área preparación sólidos	1	1
Equipamiento (detallar por tipo en las filas sucesivas)	0	1

- Equipo refrigeración Matos 220 L	0	1
- pHímetro digital	0	1
- Deshumidificador de aire 12L		
Recintos comunes de atención		
Sala Multiuso (Educación grupal, trabajo comunitario y auditorio)	1	0
- sillas sala reuniones	5	10
Equipamiento (detallar por tipo en las filas sucesivas)		
- Mueble archivo	2	4

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

Dotación de funcionarios de Atención Primaria de la Comuna de Viña del Mar

El fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (APS) constituye uno de los pilares del sistema sanitario chileno, siendo la Ley N.º 19.378, que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, el instrumento jurídico que regula las condiciones de contratación, jornada y funciones del personal que presta servicios en los establecimientos de salud comunales. Esta normativa asegura la estabilidad y continuidad de los equipos de salud, garantizando la provisión de cuidados integrales, continuos y de calidad a la población.

Contar con una dotación suficiente y adecuada en horas contratadas bajo la Ley N.º 19.378 permite garantizar la cobertura efectiva de las prestaciones de salud, la ejecución de los programas ministeriales, y la implementación de estrategias locales orientadas a mejorar los resultados sanitarios. La disponibilidad de personal con jornada y funciones bien definidas es esencial para la resolutivez de la red APS, la atención oportuna y la promoción del bienestar en las comunidades, en coherencia con los principios del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS).

El MAIS propone una atención centrada en las personas, las familias y las comunidades, articulada por equipos multidisciplinarios que reconocen los contextos sociales, culturales y territoriales donde se desarrollan los procesos de salud y enfermedad. Para que este modelo sea viable, se requiere una dotación estable y comprometida, que asegure continuidad de cuidados, coordinación intersectorial y trabajo comunitario sostenido.

La planificación y asignación adecuada de horas contratadas permite materializar los tres principios irrenunciables del modelo:

- Centrado en las personas: profesionales disponibles y con carga horaria suficiente para establecer vínculos longitudinales y relaciones terapéuticas basadas en la confianza y el respeto.
- Integralidad: capacidad de los equipos para abordar las necesidades biopsicosociales de la población, incorporando acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- Continuidad del cuidado: recursos humanos que garanticen la atención permanente y coordinada entre los distintos niveles de la red asistencial.

La dotación regulada por la Ley N.º 19.378 debe alinearse con los principios de calidad y seguridad asistencial, asegurando que cada establecimiento cuente con los recursos humanos necesarios para cumplir los estándares de acreditación y las metas sanitarias. La gestión del recurso humano es un componente esencial del sistema de calidad institucional, ya que el desempeño y bienestar del personal determinan directamente la satisfacción de los usuarios y la efectividad de las intervenciones sanitarias.

Asimismo, los equipos de salud son actores clave para abordar los determinantes sociales de la salud (DSS), comprendiendo las condiciones estructurales e intermedias —como la educación, el empleo, la vivienda o el entorno social— que influyen en los resultados sanitarios. Una planificación de dotación adecuada permite fortalecer las acciones de promoción, prevención y participación

comunitaria, necesarias para reducir inequidades y avanzar hacia un enfoque de salud integral y territorial.

La población per capitada (273.353 usuarios) representa el 81,6% del Censo 2024, y se requiere contar con recurso humano suficiente para poder dar respuesta a la necesidad de la población de Viña del Mar.

Dotación APS Viña del Mar año 2026

Para el año 2026, la dotación presentada al Servicio de Salud Viña del Mar Quillota para los establecimientos de atención primaria de salud de la comuna de Viña del Mar registra un total de 273.353 inscritos per cápita. Cabe señalar que actualmente el Servicio de Salud se encuentra en proceso de validación de la dotación propuesta como establece la normativa correspondiente.

Tabla 65: Dotación APS Viña del Mar presentada al Servicio de Salud (2026)

Categoría	Cargo	N° funcionarios	N° Horas Semanales
A	Dirección establecimiento	11	484
A	Bioquímico(a)	0	0
A	Médico(a)	181	6.380
A	Odontólogo(a)	69	2.365
A	Químico Farmacéutico	6	264
A	Total A	267	9.493
B	Dirección establecimiento	11	462
B	Asistente Social	39	1.529
B	Enfermera(o)	123	4.983

B	Fonoaudiólogo(a)	1	22
B	Ingeniero(a)	8	352
B	Kinesiólogo(a)	41	1.606
B	Matrón(a)	50	2.046
B	Nutricionista	41	1.540
B	Profesor(a)	0	0
B	Psicólogo(a)	41	1.430
B	Tecnólogo(a) Médico(a)	16	638
B	Terapeuta Ocupacional	14	451
B	Educador de Párvulo	7	286
B	Tecnólogo en deporte	1	22
B	Total B	393	15.367
C	TENS	279	11.847
C	TANS	136	5.896
C	TONS	58	2.189
C	Total C	473	19.932
D	Técnico de salud	22	825
D	Total D	22	825
E	Administrativo	61	2.398
E	Total E	61	2.398
F	Auxiliar de Servicio	77	3.025
F	Conductores Ambulancias	14	550
F	Conductores de Móviles	28	1.210
F	Total F	119	4.785
	Facilitadores Interculturales	0	0
	TOTAL GENERAL	1.335	52.800

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

El estudio "Caracterización de los profesionales de la salud en Chile" publicado por el Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud (marzo 2025), ajusto la tasa de

profesionales por 10.000 habitantes utilizando la proyección poblacional del Instituto de estadística de Chile, y se obtienen los datos presentes en la siguiente tabla:

Tabla 66: Tasa nacional de profesionales por 10.000 habitantes, año 2024.

Profesión	Profesionales registrados SIS	Profesionales incluidos muestra	Tasa X 10.000 hab.
Bioquímicos	4.741	4.042	2,4
Cirujanos Dentistas	34.861	31.390	17,4
Enfermera/ Matrona	3.251	2.999	1,6
Enfermeras	90.134	85.777	44,9
Químico Farmacéuticos	15.375	14.380	7,7
Fonoaudiólogos	23.329	21.559	11,6
Kinesiólogos	45.399	41.509	22,6
Matronas	21.883	19.972	10,9
Médicos Cirujanos	71.535	63.297	35,6
Nutricionistas	28.750	26.746	14,3
Psicólogos	93.715	86.636	46,7
Tecnólogos Médicos	25.085	23.581	12,5
Terapeutas Ocupacionales	18.376	17.301	9,2
Total	476.424	439.189	

Fuente: Superintendencia de Salud, 2025.

Al ajustar el número de profesionales de la salud por tasa de 10.000 habitantes, se observa que los profesionales con mayor representación son, Psicólogos/as, Enfermeros/as y Médicos/as Cirujanos/as

Según el estudio "Caracterización de los profesionales de la salud en Chile" (Superintendencia de Salud, 2025), que analiza los registros de profesionales activos en el país, la Región de Valparaíso se posiciona como la tercera región con mayor número de profesionales de la salud:

Tabla 67: Distribución Nacional por Profesión 2020-2024

Profesion	Regiones															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Bioquímicos	18	107	22	58	366	103	89	487	160	151	16	24	2.212	186	15	28
Cirujanos Dentistas	393	908	322	1.102	3.041	1.202	1.570	3.667	1.851	1.511	168	301	13.772	722	189	671
Enfermera/Matrona	11	21	13	52	490	86	83	31	26	45	12	8	2.086	12	8	15
Enfermeros	1.522	2.816	991	3.108	8.086	3.645	4.505	10.392	5.270	4.195	374	1.170	34.027	2.131	1.212	2.333
Farmacéuticos y Químico Farmacéuticc	272	413	128	372	1.431	429	459	1.400	540	530	49	115	7.608	322	103	209
Fonoaudiólogos	322	455	182	876	2.406	917	1.637	2.458	1.753	1.145	96	281	7.764	443	120	704
Kinesiólogos	797	1.392	541	1.942	4.327	1.717	2.568	4.226	2.480	1.988	192	554	16.442	955	688	700
Médicos Cirujanos	790	1.552	547	2.105	5.691	2.208	2.797	5.569	2.967	2.677	326	523	32.681	1.256	520	1.088
Matrones	330	765	264	543	1.903	818	1.266	2.238	1.158	1.041	110	161	8.088	467	401	419
Nutricionistas	388	747	358	1.257	2.754	1.020	1.554	3.569	1.636	1.200	99	283	10.307	475	341	758
Psicólogos	1.735	2.653	1.071	3.349	8.940	2.937	4.488	6.609	4.134	3.901	394	729	40.917	1.817	1.394	1.568
Tecnólogos Médicos	353	856	209	751	2.354	861	1.035	2.315	1.641	1.327	124	220	10.005	521	663	346
Terapeutas Ocupacionales	164	200	94	395	1.884	999	529	1.796	1.641	846	91	318	7.420	592	107	225
Total	7.095	12.885	4.742	15.910	43.673	16.942	22.580	44.757	25.257	20.557	2.051	4.687	193.329	9.899	5.761	9.064

Fuente: Superintendencia de Salud, 2025.

A partir del estudio publicado por la Superintendencia Salud se realizó una tabla comparativa para evaluar la dotación presentada al servicio de salud Viña del Mar Quillota para el año 2026 y la distribución de profesionales de la salud en la Atención Primaria de Salud de la Comuna de Viña del Mar, con la tasa de distribución nacional y regional. Se utilizó como base la población INE 2024 y la población inscrita y per capitada en los centros de Atención Primaria de la Salud y se transformaron las horas totales contratadas por profesión a una razón de 44 horas/ 1 profesional de la salud.

Tabla 68: Comparación APS Viña del Mar vs Tasas Nacional y Regional

Profesión	Tasa x 10.000 hab. Nacional	N° Profesionales / 10.000 hab. Región de Valparaíso	N° de Jornadas 44 hrs equivalentes - Total Profesionales APS Viña del Mar (Pob. INE 2024)	N° de Jornadas 44 hrs equivalentes - Total Profesionales APS Viña del Mar (Pob. Per Cápita 2025)
Bioquímicos	2,4	n/a	n/a	n/a
Cirujanos Dentistas	17,4	15	1,4	1,9
Enfermera/Matrona	1,6	n/a	n/a	n/a
Enfermeras	44,9	39,9	3,0	4,1

Químico Farmacéuticos	7,7	n/a	0,2	0,2
Fonoaudiólogos	11,6	n/a	0,0	0,0
Kinesiólogos	22,6	21,4	1,0	1,3
Matronas	10,9	n/a	1,2	1,7
Médicos Cirujanos	35,6	28,1	3,9	5,3
Nutricionistas	14,3	n/a	0,9	1,3
Psicólogos	46,7	44,1	0,9	1,2
Tecnólogos Médicos	12,5	n/a	0,4	0,5
Terapeutas Ocupacionales	9,2	n/a	0,3	0,4

Fuente: Elaboración propia Corporación Municipal de Viña del Mar, 2025.

Se evidencia que tanto la tasa nacional como la regional de Valparaíso muestran un mayor número de profesionales por cada 10.000 habitantes. Sin embargo, al comparar estas tasas con la disponibilidad de profesionales en la Atención Primaria de Salud de Viña del Mar, se observa una reducción significativa.

Este análisis revela una paradoja crítica en el sistema de salud: mientras que Chile cuenta con una cantidad considerable de profesionales de la salud a nivel nacional y la región de Valparaíso se posiciona como la tercera región con mayor número de profesionales (43.673), la disponibilidad efectiva de estos profesionales en la Atención Primaria de Salud es notoriamente menor.

La brecha entre la existencia de profesionales en el sistema y su presencia en la APS plantea interrogantes fundamentales sobre la distribución del recurso humano en salud. Esta situación sugiere que los profesionales se concentran principalmente en otros niveles de atención o en el sector privado, dejando a la atención primaria —primer punto de contacto de la población con el sistema de salud— con una dotación disminuida para cumplir cabalmente con los programas y prestaciones establecidas en el Decreto Per Cápita.

Esta aparente contradicción no es producto de un error metodológico, sino que revela diferencias fundamentales en los objetivos, alcances y filosofías de cada sistema de medición, el modelo existente permite alcanzar sólo un estándar mínimo operacional para garantizar la ejecución de programas específicos establecidos en el Decreto Per Cápita, se basa en el cumplimiento de actividades predefinidas y metas sanitarias específicas, considera únicamente las prestaciones financiadas por el per cápita, no contempla de forma suficiente la demanda espontánea ni las necesidades emergentes de salud y de la población y fue desarrollado en un contexto de recursos limitados y que debe ser financieramente sostenible.

Por el contrario, las tasas de profesionales por cada 10.000 habitantes a nivel nacional y regional representan la disponibilidad real y actual de recursos humanos en el sistema de salud chileno, incluyendo todos los niveles de atención (primario, secundario, terciario) y sectores (público y privado), incluye los profesionales en atención primaria, hospitales, clínicas privadas, centros especializados, representa la capacidad instalada real del país para responder a necesidades de salud y considera la formación de profesionales y su incorporación al mercado laboral.

El análisis comparativo revela que la APS de Viña del Mar opera en un modelo de cumplimiento que permite ejecutar programas básicos, pero significativamente distante de la capacidad resolutive y accesibilidad que caracteriza al sistema de salud en su conjunto.

Es fundamental reconocer que cumplir con el Modelo de Salud Familiar 3 no equivale a contar con una dotación adecuada según estándares nacionales y regionales de disponibilidad de profesionales, y que la APS debe aspirar a convertirse en un nivel de atención que refleje la verdadera capacidad del sistema de salud chileno.

El Sistema de Salud debe posicionarse no solo como un sistema de gestión mínima de la demanda, sino como una herramienta de transformación y mejora continua, que aspire a estándares de excelencia y no solo de cumplimiento estandarizado. Solo así la atención primaria podrá cumplir efectivamente su rol como pilar fundamental del modelo sanitario y del derecho a la salud y garante de equidad para toda la población

Dotación de Equipamiento Tecnológicos en la Atención Primaria de la Comuna de Viña del Mar

La era digital ha transformado la forma en que vivimos, trabajamos y nos comunicamos, integrando la tecnología en casi todos los aspectos de la vida diaria. En el ámbito de la salud, el desarrollo tecnológico permite mejorar la atención clínica, la eficiencia de los procesos administrativos, el monitoreo de pacientes, el confort de pacientes y funcionarios. Así, la tecnología se convierte en un aliado clave para el desarrollo, la conectividad y la calidad de los servicios de salud en la sociedad moderna.

Por ello, ser conscientes de las capacidades tecnológicas disponibles constituye un elemento para asegurar una atención de salud de calidad, segura y eficiente en la Atención Primaria. De acuerdo con el Decreto N° 577, que regula la administración de los bienes muebles fiscales, cada institución debe mantener un inventario actualizado de todos los bienes corporales que pueden transportarse de un lugar a otro sin alterar su naturaleza o estructura. Asimismo, la Norma Técnica N° 226 sobre Trazabilidad de Equipamiento Médico dispone que se cuente con un sistema de registro que permita identificar, ubicar y seguir cada dispositivo médico a lo largo de todo su ciclo de vida, desde su adquisición hasta su baja o disposición final. En este sentido, todos los dispositivos médicos deben estar debidamente identificados, registrados y actualizados en cada centro de salud.

Por lo tanto, los centros de salud deben contar con un inventario completo y actualizado de todo su equipamiento, especialmente el tecnológico, ya que estos equipos cuentan con una vida útil limitada definida por el fabricante que puede verse reducida por factores como la obsolescencia tecnológica, el desgaste por uso, falta de técnicos disponibles o la escasez de repuestos. Como consecuencia, mantener un inventario detallado permite gestionar de manera eficiente su reposición y garantizar su funcionamiento.

En este contexto, se realizó un levantamiento de información sobre los equipamientos disponibles en la comuna, con ayuda de las orientaciones de los Requisitos de Información Sectorial del Sector de Salud, Subsector de Baja Complejidad, Atención Primaria de Salud en el listado de Programación Médica de Equipamiento (PME). Sin embargo, una de las principales brechas identificadas corresponde a la necesidad de disponer de un inventario consolidado y actualizado de los equipos tecnológicos en tiempo real, lo que dificulta la trazabilidad, control y planificación de inversiones en

mantención, renovación o reposición.

A continuación, se presenta un cuadro resumen de la disponibilidad de equipamiento tecnológico que se encuentra en la comuna, distribuidos por CESFAM incluyendo SAPU, CECOSF Y Unidades Transversales. Es importante precisar que el catastro considera únicamente los equipos que se encuentran operativos y en uso, excluyendo aquellos fuera de servicio, con fallas o en proceso de mantención, con el fin de reflejar con precisión la capacidad tecnológica real disponible en los recintos, por lo que se considerara como una brecha a superar estos equipos que no se consideraran en el listado.

A ello se suma la existencia de equipos médicos sin uso, sin registros de mantención o fuera de servicio por fallas, lo que refleja una gestión ineficiente de los recursos tecnológicos disponibles.

Tabla 69: Resumen de la disponibilidad de equipos tecnológicos disponibles en Viña del Mar, 2025.

USO	EQUIPAMIENTO	CESFAM SAPU	CECOSF	UNIDADES TRANSVERSALES	TOTAL
Informática y Comunicación	Computadores	656	82	95	833
	Notebooks	81	12	28	121
	Celulares	110	18	15	143
	Tablets	9	1	0	10
	Impresoras	44	7	16	67
	Impresoras Térmicas Voucher	60	8	7	75
	Impresoras Térmicas Etiquetado	26	8	14	48
	Etiquetadoras	4	0	2	6
	Proyectores	25	5	8	38
	Totems	8	1	0	9
	Televisores	38	8	6	52
	Radiocomunicaciones	19	0	0	19
	Teléfono intercomunicador	221	37	32	290
	Equipos de Amplificaciones	9	0	0	9

	Huelleros Digitales	111	16	5	132
Climatización y Energía	Aire Acondicionados	43	6	39	88
	Calderas	5	0	1	6
	Luces de Emergencia	77	13	17	107
Oficina y Apoyo	Microondas	46	10	15	71
	Hervidor Dispensador de Agua	25	6	6	37
Equipamiento Médico	Balanza Pediátricas	154	24	2	180
	Balanza Adultos	191	31	3	225
	Tallímetros Pediátricos	138	16	2	156
	Tallímetros Adultos	164	26	3	193
	Toma Presión	287	38	8	333
	Otoscopio	30	5	4	39
	Oftalmoscopio	10	4	3	17
	Oto oftalmoscopio	6	1	0	7
	Podoscopio	34	7	0	41
	Set de Podología	12	2	0	14
	Termómetro T° (Pistola)	45	8	0	53
	Termohigrómetro o Ambiental	90	9	20	119
	Oxímetro de Pulso	51	14	2	67
	Glucómetros	39	9	1	49
	Electrocardiógrafos	14	5	0	19
	Desfibrilador externo	17	4	3	24
	Monitores Multiparámetros	11	2	1	14
	Monitor Desfibrilador	5	0	0	5
	Máquina de Aspiración	9	0	2	11

Holter de Presión	12	0	0	12
Ambulancias	7	0	0	7
Sillón Dental	35	3	1	39
Equipo Rayos Dental	3	0	1	4
Lampara Foto Curado	32	3	1	36
Refrigeradores de Vacuna	24	2	0	26
Refrigeradores de Fármacos	11	3	5	19
Data Logger	36	3	2	41
Congeladores	14	1	4	19
Espirómetros	11	1	0	12
Flujómetros	45	5	0	50
Bomba de Aspiración	15	1	0	16
Estimuladores (TENS)	28	0	2	30
Ultrasonido	1	0	0	1
Calentadores de Compresas	5	0	0	5
Caminadoras	3	0	0	3
Bicicletas	11	0	1	12
Ecógrafos	2	0	2	4
Detector de Latidos Cardio Fetales	37	4	0	41
Equipos de rayos X.	0	0	1	1
Equipo de Mamografía	0	0	1	1
Electrobisturí	0	0	1	1
Equipo Oftalmológicos	0	0	36	36
Equipos Otorrinolaringología	0	0	8	8
Equipos Laboratorio	0	0	142	142

Fuente: Elaboración propia, registros corporación municipal de viña del mar.

Del análisis de la dotación de equipamiento tecnológico en la Atención Primaria de la comuna de Viña del Mar se identifican brechas significativas relacionadas con la cantidad, estado operativo e identificación del equipamiento. Si bien existe una base instalada considerable de equipos informáticos (computadores, notebooks e impresoras), se observa una baja disponibilidad de dispositivos móviles como tablets y celulares institucionales, proyectores y equipos de radiocomunicación. Se considera importante implementar equipos de radio para la preparación ante emergencias y desastres.

Tal como se señaló en forma precedente, el catastro no incluye equipos desusados o inutilizados por fallas. En este mismo contexto se verifica la falta de sistemas de información asociadas a fallas, mantenimientos correctivos, calibraciones, vida útil, inutilización por falta de repuestos y/o accesorios. Por lo tanto, fortalecer los mecanismos de registro, control y actualización del inventario tecnológico, junto con priorizar recursos destinados a la reposición, mantención y capacitación en el uso de los equipos. Con estas medidas, se busca reducir la obsolescencia tecnológica y maximizar el rendimiento de los equipos disponibles, para garantizar una atención segura y oportuna a los usuarios.

Dotación de Plataformas y/o Softwares Informáticos en la Atención Primaria de la Comuna de Viña del Mar

En la Atención Primaria, los sistemas informáticos y plataformas digitales son herramientas estratégicas que permiten utilizar la información clínica y administrativa de manera eficiente, optimizando la coordinación entre profesionales y la toma de decisiones. Su correcto funcionamiento depende de la disponibilidad, actualización, mantenimiento y compatibilidad entre los sistemas, ya que fallas u obsolescencia pueden afectar la continuidad y calidad de la atención.

El uso de estas herramientas digitales de uso en la Atención Primaria no solo responde a necesidades operativas de los establecimientos, sino que también está respaldado por un marco normativo. La Ley N° 21.668 sobre interoperabilidad de fichas clínicas garantiza que la información de salud pueda

ser compartida de manera segura y centralizada entre los distintos establecimientos de salud, facilitando la continuidad del cuidado del paciente y evitando duplicidades en la atención. Por su parte, la Ley N° 21.459 de ciberseguridad establece estándares y medidas obligatorias para proteger la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos frente a posibles riesgos informáticos, contribuyendo a la seguridad de la información clínica y administrativa y fortaleciendo la confianza en el uso de estas tecnologías.

Con fines de catastrar el desarrollo de la red local se realizó un levantamiento de los softwares presentes en los establecimientos de Viña del Mar, incluyendo sistemas de gestión clínica (historia clínica electrónica, plataformas de exámenes, entre otros) y software administrativo. Sólo se consideraron programas operativos y en uso, descartando aplicaciones descontinuadas o fuera de servicio, para reflejar la capacidad tecnológica real.

Tabla 70: Software en establecimientos de atención primaria de Viña del Mar, 2025.

Plataforma / Software	Proveedor	Definición	Uso
Google Workspace	Google	Suite de herramientas de productividad y colaboración basada en la nube que incluye aplicaciones como Gmail, Calendar, Drive, Meet, Docs, Sheets y Slides	Permite la creación, edición y gestión de documentos, hojas de cálculo y presentaciones, además de mejorar la comunicación y colaboración entre equipos y almacenamiento en la nube.
Office 365	Microsoft	Paquete de software de productividad basada en la nube que incluye aplicaciones de Microsoft como Word, Excel, PowerPoint y Outlook, además de servicios como Teams y OneDrive	Facilita el trabajo colaborativo, la comunicación interna y el almacenamiento de información en la nube, permitiendo la gestión eficiente de documentos y reuniones en línea.
AVIS LATAM	Rayen Salud	Software de gestión y registro clínico electrónico	Se utiliza para registrar, almacenar y gestionar la información clínica de los pacientes, facilitando el acceso y la trazabilidad de los antecedentes médicos en los establecimientos de salud.

IRIS LAB	Intersystems	Software de gestión orientado a servicios de laboratorios clínicos	Permite administrar los procesos de laboratorio, incluyendo el registro de muestras, análisis, resultados y reportes, optimizando la trazabilidad y eficiencia en la atención.
MRIS	IngMedical	Software de gestión orientado a servicios de imagenología	Gestiona el flujo de trabajo en los servicios de diagnóstico por imágenes, interpretación de imágenes, la solicitud hasta el almacenamiento y visualización de resultados radiológicos.
OPTICA BACK LINE	Backline SPA	Software de gestión orientado a servicios de Farmacia	Permite controlar el stock, la dispensación y trazabilidad de medicamentos, optimizando la gestión de inventario y la atención farmacéutica a los pacientes.
SISTEMED	ISATEC	Plataforma de servicios de telemedicina y e-salud, orientada a entregar servicios de diagnóstico y apoyo al tratamiento médico, de manera oportuna y con altos estándares de calidad.	Facilita la atención médica a distancia, el intercambio de información clínica y la coordinación entre profesionales de la salud para diagnósticos y tratamientos de los electrocardiogramas realizados.
SPACELABS	ISATEC	Plataforma de gestión cardiológica basado en la web, proporciona conectividad y seguridad de vanguardia para gestionar todas las necesidades de análisis de hipertensión y cardiología diagnóstica	Se utiliza para monitorear, analizar y almacenar información cardiológica, mejorando la continuidad del seguimiento clínico de los monitoreos ambulatorios de presión arterial realizados.

Fuente: Elaboración propia registros Corporación Municipal de Viña del Mar

Aunque se han implementado sistemas digitales en la comuna, todavía hay brechas importantes que dificultan que se usen de manera efectiva. Uno de los problemas principales es que los distintos sistemas de salud no se encuentran integrados con AVIS. Esto provoca que falte información clínica del paciente, que los datos no se actualicen a tiempo y que sea difícil acceder a todo desde un solo lugar. Esta falta de integración afecta la continuidad de la atención, aumenta el riesgo de errores y hace que los procesos administrativos sean más lentos. El desafío de avanzar en la integración digital

de las diferentes plataformas que contienen datos clínicos es sin duda un avance importante que tanto la comuna como el país deben tener presente para las próximas décadas.

Otro gran desafío a resolver es la formación del personal de salud, quienes no siempre están capacitados para el uso de estas herramientas generando resistencia al cambio que puede afectar la calidad en la atención, entre otros.

Oficina de Calidad y seguridad de la Atención

Una organización se expresa en la sociedad como tal cuando expone su ser, pensar y actuar a través de revelar sus características ante otros grupos humanos. Estos elementos particulares en su conjunto constituyen la cultura organizacional es decir todas aquellas creencias, expectativas, ideas, valores, actitudes y conductas compartidas por los integrantes de una organización (Schein, 1988). La cultura de la organización incluye los comportamientos, una filosofía, reglas y un clima que se evidencian por la disposición y la forma en que los integrantes de dicha organización interactúan con sus clientes o usuarios. Cada empresa con el transcurso de los años ha creado una cultura organizacional propia y distintiva que se origina de su historia, ubicación geográfica o posición en el mercado y si bien, cada integrante aporta sus propias experiencias y saberes, todos se arriesgan a ser absorbidos o reducidos ante el contexto propio y prevaleciente de la cultura institucional a la que se integran.

De este modo, cada particularidad diferenciadora de la empresa y que no sea fácilmente imitable por sus competidores, puede convertirse en ventaja competitiva y en un activo estratégico que sea causal de éxito. Tal como analiza Cubillos (2008) los japoneses reconocieron a la calidad como uno de estos activos ventajosos de logro. Las organizaciones interesadas en la calidad de sus productos o servicios buscan generar cambios en la forma de hacer las cosas a través de herramientas como la mejora continua e instan a la superación de todos sus integrantes hacia un aprendizaje permanente en la vida laboral.

La institución comprende que la cultura de la calidad representará el compromiso de la organización y sus integrantes con el éxito de los programas implementados para dar satisfacción al cliente. El cambio de la organización hacia una cultura de la calidad deberá sustentarse en la dinámica propia

que se instale y materialice como su patrimonio particular capaz de trascender en el tiempo. Sin embargo, para que los trabajadores y las organizaciones que los contienen sean capaces de responder a las necesidades de sus usuarios o clientes deberán identificar, acordar y comprender qué esperan éstos respecto del producto o servicio recibido para calificarlo como uno de calidad y con ello crear mecanismos que los hagan culturalmente distintivos.

Consensuar qué entenderá la empresa, sus propietarios y trabajadores por calidad es una de las primeras responsabilidades para culturizar en este ámbito a la organización. Aunque la mayoría usa el término "calidad" de una forma que se cree que tiene sentido y es entendible para cualquiera, se sabe que una definición útil de calidad, no es fácil de desarrollar. Las diferentes definiciones generadas a lo largo del tiempo respecto de la calidad (Shewhart, 1931; Crosby, 1979; Ishikawa, 1991; Juran, 1996; Alcalde, 2009; Schonberger, Buzzel y Gale, 1987) finalmente se orientan a identificar dos aspectos que develan la complejidad del concepto y reconocen la subjetividad y relatividad como elementos esenciales de su definición.

En el caso específico de las instituciones que prestan servicios de salud, Palmer (1989) propone definir a la calidad como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles, logra la adhesión y satisfacción del usuario. Para Donabedian (2001) la calidad asistencial es "la obtención del mayor beneficio para el paciente, al menor costo y con el menor riesgo posible" y la Organización Mundial de Salud (1995) la entiende como "asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso".

Del mismo modo, que para el concepto genérico de calidad resulta casi imposible enunciar una definición específica de calidad de la atención de la salud porque no existe un criterio único o atributo que permita valorarla, dado que involucra al menos motivos éticos, de seguridad y de eficiencia.

Donabedian (2001) distinguió tres aspectos o componentes básicos de la calidad asistencial los científico-técnicos, los relacionados con el paciente y aquellos relativos al entorno en donde se desarrolla la atención sanitaria. Esta forma de traducir la abstracción del concepto de calidad en atributos más detallados que puedan representar calidad a través de la experiencia diaria que

expresan los pacientes, el equipo de salud y administradores se denominan dimensiones de la calidad. El valor sustancial que representan las dimensiones de la calidad se traduce en la posibilidad de ser medida, monitorizada, evaluada y, por tanto, mejorada.

Existen diferentes propuestas que identifican listados extensos o reducidos de las dimensiones de la calidad (Palmer,1983; Donabedian, 1988; Maxwell 1992; Consejo Europeo,1998; NHS ,1997; JCAHO, 1999; IOM,2001). Los estudios de la OMS(1995), de la American Public Health Association (2020) y Joint Comission on Accreditation of Hospitals (1994) permiten identificar a la efectividad, eficacia, eficiencia, seguridad, condiciones de las instalaciones, competencia profesional, científico-tecnológico, aceptabilidad, satisfacción profesional y oportunidad como dimensiones que operacionalizan la definición de calidad en salud.

En forma reciente se han identificado dimensiones emergentes que reflejan tendencias como la digitalización (Topol, 2015; OMS, 2021; INFRAM, 2022; EMRAm, 2023). Topol (2015) en su libro sobre el futuro de la medicina sugiere que la digitalización en salud ha transformado radicalmente la relación paciente-médico, empoderando a los usuarios en la gestión de su propia salud a través de dispositivos móviles y wearables. Otra dimensión definida como emergente es la experiencia del paciente (IOM 2015, The Beryl Institut, s.f.). Para The Beryl Institute (s.f) la experiencia del paciente se define como la suma de todas las interacciones, modeladas por la cultura de una organización, que influyen en la percepción del paciente a lo largo del proceso de atención. Incluye todos los puntos de contacto entre el paciente y el sistema de salud. Por último, se describe como una nueva dimensión de la calidad en salud a la sostenibilidad (OMS, 2020; EFQM, 2020; OCDE, 2022). Es la OMS (2020) quien declara que los sistemas y servicios de salud deber ser capaces de satisfacer las necesidades actuales sin comprometer la capacidad de las futuras generaciones para satisfacer las suyas.

Adoptar una definición propia de calidad, para introducirla como un valor en la organización requiere de un compromiso activo de la dirección. Como señala Deming este compromiso se materializa en la política de calidad que, para ser efectiva debe alinearse con la estrategia de la empresa (ISO 9001:2015). Así, el rol de los líderes es implementar herramientas que gestionen los procesos con el fin último de que los usuarios perciban los servicios como de alta calidad.

La gestión de calidad (ISO 9001:2015; EFQM, 2020; The Beryl Institute, s.f; Porter y Teisberg, 2006) se entiende como un sistema que integra a toda la organización en forma ágil y adaptativa utilizando

ciclos rápidos de mejora ajustándose en forma proactiva a los riesgos y cambios del entorno. La gestión debe ser impulsada por información y tecnología que midan, analicen, pronostiquen y mejoren el desempeño. En esencia, la gestión de calidad moderna es el motor de una organización que aprende, que se adapta para crear valor relevante y sostenible. Para ello, los gestores pueden utilizar herramientas como los modelos de gestión y los sistemas de gestión de la calidad que actúan como marcos referenciales para la mejora continua y el logro de los objetivos organizacionales.

Para Saturno (2005) los modelos de gestión de calidad en salud son esquemas de monitorización, mecanismos de detección de problemas circunscritos al conjunto concreto de criterios, estándares o indicadores que proponen evaluar, problemas que habría que someter a ciclos de mejora. Existen diversos modelos de gestión de la calidad, que previa adaptación pueden utilizarse en el ámbito de la salud como el modelo Malcolm Baldrige (NIST, 2023). Se orienta a la excelencia en la gestión de la empresa, otorgando importancia al enfoque al cliente y su satisfacción. Es importante destacar que el Modelo Chileno de Gestión de Excelencia está basado en el Modelo Malcolm Baldrige.

Un sistema de gestión de la calidad es el conjunto de elementos interrelacionados de una organización para establecer políticas, objetivos y procesos para lograr estos objetivos. El sistema de gestión de la calidad de una organización incluye la estructura organizacional, la planificación de la calidad, los procesos, los procedimientos y los recursos necesarios para implementar la gestión de la calidad. La implementación de un sistema de gestión de la calidad se realiza para satisfacer los requisitos del cliente y mejorar la satisfacción del cliente, así como para cumplir con los requisitos legales y reglamentarios aplicables. En Chile, y en el marco del modelo de acreditación de los establecimientos de salud los sistemas de gestión de la calidad son asimilables a los programas de gestión de calidad.

La implementación de un sistema de gestión de la calidad implica el desarrollo y la aplicación de políticas, objetivos de calidad y la identificación de los procesos necesarios para lograrlos. Estos procesos deben ser gestionados como un sistema, lo que significa que deben ser planificados, implementados, medidos y mejorados continuamente. En el ámbito de la salud, la implementación de un sistema de gestión de la calidad es particularmente importante debido a la naturaleza crítica de los servicios de salud. Un sistema de gestión de la calidad en salud puede ayudar a mejorar la seguridad del paciente, la efectividad de los cuidados, la eficiencia de los servicios y la satisfacción del paciente. Además, de colaborar con la organización para cumplir con los requisitos legales y reglamentarios, mejorar su reputación y competitividad en el mercado. Tal como señala ISO 9004:

2018 la calidad conduce a una mejor reputación, mayor capacidad para atraer y retener talento, y una competitividad sostenida yendo más allá del mero cumplimiento.

Marco regulatorio

La Reforma de Salud, iniciada a principio de los años 2000, vino a constituir una respuesta a las necesidades y expectativas de la población. Su amplia acción sobre el modelo de atención, la gestión del sistema, la participación ciudadana y el establecimiento garantías asociadas a un diverso número de problemas de salud constituyeron los objetivos centrales del proceso (Infante, 2010).

Uno de los cuerpos legales de la Reforma más reconocido por la comunidad está asociado al sistema garantías de salud identificado como AUGE en sus inicios y en la actualidad denominado garantías explícitas en salud o GES, el que representa un modelo garantístico de salud sustentado en cuatro pilares fundamentales descritos en la Ley N°19.966: la garantía de acceso, de oportunidad, de protección financiera y de calidad.

Con la puesta en marcha del primer régimen de garantías en el año 2005 se definieron problemas de salud asegurando condiciones de acceso, oportunidad y protección financiera, sin embargo, permaneció como un compromiso pendiente el cumplimiento de la Garantía Explícita de Calidad. Con el anuncio presidencial, a partir del 1 de julio del año 2013, esta garantía se convierte en una realidad y es el punto de partida, no sólo para la certificación de los profesionales de la salud, sino que también para la acreditación de las instituciones que otorgan prestaciones de salud garantizadas y que se comprometen a ofrecer a sus usuarios condiciones mínimas de seguridad.

El concepto de acreditación, propiamente tal, quedó establecido en la Ley de Autoridad Sanitaria y en el Decreto Supremo N° 15 de 2007 que regula el proceso de acreditación definiéndose como el " proceso periódico de evaluación externa de una institución de salud de atención cerrada o abierta que cumple con los estándares mínimos que garanticen la calidad y seguridad de los usuarios ". De este modo, los Prestadores Institucionales de Salud, públicos o privados como Hospitales, Clínicas, Centros de Salud, Centros de Diálisis y Laboratorios Clínicos deben realizar en forma periódica la demostración de cumplimiento de los estándares mínimos de calidad fijados por el Ministerio de Salud. En particular, para la atención primaria en salud, no existe un estándar específico y sus establecimientos se evalúan mediante el denominado Estándar para prestadores institucionales de atención abierta. Todos los prestadores institucionales que deseen ofrecer prestaciones garantizadas

deberán encontrarse autorizados por la Secretaría Regional de Salud respectiva, haber realizado una autoevaluación de cumplimiento del estándar aplicable en un plazo máximo de 12 meses previos a la presentación de la solicitud, que corresponde al último requisito para ingresar al proceso.

Desde el año 2009 en forma voluntaria y a partir del año 2016 por efecto de la entrada en vigencia de la garantía de calidad los establecimientos de atención cerrada de alta, mediana y baja complejidad, de atención abierta de alta y mediana complejidad, laboratorios clínicos, centros de imagenología, establecimientos de atención psiquiátrica, entre otros han presentado su solicitud de acreditación. Sin embargo, no es hasta septiembre de 2022 mediante lo instruido en el Decreto N° 72 y en forma posterior en el mes de octubre del mismo mediante la Resolución Exenta N° 702 se integra en forma obligatoria la acreditación para prestadores de atención abierta declarándose en forma explícita un total aproximado de 300 establecimientos de atención primaria para cumplir con dicho requisito al 30 de junio del año 2025. A la fecha se encuentra un total de 1030 prestadores registrados en condición de acreditados o acreditados con observaciones, de ellos 127 corresponden a centros de salud primaria (Superintendencia Salud, s.f).

Otro cuerpo legal relevante para la seguridad y la calidad de atención lo constituye la ley publicada el 24 de abril de 2012 que regula los derechos y deberes de las personas en relación con su participación en la atención de salud. Su objetivo central es asegurar un trato respetuoso, digno y autónomo para los usuarios del sistema de salud. Se basa en los principios rectores de autonomía, protección de la salud y la vida, igualdad y no discriminación. A partir de esta ley se regula, de información al usuario, el acceso a la ficha clínica, el consentimiento informado, a la confidencialidad, a una atención segura, a reclamar, entre otros derechos.

La Estrategia Nacional de Salud para la Década del 2011-2020 establece como una de sus prioridades “Mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de respeto de los derechos de las personas” a través de un Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad”. Asimismo, asegurar la calidad de la atención en salud es uno de los siete ejes incluidos en los Objetivos Sanitarios de la Década 2021-2030. Bajo este mismo alero, en forma sistemáticas las Orientaciones para la Planificación y Programación en Red de los últimos años han determinado como uno de sus enfoques orientadores a la seguridad y calidad de la atención. Esta declaración se concretiza en las directrices que emanan de las recomendaciones programáticas específicas, que para el año 2026 que se denominan Criterios técnicos para Programa de calidad y seguridad asistencial en Atención Primaria. Este marco

normativo establece cuatro lineamientos estratégicos clave para la implementación del Programa de Calidad y Seguridad Asistencial en Atención Primaria de Salud (APS) que son:

- Desarrollo de una cultura de calidad a nivel organizacional.
- Implementación de la gestión del riesgo clínico.
- Resguardo de condiciones mínimas de seguridad en la atención.
- Cumplimiento de normas y procesos de seguridad según estándares de acreditación.

Si bien la instalación de la calidad y la seguridad de la atención como parte del quehacer cotidiano de los establecimientos de salud se refleja en la serie de decisiones del legislador y de la autoridad sanitaria, el logro de la acreditación parece ser una evidencia de éxito tangible. No obstante, lograr la acreditación es más que cumplir con un listado de exigencias aplicables. Requiere de un trabajo profundo, exhaustivo, integral e integrado que permita, desde su proceso de planificación hasta la certificación propiamente tal, dirigirse hacia un estado de desarrollo organizacional que se instaure como un sello permanente orientado hacia la calidad y seguridad de la atención.

Establecer una estructura organizativa idónea, trabajar basados en un modelo de gestión de calidad institucional, desarrollar una cultura de calidad orientada a la seguridad de las personas, lograr el compromiso de los directivos, el empoderamiento de líderes y la capacitación son elementos esenciales para el éxito del proceso. Estos variados y complejos factores obligan a idear un proceso de implementación, avance progresivo y participativo, que oriente la visión de todos los trabajadores hacia el mejoramiento continuo.

Las diversas experiencias, de instituciones públicas y privadas, abiertas o cerradas han demostrado que el proceso de acreditación puede conllevar un promedio de cinco años de trabajo, pues la movilización de los recursos, en particular aquellos relacionados con los liderazgos y los compromisos institucionales requieren de la articulación de factores tan complejos que pueden evidenciar la necesidad de crear soluciones que giren a la organización hacia la calidad y que en ese cambio se manifieste como un hecho la instalación de la cultura de la calidad en toda la estructura organizacional.

Estado de situación de los establecimientos de salud

En instituciones de gran envergadura y complejidad como la Corporación Municipal de Viña del Mar, el significado de instalar un sistema de trabajo organizado, funcional, integrado, y orientador, que tienda a la uniformidad, reconociendo las lógicas diferencias y que en general propicie un avance armónico hacia la calidad se convierte en un requisito ineludible. Debe ser construido como un esfuerzo institucional precedido por los compromisos de los líderes, pero a su vez acompañado de una estructura rectora que guíe el avance, dé cuenta de los progresos en forma explícita, de modo de ser un estímulo motivador para dar continuidad a la tarea planificada considerando que la acreditación se diseñó como un proceso periódico e incremental.

Bajo este marco conceptual y jurídico se propusieron modificaciones que desde el año 2023 se ha articulado bajo la estructura de la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente. En términos concretos se materializó la definición de responsables por centro de salud con un estándar de horas asignadas que consideran una jornada general de 22 horas semanales y 44 horas para los centros de salud familiar G. Carreño y Lusitania. Además, se conformaron los Comités de Calidad locales, las declaraciones de la política y los programas de gestión de calidad de los centros de salud, se ejecutaron jornadas de capacitación en materias de gestión de la calidad y acreditación en atención primaria, entre otros aspectos.

Este crecimiento significativo del último año ha permitido dar cumplimiento al Decreto N° 72 de 2022 que instruye la entrada en vigencia de la garantía de calidad para centros de atención abierta de baja complejidad y a la Resolución Exenta N° 702 de octubre del mismo año que exigió la presentación del Centro de Salud Familiar Lusitania y Gómez Carreño, según se develan en las solicitudes de presentación N° 5381 y 5393, respectivamente, obteniéndose su acreditación con observaciones durante el año 2025.

Además, y por efecto del cumplimiento del plazo establecido por ley el Centro de Cuidados Radiológicos realiza su solicitud de acreditación el 30 de agosto del 2024 con el número 6482, este establecimiento obtiene su acreditación el 13 de junio de 2025 con el número de registro 998. Sin embargo, permanece pendiente la presentación del Centro de Salud Familiar Brígida Zavala,

Miraflores y el Centro de Resolutividad de especialidades Ambulatorias que debieron realizarse al 30 de junio del año 2025 y que se encuentran detenidas a la fecha a la espera del financiamiento de los aranceles de acreditación.

Como contribución al sistema garantístico en salud definido por el legislador, la Dirección de Salud y Corporación Municipal de Viña del Mar, a la que pertenece decidieron avanzar en la acreditación institucional de los establecimientos de salud dependientes orientando su trabajo a todos los centros tal como se establece a partir de las gestiones realizadas durante el año 2024. Por ello, suma dentro de centros priorizados para ser presentados a los CESFAM Jorge Kaplán y Cienfuegos en atención al desarrollo demostrados luego de la aplicación del Estándar de Acreditación de Atención Abierta en ambos establecimientos.

Esta priorización no ha sido obstáculo ni limitación para estimular y desarrollar acciones para el trabajo con los Centros de Salud Familiar Nueva Aurora, Las Torres, Marco Maldonado y Juan Carlos Baeza quienes han avanzado, al menos, con el cumplimiento de sus características obligatorias.

A partir del logro alcanzado de las metas asociadas a la implementación del plan de funcionamiento, de acreditación y de capacitación, el diseño del modelo de gestión, del mapa de procesos y la política de calidad comunal se ha estructurado un eje para la instalación de la calidad y la seguridad del paciente que dan lugar a relevar factores culturales asociados a la seguridad del paciente como la gestión del riesgo clínico mediante la vigilancia de eventos adversos, la prevención de infecciones asociadas a la atención de salud y el logro de la acreditación.

Sin embargo, las evidencias de desarrollo central siempre serán insuficientes si no existe un manejo de los factores internos que pueden incidir tanto en forma positiva como negativa en el avance en el proceso. En adelante, se describen aquellos elementos más relevantes identificados durante el último año:

Respecto de la capacidad humana se evidencia el desarrollo creciente en la preparación de los funcionarios para enfrentar un cambio hacia la cultura de la calidad y lograr la acreditación institucional. La experiencia del personal es inicial y variable como asimismo la competencia desarrollada para la calidad y seguridad del paciente. Dentro de los encargados de calidad durante el año 2025 se ha alcanzado un 75% de los encargados/as y calidad con formación en evaluación de prestadores institucionales, el 50% de los subrogantes, el 100% de los integrantes de la Oficina de

Calidad y Seguridad del Paciente. Además, el 75% de los y las Encargados y encargadas de calidad disponen de un diplomado en gestión de la calidad y/o acreditación.

Durante el año 2023 todos los encargados, sus subrogantes y los directores de los centros de salud recibieron una capacitación en materias de gestión de la calidad en atención primaria y del estándar de acreditación de atención abierta. Además, se han realizado actividades locales y otras registradas en Plan Anual de Capacitación en los últimos años, sin embargo, estas últimas, según lo manifestado por los funcionarios no responden a las expectativas en términos de contenido y validez para el contexto de atención primaria.

En el aspecto gerencial o de liderazgo se destaca que todos los centros disponen de la definición de su política de calidad institucional diseñada como producto de la capacitación realizada en 2023. Además, el 100% ellos, tiene aprobado el plan de gestión de calidad, todos han definido sus encargados de calidad y han constituido sus comités de calidad en 75% de los centros, aunque el nivel de desarrollo es disímil. Respecto de la estandarización de procesos. Se debe señalar que por efecto de modificaciones presupuestarias la dotación de horas asignadas a la gestión de calidad se redujo en los CESFAM Gómez Carreño y Lusitania alcanzando un total de 44 horas en idéntica situación se encuentran CESFAM Dr. Jorge Kaplán y Prof. Eugenio Cienfuegos, un total de 66 horas semanales en CESFAM Miraflores y B. Zavala y 22 horas en el resto de los establecimientos. Por último, la estandarización de procesos ha sido creciente en materias relacionadas con la autorización sanitaria, acreditación e infecciones asociadas a la atención de salud. Respecto de la unidad central representada por la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente, ésta consta de 132 horas profesionales distribuidas en tres profesionales clínicos y uno con formación en ingeniería biomédica.

Si bien, la infraestructura no es un elemento central para avanzar en la instalación de la cultura de la calidad y la acreditación institucional, sin embargo, la mantención de condiciones mínimas son un aporte al proceso. La totalidad de los centros construidos en forma previa a febrero de 2006 se encuentran demostrados, no obstante, los planes de trabajo definidos por la normativa vigente en caso de brechas de cumplimiento de la Norma técnica básica para la atención abierta del CECOSF Santa Julia, CESFAM Prof. Eugenio Cienfuegos, SAPU Miraflores, CESFAM Dr. Marco Maldonado, CESFAM. DR. Juan C. Baeza, CESFAM Brígida Zavala, CESFAM y SAPU Las Torres, CECOSF Las Palmas, CESFAM y SAPU Nueva Aurora no fueron remitida sino hasta el mes de septiembre del presente ante

la solicitud de la SEREMI de Salud respectiva. Sin embargo, se han realizado modificaciones que mantienen 11 trámites de autorización sanitaria activos a la fecha.

El financiamiento de las actividades es asociado a la disponibilidad de fondos per cápita y disponibilidad de las remesas municipales con fines, en particular, de asumir los costos producidos por el pago de aranceles de acreditación, resolver la brecha resultante de la norma sanitaria. Es de especial relevancia consignar los recursos requeridos para resolver la brecha sanitaria identificada posterior a la auto aplicación de la norma técnica básica para la atención abierta. Además de los recursos que implica, al menos, las jornadas destinadas a la gestión de la calidad asociadas a lo/as encargado/as de calidad designado/as en cada centro de salud.

En el ámbito tecnológico, la Oficina de calidad y seguridad del paciente ha podido tomar conocimiento de las condiciones de equipos asociados al proceso de acreditación determinando condiciones disímiles, se ha incorporado progresivamente el mantenimiento preventivo de equipos críticos y relevantes. Algunos equipos se encuentran obsoletos o con partes sin acceso a repuestos. No existe modalidad institucionalizada para la evaluación técnica en la adquisición de equipos nuevos. Sin embargo, a pesar que los hardware presentan debilidades, debe reconocerse que la inclusión en el equipo de la Oficina de calidad y seguridad del paciente de un profesional ingeniero civil biomédico, con orientación al trabajo de datos ha permitido digitalizar el trabajo de la oficina creándose un sistema central de información que incluye la acreditación, la autorización sanitaria, la gestión de eventos adversos, entre otros.

En términos de comunicación es importante considerar que el producto ofrecido por los centros de salud dependientes de Corporación Municipal de Viña del Mar se caracteriza por ser propios de la atención primaria de salud y por tanto se facilita su reconocimiento por la comunidad. Los intentos formales para la promoción de los servicios y sus características son abundantes, pero no siguen un plan o programa de trabajo de modo de hacerlos coherentes y multiplicativos. La calidad de los productos y servicios no ha sido medida desde la perspectiva interna ni tampoco desde la percepción del usuario externo. Se ha incorporado la evaluación en términos de respeto de los derechos de las personas respecto de la atención recibida en forma paulatina luego del diseño centralizado de un instrumento validado para dichos fines.

Sistema de gestión de la calidad

Según la norma ISO 9001:2015 un sistema de gestión de la calidad es un conjunto de procesos y responsabilidades claramente definidos que permiten el logro de los objetivos organizacionales. Cada organización utiliza su sistema de gestión que incluye la política, procesos y procedimientos establecidos para aumentar la satisfacción de sus usuarios mediante la estandarización y mejora de los procesos y el establecimiento de controles de calidad durante toda la prestación de servicios.

En particular en el ámbito sanitario, el sistema de gestión de la calidad tiene como propósito es mejorar continuamente los servicios, minimizar errores, optimizar recursos y asegurar que las necesidades y expectativas del paciente sean satisfechas. Se encuentran directamente relacionados con los procesos de acreditación de los prestadores institucionales de salud. En el desarrollo que ha presentado la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente desde su constitución se han elaborado una serie de instrumentos que permiten la conformación paulatina del Sistema de Gestión de la Calidad, dentro de ellos se encuentran el Modelo de Gestión, el Mapa de Procesos y la Política de calidad, quedando en etapa de diseño el Manual de calidad y el sistema de monitorización.

Como parte de los fundamentos del plan comunal en el ámbito de la calidad y seguridad del paciente se describirán algunos elementos componentes del Sistema de Gestión de la Calidad de modo de contribuir a la comprensión de los objetivos y metas definidas para el año 2026.

Política de calidad comunal

“La Dirección de Salud a través de su Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente se compromete a orientar las acciones de salud de los todos los centros dependientes de la Corporación Municipal de Viña del Mar en un marco de calidad de los servicios que propicie el otorgamiento de atenciones seguras, dignas y continuas, ofrecidas por un equipo de salud que desarrolle en forma permanente sus competencias profesionales y utilice el mejoramiento continuo de los procesos para alcanzar la satisfacción de sus usuarios”.

Para dar cumplimiento al logro de lo comprometido en la política de calidad se establecen cinco líneas estratégicas que permiten alinear las decisiones a este respecto y que se describen según sigue:

- Seguridad de la atención constituye uno de los objetivos intermedios de la política de calidad institucional, evidencia la adopción de medidas que vigilen y prevengan la aparición de eventos adversos en la atención de los pacientes, la instalación de prácticas para el manejo y control de las infecciones asociadas a la atención de salud, las condiciones seguras que ofrecen los equipos e instalaciones y en términos generales se manifiesta en el logro de la acreditación institucional.

- Atención centrada en el paciente, la entrega de un trato digno al usuario al usuario constituye un principio fundamental que reconoce el valor inherente de cada persona y garantiza que todas las interacciones en los centros de salud se lleven a cabo tratando al usuario como un ser humano que goza de su propia identidad, historia, dignidad y autonomía, en lugar de reducirlo a una simple transacción. Implica el respeto consciente de los derechos del paciente y la monitorización de los resultados de la evaluación que éstos realizan al respecto.

- Continuidad de la atención es el grado en que la atención que recibe un paciente a lo largo del tiempo es coherente, fluida y conectada con sus necesidades de salud e implica una coordinación efectiva entre todos los proveedores de salud, los servicios y los distintos niveles de atención que el usuario pueda requerir.

- Desarrollo de las competencias profesionales es proceso continuo que permite a las personas adquirir, mejorar y adaptar los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para desempeñarse de manera efectiva. Permite el crecimiento profesional e implica el tránsito guiado del funcionario desde su ingreso y contempla la inducción, la orientación y la capacitación para la calidad y seguridad del paciente.

- Mejora continua de los procesos es una filosofía y herramienta de gestión sistemática y permanente que busca optimizar la eficiencia, seguridad y calidad de la atención. Se orienta en la implementación de mejoras pequeñas y sostenibles de los procesos impulsando la excelencia y la satisfacción usuaria. Implica su aplicación como parte de las operaciones habituales de los procesos,

como respuesta ante fallos o áreas de ineficiencia y durante las transiciones o cambios organizacionales.

Objetivos estratégicos para la calidad y seguridad del paciente

- Favorecer el otorgamiento de una atención segura a los usuarios de los establecimientos de salud mediante la implementación de un sistema comunal de vigilancia de eventos adversos, el diseño de un programa de control de infecciones, la operación segura de equipos e infraestructura y el logro de la acreditación institucional.
- Propender a dignificar el trato al usuario durante todo el desarrollo de la atención de salud a través de la evaluación del respeto de los derechos del paciente y la aplicación de medidas de mejora continua a sus resultados.
- Optimizar la continuidad de la atención de los establecimientos de salud ejecutando acciones de salud oportunas en aquellos usuarios que presenten necesidades inminentes que afecten su seguridad e integridad.
- Contribuir a la adopción y desarrollo de competencias para la instalación de la cultura de la calidad y seguridad mediante el establecimiento de procedimientos documentados que faciliten la inducción, orientación y formación estandarizados, sistemáticos y periódicos para los funcionarios de los centros de salud.
- Transformar el sistema de gestión de la calidad en un modelo de innovación continua a través de la aplicación sistemática y proactiva de la mejora de los procesos asociados a la calidad, seguridad de la atención y acreditación institucional.

A partir de los lineamientos estratégicos resultantes de la política de calidad comunal y los objetivos definidos se establecen las siguientes metas a alcanzar en el periodo comprendido entre el 2026 y 2028.

Presupuesto anual

Dentro de los recursos identificados, destaca también el presupuesto anual de salud municipal, el cual constituye un componente esencial para el funcionamiento y sostenibilidad del sistema comunal de atención primaria.

Este presupuesto permite financiar la operación de los establecimientos, la contratación y capacitación del personal, el mantenimiento de infraestructura, la adquisición de insumos y equipamiento, y la ejecución de programas y actividades de promoción y prevención. La información detallada sobre la distribución y asignación de estos recursos financieros se presenta en el “ANEXO 2: Presupuesto anual 2026” , el cual respalda la planificación operativa y estratégica del Plan Comunal de Salud.

BRECHA SANITARIA

Acceso, oportunidad y continuidad de cuidados

1. Acceso administrativo y tecnológico: Dificultad para conseguir citas; baja usabilidad de sistemas digitales (p. ej., WhatsApp) que dificulta el acceso a personas mayores con baja alfabetización digital. Necesidad de fortalecer la implementación de la Ley de Atención Preferente.
2. Acceso geográfico/físico: Condiciones de acceso a centros afectadas por pendientes, conectividad y estado de la infraestructura urbana; reducida presencia territorial de la APS en sectores periféricos.
3. Continuidad de cuidados: Fragmentación entre programas por curso de vida; escasa oferta y continuidad en horario no hábil para atenciones domiciliarias (PADDS, NANEAS, Mejor Niñez); necesidad de mejorar la comunicación con el nivel de especialidad para la contrarreferencia.
4. Oferta resolutoria y red mental: Ausencia de COSAM en la comuna; escasez de actividades preventivas comunitarias en salud mental; necesidad de Mesas Territoriales y fortalecimiento de pesquisa/derivación de situaciones de riesgo de salud mental.

Calidad, seguridad y capacidad resolutive

1. Infraestructura: Falta de recintos, y necesidad de mejoras en dependencias actuales, así como el avanzar con proyectos de reposición.
2. Capacidades técnicas y protocolos: Necesidad de formación en educación de adultos (para mejorar efectividad de talleres), atención de neurodiversidades, protocolos de seguimiento posterior al egreso en salud mental.
3. Resolutividad percibida: Necesidad de reducir las derivaciones cruzadas que impactan experiencia usuaria y percepción de eficacia del sistema, buscando mejorar la satisfacción del paciente en su atención de salud.
4. Acreditación: Se requiere avanzar en la acreditación de los centros de salud y la regulación de las normas técnicas básicas de forma progresiva adaptando los recintos a las exigencias actuales.

Promoción de la salud y prevención (curso de vida)

.

1. Cobertura y calidad de talleres: Brecha en percepción de efectividad y cobertura de talleres preventivo-promocionales y del soporte psicosocial permanente; falta de herramientas metodológicas de educación de adultos.
2. Estilos de vida saludables: Necesidad de mejorar la promoción sistemática en actividad física y alimentación; se requiere mejorar la utilización de espacios públicos promotores de salud.
3. Lactancia y primera infancia: Se debe implementar de política comunal de lactancia materna; escasez de espacios resguardados para lactancia (usuarios y funcionarias).
4. Infecciosas en adultos: Brecha de actividades preventivas en patologías infectocontagiosas.

Salud mental y cohesión social

1. Oferta preventiva y soporte: Escasez de actividades preventivas en salud mental; necesidad de fortalecer pesquisa y derivación; mesas territoriales; grupos de apoyo posterior al egreso del programa poco desarrollados.
2. Soledad y cuidados: Escaso abordaje de soledad en mayores, cuidadores y mujeres en crianza; necesidad de mejorar apoyo a familias con personas en situación de dependencia y a sus cuidadores.
3. Seguridad y entorno: incivildades afectan salud mental y el uso del espacio público.

Inclusión, enfoque de derechos y acceso universal

1. Discapacidad y movilidad: Necesidad de mejorar accesibilidad a dispositivos comunales para personas con movilidad reducida o discapacidad; se requiere mejorar el abordaje para usuarios oxígeno-dependientes.
2. Diversidad y neurodivergencia: Necesidad de implementar políticas comunales para personas neurodivergentes; se deben mejorar los canales comunicacionales alternativos; grupos de apoyo y alfabetización en salud insuficientes.
3. Migrantes, calle y asentamientos: Dificultad de caracterización y abordaje integral en población migrante; población en situación de calle; usuarios en asentamientos precarios.

Intersectorialidad, entorno y determinantes sociales

1. Vínculos con el intersector: Necesidad de mejorar coordinación con intersector; activar mesas/alianzas con ONG y privados; integrar APS con cultura y deportes (bienestar físico/emocional).
2. Entorno barrial: Espacios comunitarios con presencia de factores de riesgos que generan sensación de inseguridad; necesidad de mejorar la información ambiental e indicadores locales desde la atención primaria de salud.

Información al usuario, alfabetización y comunicación

1. Cartera y acceso: Se requiere mejorar la comunicación sobre oferta y vías de acceso.

2. Agendamiento: Necesidad de mecanismos efectivos de (re)agendamiento con resguardo de plazos GES.

3. Alfabetización: Falta de talleres de alfabetización en salud; baja alfabetización digital en personas mayores mayores.

Programas específicos y servicios clínicos

1. ECNT: Necesidad de abordar específicamente la atención de enfermedades crónicas no transmisibles con un enfoque en la experiencia del usuario.

2. Salud infantil y perinatal: Brecha de grupos de apoyo en crianza y lactancia.

3. Odontología: Falta de acceso odontológico en adultos y mayores.

4. Emergencias/riesgo: Falta de prevención para población dismovilizada severa ante emergencias y desastres.

Gobernanza, gestión y plasticidad de la oferta

1. Adaptabilidad: “Reducida plasticidad” de la oferta ante variaciones de perfil epidemiológico y demográfico; implementación incipiente de ECICEP.

2. Coordinación interna: Percepción de coordinación “moderada” entre dispositivos; necesidad de fortalecer mesas clínicas/gestión de casos.

BRECHA ASISTENCIAL

El análisis de la red asistencial comunal de Viña del Mar permite identificar brechas estructurales, y funcionales que condicionan la capacidad de respuesta del sistema de Atención Primaria de Salud (APS). Estas brechas reflejan la tensión entre una demanda sanitaria creciente —producto del envejecimiento poblacional, la transición epidemiológica y la alta densidad territorial— y una red que, pese a su compromiso institucional, enfrenta limitaciones materiales y humanas.

Infraestructura y Condiciones Físicas de la Red

La infraestructura comunal de salud presenta una heterogeneidad significativa en su nivel de conservación y funcionalidad. Si bien algunos establecimientos cuentan con espacios adecuados, una proporción importante de los centros —especialmente aquellos ubicados en sectores de mayor vulnerabilidad— muestran deterioro estructural asociado a la antigüedad de los recintos.

En varios CESFAM, las salas de procedimientos, box clínicos y áreas de atención dental tienen dificultades de accesibilidad universal, ergonomía y confort térmico, afectando la experiencia de las personas en la atención de salud. Se observa además falta de espacios para atención grupal, educación comunitaria y actividades de promoción de salud, lo que limita el desarrollo del enfoque familiar y comunitario del modelo.

Equipamiento Clínico y Tecnológico

El equipamiento disponible en la red requiere que se mejore la implementación, con foco en unidades odontológicas, laboratorio, vacunatorio y salas de procedimiento, siendo necesario implementar un sistema de mantenimiento preventivo.

En algunos centros, la falta de equipos de radiografía dental, o de otras dependencias, limita la capacidad resolutive de la atención primaria.

La modernización del equipamiento y la digitalización progresiva de la red se reconocen como prioridades estratégicas para mejorar la oportunidad diagnóstica, reducir derivaciones innecesarias y fortalecer la autonomía resolutive de los equipos APS.

Recursos Humanos y Competencias Técnicas

La red comunal mantiene una dotación que puede dar respuesta a las necesidades de la población, pero ajustado al cumplimiento principalmente normativo, existiendo distancia con la disponibilidad de recurso humano del sector privado, lo que genera una presión asistencial transversal en los dispositivos de la comuna.

A nivel de competencias, se identifica la necesidad de fortalecer la formación continua en ámbitos como calidad y seguridad del paciente, atención de urgencias, salud mental, educación de adultos, gestión de riesgos y atención de personas con neurodivergencias o dependencia funcional.

Capacidad Resolutiva y Atención Clínica

La red comunal presenta brechas en su capacidad resolutiva frente a la creciente demanda en patologías crónicas, salud mental y rehabilitación. El aumento sostenido de la prevalencia de diabetes, hipertensión, obesidad y enfermedades respiratorias no transmisibles exige fortalecer la atención primaria como primer nivel resolutivo.

Las limitaciones en término de recursos humanos y físicos, y el tiempo que requieren los proyectos de reposición o de inversión, impactan en la resolutividad global del sistema, generando derivaciones aumentadas, listas de espera prolongadas y discontinuidad en el seguimiento de pacientes crónicos.

Gestión de Urgencias y Continuidad del Cuidado

Los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) de la comuna cumplen una función crítica como primer eslabón en la red de urgencias, pero enfrentan déficits en infraestructura, equipamiento y gestión clínica. Se espera resolver esta brecha con la transformación en Servicios de Alta Resolutividad (SAR) de SAPU Miraflores y SAPU Nueva Aurora.

Sistemas de Información, Conectividad y Gestión Tecnológica

La red comunal de salud de Viña del Mar se encuentra en una etapa de transición tecnológica, con importantes oportunidades de modernización en materia de sistemas de información y gestión digital. Actualmente, los establecimientos presentan diversos niveles de desarrollo informático y conectividad, lo que refleja una red en proceso de consolidar su infraestructura tecnológica.

De igual modo, la digitalización progresiva de los procesos clínicos y administrativos favorecerá la generación de reportes epidemiológicos locales y una gestión sanitaria sustentada en evidencia.

El fortalecimiento de la infraestructura tecnológica comunal, junto con la capacitación continua del personal en herramientas digitales, constituye una oportunidad estratégica para avanzar hacia una red de salud moderna, inteligente y sustentable, capaz de responder de manera oportuna, segura y eficiente a las necesidades de la población de Viña del Mar.

Mantenimiento, Seguridad y Gestión del Riesgo

Se requiere la implementación progresiva de planes de mantenimiento preventivo, lo que permitirá optimizar el uso de los recursos, prolongar la vida útil de los equipos y garantizar el cumplimiento de los estándares sanitarios en todas las unidades. La incorporación de calibraciones regulares, controles eléctricos y monitoreo de equipos biomédicos fortalecerá la seguridad de las atenciones y reducirá la ocurrencia de incidentes operativos.

Se requiere el compromiso con la calidad, la seguridad del paciente y el bienestar laboral se proyecta, con acciones orientadas a la implementación de protocolos de emergencia, simulacros regulares, ergonomía laboral y prevención de accidentes, contribuyendo a un entorno sanitario más seguro, eficiente y confiable.

Priorización de Problemas

El presente documento expone los resultados del proceso de priorización de problemas de salud identificados en la comuna de Viña del Mar, en el marco del Diagnóstico de Salud Integrado. Esta priorización se desarrolló a partir de los insumos obtenidos del diagnóstico participativo, el diagnóstico de recursos en salud y el diagnóstico epidemiológico, los cuales permitieron identificar diversas brechas asistenciales y sanitarias que afectan la respuesta del sistema de salud local.

Para determinar cuáles de estas brechas debían abordarse con mayor urgencia, se aplicó el Método de Hanlon, una herramienta ampliamente utilizada en salud pública para la priorización objetiva de problemas. Este método combina criterios de magnitud, gravedad, efectividad de la solución y un factor de factibilidad (PEARL), lo que permite ponderar tanto la importancia del problema como la posibilidad real de intervenirlos exitosamente.

El resultado del método se expresa en un puntaje que orienta la jerarquización de los problemas, integrando evidencia técnica y juicio de expertos. De este modo, el proceso de priorización permitió establecer un orden de importancia y abordaje para las principales brechas detectadas en Viña del Mar, orientando la planificación de intervenciones en salud hacia aquellas problemáticas con mayor impacto potencial y factibilidad de solución. Cabe señalar que las acciones que se deben implementar para contrarol las brechas no contenidas en este apartado, se encuentran definidas en la Matriz de Cuidados a lo largo del curso de vida, que se considera como parte de este plan de salud.

El proceso de priorización permitió clasificar los principales problemas de salud identificados en Viña del Mar según su nivel de prioridad (alta, media o baja), considerando tanto su impacto sanitario como la factibilidad de intervención según el método de Hanlon.

Los problemas más urgentes se relacionan con deficiencias estructurales en la articulación intersectorial, la preparación para emergencias y la promoción de la salud. Destaca la débil coordinación con redes comunitarias y otros sectores, lo que limita la efectividad de las estrategias preventivas.

Se observan coberturas subóptimas de vacunación y brechas importantes en la pesquisa de cáncer cervicouterino y de mama, junto a una alta carga de enfermedades crónicas mal controladas (hipertensión, diabetes y dislipidemias).

También se identifican brechas en salud mental, con insuficiente oferta de promoción y prevención, y un bajo desempeño en la implementación MAIS-ECICEP. A nivel de servicios, persisten barreras administrativas y tecnológicas en el acceso a prestaciones, un déficit en educación para la salud, y una escasa valorización de las acciones preventivas por parte del equipo sanitario. Finalmente, se enfatiza el aumento de la malnutrición por exceso en adultos y la obesidad infantil persistente, además del inicio tardío del control prenatal y apoyos insuficientes a la lactancia materna.

En este grupo se ubican problemas que, si bien relevantes, presentan un impacto o factibilidad moderada. Se incluyen la necesidad de mejorar la dotación de profesionales en áreas críticas, la

transmisión persistente de infecciones de transmisión sexual (ITS) y las brechas en la atención de personas con VIH. También se reporta una alta prevalencia de depresión y ansiedad en mujeres adolescentes y adultas, y un daño odontológico no resuelto en población adulta y mayor.

Otras problemáticas incluyen déficit de infraestructura clínica y tecnológica, fragmentación en el seguimiento post hospitalización, manejo insuficiente del dolor crónico, y carencias en sistemas de información e interoperabilidad.

Asimismo, se evidencian brechas en la oferta comunitaria y territorial, afectando grupos de apoyo en temas de crianza, lactancia y acompañamiento frente a la soledad, junto con un riesgo creciente por cánceres ginecológicos.

Finalmente, se identifican problemáticas de menor prioridad relativa, aunque de importancia estratégica. Entre ellas se incluyen brechas en la atención integral de salud visual y auditiva, mayor riesgo ante eventos climáticos y ambientales, y apoyos insuficientes para personas con dependencia y sus cuidadores.

También se observa la sobrecarga de cuidadores, implementación incipiente del modelo NANEAS, y un riesgo de reemergencia de tuberculosis en grupos vulnerables.

Se destacan además barreras culturales y lingüísticas que dificultan el acceso de población migrante y personas con discapacidad, así como altas tasas de cesáreas, consumo persistente de tabaco, alcohol y drogas, y determinantes sociales adversos (como precariedad habitacional y personas en situación de calle) que afectan la salud comunitaria.

Tabla 71: Priorización de Problemas en Salud, mediante método de Hanlon, realizado por equipos directivo de la comuna de Viña del Mar, 2025.

Lugar	Problema Priorizado	Prioridad
1	Débil articulación intersectorial y con redes comunitarias (cultura, deportes, ONG) para promoción y prevención en Viña del Mar.	Alta Prioridad
2	Necesidad de mejorar la preparación para emergencias y desastres (equipamiento y protocolos) en establecimientos comunales de Viña del Mar.	Alta Prioridad

3	Coberturas de vacunación subóptimas en población prioritaria (influenza, neumococo y PNI) en Viña del Mar.	Alta Prioridad
4	Brechas de cobertura y oportunidad en pesquisa secundaria de cáncer (PAP y mamografía) en mujeres de Viña del Mar.	Alta Prioridad
5	Sub valorización por parte del equipo de salud de las estrategias promocionales y preventivas por sobre las estrategias recuperativas y asistenciales.	Alta Prioridad
6	Insuficiente oferta y cobertura de promoción y prevención en salud mental y bienestar emocional en la población de Viña del Mar, con bajo acceso a intervenciones comunitarias basadas en evidencia	Alta Prioridad
7	Déficit de capacidades y recursos en los equipos de salud para implementar educación para la salud pertinente y efectiva, ajustada a necesidades y barreras de pacientes y comunidad en Viña del Mar.	Alta Prioridad
8	Alta carga de enfermedades crónicas (HTA, DM2, dislipidemias) con control subóptimo de factores de riesgo en adultos de Viña del Mar.	Alta Prioridad
9	Brechas de acceso oportuno a prestaciones (barreras administrativas, tecnológicas y geográficas) en la red APS de Viña del Mar.	Alta Prioridad
10	Bajo desempeño en componentes del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) —enfoque familiar/comunitario, estratificación de riesgo y plan de cuidados— en la red APS de Viña del Mar.	Alta Prioridad
11	Aumento de Malnutrición por exceso en adultos y obesidad persistente en menores de 6 años de Viña del Mar.	Alta Prioridad

12	Inicio tardío de control prenatal y apoyos insuficientes para lactancia materna en gestantes/puérperas de Viña del Mar.	Alta Prioridad
13	Déficit de dotación en áreas críticas (médica, enfermería, psicosocial y odontología) que limita la capacidad resolutive en Viña del Mar.	Prioridad Media
14	Transmisión persistente de ITS y brechas en la continuidad de tratamiento en personas con VIH de Viña del Mar.	Prioridad Media
15	Carga elevada de infecciones respiratorias agudas y neumonía en extremos de la vida en Viña del Mar.	Prioridad Media
16	Alta prevalencia de depresión y ansiedad en mujeres adolescentes y adultas de Viña del Mar.	Prioridad Media
17	Alta prevalencia de daño odontológico no resuelto en adultos y personas mayores de Viña del Mar, con pérdida dentaria y deterioro funcional.	Prioridad Media
18	Aumento de riesgo de morbilidad asociada a cánceres ginecológicos en mujeres de Viña del Mar.	Prioridad Media
19	Déficit de presencia territorial y de oferta comunitaria (grupos de apoyo a la crianza, lactancia y soledad no deseada) en Viña del Mar.	Prioridad Media
20	Fragmentación del sistema de seguimiento y contrarreferencia de personas egresadas de hospital en Viña del Mar, con pérdidas de continuidad y reingresos evitables.	Prioridad Media
21	Manejo insuficiente del dolor crónico no oncológico en la comuna de Viña del Mar.	Prioridad Media
22	Sistemas de información e interoperabilidad insuficientes para gestión de garantías GES, agendas y seguimiento en Viña del Mar.	Prioridad Media

23	Déficit de infraestructura clínica, climatización y equipamiento biomédico/informático en centros comunales de Viña del Mar.	Prioridad Media
24	Brecha de atención integral en salud visual y auditiva en población prioritaria de Viña del Mar (tamizaje, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación).	Prioridad Baja
25	Mayor riesgo de descompensaciones por olas de calor y humo de incendios en personas con enfermedades respiratorias y cardiovasculares de Viña del Mar.	Prioridad Baja
26	Apoyos insuficientes para personas con dependencia y sus cuidadores (incluido traslado a rehabilitación) en Viña del Mar.	Prioridad Baja
27	Exacerbaciones frecuentes de asma y EPOC con consumo persistente de tabaco en personas ≥ 15 años de Viña del Mar.	Prioridad Baja
28	Aumento de demencia y deterioro cognitivo con sobrecarga de cuidadores en personas mayores de Viña del Mar.	Prioridad Baja
29	Implementación incipiente del modelo NANEAS y acceso limitado a rehabilitación integral en niños, niñas y adolescentes de Viña del Mar.	Prioridad Baja
30	Riesgo de reemergencia de tuberculosis en población en situación de vulnerabilidad de Viña del Mar.	Prioridad Baja
31	Aumento de riesgo obstétrico por mayor edad materna y comorbilidades, con brechas en oportunidad del control prenatal, en Viña del Mar.	Prioridad Baja
32	Persistencia de consumo de tabaco, alcohol y drogas en la población de Viña del Mar, asociado a mayor morbimortalidad y carga social	Prioridad Baja

33	Barreras de acceso cultural/lingüístico e intercultural para población migrante y personas con discapacidad en Viña del Mar.	Prioridad Baja
34	Proporción de partos por cesárea por sobre el estándar esperado en mujeres de Viña del Mar y uso intensivo de recursos.	Prioridad Baja
35	Determinantes sociales adversos (asentamientos precarios, personas en situación de calle e incivildades) que deterioran la salud comunitaria en Viña del Mar.	Prioridad Baja

Fuente: Elaboración propia, Corporación Municipal de Viña del Mar.

PLAN DE ACCIÓN

El presente Plan de Acción en Salud de la comuna de Viña del Mar se elabora como continuidad del proceso diagnóstico y de priorización de problemas de salud desarrollado durante el ciclo de planificación local. Este instrumento tiene por finalidad orientar la gestión sanitaria comunal hacia la resolución progresiva de las principales brechas asistenciales y sanitarias identificadas, promoviendo acciones coordinadas, factibles y de alto impacto en la salud y bienestar de la población.

El plan se sustenta en los hallazgos del Diagnóstico Participativo, el Diagnóstico de Recursos en Salud y el Diagnóstico Epidemiológico Comunal, los cuales entregaron una visión integral de la situación de salud de Viña del Mar, considerando tanto los determinantes sociales como las condiciones estructurales del sistema de atención primaria. A partir de estos insumos se identificaron diversos problemas y desafíos, los que fueron priorizados mediante el Método de Hanlon, herramienta que permitió ponderar objetivamente la magnitud, gravedad, efectividad y factibilidad de abordaje de cada problemática.

El resultado de este proceso derivó en un conjunto de problemas de alta, media y baja prioridad, vinculados principalmente a ámbitos como la articulación intersectorial, el control de enfermedades crónicas, la salud mental, la promoción y prevención, la gestión del modelo de atención integral, y las condiciones de acceso y calidad de los servicios de salud.

El Plan de Acción que aquí se presenta define acciones específicas para abordar dichas problemáticas, promoviendo una gestión basada en la evidencia y la participación activa de los equipos de salud, las organizaciones comunitarias y las redes intersectoriales. Asimismo, incorpora un enfoque de determinantes sociales de la salud, equidad territorial y ciclo vital, asegurando que las intervenciones respondan a las necesidades reales de las personas y comunidades.

De esta manera, el Plan de Acción en Salud se constituye en una herramienta de planificación operativa y estratégica, orientada a fortalecer la atención primaria, mejorar los indicadores sanitarios comunales y contribuir al desarrollo de una comuna más saludable, equitativa y resiliente.

Cabe señalar que en el Anexo 3, denominado “*Matriz de Curso de Vida*”, se incluye un conjunto de acciones que, si bien no fueron priorizadas durante el desarrollo del presente Plan de Salud Comunal, deben ser incorporadas en la planificación local. Estas acciones revisten un carácter normativo y de importancia epidemiológica, por lo que su ejecución resulta indispensable para el cumplimiento de metas sanitarias y la continuidad de políticas nacionales en materia de salud pública. De esta manera, el Plan de Acción en Salud se constituye en una herramienta de planificación operativa y estratégica, orientada a fortalecer la atención primaria, mejorar los indicadores sanitarios comunales y contribuir al desarrollo de una comuna más saludable, equitativa y resiliente.

Tabla 72: Plan de Acción Salud.

Objetivo Sanitario	Objetivo Estratégico	Objetivo de Impacto	Objetivo comunal	Actividad	Indicador	Meta 2026	Meta 2027	Meta 2028	Responsable
Mejorar la salud y bienestar de la población	OE8: Sistema de Salud	8.5: Fortalecer un modelo de gestión participativa en Salud	Mejorar la articulación intersectorial y con las redes comunitarias (cultura, deportes, ONG) para promoción y prevención en Viña del Mar.	Realizar y programar campañas de difusión a la comunidad sobre la cartera de servicios comunales relacionados con la cultura y el deporte.	N° de actividades ejecutadas/ N° de actividades programadas *100	30%	60%	90%	Dirección de planificación Dirección de Salud
				Participar en mesas de trabajo ya existentes de forma comunal con los departamentos de cultura, de deportes, oficina de asuntos juveniles, oficina del adulto mayor para el desarrollo de planes de trabajo anual	N° de mesas de trabajo intersectorial activas en las que participa salud por año / N° total de mesas intersectoriales existentes por año) * 100.	10%	20%	30%	Directores de centro de salud. Encargados de participación de centros de salud

				Coordinar mediante COMSE con establecimientos educacionales la realización de actividades vinculantes de Deporte-Recreación-Salud	(N° de actividades deportivas/culturales realizadas / N° total de actividades programadas anualmente por COMSE) * 100	5%	7%	10%	Encargados de promoción de centros de salud
Asegurar la calidad de la atención en salud	OE8: Sistema de Salud	8.10: Mitigar los efectos de las emergencias y desastres en la salud y bienestar.	Fortalecer la preparación de los equipos de salud ante emergencias y desastres (equipamiento y protocolos) en establecimientos comunales de Viña del Mar.	Capacitar a los equipos en acciones de salud ante emergencias y desastres	(N de funcionarios APS capacitados en urgencias y desastres/ N° funcionarios pertenecientes a la dotación de la comuna) *100	10%	20%	30%	Referente técnico de Capacitación
				Realizar simulacros en los establecimientos de salud de la comuna	N° de simulacros realizados / N° de simulacros programados *100	80%	90%	100%	Directores de centro de salud.
				Creación de mesas intersectoriales de emergencias y desastres con representación de los establecimientos de salud comunal	(N° de mesas intersectoriales de emergencias y desastres / N° Centros de Salud Familiar) * 100	50%	70%	100%	Directores de centro de salud.

				Actualizar los planes de emergencia comunal en salud respecto a emergencias y desastres	Plan Realizado	100 %	100 %	100 %	Director de salud. Directores de CESFAM y Unidades de Apoyo
				Elaborar un plan para fortalecer el equipamiento de Salud para la reacción ante situaciones de urgencia.	Plan Elaborado	100 %	100 %	100 %	Director de salud.
				Capacitación y difusión del plan comunal en salud ante situaciones de emergencias y desastres a dirigentes sociales y comunitarios	(N° de dirigentes sociales y comunitarios capacitados que participan en CLS / N° total de dirigentes sociales que participan en CLS) * 100.	40%	60%	80%	Directores de centros de salud. Referente técnico de capacitación, de promoción. Encargados de capacitación, promoción.
Mejorar la salud y bienestar de la	OE 1: Enfermedades Transmisibles	1.4: Disminuir el riesgo de reintroducción o aumento de	Mejorar las coberturas de vacunación en población objetivo	Capacitar a todo el personal de Enfermería y TENS en las diferentes	(N° de funcionarios capacitados/ N° de funcionarios objetivo) * 100	80%	90%	100 %	Referentes técnicos de PNI Encargados de PNI de

población		enfermedades transmisibles en vías de eliminación 1.5: Disminuir la morbimortalidad por infecciones respiratorias agudas	(influenza, COVID, VRS, neumococo y PNI) en Viña del Mar.	campañas de vacunación anual.					centros de salud
				Desarrollar plan de trabajo con establecimientos educacionales de la comuna para facilitar la gestión y cobertura de la vacunación de la comuna	(N° de CESFAM con plan desarrollado/N° de CESFAM) *100	60%	80%	100%	Referentes técnicos de PNI, promoción Encargados de PNI de centros de salud, promoción
				Establecer puntos extramurales de vacunación que favorezcan la oportunidad y la accesibilidad de la vacunación en la población objetivo.	(N° de puntos extramurales instalados / N° de puntos extramurales programados en campaña) * 100.	50%	60%	70%	Directores de establecimientos de salud. Referentes técnicos de PNI Encargados de PNI de centros de salud
				Desarrollar un plan de trabajo con el equipo de comunicaciones municipal para la difusión periódica de campañas de	Plan Realizado	100%	100%	100%	Dirección de planificación Referente técnico PNI.

				vacunación en redes sociales.					
Mejorar la salud y bienestar de la población	OE2: Enfermedades transmisibles	2.1: Disminuir la mortalidad prematura por cáncer.	Aumentar la oportunidad y la cobertura de pesquisa secundaria de cáncer (PAP y mamografía) en mujeres de Viña del Mar.	Garantizar continuidad de acceso al PAP ofertando prestaciones en horario vespertino y sábados.	(N° de centros APS con horario vespertino implementado / N° total de centros APS) * 100.	20%	30%	50%	Directores de establecimientos de salud. Referentes técnicos de PSSyR Encargados de PSSyR de centros de salud
				Desarrollar un protocolo de entrega de resultados de PAP y mamografías.	Protocolo Realizado	100 %	100 %	100 %	Directores de establecimientos de salud. Referentes técnicos de PSSyR Encargados de PSSyR de centros de salud director centro de

									cuidados radiológicos
				Realizar campañas de prevención para incentivar a los grupos objetivos la realización de los exámenes de PAP y de mamografía.	(Nº de actividades de prevención/sensibilizaciones realizadas / Nº de actividades de prevención programadas) * 100.	40%	60%	80%	Directores de establecimientos de salud. Referentes técnicos de PSSyR Encargados de PSSyR de centros de salud director centro de cuidados radiológicos
Mejorar la salud y bienestar de la	OE8: Sistemas de salud	8.6. Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas,	Instalar en los equipos de salud una cultura institucional	Realizar jornada de reflexión sobre la efectividad y oportunidades de mejora respecto a	Jornada realizada	100 %	No aplica	No aplica	Directores de centro de salud. Encargados de

población		familias y comunidades, avanzando hacia la cultura universal	que valore y priorice las acciones de promoción y prevención.	la educación y promoción en salud					promoción de centros de salud
				Realizar un plan de trabajo en relación a resultados de la jornada para el equipo de salud con respecto a la importancia de las estrategias y actividades de promoción y prevención en salud.	Plan Realizado	100 %	No aplica	No aplica	Directores de centro de salud. Encargados de promoción de centros de salud
				Capacitar al equipo de salud sobre promoción, DSS y enfoque comunitario.	Porcentaje de funcionarios capacitados en promoción, DSS y enfoque comunitario.	15%	20%	30%	Directores de centro de salud. Encargados de promoción de centros de salud. Encargado de capacitación.

Mejorar la salud y bienestar de la población	OE4: Estilos de vida y factores de riesgo	4.8. Mejorar la salud mental con enfoque promocional y preventivo	Fortalecer las estrategias de promoción y prevención en salud mental en Viña del Mar, ampliando su cobertura y acceso con enfoque comunitario, intersectorial y de curso de vida	Asegurar la implementación de mesas intersectoriales de salud mental en los territorios	(Mesas intersectoriales activas en salud mental/N° de territorio de CESFAM) *100	70%	80%	100%	Directores de centro de salud. Referente de salud mental. Encargados de participación de centros de salud
				Implementación de talleres grupales comunitarios de bienestar emocional y manejo del estrés, buscando generar grupos de autoayuda para cuidadores.	(N° de talleres realizados en cada centro / N° de talleres programados por cada centro) * 100	50,0%	60%	90%	Directores de centro de salud. Referente de salud mental. Encargados de salud mental de centros de salud

Mejorar la salud y bienestar de la población	OE8: Sistemas de salud	8.6. Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades, avanzando hacia la cobertura universal	Fortalecer las capacidades de los equipos de salud de la red comunal para diseñar e implementar acciones de educación para la salud efectivas, mejorando acceso, comprensión y autocuidado de la población, principalmente en grupos con mayores barreras de acceso.	Elaborar plan de trabajo de educación para la salud basada en metodologías activas, enfoque participativo y determinantes sociales de la salud dirigido a funcionarios de los centros APS (educación de adultos)	Plan de trabajo realizado	100 %	No aplica	No aplica	Referente técnico de capacitación Encargado de capacitación Encargados de promoción
--	---------------------------	--	--	--	---------------------------	-------	-----------	-----------	---

Mejorar la salud y bienestar de la población	OE2: Enfermedades no transmisibles	2.2 Disminuir morbilidad Cardiovascular y cerebrovascular 2.3 Mejora la cobertura y la efectividad del manejo de la diabetes mellitus	Mejorar el control y la prevención de las enfermedades crónicas en adultos de Viña del Mar mediante estrategias integrales y de gestión de riesgo.	Realizar capacitación en ECICEP dirigidos a funcionarios APS.	Porcentaje del personal capacitado en ECICEP	10%	20%	30%	Referente técnico de capacitación Encargado de capacitación Encargados de promoción Referente ECICEP Encargado de ECICEP
				Aumentar el número de gestores de casos ECICEP en pacientes G3.	Porcentaje de pacientes G3 con Gestores de Casos en funcionamiento	5%	10%	15%	Referente ECICEP Encargado ECICEP
				Incrementar el ingreso de pacientes G1, G2 y G3 al programa ECICEP.	Porcentaje de pacientes crónicos G1-G2-G3 ingresados a ECICEP	5%	10%	15%	Referente ECICEP Encargado ECICEP
				Aumentar la proporción de pacientes G3 con seguimiento activo en ECICEP.	Porcentaje de pacientes G3 en seguimiento	5%	10%	15%	Referente ECICEP Encargado ECICEP

Disminuir las inequidades en salud	OE8: Sistema de salud	8.1 Contar con sistemas de información de salud sostenibles, suficientes, integrados y alineados con las necesidades del sector. 8.3 Fortalecer la infraestructura y equipamiento del sector con enfoque de equidad	Reducir las brechas de acceso oportuno a prestaciones en la red APS de Viña del Mar, eliminando barreras administrativas, tecnológicas y geográficas que afectan a la población.	Implementar telesalud en los centros de APS para la gestión de la demanda.	(N° de centros con telesalud implementado / N° de centros de salud) * 100.	40%	70%	100%	Directores de centros de salud. Referente técnico de SOME Encargado de telesalud
				Diseñar e implementar una metodología de gestión de citas que asegure la equidad en el acceso, con inclusivo para personas mayores y neurodiversidades	Protocolo diseñado de metodología de gestión de citas	100%	No aplica	No aplica	Referente SOME

					(N° de centros de salud con protocolo implementado/ N° de centros) *100	20%	60%	100 %	Referente SOME
				Capacitar personal en procesos administrativos y uso de herramientas tecnológicas	Porcentaje acumulado de personal (objetivo) capacitado en nuevos procesos y herramientas.	5%	20%	40%	Directores de centros de salud.
				Elaborar e implementar protocolo de gestión de prestaciones "rompe filas"	Protocolo elaborado e implementado	100 %	No aplica	No aplica	Directores de centros de salud. Referente técnico de SOME Encargado de SOME

				Implementar estrategias de atención territorial para zonas de difícil acceso	(N° de zonas de difícil acceso con estrategia territorial implementada / N° total de zonas de difícil acceso priorizadas) * 100.	30%	60%	90%	Directores de centros de salud. Encargados de participación.
Mejorar la salud y bienestar de la población	OE8: Sistema de salud	8.6 Fortalecer el cuidado de la salud centrado en las personas, familias y comunidades avanzando hacia la cobertura universal	Mejorar el desempeño de los componentes del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), con énfasis en el enfoque familiar/comunitario, estratificación de riesgo y plan de cuidados, dentro de la red APS de Viña del Mar.	Capacitar al personal en el enfoque familiar y comunitario	Porcentaje de funcionarios objetivo capacitados en MAIS-ECICEP.	10%	30%	60%	Referente técnico de Capacitación Encargado de capacitación Referente de MAIS-ECICEP de los centros Encargado de MAIS-ECICEP de los centros
				Implementar y fortalecer el sistema de estratificación de riesgo en todas las unidades de APS	(N° de Centros de Salud con estratificación de riesgo actualizada anualmente / N° total de Centros de Salud) * 100.	20%	40%	70%	Referente de MAIS-ECICEP de los centros Encargado de MAIS-

									ECICEP de los centros
				Revisar y actualizar planes de cuidados individuales para pacientes con riesgos identificados.	(N° de fichas que cumplen estándar técnico/N° de fichas auditadas) *100	60%	70%	80%	Referente de MAIS-ECICEP de los centros Encargado de MAIS-ECICEP de los centros
				Desarrollar campañas comunitarias de sensibilización sobre el Modelo de Atención Integral en Salud dirigidas hacia la comunidad.	(N° de Centros de Salud que participan en campañas comunitarias sobre sensibilización MAISF / N° total de Centros de Salud) * 100.	50%	60%	70%	Directores de centros de salud. Encargados de participación. Referente de MAIS-ECICEP de los centros Encargado de MAIS-ECICEP de los centros

Mejorar la salud y bienestar de la población	OE4: Estilos de vida y factores de riesgo	4.6 Detener la aceleración de la prevalencia de sobrepeso y obesidad a lo largo del curso de vida. 4.7 Aumentar la prevalencia de actividad física suficiente	Disminuir los índices de malnutrición por exceso en adultos y la obesidad persistente en menores de 6 años en Viña del Mar, a través de estrategias preventivas y de tratamiento adecuadas.	Elaboración e Implementación de Estrategia Comunal para fomentar Lactancia Materna Exclusiva en los primeros 6 meses de vida	Estrategia Elaborada e implementada	100 %	No aplica	No aplica	Referente técnico de programa Infancia Encargado de programa infancia.
				implementar actividades de educación nutricional y actividad física con recintos educativos	(N° de actividades de educación nutricional y actividad física en alianza con intersector realizadas / N° de actividades de educación nutricional y actividad física con intersector programadas) * 100.	40%	60%	80%	Referente técnico promoción Encargados de promoción
				Aumentar la oferta de talleres de actividad física en los centros de APS.	(N° de Centros de APS que realizan talleres de actividad física / N° total de Centros de APS) * 100.	20%	50%	80%	Referente técnico promoción Encargados de promoción

				Implementar talleres de cocina saludable y lectura de etiquetado nutricional en centros APS.	(N° de Centros de APS que realizan talleres de cocina saludable y lectura de etiquetado nutricional/ N° total de Centros de APS) * 100.	30%	50%	100%	Referente técnico Programas alimentarios Encargados de programas alimentarios
Mejorar la salud y bienestar de la población	OE4: Estilos de vida y factores de riesgo	4.1 Aumentar la prevalencia de personas con factores protectores de la salud.	Promover el inicio temprano del control prenatal y mejorar el apoyo a la lactancia materna en gestantes y puérperas de Viña del Mar, asegurando el acceso a servicios adecuados y la atención oportuna.	Realizar campañas de sensibilización sobre la importancia del control prenatal temprano en los centros de salud de APS.	(N° de campañas de sensibilización realizadas por centro de salud / N° de campañas programadas por centro de salud) * 100.	70%	80%	90%	Referente PSSyR Encargado de PSSyR
				Estandarizar la educación y entrega de guías anticipatorias en etapa prenatal y puerperio.	(N° de Centros de APS con entrega de guía estandarizada / N° total de Centros de APS) * 100.	50%	60%	90%	Referente PSSyR e Infancia Encargado de PSSyR e Infancia
				Plan de Acción anual de cada Comité de Lactancia Materna con avances en lineamientos	Porcentaje de avance del Plan de Acción anual de los Comités de Lactancia	30%	60%	90%	Referente PSSyR e Infancia Encargado de PSSyR e Infancia

				Manual de iniciativa de establecimientos de salud amigos de la Madre y del niño y de la niña					
				Aumentar el número de prestadores con capacitación avanzada en Lactancia Materna en la red.	(N° de prestadores con capacitación avanzada / N° total de prestadores objetivo) * 100.	30%	50%	70%	Referente PSSyR e Infancia Encargado de PSSyR e Infancia Referente en capacitación
Asegurar la calidad de la atención en salud	OE 8: Sistema de salud OE 9. Calidad de la atención	8.2 Aumentar la equidad territorial en la distribución de recursos humanos en el sistema público de	Fortalecer la dotación de personal en áreas críticas (médica, enfermería, psicosocial y odontología)	Desarrolla un programa de selección y reclutamiento (actualización anual)	Programa elaborado y ejecutado	100%	100%	100%	Dirección de área salud y directores de establecimientos de salud

		<p>salud.</p> <p>9.2 Mejorar el acceso a servicios de salud.</p> <p>9.1 Fortalecer la entrega eficaz de servicios de salud.</p> <p>9.4 Mejorar la satisfacción usuaria en la entrega de servicios de salud.</p>	<p>para mejorar la capacidad resolutiva de la APS de Viña del Mar.</p>	<p>Optimizar los procesos y gestión de agenda (incl. Estandarización rendimiento, inasistencia, Telemedicina).</p>	<p>(N° de horas de atención utilizadas / N° de horas ofertadas * 100.</p>	60%	70%	75%	<p>Directores de establecimientos Referente de SOME Encargado de SOME</p>
<p>Mejorar la salud y bienestar de la población</p>	<p>OE 1: Enfermedades transmisibles</p> <p>OE 4. Estilos de vida y factores</p>	<p>1.4 Disminuir el riesgo de reintroducción o aumento de enfermedades transmisibles en vías de</p>	<p>Reducir la transmisión de ITS y fortalecer la continuidad del tratamiento en personas con VIH en la</p>	<p>Implementar una estrategia de pesquisa extramural (VIH/Sífilis) en terreno (universidades, eventos) y en extensión horaria.</p>	<p>(N° de operativos de pesquisa extramural realizados / N° de operativos programados en el plan anual) * 100.</p>	70%	80%	90%	<p>Referente PSSyR Encargado de PSSyR</p>

de riesgo OE 5. Curso de vida	eliminación 1.1 Disminuir la incidencia de VIH/SIDA 4.5 Aumentar la conducta sexual segura 5.3 Mejorar integralmente la salud sexual y salud reproductiva con enfoque de derechos	comuna de Viña del Mar.	Implementar el testeo espontáneo en consultas de morbilidad y controles de salud sexual en la red APS.	(N° de centros con estrategia espontánea en horario continuado/°N° de CESFAM) *100	10%	30%	40%	Referente PSSyR Encargado de PSSyR
			Realizar jornadas de educación sexual integral y prevención de ITS en establecimientos de enseñanza media (E.M.) asociados a COMSE	(N° de E.M. asociados a COMSE con jornadas realizadas / N° total de jornadas programadas) * 100.	60%	80%	90%	Referente PSSyR Encargado de PSSyR
			Asegurar la dispensación universal y de bajo umbral de preservativos en todos los CESFAM.	(N° de CESFAM con dispensación y stock permanente / N° total de CESFAM) * 100.	70%	80%	95%	Directores de establecim ientos de salud

				Implementar estrategia ECICEP en personas en TARV y PrEP	Estrategia Elaborada e implementada	100 %	100 %	100 %	Referente MAIS-ECICEP y VIGEP Encargado MAIS-ECICEP VIGEP
Mejorar la salud y bienestar de la población	OE 1: Enfermedades transmisibles	1.5 Disminuir la morbimortalidad por infecciones respiratorias agudas	Reducir la carga de morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas y neumonía en los grupos de riesgo (niños/as y personas mayores) de Viña del Mar	Elaborar e Implementar un protocolo comunal de seguimiento en periodos de alta circulación viral respiratoria para usuarios de riesgo.	Estrategia Elaborada e implementada	100 %	100 %	100 %	Referente técnico Sala IRA/ERA Encargado Sala IRA/ERA.
				Realizar talleres educativos sobre manejo de exacerbaciones respiratorias en jardines infantiles y establecimientos educacionales adheridos a COMSE	(N° de talleres educativos realizados / N° de talleres educativos programados) * 100.	70%	80%	90%	Referente técnico Sala IRA/ERA Encargado Sala IRA/ERA.

Mejorar la salud y bienestar de la población	OE 2: Enfermedades no transmisibles OE 4: Estilos de vida y factores de riesgo	2.7 Reducir la morbilidad y mortalidad en exceso asociada a condiciones mentales 4.8 Mejorar la salud mental con enfoque promocional y preventivo	Reducir la prevalencia y mejorar el manejo integral de la depresión y ansiedad en mujeres adolescentes y adultas de la APS de Viña del Mar.	Fortalecer la capacidad de respuesta a la atención de salud mental en la red APS mediante capacitación en estrategias comunitarias para abordaje de problemas de salud mental para equipos de salud mental.	(N° de funcionarios del equipo de salud mental que aprueban capacitación comunitarias para abordaje de problemas de salud mental / N° total de funcionarios del equipo de salud mental) * 100.	20%	40%	60%	Referente de capacitación, salud mental Encargado de salud mental
				Implementar intervenciones grupales/comunitarias de salud mental para mujeres.	(N° de talleres grupales realizados / N° de talleres grupales programados) * 100.	50%	90%	95%	Referente de salud mental Encargado de salud mental
Mejorar la salud y bienestar de la población	OE 2: Enfermedades crónicas No transmisibles	5.3 Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida	Disminuir la prevalencia de daño odontológico en adultos y personas mayores de Viña del mar con pérdida	Realizar campañas de promoción de salud bucal	(N° de actividades de promoción en salud bucal realizadas / N° de actividades de promoción en salud bucal programadas anualmente) * 100.	50%	60%	70%	Referente P. Odontológico Encargado P. odontológico

			dentaria y deterioro funcional	Incorporar cuidados odontológicos a la estrategia ECICEP dirigido a usuarios G3 con diabetes mellitus.	(N° de personas con diabetes mellitus G3 que accede a atención odontológica en contexto de ECICEP/ N° de personas con diabetes mellitus G3)* 100	5%	10%	15%	Referente MAIS-ECICEP P. Odontológico Encargado P. odontológico
				Elaborar proyectos de abordaje de brecha odontológica en población >20 años APS	N° de proyectos elaborados/N° de CESFAM+CECOSF)*100	70%	80%	90%	Referente P. Odontológico Encargado P. odontológico Dirección de área salud.

Asegurar la calidad de la atención en salud	OE 8: Sistema de salud	8.2 Fortalecer la gobernanza y la gestión del recurso humano en salud 8.3 Mejorar el bienestar y las condiciones laborales de los trabajadores y trabajadoras de la salud.	Implementar una estrategia integral para mejorar el bienestar, la estabilidad y el desarrollo de los funcionarios de la APS de Viña del Mar.	Fortalecer la estabilidad laboral mediante la ejecución anual de concursos públicos y la regularización de contrata según estatuto de atención primaria.	(N° horas plazo indefinido/ N° horas dotación) *100	76%	80%	80%	Dirección de salud
				Implementar la "Academia de Gestión y Liderazgo de APS" en equipos directivos APS.	(N° de jefaturas/directivos que completan y aprueban la formación anual/N° de participantes) *100	70%	80%	90%	Dirección de salud
					(N° de egresados que implementan mejoras o innovaciones en su centro derivadas de la formación/N° de egresados que completan el programa) *100	60%	80%	100 %	Directores de establecimiento salud

				Establecer un sistema de habilitación de personal para APS transparente, ágil y basado en mérito. (sistema de selección, inducción y capacitación).	Índice de avance de sistema de habilitación de personal para APS transparente, ágil y basado en mérito. ((Sumatoria (hitos cumplidos *peso) / (sumatoria de pesos)) *100	10%	50%	90%	Dirección de salud. Dirección de gestión de personas.
				Desarrollar un plan de mejora del clima laboral, reconocimiento y cuidado de los equipos en los centros de APS.	(N° de dispositivos APS con plan de clima y reconocimiento implementado/N° Dispositivos APS) * 100	10%	50%	100 %	Directores de centros de salud.
				Implementar diversas mejoras de infraestructura de espacios físicos de trabajo de los equipos de los centros APS.	(N° de centros de salud APS con mejoras de infraestructura de bienestar implementadas/ N° de centros de salud APS) *100	10%	30%	50%	Dirección de salud. Dirección de proyectos e infraestructura. Dirección de administración y finanzas.

				Desarrollar un protocolo de Inclusión y Adaptación Laboral dirigidos a los funcionarios APS.	Protocolo realizado	100 %	100 %	100 %	Dirección de salud. Dirección de gestión de personas.
Mejorar la salud y bienestar de la población	OE8: Participación Social	6.2 Fortalecer un modelo de gestión participativa en salud	Mejorar presencia territorial y oferta comunitaria en Viña del Mar.	Crear por cada centro de salud un grupo de apoyo comunitario	(N° de centros de salud con grupo de apoyo creado y activo / N° total de centros de salud APS) * 100.	50%	70%	100 %	Referente técnico de Salud mental, participación Encargado de Salud mental, participación
Asegurar la calidad de la atención en salud	OE8: Sistema de Salud	8.1 Contar con sistemas de información de salud sostenibles, suficientes, integrados y alienados con las	Fortalecer el sistema de seguimiento y contrarreferencia para personas egresadas de hospital en Viña del Mar, con el fin de disminuir las	Diseñar, aprobar e implementar el Protocolo APS-HGF de contrarreferencia y seguimiento post alta	Protocolo implementado	100 %	100 %	100 %	Referente de resolutiveidad, SOME Encargado de Contraloría, SOME

		necesidades del sector	pérdidas de continuidad y los reingresos evitables.	Operativizar la continuidad de cuidados mediante el ingreso a ECICEP y seguimiento APS de toda contrarreferencia recibida desde HGF.	(N° de personas contra derivadas post alta hospitalaria HGF que ingresan a ECICEP con primer control registrado/ N° Total de contrarreferencias válidas recibidas desde HGF) *100.	10%	20%	40%	Referente MAIS-ECICEP, SOME Encargado MAIS-ECICEP, SOME
Mejorar la salud y bienestar de la población	OE 2: Enfermedades no transmisibles	2.6 Disminuir la prevalencia de dolor crónico asociado a alteraciones musculoesqueléticas	Implementar un modelo comunal de manejo integral del dolor crónico no oncológico (DCNO) en la red APS de Viña del Mar, fortaleciendo la detección, tratamiento interdisciplinario y acceso equitativo a rehabilitación, con el fin de	Implementar un protocolo comunal de manejo DCNO.	Protocolo implementado	100 %	100 %	100 %	Referente de adulto y Salud mental Encargados de adulto y salud mental

			mejorar la funcionalidad y calidad de vida de las personas afectadas.	Capacitar a los equipos de salud de APS en el modelo biopsicosocial del dolor, enfocando en el manejo farmacológico, psicosocial y la desprescripción de opioides/AINES.	Porcentaje de equipos de salud objetivo de la red APS capacitados en manejo integral de DCNO.	10%	40%	50%	Referente de capacitación
Asegurar la calidad de la atención en salud	OE 8: Sistema de salud.	8.1 Contar con sistemas de información de salud sostenibles, suficientes, integrados y alineados con las necesidades del sector.	Fortalecer la gestión digital y la interoperabilidad de los sistemas de información en la red APS comunal, integrando los procesos asociados a garantías GES, agendas como continuidad asistencial.	Capacitar a referentes GES, SOME y profesionales administrativos en gestión de información, trazabilidad y uso de plataformas interoperables.	(N° de referentes (GES/SOME) capacitados / N° total de referentes (GES/SOME)) * 100.	30%	60%	90%	Referente de capacitación
				Estandarizar los flujos de registro, derivación y seguimiento GES en todos los dispositivos de salud de la red.	(N° de centros APS con flujos GES estandarizados implementados / N° total de centros APS) * 100.	50%	80%	100%	Referente de GES, SOME Encargados de GES, SOME directores de establecim

									ientos de salud.
Asegurar la calidad de la atención en salud.	OE 8: Sistema de salud.	8.1 Contar con sistemas de información de salud sostenibles, suficientes, integrados y alineados con las necesidades del sector. 8.3 Fortalecer la infraestructura y equipamiento del sector con	Fortalecer la capacidad instalada y las condiciones físicas de los establecimientos de APS de Viña del Mar mediante un Plan Comunal de Mantenimiento en Infraestructura Clínica y Equipamiento, priorizando la equidad territorial, la	Elaborar, implementar y ejecutar un Plan Comunal de Mantenimiento en Infraestructura clínica y equipamiento	Plan de mantenimiento ejecutado	20%	40%	80%	Dirección de salud. Dirección de proyectos e infraestructura. Dirección de administración y finanzas. Dirección de planificación

		enfoque de equidad	seguridad de los espacios y la modernización tecnológica de la red comunal.	Realizar informe sobre la Brecha: informática, mobiliario clínico y mantenciones, priorizando establecimientos que se encuentran en proceso de acreditación y ya acreditados.	informe realizado	100 %	100 %	100 %	Dirección de salud Direcciones de establecimientos de salud
Disminuir las inequidades en salud	OE8: Sistema de salud.	8.3: Infraestructura y equipamiento	Aumentar la disponibilidad de prestaciones en salud visual y auditiva en población prioritaria de Viña del Mar	Postular un proyecto FNDR/GORE para equipamiento crítico oftalmológico y otorrinolaringológico	Proyecto postulado	100 %	No aplica	No aplica	Asesor de dirección de área salud Dirección de Planificación

				Fortalecer alianzas docente-asistenciales e intersector con universidades para incorporar prestaciones de tamizaje visual/auditivo y detección de errores refractivos.	(N° de convenios generados/ N° de convenios proyectados) * 100.	50%	70%	80%	Asesor de dirección de área salud Dirección de Planificación
--	--	--	--	--	---	-----	-----	-----	---

Mejorar la salud y bienestar de la población	OE 2: Enfermedades No transmisibles OE 7: Medio Ambiente	2.5: Disminuir la morbimortalidad por enfermedades respiratorias crónicas 7.1: Reducir la población expuesta a condiciones sanitario-ambientales desfavorables	Disminuir descompensaciones por olas de calor y humo de incendios en personas con enfermedades respiratorias y cardiovasculares de Viña del Mar	Implementar estrategias de educación y preparación a grupos objetivos sobre medidas de cuidado ante olas de calor y exposición al humo en incendios.	(Número de actividades comunitarias ejecutadas sobre medidas de cuidado ante eventos climáticos de olas de calor y exposición de humo en incendios/Nº actividades comunitarias planificadas sobre medidas de cuidado ante eventos climáticos de olas de calor y exposición de humo en incendios) *100	30%	60%	90%	Referente de sala IRA, ERA Encargados de sala IRA, ERA
--	---	---	---	--	---	-----	-----	-----	---

Asegurar la calidad de la atención en salud	OE9: Calidad de la atención	9.2: Acceso	Aumentar la oferta de apoyos para personas con dependencia y sus cuidadores en la comuna de Viña del Mar.	Elaborar e implementar un protocolo comunal actualizado de atención preferente para personas con dependencia y sus cuidadores (PADDS) en todos los dispositivos APS.	Protocolo implementado	100 %	100 %	100 %	Referente de programa PADS Encargado de PADS
Reducir la carga de enfermedad por enfermedades respiratorias crónicas y sus factores de riesgo.	OE 2: Prevención y control de enfermedades. OE 4: Estilos de vida y factores de riesgo	2.5: Disminuir la morbimortalidad por enfermedades respiratorias crónicas. 4.2: Disminuir la prevalencia de consumo de productos de tabaco y de sistemas electrónicos de administración	Disminuir la frecuencia de exacerbaciones respiratorias en personas mayores de 15 años mediante el fortalecimiento del control clínico, la adherencia terapéutica y las estrategias de	Implementar talleres grupales de cesación de tabaquica y control de EPOC/asma en APS.	(N° de talleres grupales realizados sobre cesación tabáquica / N° de talleres grupales sobre cesación de tabaquica programados) * 100.	60%	70%	80%	Referente de sala IRA, ERA Encargados de sala IRA, ERA

		n de nicotina y sin nicotina.	cesación tabáquica.	Ejecutar campañas educativas sobre factores de riesgo en salas de espera y en la comunidad.	(N° de campañas educativas ejecutadas / N° de campañas educativas programadas) * 100	60%	70%	80%	Referente de sala IRA, ERA Encargados de sala IRA, ERA
Mejorar la salud y bienestar de la población	OE 4: Estilos de vida y factores de riesgo	Mejorar la salud mental con enfoque promocional y preventivo	Fortalecer la detección precoz, el acompañamiento y el apoyo psicosocial a cuidadores de personas mayores con demencia o deterioro cognitivo.	Elaborar e implementar el Protocolo Comunal de Deterioro Cognitivo.	Protocolo elaborado e implementado	100%	No aplica	No aplica	Referente de adulto y Salud mental Encargados de adulto y salud mental
				Implementar un programa de apoyo psicoeducativo para cuidadores, enfocado en educación, fomento del autocuidado y fortalecimiento de redes.	(N° cuidadores registrados que recibieron >1 intervención (taller/consejería) /N° cuidadores registrados) *100	70%	80%	100%	Referente de adulto y Salud mental Encargados de adulto y salud mental
Mejorar las inequidades en salud	OE 2. Enfermedades crónicas no	2.9 Discapacidad y dependencia	Consolidar la implementación del modelo NANEAS garantizando acceso	Operativizar y actualizar el registro comunal NANEAS, incorporando pauta de	(N° de usuarios NANEAS con registro actualizado / N° total de usuarios NANEAS	60%	80%	95%	Referente de infancia Encargados de Infancia.

	transmisibles		oportuno y equitativo a la rehabilitación integral.	complejidad, plan de cuidados y cuidador principal.	identificados) * 100.				
				Implementar un Mapa Comunal de Oportunidades (recursos/servicios/apoyos) y su uso en la derivación desde APS.	(N° de centros APS con uso operativo de Mapa de oportunidades para derivación / N° total de centros APS) * 100.	50%	70%	90%	Referente de infancia Encargados de Infancia.
Mejorar la salud y bienestar de la población	OE 1 Enfermedades transmisibles	1.2 Disminuir la incidencia de Tuberculosis	Disminuir el riesgo de reemergencia de tuberculosis en la población en situación de vulnerabilidad de Viña del Mar	Realizar campañas de educación y sensibilización sobre tuberculosis dirigidas a grupos vulnerables en barrios priorizados.	Porcentaje de cumplimiento de campañas de sensibilización programadas	50%	70%	90%	Referente VIGEP Encargado VIGEP
				Capacitar a "Equipos PROCET" en las normas técnicas y procedimientos actualizados del programa de tuberculosis.	(N° de funcionarios de Equipos PROCET capacitados / N° total de funcionarios de Equipos PROCET) * 100.	50%	75%	90%	Referente Capacitación, VIGEP Encargado VIGEP

				Intensificar pesquisa activa focalizada y toma de muestra diagnóstica en grupos de riesgo y sintomáticos respiratorios en barrios priorizados.	(N° de barrios priorizados con operativos de pesquisa activa realizados / N° total de barrios priorizados definidos) * 100.	30%	50%	75%	Referente VIGEP Encargado VIGEP
Mejorar la salud y bienestar de la población	OE 5 Curso de vida	5.3 Disminuir la morbimortalidad perinatal y materna	Reducir las brechas en oportunidad y cobertura del control prenatal en mujeres con mayor edad y/o con comorbilidades en Viña del Mar, fortaleciendo la red de atención y los	Capacitación de equipos: Realizar talleres de sensibilización y actualización en atención a condiciones de mayor riesgo obstétrico para médicos, matronas y nutricionistas que realizan control prenatal.	(N° de funcionarios médicos, matronas, nutricionistas capacitados en riesgo obstétrico / N° total de funcionarios médicos, matronas, nutricionistas por centro) * 100.	Línea a base	15%	30%	Referente capacitación Referente PSSyR Encargadas de PSSyR

			recursos disponibles para garantizar una atención oportuna y de calidad.	Garantizar la continuidad de cuidados mediante el ingreso oportuno de gestantes de riesgo a ECICEP, con seguimiento interdisciplinario (matrona, médico y nutrición según necesidad).	(N° gestantes de riesgo con ingreso ECICEP (con 1er control registrado) / N° total de gestantes de riesgo captadas) *100	30%	50%	70%	Referente ECICEP Encargados ECICEP
Mejorar la salud y bienestar de la población	OE 4: Estilos de vida y factores de riesgo	4.2. Disminuir la prevalencia de consumo de productos de tabaco y de sistemas electrónicos de administración de nicotina y sin nicotina. 4.3. Reducir el consumo de	Disminuir la persistencia en el consumo de tabaco, alcohol y drogas en la población de Viña del Mar mediante la prevención, y la promoción de estilos de	Implementar programas de prevención en jardines, escuelas, liceos y comunidades educativas con talleres y formación de monitores en prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas.	(N° de establecimientos escolares adheridos a COMSE participando en programas preventivos de drogas / N° total de establecimientos escolares adheridos a COMSE de la comuna) * 100.	50%	70%	90%	Referente promoción Encargado de promoción Referente de salud mental Encargado de salud mental

		alcohol y sus consecuencias sociales y sanitarias 4.4. Disminuir el consumo de drogas y sus consecuencias sociales y sanitarias	vida saludables.	Capacitar a equipos de salud y educadores en estrategias de prevención primaria asociada a consumo de sustancias	Porcentaje de profesionales de salud que participan en COMSE capacitados en prevención de consumo de sustancias	50%	70%	90%	Referente promoción Encargado de promoción Referente de salud mental Encargado de salud mental
Disminuir las Inequidades en Salud	OE: 6 Equidad	6.2 Disminuir las inequidades en salud de la población indígena 6.3 Reducir las inequidades en acceso efectivo a la atención en	Mejorar el acceso cultural/lingüístico intercultural para población indígena y migrante en Viña del Mar	Elaborar e implementar Protocolo Intercultural y de Acceso Lingüístico en APS.	Protocolo elaborado e implementado	100 %	No aplica	No aplica	Referente promoción Encargado de promoción Referente de Capacitación

		salud de personas migrantes		Capacitaciones en atención inclusiva e intercultural.	(N° de funcionarios objetivo de capacitados en atención inclusiva e intercultural/ N° de funcionarios objetivo de capacitación en atención inclusiva e intercultural) *100	20%	40%	60%	Referente de participación Encargado de participación Referente de Capacitación
Asegurar la calidad de atención en salud	OE 5: Curso de vida OE 9: Calidad de la atención	5.3 Mejorar integralmente la salud sexual y reproductiva con enfoque de derechos. 9.1 Fortalecer la entrega eficaz de servicios de salud	Promover el parto vaginal seguro y la atención humanizada del nacimiento en la comuna de Viña del Mar	Elaborar e implementar una Guía Anticipatoria Perinatal en controles prenatales, con consejería estructurada sobre elección informada y parto humanizado	(N° de centros que implementan guía anticipatoria perinatal/ N° total de centros de Salud APS) *100	30%	60%	90%	Referente capacitación Referente PSSyR Encargadas de PSSyR

Calidad de atención	OE 9 Seguridad y calidad de atención	9.3 Fortalecer la seguridad clínica en la entrega de servicios de salud	Normalizar el sistema comunal de vigilancia de eventos adversos	Levantamiento del procedimiento actual	Sistema comunal de vigilancia de eventos adversos normalizado	100 %	100 %	100 %	Profesional clínico OCSP
				Identificación de puntos de valor o desperdicios					
				Protocolización del Sistema comunal de vigilancia de eventos adversos					
				Difusión del modelo propuesto					
Calidad de atención	OE 9 Seguridad y calidad de atención	9.3 Fortalecer la seguridad clínica en la entrega de servicios de salud	Ejecutar el 100% de las actividades para la implementación del programa de control de infecciones para los establecimientos de salud	Constitución de comité comunal/local de IAAS.	Porcentaje de actividades para la implementación del programa de control de infecciones ejecutadas.	40%	80%	100 %	Profesional clínico OCSP
				Diseño del PCI y su sistema de evaluación según Orientaciones técnicas para la Atención primaria.					
				Diagnóstico de cumplimiento en					

				<p>todos los centros de salud.</p> <p>Actividades de resolución de la brecha: Desarrollo de normas y procedimientos IAAS comunal/local; diseño de indicadores, evaluación de prácticas.</p> <p>Capacitación del personal</p> <p>Monitorización trimestral de la implementación del PCI</p>					
Calidad de atención	OE 9 Seguridad y calidad de atención	9.3 Fortalecer la seguridad clínica en la entrega de servicios de salud	Elaborar la propuesta de protocolo para el 100% de las características asociadas a la seguridad del equipamiento	<p>Designación de dueño de proceso.</p> <p>Coordinación con partes interesadas.</p> <p>Levantamiento diagnóstico</p>	Porcentaje de características asociadas a seguridad del equipamiento con propuesta de protocolo elaborado	80%	100%	100%	Profesional administrativo OCSP

				Redacción de la primera propuesta.					
				Revisión por los interesados de los protocolos.					
				Emisión de los protocolos en estado de revisado.					
				Distribución a los centros de salud para su implementación local.					
Calidad de atención	OE 9 Seguridad y calidad de atención	9.3 Fortalecer la seguridad clínica en la entrega de servicios de salud	Elaborar la propuesta de protocolo para el 100% de las características asociadas a la seguridad de las instalaciones.	Designación de dueño de proceso.	Porcentaje de características asociadas a seguridad de las instalaciones con propuesta de protocolo elaborado	50%	80%	100%	Profesional administrativo OCSP
				Coordinación con partes interesadas.					
				Levantamiento diagnóstico					
				Redacción de la primera propuesta.					

				Revisión de los protocolos por los interesados.					
				Emisión de los protocolos en estado de revisado.					
				Distribución a los centros de salud para su implementación local.					
Calidad de atención	OE 9 Seguridad y calidad de atención	9.3 Fortalecer la seguridad clínica en la entrega de servicios de salud	Presentar la solicitud de acreditación de CESFAM Cienfuegos y Kaplan	Aplicación de estándar de atención abierta semestral	Solicitud de acreditación de CESFAM Cienfuegos y Kaplan presentada	0%	100%	No aplica	Referente OCSP
				Entrega de informe de cumplimiento de la evaluación.					
				Elaboración Plan de mejora para resolución de brechas.					
				Elaboración del informe de autoevaluación.					
				Presentación de solicitud digital					

Calidad de atención	OE 9 Seguridad y calidad de atención	9.3 Fortalecer la seguridad clínica en la entrega de servicios de salud	Mantener cumplimiento del 100% de las características obligatorias aplicables en todos los centros de salud	Designación a dueños de proceso.	Porcentaje de centros de salud que cumplen con todas las características obligatorias aplicables	70%	100%	100%	Referente OCSP
				Elaboración de protocolos					
				Difusión del protocolo autorizado					
				Asesoría en terreno, es caso de requerirlo.					
				Evaluación externa anual/semestral					
Calidad de atención	OE 9 Seguridad y calidad de atención	9.2 Fortalecer acceso a servicios de salud	Elaborar propuesta comunal de protocolo de notificación de resultados críticos de laboratorio, anatomía patológica e imagenología en el 100% de los puntos de verificación	Designación de dueño de proceso por centro de salud	Porcentaje propuestas comunales de protocolo para la notificación de resultados críticos de laboratorio, anatomía patológica e imagenología por punto de verificación descritos en el Estándar de	30%	66%	100%	Profesional clínico OCSP

			descrito en el estándar de Atención Abierta	Coordinación con partes interesadas Levantamiento diagnóstico de la práctica vigente. Redacción de la primera propuesta Revisión por los interesados de las propuestas de protocolos. Distribución de los protocolos en estado de revisado hacia los centros de salud	atención abierta elaborados.				
Calidad de atención	OE 9 Seguridad y calidad de atención	9.3 Fortalecer la seguridad clínica en la entrega de servicios de salud 9.4 Mejorar la satisfacción usuaria en la entrega de servicios de salud	Diseñar el Manual de Calidad comunal	Designación de dueño de proceso. Coordinación con las partes interesadas.	Manual de Calidad comunal diseñado	SI	SI	SI	Referente OCSP

				Levantamiento diagnóstico.					
				Redacción de la primera propuesta de manual.					
				Revisión por los interesados.					
				Distribución del Manual de Calidad a los centros de salud.					
Calidad de atención	OE 9 Seguridad y calidad de atención	9.3 Fortalecer la seguridad clínica en la entrega de servicios de salud 9.4 Mejorar la satisfacción usuaria en la entrega de servicios de salud	Ejecutar el 100% de las actividades para la implementación del sistema de inducción, orientación y formación en calidad y seguridad del paciente para usuarios internos de los centros de salud.	Designación de los dueños de proceso.	Porcentaje de actividades para la implementación del sistema de inducción, orientación y formación en calidad y seguridad del paciente para usuarios internos de los centros de salud ejecutadas	40%	80%	100%	Referente OCSP
				Coordinación con las partes interesadas.					
				Levantamiento diagnóstico de la práctica vigente.					
				Desarrollo de normas y procedimientos					

				comunales/locales.					
				Diseño del sistema de soporte.					
				Pilotaje del sistema.					
				Monitorización de la implementación del sistema.					
Calidad de atención	OE 9 Seguridad y calidad de atención	9.3 Fortalecer la seguridad clínica en la entrega de servicios de salud	Implementar el sistema de monitorización de la gestión de la calidad de la Oficina de calidad y seguridad del paciente	Designación de los dueños de proceso.	Sistema de monitorización de la gestión de la calidad de la Oficina de calidad y seguridad del paciente implementado.	1000 0%	1000 0%	1000 0%	Profesional administrativo OCSP
				Desarrollo de normas y procedimientos comunales.					
				Diseño del sistema de visualización.					
				Pilotaje del sistema de visualización.					

				Elaboración del informe de implementación del sistema de monitorización.					
Calidad de atención	OE 9 Seguridad y calidad de atención	9.3 Fortalecer la seguridad clínica en la entrega de servicios de salud	Implementar modelo de respuesta de mejora ante procesos con fallos de la seguridad del paciente a nivel comunal	Levantamiento del procedimiento actual.	Modelo de respuesta de mejora ante procesos con fallos de la seguridad del paciente a nivel comunal implementado	1000 0%	1000 0%	1000 0%	Profesional administrativo OCSP
				Identificación de puntos de valor o desperdicios.					
				Elaboración de la propuesta de diseño comunal.					
				Difusión del modelo propuesto.					
				Pilotaje del modelo de respuesta.					
				Elaboración del informe de implementación del modelo de respuesta.					

Calidad de atención	OE 9 Seguridad y calidad de atención	9.3 Fortalecer la seguridad clínica en la entrega de servicios de salud	Evaluar el cumplimiento del 75% de los planes de mejora de los procesos de evaluación interna y acreditación según brecha identificada durante el periodo evaluado	Identificación de brechas resultantes de la aplicación en evaluaciones internas y/o procesos de acreditación.	Porcentaje de planes de mejora según brecha identificada para los procesos de evaluación interna y acreditación evaluados	35%	60%	75%	Referente OCSP
				Elaboración de la propuesta de resolución de brechas junto a los centros de salud.					
				Monitorización del cumplimiento de los planes de mejora.					
Calidad de atención	OE 9 Seguridad y calidad de atención	9.3 Fortalecer la seguridad clínica en la entrega de servicios de salud	Evaluar el cumplimiento del 100% de los planes de mejora resultantes de las evaluaciones semestrales de los planes de trabajo de	Emisión del informe de cumplimiento semestral por centro de salud.	Porcentaje de los planes de mejora semestrales por brecha de cumplimiento de la demostración sanitaria evaluados.	60%	100 %	100 %	Profesional clínico OCSP

			los centros con demostración sanitaria.	Identificación de brechas resultantes de las evaluaciones internas de cumplimiento de NTB.					
				Elaboración de la propuesta de resolución de brechas junto a los centros de salud.					
				Monitorización del cumplimiento de los planes de mejora.					

Fuente : Elaboración propia

Programa Anual de Capacitación

Como parte fundamental del Plan de Acción para el cierre de brechas en salud, se incorpora el Plan Anual de Capacitación, orientado a fortalecer las competencias técnicas, administrativas y comunitarias de los equipos de salud comunales. Este plan busca asegurar que el personal cuente con las herramientas necesarias para implementar con efectividad las estrategias priorizadas, mejorar la calidad de la atención y avanzar hacia un modelo de atención integral, centrado en las personas y sus territorios.

Objetivos del Programa Anual de Capacitación:

1. Fortalecer las capacidades técnicas de los equipos en áreas críticas como salud mental, control de enfermedades crónicas, salud familiar y comunitaria, gestión del riesgo y promoción de la salud.
2. Promover la actualización continua en materias normativas, epidemiológicas y de gestión sanitaria.
3. Fomentar habilidades interpersonales y de liderazgo, necesarias para el trabajo en red, la participación social y la gestión del cambio.
4. Reducir brechas detectadas en el diagnóstico de recursos humanos, mejorando la equidad en la distribución y desempeño de competencias entre los distintos establecimientos de salud.

Las actividades de este programa se pueden encontrar en el Anexo 3.

EVALUACION PLAN DE SALUD 2023- 2025

En el Anexo 6 se presenta la Evaluación de Avances del Plan de Salud Comunal correspondiente al período 2022–2025, la cual permite analizar el grado de cumplimiento de las metas y objetivos establecidos en los distintos ejes de acción.

Esta evaluación constituye una herramienta de gestión y retroalimentación para los equipos de salud, ya que facilita la identificación de logros, brechas y oportunidades de mejora continua en la implementación del plan.

En dicho anexo, cada meta fue evaluada según categorías estandarizadas que reflejan el nivel de progreso alcanzado:

Retroceso: Estimación de los equipos cuando el desarrollo del indicador es escaso o nulo.

Avance discreto: Estimación de los equipos cuando no se evidencia un avance correspondiente al esperado.

Avance importante: Estimación de los equipos que indica que se ha logrado lo planificado, alcanzando las metas propuestas.

Cumplimiento total o destacado: Estimación de los equipos cuando se supera lo esperado, sobrepasando las metas y alcanzando un grado relevante de impacto en el eje o programa asociado.

De esta manera, el Anexo 6 proporciona una visión integral del desempeño comunal durante el ciclo de planificación 2022–2025.

CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES

El *Plan de Salud Comunal 2026–2028 de Viña del Mar* representa una hoja de ruta sólida, coherente y profundamente comprometida con el bienestar integral de la población viñamarina. A través de un proceso participativo, inclusivo y técnicamente fundamentado, este plan se erige como una herramienta estratégica para orientar la gestión sanitaria local hacia los desafíos presentes y futuros, fortaleciendo la equidad, la calidad y la eficiencia en la atención primaria de salud.

En primer lugar, cabe destacar que el diagnóstico comunal realizado permitió identificar con precisión los determinantes sociales, las brechas estructurales y las oportunidades de mejora en los distintos territorios de la comuna. Este ejercicio de análisis —nutrido por la participación de los equipos de salud, la comunidad organizada y diversos actores locales— ha posibilitado diseñar estrategias focalizadas y pertinentes, que reflejan una comprensión integral de la salud como un fenómeno social y comunitario.

Asimismo, el plan evidencia un notable fortalecimiento de la gestión sanitaria comunal, sustentada en la capacidad técnica y el compromiso ético de los profesionales de la red de salud de Viña del Mar. La Dirección de Salud y los equipos locales han demostrado una articulación ejemplar entre la

planificación estratégica y la gestión operativa, traduciendo los principios del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario (MAIS) en acciones concretas, medibles y sostenibles.

Entre las potencialidades más destacadas se encuentra la consolidación de una red de establecimientos de atención primaria comprometida con la innovación y la mejora continua. Los centros de salud familiar, los servicios de urgencia, los dispositivos de salud mental comunitaria y los equipos de promoción de la salud han desarrollado capacidades notables para responder con pertinencia cultural, eficiencia y calidez a las necesidades de la población. La formación permanente, la actualización técnica y la vocación de servicio de los funcionarios constituyen pilares que otorgan legitimidad y sostenibilidad al sistema local.

De igual modo, la incorporación de la participación social como eje transversal del plan reafirma el compromiso de la comuna con la salud democrática y la corresponsabilidad ciudadana. Las instancias de diálogo y los diagnósticos participativos han fortalecido el vínculo entre los servicios de salud y la comunidad, potenciando el protagonismo de las personas y organizaciones en la construcción colectiva del bienestar. Este enfoque participativo no solo legitima las políticas públicas locales, sino que también potencia su efectividad al adaptarse a las realidades y expectativas de cada territorio.

En el ámbito de la gestión de datos y la planificación basada en evidencia, el plan introduce mecanismos de seguimiento y evaluación que permiten medir avances de manera transparente y oportuna. Esta orientación hacia la gestión del conocimiento y la rendición de cuentas refuerza la confianza pública en la institucionalidad sanitaria local, además de favorecer la toma de decisiones informadas y la priorización de recursos en función de resultados y necesidades reales.

Otro aspecto de gran relevancia es la proyección del plan en materia de promoción y prevención de la salud. Las estrategias orientadas a la salud mental, las enfermedades crónicas no transmisibles, la salud ambiental y los determinantes sociales reflejan una visión moderna y sistémica, coherente con los lineamientos nacionales y con la Estrategia Nacional de Salud.

El esfuerzo intersectorial e interdisciplinario observado en la formulación y ejecución del plan es también un signo de madurez institucional. La colaboración entre el sector salud, la educación, el medio ambiente, el desarrollo social y el ámbito municipal ha permitido construir respuestas integrales y sostenibles. Este trabajo colaborativo constituye una fortaleza que distingue a Viña del

Mar dentro del contexto regional, demostrando que la coordinación entre políticas públicas es esencial para el bienestar de la población.

En suma, el *Plan de Salud Comunal 2026–2028* no solo consolida la gestión sanitaria local, sino que también proyecta a Viña del Mar como una comuna comprometida con la equidad, la participación y la innovación en salud pública. El liderazgo técnico y humano de los equipos profesionales, junto al compromiso ciudadano, sientan las bases para una gestión sanitaria de excelencia, centrada en las personas, las familias y las comunidades.

Finalmente, este documento es también un reconocimiento al esfuerzo colectivo de todas y todos los trabajadores de la salud municipal. Su dedicación, resiliencia y vocación de servicio han sido y seguirán siendo el motor de una atención de calidad, humana y transformadora. El futuro de la salud comunal se construye día a día en los centros de salud, en los territorios y en cada encuentro con la comunidad. En ese sentido, este plan no solo es una guía técnica, sino una expresión de esperanza, compromiso y confianza en las capacidades locales para garantizar una vida más saludable, justa y digna para todos los viñamarinos.

BIBLIOGRAFÍA

Alcalde, C. (2009). *Gestión de la calidad*. McGraw-Hill.

Buzzell, R. D., & Gale, B. T. (1987). *The PIMS principles: Linking strategy to performance*. The Free Press.

Chile. Ministerio de Salud. (2004). Ley N.º 19.966: Establece un régimen de garantías en salud. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=229834>

Chile. Ministerio de Salud. (2007). Decreto Supremo N.º 15: Aprueba reglamento para el proceso de acreditación de prestadores institucionales de salud. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=257148>

Chile. Ministerio de Salud. (2011). *Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011–2020*. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c7e69e7a2fbb1ce0e04001011f011fbf.pdf>

Chile. Ministerio de Salud. (2012). Ley N.º 20.584: Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>

Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. (2013). Decreto 4: Aprueba garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1143026>

Chile. Ministerio de Salud. (2021). Objetivos sanitarios de la década 2021–2030: Chile se cuida. <https://cimt.uchile.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-2030.pdf>

Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. (2022). Aprueba garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1182186>

Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2023). Resolución Exenta N.º 702: Dispóngase nómina de centros de salud familiar que deberán cumplir la garantía de calidad. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1196780>

Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2025). Orientaciones para la planificación y programación en red 2026. Gobierno de Chile. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/09/OT-PLANIFIC-Y-PROGRAMAC-2025-en-web.pdf>

Corporación Municipal de Viña del Mar. (2025a). Diagnóstico participado en salud comunal. Dirección de Salud, Viña del Mar.

Corporación Municipal de Viña del Mar. (2025b). Diagnóstico de recursos y servicios de salud comunal. Dirección de Salud, Viña del Mar.

Corporación Municipal de Viña del Mar. (2025c). Resultados cualitativos: Representaciones sociales en salud comunitaria. Dirección de Salud, Viña del Mar.

Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). SAGE.

Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691–729. (Original de 1966).

Flick, U. (2018). *An introduction to qualitative research* (6th ed.). SAGE.

Kruk, M. E., et al. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a revolution. *The Lancet Global Health Commission*, 6(11), e1196–e1252.

Marmot, M., et al. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661–1669.

Nutbeam, D., McGill, B., & Premkumar, P. (2018). Improving health literacy in community populations. *Health Promotion International*, 33(5), 901–911.

Starfield, B. (2012). *Primary care: Balancing health needs, services, and technology* (2nd ed.). Oxford University Press.

WHO. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization.

Wallerstein, N., & Duran, B. (2010). Community-based participatory research contributions to intervention research. *American Journal of Public Health*, 100(S1), S40–S46.

ANEXOS

ANEXO 1: “Organigrama Dirección de Salud y de Centros de Salud Familiar”

ANEXO2: “Presupuesto de salud 2026”

ANEXO 3: “Matriz de Curso de Vida”

ANEXO 4: “Plan Anual de Capacitación”

ANEXO 5: “Evaluación Plan de Salud 2023-2025”