



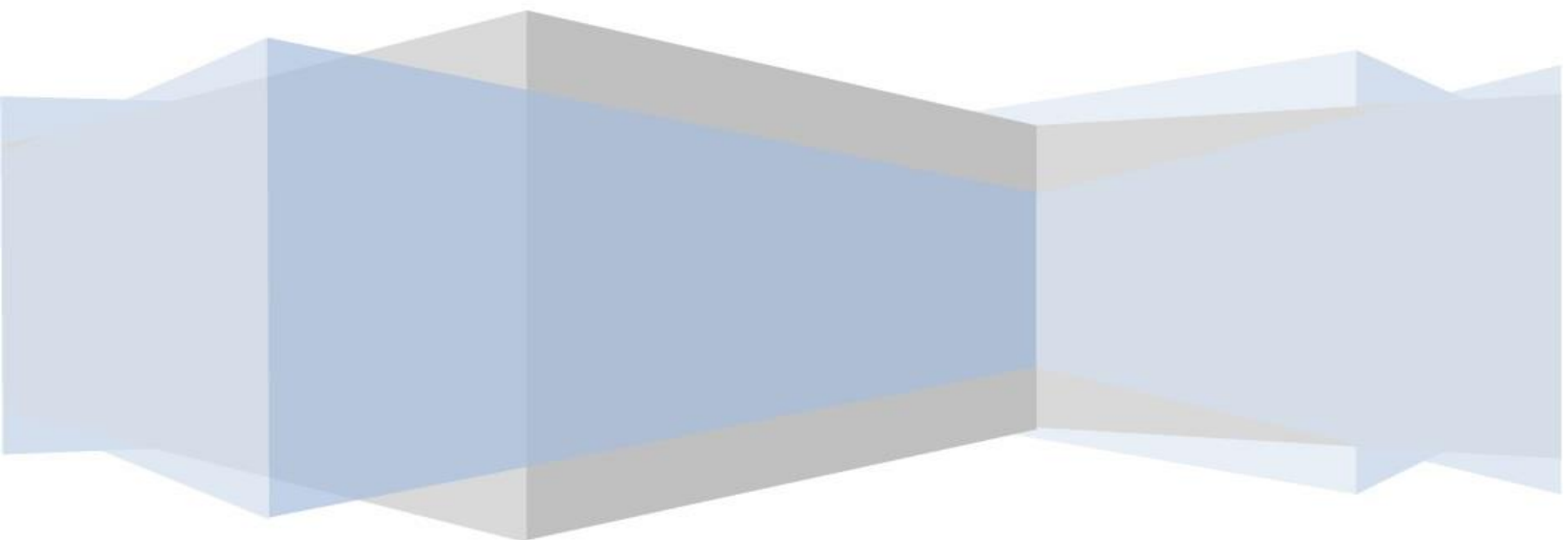
I. ILLUSTRE MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

Plan de Salud 2017-2018

Centro de Salud Familiar Algarrobo



(*) Imagen original RISS OMS

CESFAM ALGARROBO | Institucional CESFAM Algarrobo
Departamento de Salud
Illustre Municipalidad de Algarrobo
Noviembre 2016



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

I. ILLUSTRE MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD

I. Contenido

I.	INTRODUCCIÓN	3
A.	Visión.....	7
B.	Misión	7
C.	Organigrama Desam	8
D.	Organigrama Cestam	9
E.	Sectorización.....	10
II.	ANTECEDENTES GENERALES DE LA COMUNA	11
A.	Identificación del Área.....	11
B.	Red Vial	11
C.	Flora y Fauna	12
D.	Clima.....	12
E.	Topografía y Suelos	12
F.	Hidrografía y Pluviometría	13
III.	DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNAL DE ALGARROBO.....	14
A.	Caracterización Demográfica.....	14
i	Tamaño Poblacional	14
ii	Estructura de población según grupo etario y género.....	15
iii	Índice de masculinidad	17
iv	Índice de dependencia demográfica y adultos mayores.....	18
v	Pueblos Originarios.....	19
vi	Distribución de población según sistema previsional de salud.....	20
B.	Indicadores económicos.....	21
i	Tasa de Ocupación.....	21
ii	Ingreso	21
iii	Pobreza	22
iv	Pobreza Multidimensional.....	24
C.	Perfil Epidemiológico	25
i	Natalidad	25
ii	Educación.....	26
iii	Vivienda	28
iv	Seguridad Ciudadana.....	29
D.	Estado de Salud.....	31
i	Mortalidad General	31
ii	Mortalidad en Adultos Mayores.....	32
iii	Índice de Swaroop	32
iv	Tasa de Mortalidad Infantil	33
v	Mortalidad por Causas	34
vi	Esperanza de Vida al Nacer	35
vii	Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP).....	36
viii	Ficha de Salud CESFAM Algarrobo	37
ix	Diagnostico Participativo.....	40



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

I. ILLUSTRE MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD

x	Informe Preliminar Diagnostico Participativo sobre Discapacidad 2016.....	50
V.	Recursos de Salud.....	57
VI.	OBJETIVOS PROGRAMATICOS 2016.....	58
VII.	PLAN DE ACCION 2016.....	59
A.	Lineamientos estratégicos.....	59
B.	Planificación actividades de gestión.....	65
C.	Plan de gestión comité de referencia y contrareferencia.....	69
D.	Planificación actividades trabajo con familias equipos de cabecera.....	71
E.	Cuidados de salud a lo largo de la vida.....	76
i	Salud Infantil.....	76
ii	Salud Adolescente.....	80
iii	Salud Adulto.....	87
iv	Salud AM.....	94
VIII.	CARTERA DE SERVICIOS.....	102
IX.	DOTACION ATENCION PRIMARIA ALGARROBO.....	105
X.	PLAN ANUAL DE CAPACITACION 2017.....	108
XI.	PLAN DE AUTOCUIDADO.....	120



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

I. INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria de Salud Municipal de Algarrobo ha presentado avances significativos en diversas áreas de la gestión, para beneficio de sus usuarios.

Desde el área de prestación de servicios clínico, se han incrementado el número de médicos generales contratados para cada uno de los tres sectores que componen el centro de salud (rojo, azul y verde), se han duplicado la cantidad de horas de especialidad de medicina familiar, las cuales han sido distribuidas poniendo énfasis en la localidad del Yeco y San José, brindando mayor equidad a todos sus usuarios y del mismo modo se acercó atenciones de Sala IRA-ERA al sector Rural; de manera especial se menciona el esfuerzo Directivo, que marca un presente a nivel de Comuna y también Provincial, en la formación de un equipo especializado de atención infantil enfocado a trabajar con niños que presentan alteración en el desarrollo psicomotor mediante la participación de un profesional Fonoaudiólogo, siendo los primeros en incorporar, esta prestación en el programa infantil, obteniendo gran aceptación y reconocimiento desde las familias de los menores en tratamiento.

Con respecto al área de planta física, se menciona que a la espera de la entrega sin fecha del nuevo edificio por parte del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, se han realizado mejoras en las dependencias para satisfacer el aumento de profesionales y brindar mejor atención de nuestros pacientes.

Mediante el desarrollo de proyectos se obtuvo la adquisición de dos Box-tainer que aumentan la actual capacidad en cuatro box clínicos más (Dental-Enfermera-Psicóloga-Nutricionista) liberando boxes de la actual dependencia para Médicos y creando nuevos espacios de atención, del mismo modo se participó en la elaboración y actual proyecto de normalización de saneamiento ambiental correspondiente al



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

alcantarillado de la Posta San José; por otra parte en conjunto con el Equipo Dental y su Jefatura, se programó y diseño un plan de inversión que logro financiar la compra y puesta en marcha de dos nuevos puntos de atención, un Sillón Dental para el Centro de Salud (completando dos) y un nuevo Módulo Dental para la Escuela Rural El Yeco (completando dos), logrando mejorar la cobertura odontológica urbana y rural de la Comuna.

También se destacan tres hitos sanitarios para la Atención Primaria de Salud Municipal de Algarrobo, que son la gestión de: la Resolución de la Seremi de Salud de Autorización Sanitaria de la Sala de Rayos X Dental del Centro de Salud, que actualmente presta atención a todos los beneficiarios; la Resolución de la Seremi de Salud de Autorización Sanitaria del Centro de Rehabilitación con Base Comunitaria y la presentación de antecedentes de un Box-Tainer Dental para tramitación de su respectiva Autorización. Gestiones que demuestran el compromiso de entregar mejores servicios a la comunidad, cumpliendo con los estándares requeridos por la autoridad sanitaria y que marcan la diferencia al obtener en menos de un año y medio, dos Autorizaciones Sanitarias y una Tramitación ingresada.

En el área de equipamiento e insumos, se debe mencionar la gestión con la Fundación Fedes, quienes donaron insumos para la atención de pacientes en la unidad de urgencia, SAPU junto con ayudas técnicas (sillas de ruedas) para el Centro de Rehabilitación, equivalentes a medio Container de productos de importación Americana; Por otra parte mediante la postulación de proyectos a fondos concursables del Servicio de Salud, se obtuvo un conjunto de equipos para ambas Postas de Salud, entre ellos una Camilla de Ginecología, Mesa de toma de muestra. Del mismo modo se obtuvo el financiamiento de la Iglesia de Jesucristo de los Últimos días, para la adquisición de dos estanterías de medicamentos de un valor aproximado de 1,5 m, junto a un electrocardiograma y computador notebook, cuyo único compromiso era



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

utilizarlos en la Posta San José, materiales que a la fecha son utilizados por la comunidad rural.

En la evaluación del Modelo de Atención, se elaboró un plan de trabajo que aborda los nueve ámbitos del Modelo de Salud Familiar, en los cuales se han desarrollado guías anticipatorias, sitio web, protocolos entre otros y donde hemos sido evaluados por el organismo técnico y los resultados obtenidos avalan satisfactoriamente las estrategias implementadas. En la misma área pero en el ámbito de la Promoción de Salud es importante mencionar la formulación y adjudicación del Plan Cuatrienal de Promoción para Algarrobo, que se enmarca en el Programa Municipios, Comunas y Comunidades Saludables del Ministerio de Salud y que tiene como objetivo el fomentar la salud y prevenir enfermedades, mediante actividades como ferias saludables, caminatas del mes del corazón, sensibilización de la lactancia materna exclusiva, charlas y obras de teatros para jóvenes y adultos mayores de la comuna como también la creación y habilitación de plazas saludables. En esta misma temática se destaca la formulación y puesta en marcha del proyecto por segundo año consecutivo de actividad física en El Yeco, que aparece como única intervención deportiva y recreacional en la Localidad Rural, cuyo origen se gestó en el diagnóstico de la Comunidad y el Centro de Salud, identificando el sedentarismo y el sobrepeso como principal problema de abordaje.

En el área de Investigación se desarrollan dos trabajos clínicos, que son conducidos por los Médicos de Salud Familiar de nuestro Centro y que fueron presentados en el Congreso de Medicina Familiar y el estudio que realiza el Equipo Dental que busca describir relación entre Salud Oral y compensación Diabética; En otra línea, pero no menos interesante, se encuentra en encaminada la gestión con la



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

Escuela de Obstetricia de la Universidad de Chile, que busca establecer el Cestfam como centro Docente Asistencial.

Por otra parte en su afán de acercar a los usuarios internos y externos del Centro de Salud, al mismo tiempo de buscar integración y acercamiento de la red interna y externa de Salud, se realiza la **VIII Jornada de Salud Familiar**, evento único que logra reunir a expositores expertos en áreas clínica, de la gestión la docencia y de diversos organismos como Universidades, Centro de Salud, Laboratorios y sector salud público y privado; que para el actual programa destaco la participación del Ministerio de Desarrollo Social como presentador experto. Evento además que cuenta con la certificación de sus asistentes mediante la visación del Departamento de Capacitación del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio en conjunto con el Centro y que se enmarca en la Región de Valparaíso como evento único, con 8 ediciones desarrolladas.

Para finalizar es necesario plasmar que los logros mencionados anteriormente, responde solo únicamente al elevando compromiso con nuestros pacientes y su estado de salud en conjunto al nivel técnico desarrollado por nuestro equipo humano, que demuestra que con ideas, creatividad y mucho esfuerzo es posible sacar adelante buenas iniciativas, que logren establecer la salud en todas las políticas públicas; a continuación se entregaran los lineamientos del Cestfam Algarrobo, para abordar los Objetivos Sanitarios para la Década, dejando a vuestra imaginación el cómo CESFAM ALGARROBO trabaja para hacer posible la declaración de ALMA ATA “SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000”.



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

El actual Plan de Salud da cuenta de los lineamientos y directrices de gestión que se implementan de manera sectorizada para establecer nuestro proyecto en la red de salud municipal.

A. Visión

Construir juntos una salud familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes.
(31 agosto 2012)

B. Misión

Brindar una atención integral basada en el modelo de salud familiar, con una mirada intercultural que entregue satisfacción a las demandas de salud de la población, procurando dar una atención de calidad, oportuna y eficaz; mediante acciones de promoción, prevención, rehabilitación, docencia y participación activa de la comunidad, otorgada por un equipo de salud capacitado y comprometido con los usuarios de la Comuna de Algarrobo.
(12 Noviembre 2012)

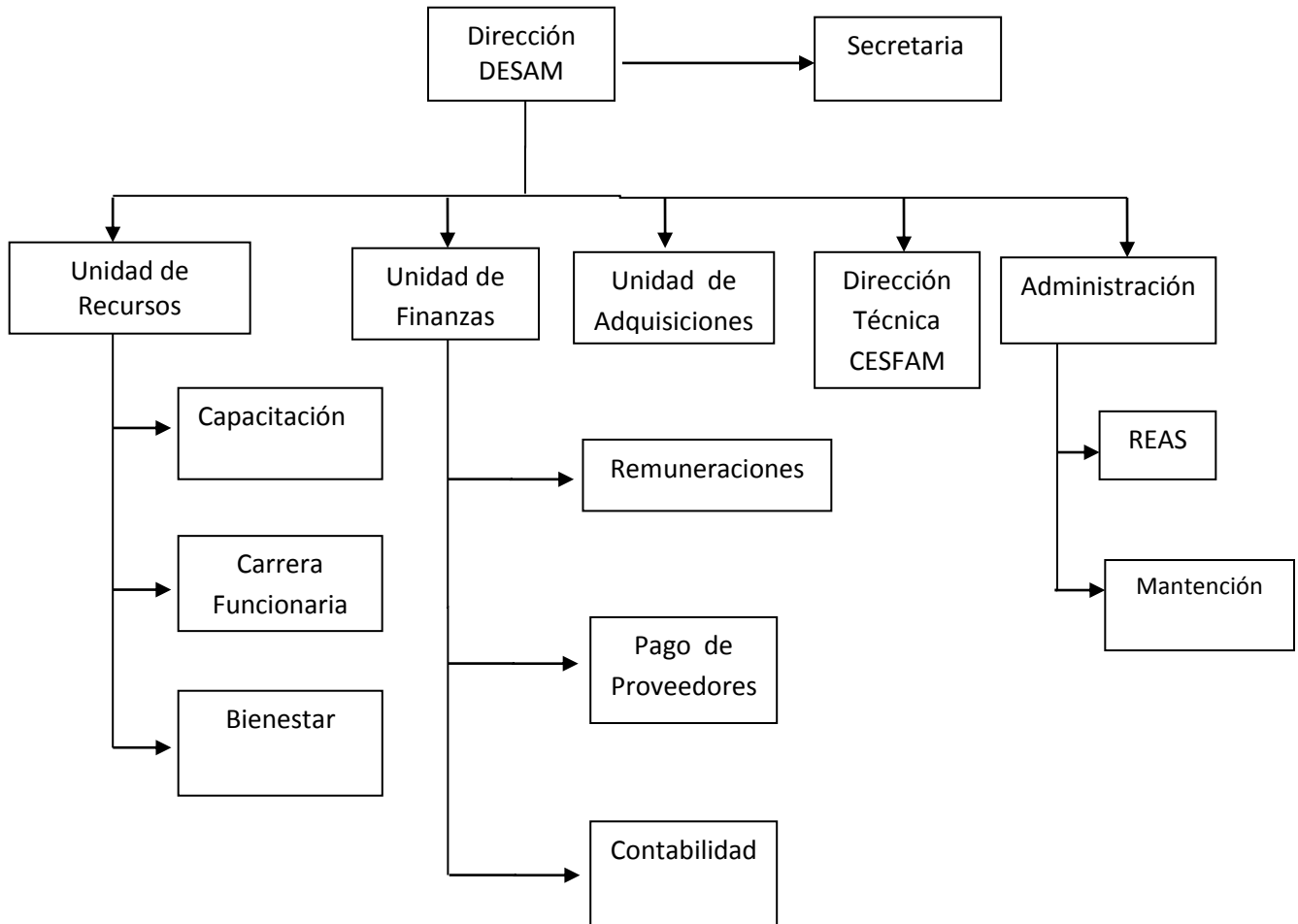
La Red de Salud Comunal de Algarrobo está compuesta por:

- Cestam Algarrobo.
- PSR El Yeco.
- PSR San José.
- Centro de Rehabilitación en Base Comunitaria.
- Modulo Dental Colegio Carlos Alessandri.
- Modulo Dental Colegio Rural El Yeco.
- Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Algarrobo.

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

I. ILLUSTRE MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD

C. Organigrama Desam

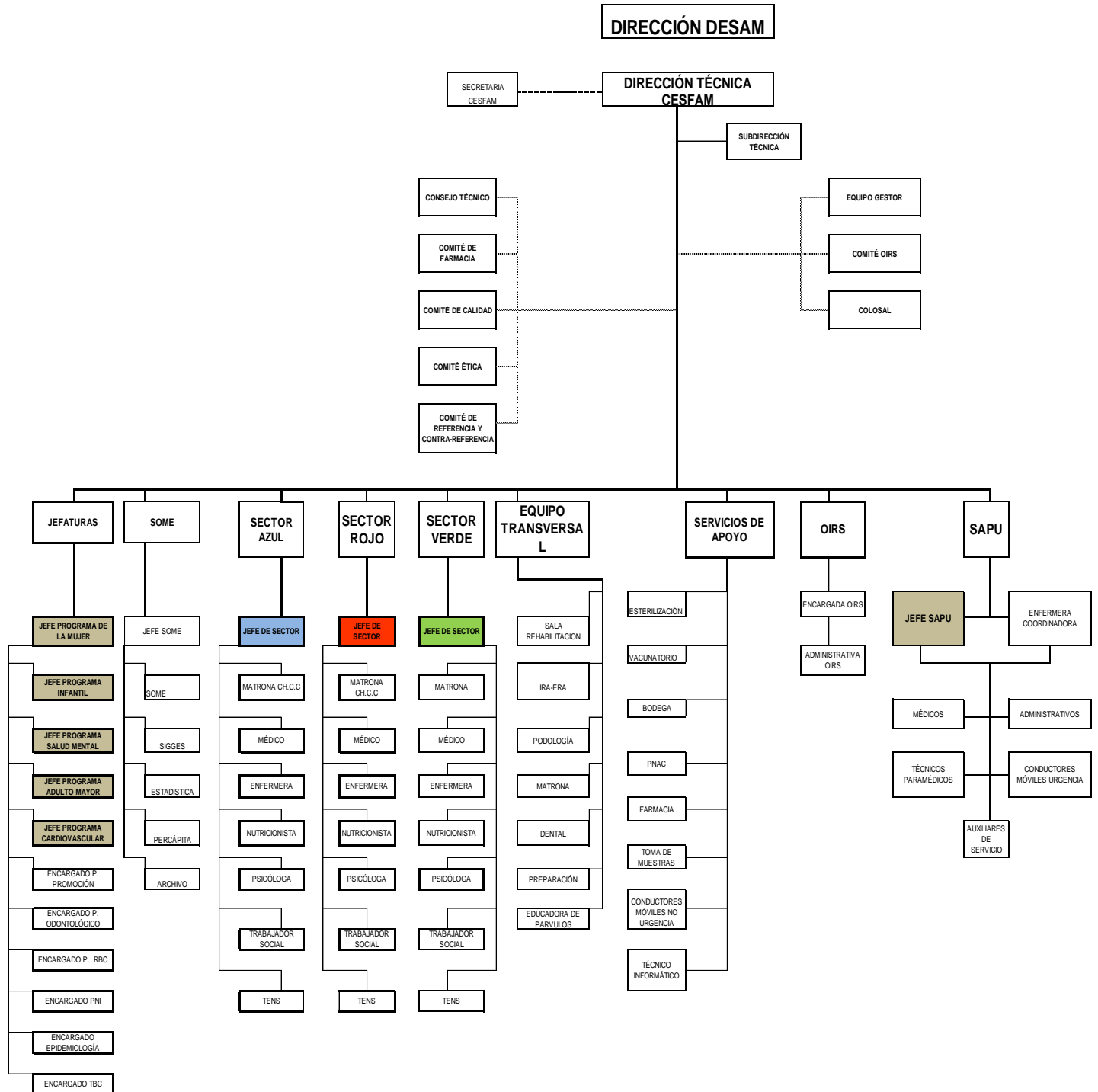




“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

I. ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD

D. Organigrama Cestfam





“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

E. Sectorización

El Centro de Salud Familiar se ha organizado sectorizando a sus beneficiarios en tres sectores:

SECTOR ROJO	SECTOR AZUL	SECTOR VERDE
Límite Sur: Con el Quisco	Límite Sur: Quebrada Las Casas (Hasta paradero taxis)	Límite Sur: Quebrada Grande (El Yeco)
Límite Norte: Quebrada Las Casas (Hasta paradero taxis)	Límite Norte: Quebrada El Yeco	Límite Norte: Limite Yeco- San José (Quebrada La Gloria)
Limite Este: Camino hacia Casablanca	Límite Este: Casablanca-San José	Límite Este: Casablanca
Límite Oeste: Mar	Límite Oeste: Mar	Límite Oeste: Mar



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

II. ANTECEDENTES GENERALES DE LA COMUNA

A. Identificación del Área

Pertenece a la Provincia de San Antonio en la Quinta región de Valparaíso. Está ubicada frente al Océano Pacífico a 33°27' de latitud sur y 71°30' longitud Oeste en el centro del País, sus límites son: al Norte el estero Tunquén y la comuna de Casablanca, al Este limita con la comuna de Casablanca, al Sur limita con la Quebrada Las Petras y la comuna de El Quisco y por el Oeste limita con el Océano Pacífico.

Algarrobo es una comuna del litoral central y también un balneario. Es conocida como la “Capital Náutica de Chile”, ya que se practican diversos deportes acuáticos: velas, surf y otros. Es considerada una zona de descanso, especialmente en verano, donde llega gran cantidad de turistas.

B. Red Vial

Principales vías de acceso a la comuna:

Tabla N°1: Vías de acceso comuna Algarrobo

Nombre	Tipo	Extensión	Cubierta
Ruta 68 a Algarrobo	Autopista Concesionada	33 km	Pavimentado
Camino costero Mirasol – Cartagena	Urbana de uso público		Pavimentado
Ruta Cartagena – Algarrobo – Casablanca	Autopista Concesionada		Pavimentado
Camino a las Dichas, Mirasol, El Yeco, El Crucero	Carretera Rural		Pavimentado
Camino Mirasol – El Crucero – Las Dichas – Tunquén	Carretera Rural		Pavimentado



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

C. Flora y Fauna

En Algarrobo se pueden encontrar varios tipos de árboles tales como: Boldo, Maitén, Canelo, Peumo, Huingán, Petrillo, Molle, Naranjillo y Algarrobo.

A sus costas llega a anidar el Pingüino de Humboldt. Se establece en el islote Pájaro Niño, nombre con que se conoce también a ésta ave, siendo éste su límite más septentrional de nidificación. Comparte el islote con el Pingüino de Magallanes.

D. Clima

El litoral central posee un clima templado cálido occidental, determinado por corrientes marinas frías que barren las costas y los vientos del mar que moderan las temperaturas. Debido a esto existe poca diferencia de temperatura durante el año y en general son zonas de moderadas lluvias de invierno y sequía en verano. La diferencia media entre las temperaturas del día y la noche en invierno y verano es de 5°C. La humedad media relativa del aire a mediodía en verano es 65%. La precipitación anual tiene una media de 462 mm de lluvia, concentrada en los meses de mayo a octubre; los meses de noviembre a abril son considerados secos.

E. Topografía y Suelos

La Comuna está caracterizada por lomajes suaves ondulados de relieve achatado que ha disminuido su altura desde la cordillera de la costa hacia el mar, formando las planicies o mesetas litorales. La elevación promedio es de 240 mts. Sobre el nivel del mar; encontrándose algunos promontorios como el cerro Alto de Piedra 593 msnm y San José con 485 msnm.

El suelo es de baja calidad agrícola caracterizado como secano Costero, con características gredosas que dificultan el trabajo agrícola o el cultivo generalizado



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

F. Hidrografía y Pluviometría

Las características hidrológicas de la zona están representadas por la presencia de esteros que nacen en la cordillera de la costa, y poseen un régimen exclusivamente pluvial que hace crisis en verano.

Las principales cuencas hídricas son el Estero de Casablanca y sus aportantes de la Quebrada de la Medialuna, Pulgares, El Mondongo, Estero Los Pitalles y Quebrada Grande; Quebrada San José, Quebrada El Yugo; Estero El Membrillo y sus aportantes Quebrada Las Raíces, Estero San Jerónimo; Quebrada El Quisco y Quebrada Las Petras en el límite, de algún modo responsable de la separación del poblado y la dificultad de establecer caminos de fácil acceso entre ellos.

La Bahía de Algarrobo, puede estimarse como defendida de los vientos predominantes por el avance de la Península de Punta del Fraile o Isla de los Pájaros Niños, de ahí que el mar sea generalmente bastante calmo y se generen las condiciones óptimas para los deportes náuticos.

El régimen de precipitaciones es altamente influenciado por el anticiclón del pacífico con el máximo invernal de 65%.



III. DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNAL DE ALGARROBO

A. Caracterización Demográfica

i Tamaño Poblacional

Tabla N°2: Antecedentes Demográficos año 2012

Población	Año 2012
Población Comunal Estimada por INE	10.359
Porcentaje de Población Comunal Femenina	49,23
Porcentaje de Población Comunal Masculina	50,77

Fuente: SINIM

Tabla N°3: Variación de Población 2002 – Proyección 2012, Algarrobo, Región de Valparaíso, País

Territorio	Año 2002	Año 2012	Variación (%)	REPRESENTACION
Comuna Algarrobo	8.601	13.742	56.60	0,765%
Región Valparaíso	1.539.852	1.795.765	16.60	10,321%
País	15.116.435	17.398.632	15.10	100,%

Fuente: Biblioteca Congreso Nacional, Indicadores Comunes 2013

De acuerdo a los datos censales del año 2002, la comuna de Algarrobo contaba con una población de 8.601 personas, con una superficie de 176 Km². correspondía a una comuna con una densidad poblacional, equivalente a 48,9 habitantes por kilómetro cuadrado. Al comparar con los datos de población del año 2012, podemos observar que la comuna ha experimentado un crecimiento absoluto de 5.141 personas, es decir un incremento relativo de 56,6%; con una densidad actual de 78,1 habitantes por kilómetro

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD

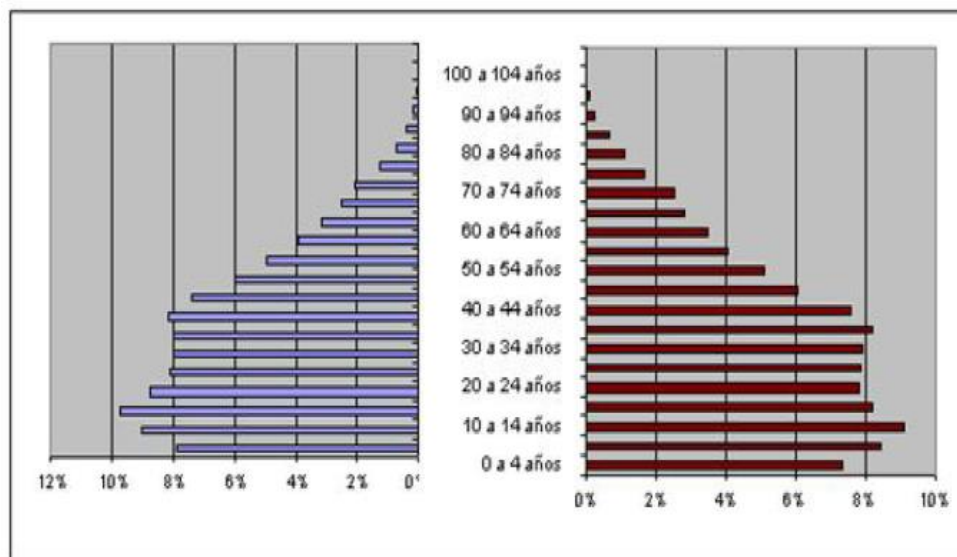
cuadrado. Este incremento es muy superior al incremento de la Región y el País estimados en un 15% aproximadamente.

De acuerdo a las proyecciones de población al 30 de junio de 2013, realizadas por el Instituto Nacional de Estadísticas, la comuna tendría alrededor de 14 mil habitantes el año 2013, representando el 0,8% de la población proyectada para la región de Valparaíso y 0,1% de la población proyectada para el país.

En cuanto a la distribución de la población en urbana o rural, no están disponibles aún estos datos del censo 2012, sin embargo en el 2002, un 77,06% de la población de la comuna de Algarrobo es considerada urbana (6.628 habitantes (2002) y 22,9% se considera rural (1.973 habitantes (2002)). En la región de Valparaíso la población urbana y rural es 91,56% y 8,43%, en forma respectiva, a nivel país la población urbana y la rural es 86,6% y 13,4% respectivamente.

ii Estructura de población según grupo etario y género

Grafico N°1: Distribución de población según grupo etario y sexo, Chile, censo año 2002

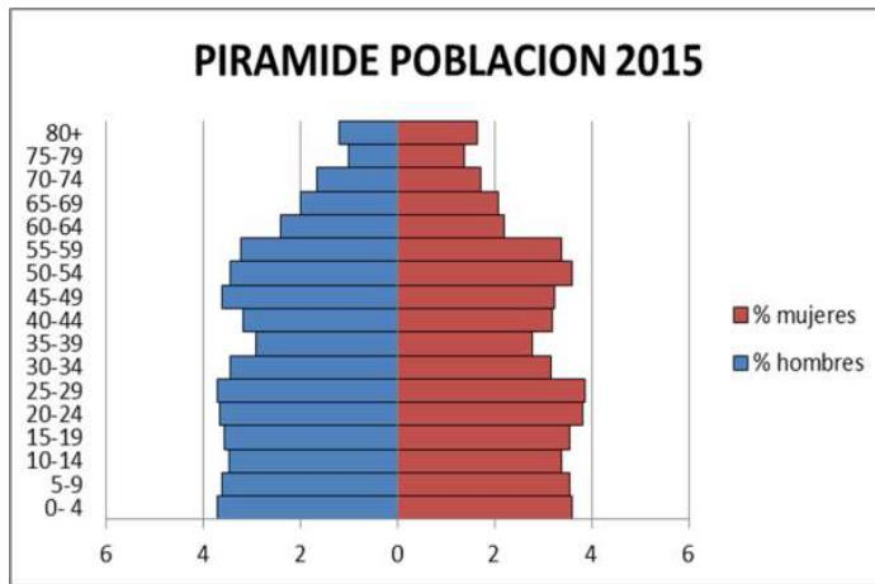


Fuente: DEIS, MINSAL

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

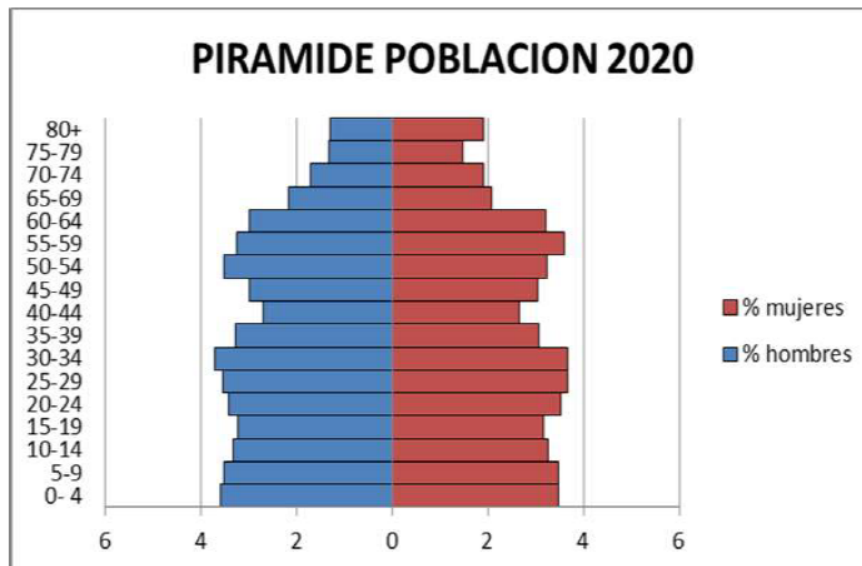
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD

Grafico N°2: Distribución de población según grupo etario y sexo, comuna de Algarrobo, Proyección Año 2015



Fuente: INE

Grafico N°3: Distribución de población según grupo etario y sexo, comuna de Algarrobo, Proyección Año 2020



Fuente: INE

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

En términos de población general la población femenina (49,23%) es levemente inferior a la población masculina (50,77%). La variación que ha experimentado la pirámide de población de la comuna no es diferente a la realidad país, con un estancamiento de la población menor de 5 años en la última década y un incremento de la población joven de 20 a 30 años, la población adulta de 45 a 64 años y la población adulta mayor.

Esta estructura de población se proyecta al año 2020 con un aumento significativo de la población adulta joven de 25 a 35 años y un aumento sostenido de población mayor de 65 años.

iii Índice de masculinidad

Tabla N°4: Índice de masculinidad comuna de Algarrobo, Región de Valparaíso y País, año 2002 y proyección 2012.

Territorio	Año 2002		Proyección 2012		Índice	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	2002	2012
Comuna de Algarrobo	4.369	4.232	6.737	6.735	103	100
Región de Valparaíso	752.828	787.024	884.387	911.378	96	97
País	7.447.695	7.668.740	8.610.934	8.787.698	97	98

Fuente: Biblioteca Congreso Nacional, Indicadores Comunes 2013; INE

Al observar el índice de masculinidad de la comuna, la proyección para el año 2012 es superior al año 2002 donde existían 103 hombres por cada 100 mujeres; en la actualidad sube a 100 hombres por cada 100 mujeres.



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

iv Índice de dependencia demográfica y adultos mayores

Tabla N°5: Índice de dependencia demográfica y adultos mayores, comuna de Algarrobo, Región de Valparaíso y país, año 2002 y proyección 2012.

Territorio	Índice de Dependencia Demográfica		Índice de Adultos mayores	
	2002	Proyectada 2012	2002	Proyectada 2012
Comuna de Algarrobo	55	52	42	55
Región de Valparaíso	52	47	40	55
País	51	46	31	44

Fuente: Biblioteca Congreso Nacional, Indicadores Comunales 2013; INE

El índice de dependencia demográfica representa la razón entre la población potencialmente dependiente (menores de 15 años y mayores de 64 años) y aquella potencialmente activa (de 15 a 64 años). Al revisar la tabla podemos observar que el índice de dependencia demográfica de la comuna de Algarrobo, tanto el año 2002 como su proyección 2012 es superior a la Región y el País. El año 2002 existían 55 personas potencialmente dependientes por cada 100 personas potencialmente activas; este índice disminuye a 52 por 100 al año 2012.

El índice de adultos mayores representa el número de adultos mayores de 60 ó 65 años y más por cada 100 niños de 0 a 14 años; al observar la tabla podemos observar el cambio demográfico que ha experimentado nuestra comuna al igual que la Región y el País; este índice el año 2002 mostraba 42 adultos mayores por cada 100 niños de 0 a 14 años, éste aumenta a 55 por 100 al año 2012.



v Pueblos Originarios

Tabla N°6: Población según etnia declarada Casen años 2003-2006-2009, comuna de Algarrobo, Región de Valparaíso y País.

Etnia	Cantidad de Personas			% según Territorio (2009)		
	2003	2006	2009	Comuna	Región	País
Atacameño	0	45	0	0	0	0
Aymara	0	0	0	0	0	1
Mapuche	111	154	626	6	3	6
Rapanui	0	0	0	0	0	0
Otras	9.275	10.624	9.709	94	97	93
Total	9.386	10.823	10.335	100	100	100

Fuente: Biblioteca Congreso Nacional, Indicadores Comunes 2012; INE

En Algarrobo un 6% de la población, equivalente a 626 personas refiere pertenecer a la etnia mapuche de acuerdo a encuesta CASEN año 2009. El enfoque intercultural no es una necesidad declarada por los usuarios en la actualidad.



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

vi Distribución de población según sistema previsional de salud

Tabla N°7: Distribución de la Población según Sistema Previsional de Salud

Sistema Previsional	2003	2006	2009	2011	% según Territorio 2011		
					Comunal	Regional	País
Publico	7.468	9337	9315	11364	86,86	81,02	81,02
ISAPREs	298	349	497	644	4,92	10,14	12,87
Particulares	1.620	1137	523	1075	8,22	8,84	6,11
Total	9.386	10823	10335	13083	100	100	100

Fuente: Encuesta de caracterización Socioeconómica (CASEN), Ministerio desarrollo Social.

El 86,86% de la población comunal pertenece al sistema público de salud, superando a la Región (81,02%) y el país (81%), lo que se condice al presentar sólo un 4,92% de afiliación al sistema ISAPRE, muy por debajo de la región (10,14%) y el país (12,87%).

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

B. Indicadores económicos

i Tasa de Ocupación

Tabla N°8: Tasa de ocupación, desocupación y participación, comuna de Algarrobo, R. Valparaíso y País, años 2006, 2009 y 2011.

Territorio	Ocupados				Desocupados				Inactivos			
	2003	2006	2009	2011	2003	2006	2009	2011	2003	2006	2009	2011
Comuna Algarrobo	3.301	4.492	6.039	6.279	256	297	400	247	3.426	3.516	3.262	4.029
Región de Valparaíso	582.873	655.912	654.965	674.777	79.931	59.432	89.287	62.788	534.284	545.609	625.961	674.641
País	5.994.561	6577961	6.636.881	6.914.037	643.977	519.357	755.252	579.050	4.995.468	5.288.126	5.871.272	599.029

Fuente: Encuesta de caracterización socioeconómica (CASEN), Ministerio desarrollo Social

En la actualidad las principales actividades económicas que generan recursos y motivan a las grandes empresas inversionistas, es la actividad inmobiliaria de gran envergadura, el turismo y el comercio.

ii Ingreso

Tabla N°9: Ingreso Promedio en Hogares

Ingreso Promedio (en pesos)	2003	2006	2009	% según Territorio 2011		
				Comunal	Regional	País
Ingreso autónomo	339.274	473356	588735	608910	637668	782953
Subsidio Monetario	5.843	9127	22373	16135	15104	17321
Ingreso Monetario	345.117	482483	611108	625045	652771	800274

Fuente: Encuesta de caracterización socioeconómica (CASEN), Ministerio desarrollo Social



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

El ingreso promedio mensual de los hogares de Algarrobo es inferior al regional y al nacional. En cuanto al ingreso promedio de las familias, hay personas que pueden estar cesantes durante 7 meses en el año, pero en el periodo de verano aumentan sus ingresos, ya que en verano aumenta el comercio, el cuidado de niños, aseo de las casas, aumento de restaurantes, la población arrienda sus casas. Respecto al porcentaje de mujeres que son jefas de hogar este sufrió un aumento de un desde el año 2006 al año 2011.

iii Pobreza

Tabla N° 10: Población Según Pobreza

Pobreza en las Personas	2003	2006	2009	2011	% según Territorio 2011		
					Comunal	Regional	País
Pobre	258	307	98	0	0	3,38	2,79
Indigente							
Pobre no Indigente	1.042	831	392	0	0	13,51	11,66
No Pobre	8.086	9647	11850	13083	100	83,11	85,56
Total	9.386	10785	12340	13083	100	100	100

Fuente: Encuesta de caracterización socioeconómica (CASEN), Ministerio desarrollo Social

El porcentaje de población en condición de pobreza en la comuna de Algarrobo (pobres indigentes y pobres no indigentes) es muy inferior a la Región y al País La cantidad de pobres indigentes disminuyó de 258 el año 2003 a 0 el año 2011; al igual que el número de personas pobres no indigentes que era de 1.042 el año 2003, disminuyó a 0 el año 2011, siendo los mejores indicadores a los largo de los años.



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

Tabla N°11: Hogares Según Pobreza, año 2003-2006-2009-2011 y según territorio 2011.

Pobreza en hogares	2003	2006	2009	2011	% según Territorio 2011		
					Comunal	Regional	País
Pobre Indigente	57	54	28	0	0	3,1	2,6
Pobre no Indigente	206	153	88	0	0	11	9,5
No Pobre	2.442	2726	3387	4275	100	85,9	87,9
Total	2.705	2933	3503	4275	100	100	100

Fuente: Encuesta de caracterización socioeconómica (CASEN), Ministerio desarrollo Social

Desde el punto de hogares según pobreza, esta proporción disminuye a 0 hogares en condición de pobres indigentes y pobres no indigentes, presentando mejores indicadores que el País y la Región

iv Pobreza Multidimensional

Tabla N°12: Pobreza según ingresos e índice Multidimensional, año 2013.

Pobreza según Ingresos e Índice Multidimensional Casen 2013						Población según pobreza CASEN 2013			
Comunas	Clasificación Pobreza	Población		Porcentaje		Comunas	Clasificación Pobreza	N°	%
		Situación Pobreza por Ingreso	Pobreza Multidimensional	Situación Pobreza por Ingreso	Pobreza Multidimensional				
Total SSVSA	Pobre	79.089	77.761	17,1%	17,3%	Total SSVSA	Pobre Indigente	20.577	4,4%
	No Pobres	383.483	373.018	82,9%	82,7%		Pobre No Indigente	58.492	12,6%
	Total	462.552	450.779	100%	100%		No Pobres	383.483	82,9%
Valparaiso	Pobre	44.559	42.307	17,3%	16,9%	Valparaiso	Pobre Indigente	12.045	4,7%
	No Pobres	213.505	207.577	82,7%	83,1%		Pobre No Indigente	32.514	12,6%
	Total	258.064	249.884	100%	100%		No Pobres	213.505	82,7%
Casablanca	Pobre	8.002	10.121	25,1%	32,1%	Casablanca	Pobre Indigente	1.878	5,9%
	No Pobres	23.938	21.411	74,9%	67,9%		Pobre No Indigente	6.124	19,2%
	Total	31.940	31.532	100%	100%		No Pobres	23.938	74,9%
San Antonio	Pobre	16.270	15.527	18,9%	18,4%	San Antonio	Pobre Indigente	3.400	4,0%
	No Pobres	69.681	68.845	81,1%	81,6%		Pobre No Indigente	12.870	15,0%
	Total	85.951	84.372	100%	100%		No Pobres	69.681	81,1%
Algarrobo	Pobre	1.387	2.973	6,4%	13,7%	Algarrobo	Pobre Indigente	232	1,1%
	No Pobres	20.445	18.743	93,6%	86,3%		Pobre No Indigente	1.155	5,3%
	Total	21.832	21.716	100%	100%		No Pobres	20.445	93,6%
Cartagena	Pobre	5.531	3.052	26,1%	14,8%	Cartagena	Pobre Indigente	2.845	13,4%
	No Pobres	15.664	17.547	73,9%	85,2%		Pobre No Indigente	2.888	12,7%
	Total	21.195	20.599	100%	100%		No Pobres	15.664	73,9%
EL Quileco	Pobre	1.528	686	8,7%	4,0%	EL Quileco	Pobre Indigente	1.528	8,7%
	No Pobres	16.095	16.256	91,3%	96,0%		Pobre No Indigente	16.095	91,3%
	Total	17.623	16.942	100%	100%		No Pobres	16.095	91,3%
El Tabo	Pobre	136	556	2,2%	8,9%	El Tabo	Pobre Indigente	48	0,8%
	No Pobres	6.098	5.678	97,8%	91,1%		Pobre No Indigente	88	1,4%
	Total	6.234	6.234	100%	100%		No Pobres	6.098	97,8%
Santo Domingo	Pobre	1.656	2.539	8,4%	13,0%	Santo Domingo	Pobre Indigente	129	0,7%
	No Pobres	18.057	16.961	91,6%	87,0%		Pobre No Indigente	1.527	7,7%
	Total	19.713	19.500	100%	100%		No Pobres	18.057	91,6%

Fuente: CASEN 2013 - Ministerio de Desarrollo Social.

Nota: No se dispone información Comuna de Juan Fernández
Pobreza Total = Pobre Indigente + Pobre no Indigente

Fuente: CASEN 2013, Ministerio de Desarrollo Social.



I. ILLUSTRE MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD

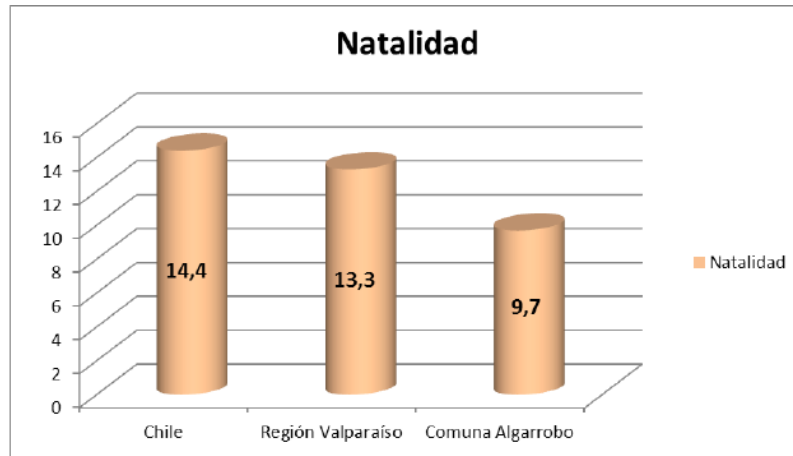


“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

C. Perfil Epidemiológico

i Natalidad

Grafico N°4: Tasa de Natalidad Comuna de Algarrobo, Región de Valparaíso y País.



Fuente: DEIS, MINSAL

La tasa de natalidad de Algarrobo corresponde a 9,7% ubicándose bajo el 13,3% de la Región de Valparaíso y la del País correspondiente a 14,4%.



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

I. ILLUSTRE MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD

ii Educación

Tabla N°13: Establecimientos Educativos Comuna de Algarrobo

Establecimiento	Dependencia	Ubicación	Enseñanza	Jornada
Liceo Técnico Carlos Alessandri A.	Municipal	Sector El Litre, Algarrobo	Media Técnica Científico- Humanista	Diurna - Vespertina
Colegio Carlos Alessandri A.	Municipal	Sector El Litre, Algarrobo	Básica	Diurna
Escuela de Párvulos Los Claveles	Municipal	Sector Los Claveles, Algarrobo	Pre Básica	Diurna
Sala Cuna	Municipal	Sector Los Claveles, Algarrobo		Diurna
Escuela Básica, El Yeco	Municipal	Sector El Yeco	Básica - Media	Diurna
Escuela Básica San José	Municipal	Sector San José	Básica	Diurna
Escuela Nuestro Tiempo	Particular Subvencionada	Sector El Litre, Algarrobo	Básica - Pre Básica	Diurna
Colegio Santa Teresa	Particular Subvencionada	Sector El Litre, Algarrobo	Básica - Pre Básica	Diurna
Internado San José	Particular Subvencionado	Sector San José	Básica	Diurna
Jardín Infantil	Fundación Integra	Sector El Litre, Algarrobo	Básica - Pre Básica	Diurna
Sala Cuna	Fundación Integra	Sector El Litre, Algarrobo		Diurna
Jardín Infantil “Rayito de sol”	PMI	Sector El Yeco	Pre Básica	Diurna

Fuente: PADEM Algarrobo



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

Entre los establecimientos educacionales de la comuna de Algarrobo hay colegios municipales, particulares subvencionados y jardines infantiles.

Tabla N°14 Nivel Educacional 2006, 2009 y 2011.

Nivel Educacional	2006	2009	2011	% según Territorio 2011		
				Comuna	Región	País
Sin Educación	419	428	644	6,10	2,70	3
Básica Incompleta	1370	1532	1012	9,59	11,80	14,50
Básica Completa	1278	1012	1910	18,10	19,19	19,70
Media Incompleta	1595	1012	1196	11,33	19,50	20,40
Media Completa	2193	3112	3013	28,55	29	28,29
Superior Incompleta	644	794	276	2,61	13	10,50
Superior Completa	794	848	2504	23,72	13,90	12,80
Total	8305	9701	10555	100	100	100

Fuente: encuesta de caracterización socioeconómica nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social

El porcentaje de analfabetismo de la comuna de Algarrobo es superior al nacional y al regional, en el año 2011, se puede apreciar que la enseñanza media completa se encuentra dentro de los índices nacionales y la enseñanza superior completa está por sobre los índices regionales y nacionales

iii Vivienda

Tabla N°15: Índice de Hacinamiento

Hacinamiento de los Hogares	2003	2006	2009	2011	% según Territorio 2011		
					Comunal	Regional	País
Sin Hacinamiento	2.577	2539	3233	4091	95,70	92,44	89,80
Hacinamiento Medio	119	394	270	184	4,3	6,43	9
Hacinamiento Critico	9	0	0	0	0	1.13	1,1
Total	2.705	2933	3503	4275	100	100	100

Fuente: Encuesta de caracterización socioeconómica (CASEN), Ministerio desarrollo Social

El índice de hacinamiento mide la razón entre el número de personas residentes en la vivienda y el número de dormitorios de la misma. Se estimó que existe hacinamiento crítico cuando en un hogar hay más de cinco personas por recinto habitable, hacinamiento medio cuando hay entre 4,9 y 2,5 personas por recinto habitable y sin hacinamiento cuando hay 2,4 o menos.

En la comuna de Algarrobo no existen hogares con situación de hacinamiento crítico (5 y más personas x dormitorio). El índice de hacinamiento medio (2,5 a 4,9 personas x dormitorio) es de 4,3%, inferior a la Región (6,43%) y al País (9%); el que ha ido a la baja en su porcentaje entre los años 2006 y 2011.



iv Seguridad Ciudadana

Tabla N°16: Tasa de denuncia de delitos de mayor connotación social

Lugar/año	2010	2011	2012	Variación último año
Algarrobo	735	811	710	-12,53%
Región de Valparaíso	55.010	59.498	53.881	-9,4%
CHILE	475.264	519.193	473.417	-8,8%

Fuente: División de Seguridad Pública, Ministerio del Interior.

En la comuna de Algarrobo la tasa de denuncias de delitos de mayor Connotación Social ha disminuido a nivel región y país.

Tabla N°17: Tasa de denuncias por delitos de robo con violencia o intimidación

Lugar/año	2010	2011	2012	Variación último año
Algarrobo	28	26	25	3,85
Región de Valparaíso	4.728	5.346	4.374	18,25
CHILE	47.740	55.465	48.134	13,2

Fuente: División de Seguridad Pública, Ministerio del Interior.

La tasa anual de denuncias por delito por robo con violencia o intimidación aumentó a nivel región y país en el periodo 2010-2011, pero a nivel comunal disminuyó en un 7.1%.



Tabla N°18: Índice de severidad de los accidentes de tránsito. Comuna Algarrobo, Región de Valparaíso, 2012

Lugar	Siniestro (nº)	Muertos (nº)	Total Lesionados (nº)	Índice de Severidad %
Algarrobo	105	0	68	0.0
R. de Valparaíso	7.666	124	6.577	1.61
Chile	61.791	1.523	53.225	2.46

Fuente: División de Seguridad Pública, Ministerio del Interior.

El índice de severidad, es el porcentaje de muertos del total de siniestros. La comuna de Algarrobo tiene un índice de severidad muy por debajo de los valores regionales y nacionales. En la comuna de Algarrobo en el 2012 se produjeron 105 siniestros de tránsito, con 68 lesionados en total, no se registraron víctimas fatales

La carretera es parte de la comuna y se pueden derivar a los accidentados en forma oportuna. La mayoría de los accidentes son leves, con más de un integrante por vehículo.



I. ILLUSTRE MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD

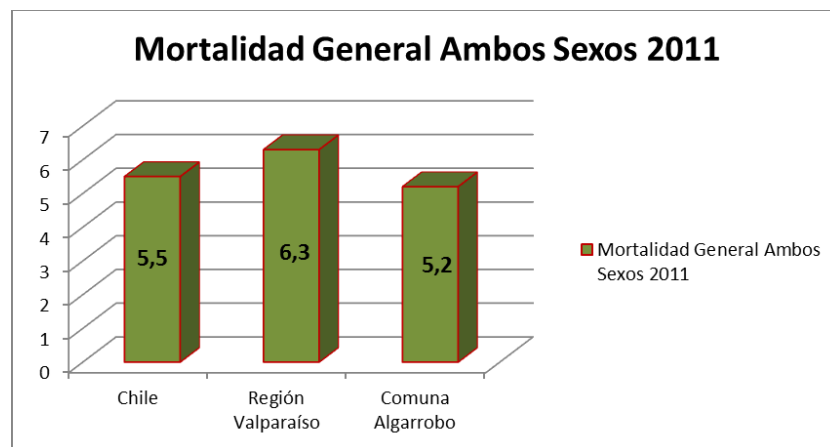


“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

D. Estado de Salud

i Mortalidad General

Grafico N°5: Mortalidad General Ambos Sexos Comuna de Algarrobo, Región de Valparaíso y País año 2011



Fuente: DEIS, MINSAL

La Tasa de Mortalidad General de la Región de Valparaíso registra 6.3% y se ubica sobre la País correspondiente a 5,5%, la comuna de Algarrobo se presenta con un 5,2%. Esta última posee la tasa más baja de mortalidad.

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

ii Mortalidad en Adultos Mayores

Grafico N°6: Tasa Mortalidad Adulto Mayor comuna de Algarrobo, Región de Valparaíso y País



Fuente: DEIS, MINSAL

La Tasa de mortalidad en Adultos Mayores en Algarrobo es de 25.9%, la Región de Valparaíso registra un 29.8% y el País un 29,9%.

iii Índice de Swaroop

Tabla N°19: Mortalidad General e Índice de Swaroop según sexo; País, R. de Valparaíso y Provincia de San Antonio año 2011

Región y comuna	Mortalidad General*						ÍNDICE DE SWAROOP**		
	Ambos Sexos		Hombre		Mujer		Ambos Sexos	Hombre	Mujer
	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa			
Total País	98.711	5,7	51.814	6,0	46.897	5,3	77,4%	72,0%	83,4%
De Valparaíso	11.677	6,5	5.909	6,7	5.768	6,3	81,5%	76,5%	86,6%
Algarrobo	71	5,3	40	5,9	31	4,6	85,9%	77,5%	96,8%
Cartagena	134	5,2	67	5,2	67	5,2	82,8%	82,1%	83,6%
El Quisco	87	5,5	47	5,8	40	5,2	81,6%	78,7%	85,0%
El Tabo	63	5,3	33	5,5	30	5,1	93,7%	90,9%	96,7%
San Antonio	705	7,1	362	7,3	343	6,8	76,3%	68,8%	84,3%
Santo Domingo	50	5,4	32	6,9	18	3,9	78,0%	78,1%	77,8%

Fuente: DEIS, MINSAL



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

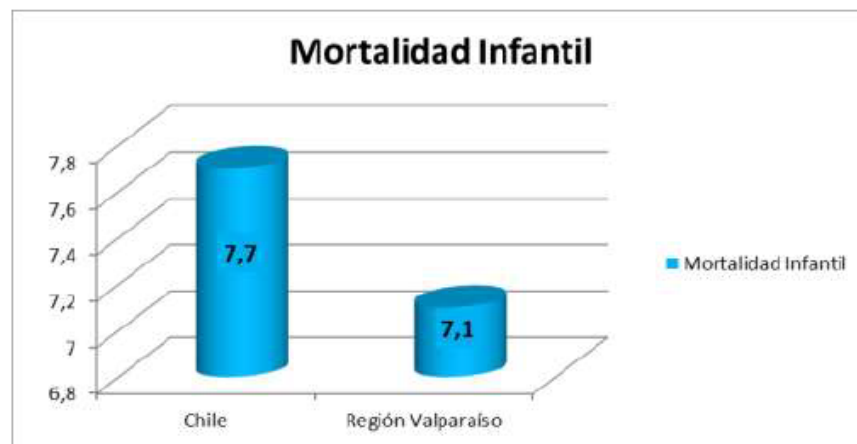
(*) Por 1.000 habitantes (**) Porcentaje de defunciones ocurridas en personas de 60 años y más. Reformulación del índice de Swaroop propuesta por Rodrigues de Paiva; Juliano; Ferreira Novo; Leser Revista Salud Pública Vol.21 no.2, 1987

La comuna de Algarrobo presenta una tasa de mortalidad general de 5.3, ubicándose 1.2 puntos por debajo de la tasa de la región, 6.5 x 1000 hab. Luego de la Comuna de Cartagena, presenta uno de los índices más bajo de la provincia junto con El Tabo.

Al agregar el índice de Swaroop, que representa la proporción de fallecimientos entre personas de 60 años o más por cada 100 defunciones totales (un valor más elevado indica una mejor situación sanitaria), Algarrobo presenta índices mejores que la región y el país, especialmente en mujeres.

iv Tasa de Mortalidad Infantil

Gráfico N° 7: Tasa de mortalidad infantil, País, Región de Valparaíso



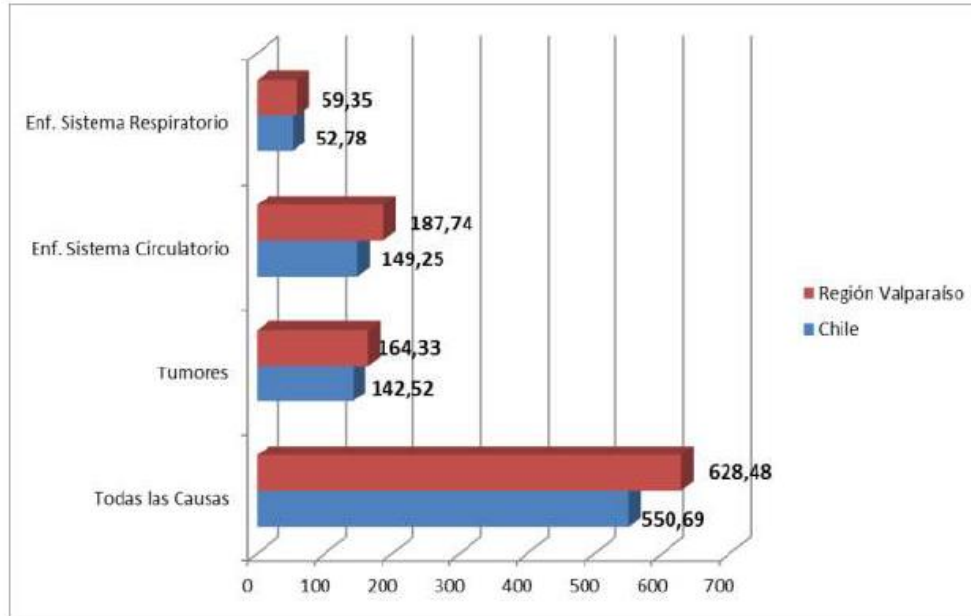
Fuente: DEIS, MINSAL

La tasa de mortalidad infantil es menor en la Región de Valparaíso, en relación a la nacional.

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

v Mortalidad por Causas

Grafico N°8: Defunciones por grandes grupos de causa de muerte, Región de Valparaíso, año 2011



Fuente: DEIS, MINSAL

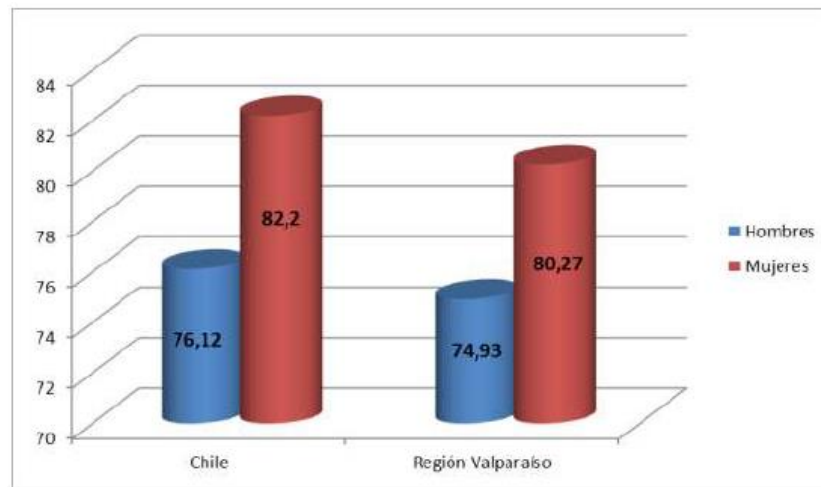
Las principales causas de muerte para la Región de Valparaíso al año 2011 son las enfermedades del sistema circulatorio, los tumores y enfermedades del Sistema Respiratorio.

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

vi Esperanza de Vida al Nacer

Esta variable contiene el número promedio de años de vida para un grupo de personas nacidas en el mismo año, si la mortalidad para cada edad se mantiene constante en el futuro. La entrada incluye el total de la población, así como los componentes masculino y femenino. La esperanza de vida al nacer es también una medida general de la calidad de vida en un país y resume la tasa de mortalidad para todas las edades.

Gráfico N° 9: Esperanza de Vida al Nacer, País, Región de Valparaíso



Fuente: DEIS, MINSAL

La esperanza de vida estimada para la población que vive en la Región de Valparaíso, es levemente inferior a lo estimado a nivel nacional.



vii Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP)

Una muerte prematura es cuando ocurre antes de una edad predeterminada, en este caso antes de los 80 años de vida; al considerar la edad en la muerte permite evaluarla no sólo como el evento en sí mismo, sino en qué momento de la vida ocurre. Los AVPP muestran que mientras más temprano sea la muerte, mayor es la cantidad de vida perdida. Es una de las medidas del impacto relativo de varias enfermedades y problemas de salud en la sociedad que ilustran sobre las pérdidas que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros.

Tabla N°20: AVPP por grupos de causas, Región de Valparaíso y Comuna de Algarrobo, ambos sexos, año 2000 y 2011

Grupo de Causas	Región de Valparaíso		Comuna de Algarrobo	
	Año 2000	Año 2011	Año 2000	Año 2011
Total General	124.239	125.200	544	677
Resto de causas externas	7.776	6.216	13	101
Accidentes de transporte	8.069	7.162	0	0
Lesiones autoinfligidas	6.206	8.168	28	75
Agresiones	2.740	2.886	0	50
Enfermedades por VIH	2.140	1.824	0	0
Tumores malignos	27.676	30.594	94	169
Enfermedades sistema circulatorio	21.615	22.193	148	122
Enfermedades sistema respiratorio	7.041	6.570	20	82
Resto de causas	40.976	39.587	241	78

Fuente: DEIS. MINSAL.

Si revisamos la tabla, en el año 2000, la principal causa de AVPP en la comuna de Algarrobo, eran las enfermedades del sistema circulatorio, no así en la región, que eran los tumores malignos. Al año 2011, el número de muertes por enfermedades del sistema circulatorio disminuyó, a su vez que aumentó considerablemente el número de muertes por tumores malignos, posicionándose en la primera causa, al igual que en la región.



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

viii Ficha de Salud CESFAM Algarrobo

a) Población Infantil de 0 a 9 años

El 57% de la población infantil menor de 9 años está bajo control de niño sano, de los cuales el 20,19% se encuentra en estado nutricional de sobrepeso y el 5,9% obeso.

Con una cobertura de LME al 6º mes de vida que a partir del año 2013 y luego de dos años de bajas coberturas, supera el 60%.

De los niños de 7 a 11 meses bajo control 1,0% presenta riesgo en su desarrollo psicomotor.

El 13,41% de niños de 18 meses presenta riesgo de su desarrollo psicomotor y un 5% retraso.

De los niños de 24 a 47 meses bajo control el 6% presenta riesgo en su desarrollo psicomotor y un 2,4% retraso.

La pesquisa de niños normal con rezago en las edades de 7 a 51 meses es de solo 1.9%

En el grupo etario de 6 años se logra al año 2014 una cobertura de alta odontológica integral de 84.7%, con un 61% de estos ingresos sin historia de caries.

Las consultas de morbilidad por infecciones respiratorias agudas (IRA) en menores de 5 años representan el 36,5% del total de las consultas de morbilidad. Esta proporción es mayor en los menores de 1 año y aumenta a medida que aumenta la edad. Al observar el comportamiento del 2014, aumenta la IRA alta y aumenta el SBO, también se aprecia un aumento del grupo otras patologías respiratorias; la frecuencia de neumonía en niños de 0 a 4 años se mantiene



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

b) Población adolescente de 10 a 19 años

El control joven sano aplicado en el año 2014, presenta una cobertura promedio para ambos grupos etarios de 9,9%.

Con la estrategia de aplicación en colegio municipal, esta cobertura debería aumentar en forma progresiva.

Destaca en este grupo etario el aumento progresivo de las altas odontológicas de 12 a 19 años, correspondiente a 93,45 % de los ingresos.

La malnutrición por exceso también es un factor de riesgo recurrente en este grupo etario; de las 142 personas que ingresaron el año 2014 entre 10 a 19 años, de éstos, el 14% registra sobrepeso y un 21,8% obesidad

Uno de los problemas que el equipo de salud debe seguir abordando es el embarazo en adolescentes; el 18,75% de los ingresos del año corresponden a embarazadas de 15 a 19 años, de las cuales el 70% presenta EPSA con riesgo; a la fecha de diciembre 2014 no existían ingresos de menores de 15 años.

c) Población adulta de 20 a 64 años

La población de embarazadas adultas de 20 a 39 años presenta riesgo psicosocial en un 25%; disminuyendo a un 1,88% en embarazadas de 40 a 44 años.

La malnutrición por exceso en este grupo de pacientes supera el 69,81%. Embarazadas de 20 a 34 años presentan un 70% de sobrepeso y obesidad, aumentando a un 80% en las gestantes de 35 a 64 años. Siempre en el ámbito de la mujer, la cobertura de examen de papanicolau alcanzó el año 2014 un 94%, de la meta sanitaria establecida.



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

Con relación a la población bajo control cardiovascular el 48% se encuentra bajo control de Hipertensión Arterial (HTA) y un 20% bajo control de Diabetes Mellitus (DM) y un 27% presenta Dislipidemia (DLP). Cuando evaluamos cobertura efectiva, esta 59,5% para HTA y a un 40,6% para DM.

De los pacientes bajo control cardiovascular en este grupo etario, las mujeres presentan mayor hábito tabáquico y obesidad, disminuyendo comparado con los hombres.

El 18,9% de pacientes bajo control cardiovascular de 20 a 64 años presentan obesidad.

Con relación a la consulta médica de morbilidad de adulto corresponden al 58,27% del total, y el 0,4 % de estas es por motivos respiratorios.

d) Población Adulta Mayor de 65 años

La cobertura del examen de medicina preventiva para adultos mayores de 65 años, EMPAM al corte de Agosto 2015 corresponde al 36,6%; con una proyección del 51% para el corte de diciembre.

Con relación a pacientes con patología crónica cardiovascular, el 86.2% de pacientes hipertensos se encuentra bajo control y el 32.3% de pacientes diabéticos, de acuerdo a prevalencia estimada. Al evaluar cobertura efectiva, ésta corresponde a 84.5% en HTA y a 83.5% en DM.

Con respecto a patología crónica respiratoria, el 2.6% de pacientes asmáticos y el 4.3% de pacientes EPOC se encuentra bajo control.

En la población adulta mayor se concentra el 100% de pacientes dependientes severos.

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

ix Diagnóstico Participativo



El Diagnóstico Participativo es el proceso mediante el cual, las personas de la comunidad y los equipos de salud, recogen y comparten información que permite conocer la situación de salud de la comunidad, sus prioridades, las fortalezas debilidades que poseen para enfrentar sus problemas, los recursos existentes y el problema sobre el que se quiere o debe actuar.(1)

Genera un conocimiento mucho más detallado de la realidad existente de los problemas de salud que se desean abordar.

Los objetivos de un Diagnóstico Participativo en Salud son:

- Reunir la información sobre salud relevante para la comuna.
- Identificar problemas de salud en la comuna.
- Sugerir áreas de acción para mejorar la salud.
- Ser un estímulo para que se realicen los cambios necesarios para mejorar el nivel de salud
- Informar a la población y a los políticos sobre las cuestiones que afectan a la salud de una manera sencilla y asequible.

Los beneficios de un Diagnóstico Participativo en Salud son:

- Obtener una mirada más amplia que la institucional
- La comunidad se hace responsable de su salud.



I. ILLUSTRE MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

- Desarrollo de un trabajo de conocimiento compartido.
- Validación de agentes comunitarios.
- Toma de decisiones en conjunto.
- Priorización en conjunto de los problemas de salud.
- Planes de acción más apropiados y eficaces.

(1) *Conociendo la situación de salud. Manual. El momento del diagnóstico Participativo. MINSAL.*

(2) *Orientaciones Programáticas 2015. MINSAL.*



I. ILLUSTRE MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

DESARROLLO El trabajo se realizó en un universo de 233 participantes, lo que corresponde a un 2.46% de la población inscrita validada 2014 del Cestam Algarrobo. Correspondiendo a un valor estadísticamente significativo.



La intervención se organizó de acuerdo a los siguientes grupos etáreos en sector urbano:

- ✓ Adolescentes * Adultos * Adultos Mayores

En la zona rural, la organización del trabajo fue en grupos mixtos.

Para la recolección de la información, el equipo de salud se trasladó a terreno, a colegios, clubes de adultos mayores, lugares de trabajo y sector rural.

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

I. ILLUSTRE MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD



ADOLESCENTES

- FECHAS: 5, 12 y 22 de AGOSTO
- TOTAL PARTICIPANTES: 62



ADULTOS

- FECHAS: 5, 6 DE AGOSTO/ 23 Y 25 DE SEPTIEMBRE
- TOTAL PARTICIPANTES: 62



ADULTO MAYOR

- FECHAS: 19, 21 DE AGOSTO/ 16 DE OCTUBRE
- TOTAL PARTICIPANTES: 57



SECTOR VERDE

- FECHAS: 3 DE SEPTIEMBRE (EL YECO) 5 DE OCTUBRE (SAN JOSÉ)
- TOTAL PARTICIPANTES: 52

RESULTADOS

RESULTADOS ADOLESCENTES (16 GRUPOS)



ESTRATEGIAS:

1. ALCOHOL, TABACO Y DROGAS: Talleres de deporte e incentivar a los jóvenes la permanencia en el colegio. Poder hacer denuncia segura y con seguimiento.
2. ALIMENTACIÓN: Fomentar más actividades de elige vivir sano. Zumba en el colegio. Traer ferias de verduras a Algarrobo.
3. BASURA: Concientizar a las personas por tenencia de basura.
4. PRIVACIDAD: Box cerrados y adecuados a cada tipo de paciente.

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

RESULTADOS ADULTOS (9 GRUPOS)



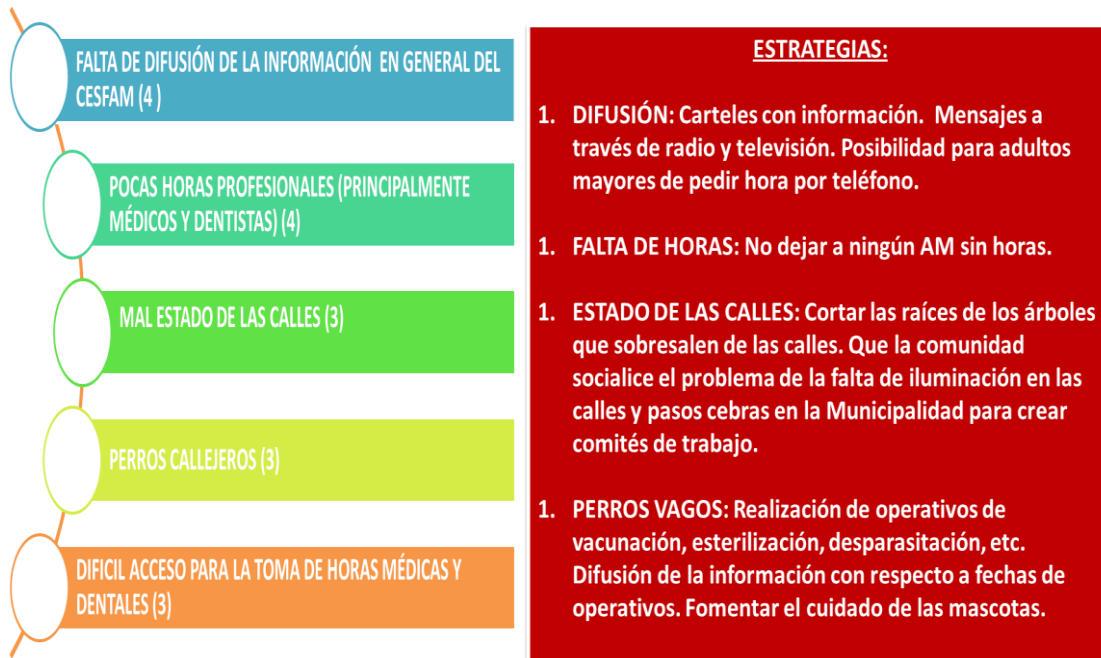
ESTRATEGIAS:

- 1. ESCASEZ DE HORAS DENTALES:** Atención de urgencia tanto en la mañana como en la tarde. Entrega de horas durante toda la jornada. Odontólogo fin de semana.
- 2. ESCASEZ HORAS MÉDICAS:** Contratación de profesionales. Disponer de las agendas con mayor anticipación. Entrega de horas telefónicas.
- 3. AGLOMERACIÓN SALA ESPERA:** Visualizar percápita en ventanilla SOME.

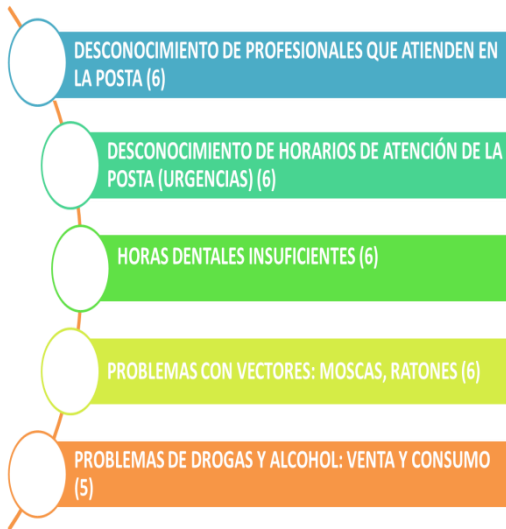
“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD

RESULTADOS ADULTOS MAYORES (8 GRUPOS)



RESULTADOS SECTOR VERDE, EL YECO (6 GRUPOS)



ESTRATEGIAS:

- 1.- Carteles con información sobre profesionales, horarios.
- 2.- Mejorar comunicación con los pacientes.
- 3.- Aumentar días en que dentista acude a la Posta.
- 4.- Aumentar horas de dentista.
- 5.- Clausurar basurales clandestinos.
- 6.- Mejorar limpieza casas y alrededores
- 7.- Aumento de viajes del camión de basura
- 8.- Mejorar/ Aumentar presencia policial.
- 9.- Talleres de autoayuda con psicóloga por el tema de adicciones.

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD

RESULTADOS SECTOR VERDE, SAN JOSÉ (3 GRUPOS)



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD

TEMAS PRIORITARIOS

ADOLESCENTES

- HÁBITOS NOCIVOS Y ALIMENTACIÓN.
- MANEJO DE LA BASURA
- **PRIVACIDAD Y ESPACIO FÍSICO**

ADULTOS

- HORAS MÉDICAS Y DENTALES
- ENTREGA DE HORAS
- **ESPACIO FÍSICO**
- **ESPECIALISTAS**

ADULTO MAYOR

- **DIFUSIÓN**
- HORAS MÉDICO Y DENTALES
- PERROS VAGOS/ MAL ESTADO DE CALLES
- ENTREGA DE HORAS

POSTA EL YECO

- DIFUSIÓN
- HORAS DENTALES
- VECTORES
- DROGAS Y **ALCOHOL**

POSTA SAN JOSÉ

- MÓVIL
- REEMPLAZOS
- ARTRITIS
- DEPRESIÓN/SALUD MENTAL
- **ALCOHOL**



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

x Informe Preliminar Diagnostico Participativo sobre Discapacidad 2016

a) Introducción

Han pasado tres años desde la implementación del Programa de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) en la comuna de Algarrobo. Un hito importante en la breve historia de nuestro equipo es el ocurrido en diciembre 2015, cuando se nos certifica con resolución sanitaria para las prestaciones de rehabilitación, constituyéndonos desde entonces como el Centro Comunitario de Rehabilitación de Algarrobo.

El modelo de Rehabilitación Basada en Comunidad, con el que orientamos nuestras actividades, se centra en desarrollar una estrategia para la rehabilitación, la equiparación de oportunidades y la inclusión social de personas en situación de discapacidad de nuestra comuna. Para dicha misión, el equipo se encuentra actualmente conformado por kinesiólogas (88 horas), terapeuta ocupacional (33 horas), fonoaudióloga (11 horas) y técnico en enfermería nivel superior (22 horas), formando así un equipo multidisciplinario orientado a brindar cobertura de las atenciones de rehabilitación para toda la comuna algarrobina.

Además de las prestaciones propias de un programa de rehabilitación, el equipo participa de actividades relacionadas con el Modelo de Salud Familiar del Centro de Salud Familiar de Algarrobo, por ejemplo: Acciones de intersectorialidad y territorialidad; Ferias de Promoción de la Salud; aplicación de Examen de Medicina Preventiva del Adulto (EMP) y del Adulto Mayor (EMPAM); y evaluación para la calificación de discapacidad y obtención de la credencial de Discapacidad; entre algunas otras.

Finalmente, este informe ilustra el proceso del *segundo diagnóstico participativo sobre discapacidad de Algarrobo* realizado por el Equipo de Rehabilitación Basada en Comunidad del Centro Comunitario de Algarrobo, a modo de seguimiento de aquél realizado en el año 2013. Ello con el fin de determinar los problemas y necesidades que presentan actualmente las personas en situación de discapacidad que habitan en Algarrobo, sus familias, organizaciones y redes locales; para posteriormente elaborar un plan de trabajo comunitario a ejecutarse por al menos 2 años. Así, los procedimientos y resultados de este proceso se presentan en el siguiente informe.



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

b) Antecedentes

Algarrobo es una comuna fundada en 1945 y según los datos que se presentan en la página web municipal, cuenta con 8.000 habitantes aproximadamente, estimándose que al año 2010 la población comunal ascendería a más de 12.000 (según el censo realizado en 2002 por el INE). En relación a la caracterización comunal, Algarrobo pertenece a la Provincia de San Antonio en la V región de Valparaíso y su ubicación geográfica a 33°27' de latitud sur y 71°30' longitud oeste en el litoral central del país. Sus límites son: al Norte el estero Tunquén y la comuna de Casablanca; al Este limita con la comuna de Casablanca; al Sur limita con la Quebrada Las Petras y la comuna de El Quisco; y por el Oeste limita con el Océano Pacífico.

Dentro de los servicios con los que dispone la comunidad, se encuentra el Centro de Salud Familiar de Algarrobo y el Centro Comunitario de Rehabilitación de Algarrobo, ambos dependientes del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio y se centran en la atención de las necesidades de salud de los algarrobinos desde el modelo de Salud Familiar, Modelo de Salud Comunitaria y el Modelo de Rehabilitación Basada en Comunidad.

En relación a los antecedentes referidos a discapacidad, el año 2013 se llevó a cabo el primer Diagnóstico Participativo sobre Discapacidad realizado por el Equipo de Rehabilitación Basada en Comunidad. En dicha oportunidad se recabaron algunos datos que a continuación se destacan:

- ✓ Durante el 2005 funcionó la Oficina Municipal de la Discapacidad (OMUNDI). Dicha institución desarrolló el *Primer censo de discapacidad*, en el que se detectó que al menos un 6.44% de personas presenta alguna discapacidad en Algarrobo, siendo las discapacidades más prevalentes de origen visual (27.4%) y física (25.8%). Respecto de las necesidades mencionadas como aquéllas que afectan a personas con discapacidad de la comuna, un 54.53% refirió necesitar medicamentos, el 11% necesita prótesis u órtesis, y el 43.92% refiere necesitar otra ayuda técnica (siendo que el 17.59% ya utiliza alguna órtesis o prótesis).
- ✓ Durante el catastro realizado por el equipo de Rehabilitación Basada en Comunidad como parte del proceso de Diagnóstico Participativo, se detectaron 296 personas en situación de discapacidad, siendo 131 de sexo masculino y 165 de sexo femenino (registro obtenido a partir de tres fuentes: catastro por parte de voluntarios, datos del Registro Civil sobre personas en el registro nacional de la



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

discapacidad y beneficiarios registrados en la Agrupación Jorgito Fabio de Algarrobo).

- ✓ Los participantes del proceso de Diagnóstico Participativo sobre Discapacidad 2013 determinaron el siguiente como problema prioritario en Algarrobo: *Falta de educación, sensibilización e inclusión social sobre la discapacidad*. Algunas de las propuestas referidas por la comunidad como formas de solución a este problema son: utilizar medios de comunicación efectivas desde el equipo de salud para informar a la comunidad sobre inclusión social (Facebook, radio, diarios murales, boletín informativo); actividades comunitarias para sensibilización sobre discapacidad e inclusión social; reapertura de la OMUNDI; y gestión de fondos concursables para favorecer la participación e inclusión de las personas en situación de discapacidad de Algarrobo.

En el marco del **Diagnóstico Participativo sobre Discapacidad 2016**, es importante destacar algunos datos brindados por el II Estudio Nacional de la Discapacidad (ENDISC 2015) que guardan relación con el quehacer del equipo de Rehabilitación Basada en Comunidad, algunos de estos son:

- ✓ 38.3% de las personas en situación de discapacidad son mayores de 60 años.
- ✓ 89.5% de las personas en situación de discapacidad accede a servicios de salud a través de FONASA.
- ✓ 19.1% de las personas en situación de discapacidad ha recibido atenciones de rehabilitación en los últimos 12 meses.
- ✓ 36.9% de las personas en situación de discapacidad presenta un problema físico o de movilidad permanente.

Los antecedentes mencionados se presentan como el contexto en el que se ejecuta y se implementa el Modelo de Rehabilitación Basada en Comunidad del Centro Comunitario de Rehabilitación de Algarrobo. A estos antecedentes, sumaremos aquellos recolectados a partir del proceso de Diagnóstico Participativo realizado en Agosto 2016.

c) Desarrollo

El proceso de Diagnóstico Participativo sobre Discapacidad en Algarrobo 2016 fue diseñado para ser ejecutado en tres etapas:

- ✓ *Preparación*: logística, coordinación de equipo ejecutor, convocatoria
- ✓ *Sesión de diagnóstico*: 1 actividad abierta a la comunidad para determinar el problema principal
- ✓ *Análisis de resultados*: presentación de resultados a la comunidad, elaboración de informe.

Cada una de estas etapas se planificó de acuerdo a la siguiente programación:

Etapas	Actividades	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic
Eta Preparación	Reuniones de planificación interna equipo RBC	X	X	X	X	X	X	X
	Convocatoria (afiche, redes sociales, radio, invitaciones)		X	X				
	Acciones de coordinación y logística	X	X	X				
	Reuniones de equipo ejecutor (RBC + apoyo CESFAM)		X					
Eta Sesión de diagnóstico participativo	Sesión de diagnóstico participativo sobre Discapacidad			X				
Eta Análisis de resultados	Análisis del contexto local		X	X				
	Entrega de resultados a la comunidad			X			X	
	Planificación de trabajo comunitario equipo RBC					X	X	X
	Elaboración de informe			X	X	X	X	X

El desarrollo de las actividades contempladas en cada etapa, se pasan a describir a continuación:



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

Etapa 1: Preparación

La etapa de preparación consistió en acciones de planificación y coordinación previas a la sesión de diagnóstico participativo, con el objetivo de favorecer el adecuado desarrollo y ejecución de dicha sesión.

Estas acciones fueron lideradas por el Equipo de Rehabilitación Basada en Comunidad del Centro Comunitario de Rehabilitación de Algarrobo, específicamente:

- ✓ Madeleine Zapata, kinesióloga
- ✓ Claudia Morales, kinesióloga
- ✓ Francisca Brieba, terapeuta ocupacional

Dentro de las actividades de preparación, se encuentran las siguientes:

- ✓ *Reuniones de planificación interna equipo RBC:* planificación de las actividades a realizar, distribución de roles y tareas, diseño del plan de convocatoria, elección de metodología.
- ✓ *Convocatoria:* La estrategia utilizada fue de convocatoria abierta a la comunidad y utilizando múltiples medios: diseño y difusión de afiche en redes sociales y diarios murales del Centro Comunitario de Rehabilitación de Algarrobo, CESFAM Algarrobo y Municipalidad de Algarrobo; emisión de cápsulas radiales en programa municipal “Contigo Algarrobo” de la Radio Vacaciones; diseño y entrega de invitaciones a la comunidad y usuarios del programa de Rehabilitación Basada en Comunidad; convocatoria en reuniones comunitarias (consejo comunal de salud, taller para cuidadores de personas dependientes).
- ✓ *Acciones de coordinación y logística:* gestión de permisos para la participación de funcionarios del CESAFM de Algarrobo, solicitud de uso de sede del Club Deportivo El Manzano para desarrollo de la sesión de diagnóstico participativo.
- ✓ *Reuniones de equipo ejecutor:* reunión con equipo ejecutor (equipo RBC) y funcionarios CESFAM Algarrobo que serían facilitadores durante la sesión de diagnóstico.

Cabe mencionar que el afiche utilizado para la convocatoria fue diseñado por la hija y cuidadora de una usuaria del programa de Rehabilitación Basada en Comunidad, quien ofreció su colaboración y saber para favorecer el buen desarrollo de la actividad.

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”



Diario mural
CCR Algarrobo



Convocatoria
en CESFAM
Algarrobo

Etapa 2: Sesión de diagnóstico

La sesión de diagnóstico participativo se realizó el día 02 de agosto 2016, horario 14.00 a 17.00 horas, en dependencias de la Sede del Club Deportivo El Manzano, adyacente al Centro Comunitario de Rehabilitación de Algarrobo.

Participaron 38 personas, provenientes de organizaciones comunitarias (consejo comunal de salud, juntas de vecinos, organización de personas con discapacidad Avancemos Juntos), usuarios de los programa de Rehabilitación Basada en Comunidad y de Atención Domiciliaria, funcionarios del CESFAM Algarrobo e interesados en el tema. Dichos asistentes fueron agrupados en 6 mesas de trabajo.

La metodología utilizada fue *La Matriz Decisional*, desarrollada en cada mesa de trabajo a partir de la siguiente pregunta guía: *¿Cuáles son los principales problemas y necesidades de las personas en situación de discapacidad en la comuna de Algarrobo?* De este trabajo analítico, se lograron condensar los siguientes antecedentes.



I. ILLUSTRE MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

d) PENDIENTES:

- **ANÁLISIS DE RESULTADOS**
- **ELABORAR PLAN DE TRABAJO COMUNITARIO**



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

V. Recursos de Salud

Fuentes de Financiamiento de la Atención Primaria Municipal

La Atención Primaria recibe financiamiento a través de 4 mecanismos principales y uno de menor proporción formado por la recuperación de Licencias Médicas y pagos de Bonos y Aguinaldos.

Aporte Estatal por Programas de Reforzamiento: Financiamiento complementario al per cápita a través de Convenios destinados a Planes y Programas especiales: SAPU, Sala ERA, Sala RBC, Sistema CHCC, entre otros.

Aporte Estatal Mensual: Per Cápita Basal + Incremento por Ajustadores: corresponde a la transferencia per cápita fijada por Decreto del Ministerio de Salud.

Aporte Estatal por Leyes Funcionarios APS: Transferencias que se realizan para cancelar las leyes de incentivo dictadas para beneficio de los funcionarios de APS, Ley N° 19.813 – Ley N° 2°.557

Aporte Municipal: Establecido cada año en base a la disponibilidad financiera de cada municipio.



I. ILLUSTRE MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

VI. OBJETIVOS PROGRAMATICOS 2016

- ✓ **Aumentar la Satisfacción Usuaría.**
- ✓ **Elevar el Nivel de Salud de la Población.**
- ✓ **Dar cumplimiento a las IAAPs y Metas Sanitarias.**
- ✓ **Optimización de los Recursos.**

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

VII. PLAN DE ACCION 2016

A. Lineamientos estratégicos

Lineamiento	Estrategia	Actividades	Indicadores	Resp. Ejecución	Monitoreo
Fomentar la difusión y entrega de información a los usuarios del Cefam Algarrobo	Difusión a la comunidad	Distribuir catálogo de prestaciones del Cefam Algarrobo, al menos al 60% de familias inscritas.	Nº de catálogo entregados/ Nº total familias inscritas en Cefam Algarrobo x 100	Administrativo Unidad Per cápita	Semestral Equipo Transversal
		Realizar difusión de sistema de Categorización en atención de urgencia, a través de folleteria y señalética en acceso a Unidad Sapu del Cefam Algarrobo.	Categorización publicada Si/No Folleteria informativo sobre sistema de categorización de urgencia.	Coordinadora Sapu	
		Distribución de guías anticipatorias según protocolo.	Se realiza entrega de guías Si/No	Equipo de Salud	Semestral Eq. gestor y

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

		Diseño de pagina web del Cestfam	Pagina Web en funcionamiento Si/No	Equipo Gestor	Transversal
		Mantención de diarios murales con temáticas mensuales	Renovación mensual de temáticas en diarios murales Si/No	Encargada OIRS	
		Difusión de material educativo en salud a través de TV en sala de espera.	Uso de TV para difusión de material Educativo Si/No	Encargada OIRS	
		Participación de representante del equipo transversal en Reuniones del Consejo Local de Salud.	80% de reuniones con presencia de funcionario integrantes del equipo transversal/ Total de reuniones programadas x 100	Equipo transversal	
		Realizar entrevistas radiales bimensuales sobre temáticas de salud.(Marzo-Dic)	Nº de entrevistas radiales realizadas/Nº de entrevistas radiales programadas x 100	Eq. transversal	Semestral Eq. gestor

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

		Difundir temas de salud, educativos e información general a través de páginas sociales	Difusión realizada Si/No	Eq. transversal	
Implementar el modelo de gestión de calidad en la organización contribuyendo a la mejora continua de nuestro quehacer	Desarrollar plan de mejoramiento continuo de la organización	Elaboración del plan anual de calidad	Plan de calidad elaborado Si/No	Encargada - Comité de Calidad	Dirección Técnica
Consolidar el modelo de salud familiar en la comuna de Algarrobo	Mantener % certificación como centro de salud familiar.	Mantener Nivel de Desarrollo.	Certificación nivel Desarrollo	Semestral Encargada equipo gestor	
Mantener los indicadores de salud en concordancia con	Cumplimiento de compromisos sanitarios para	Desarrollo del plan de acción de salud comunal	Plan de acción desarrollado y monitoreado Si/No	Semestral	Dirección Técnica

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

los objetivos sanitarios nacionales para el periodo 2011-2020	la atención primaria según los lineamientos del ministerio de salud	Monitoreo y cumplimiento de las metas sanitarias y las metas del Índice de actividad de la atención primaria	Logro sobre el 90% en cumplimiento de metas según los indicadores establecidos	Trimestral	Jefes de programas y Dirección Técnica
		Cumplimiento de los convenios de apoyo a la gestión en APS.	Logro sobre el 90% en cumplimiento de los indicadores establecidos para los convenios efectuados.	Semestral	Jefes de programas y Dirección Técnica
		Cumplimiento de las garantías GES	100% de las garantías GES cumplidas en APS	Monitoreo mensual Monitor Sigges	Trimestral Dirección Técnica

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

PLAN DE MEJORA SANTISFACCION USUARIA			
Objetivo	Actividades	Indicador de cumplimiento	Responsable(s)
Mejorar entrega de información a la Comunidad, en relación a temas de salud comunal.	Cumplir plan de difusión a comunidad de equipo transversal.	Nº de indicadores cumplidos/Nº de indicadores planteados X 100	Equipo Transversal
	Participar en entrevistas radiales mensuales, con temas de salud de acuerdo a programación programa promoción, por profesionales del área.	Nº de actividades realizadas/Nº de actividades programadas X 100	Equipo transversal
	Participar en entrevistas radiales mensuales, con temas de gestión en salud, por profesionales del área.	Nº de actividades realizadas/ Nº de actividades programadas X 100	Dirección Técnica
	Realizar boletín electrónico trimestral, para difundir información a la comunidad.	Nº de boletines emitidos al año /Nº de boletines programados(4) anualmente X 100	Equipo transversal Dirección Técnica
	Realizar cápsulas publicitarias sobre información en salud, para difundir en salas de espera, pantalla gigante, etc.	Se realizan capsulas SI –NO	Equipo transversal Equipo gestor
	Realizar y mantener página	SI – NO	Equipo Gestor



ESTRE MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
PARTAMENTO DE SALUD



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

	web del Cefam.		Dirección Técnica
--	----------------	--	-------------------

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

B. Planificación actividades de gestión

Lineamiento	Estrategia	Actividades	Indicadores	Resp. Ejecución	Monitoreo
Fomentar participación del equipo de Salud, en actividades de coordinación, monitoreo y gestión de los distintos Programas de Salud y la organización.	Reuniones de trabajo	Realizar al menos el 80% de las reuniones programadas: 1.- Programas de Salud <ul style="list-style-type: none"> • Cardiovascular: trimestrales • Infantil: trimestrales. • Programa Atención Domiciliaria: trimestrales. • Salud Mental: mensuales. 2.- Consejo Técnico: <i>mensuales</i> 3.- Equipo Médico: <i>mensuales</i> 4.- Equipo Gestor: <i>mensuales</i>	Nº de Reuniones de Programas de Salud realizadas /Nº de Reuniones de Programadas x 100	Jefes de Programas Dirección Técnica	Semestral Dirección Técnica

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

		5.- Ampliadas: mensuales			
	Auditorias	Realizar auditoría del 10% de cartolas de niños menores de 6 años bajo control. Verificar la correcta aplicación de instrumentos de valoración, registro de parámetros cénicos, instrumentos y derivaciones.	(Nº de auditorías realizadas/Nº de auditorías programadas) x 100	Encargada Programa Infantil	Registro Local
Fomentar las actividades de Promoción, Prevención, Difusión, Control Social y la Transparencia de la Gestión de APS, a través de	Participación con la Comunidad organizada	Participación del Consejo Local de Salud en al menos el 80% de las reuniones mensuales del Comité Gestor y Comité OIRS	Nº de reuniones con participación de representantes del Cestfam/ Nº de reuniones realizadas x 100	Equipo Transversal	Semestral Dirección Técnica Eq. Gestor

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

<p>un trabajo conjunto con el Consejo Local de salud y las Redes Comunitarias de Algarrobo</p>					
<p>Fomentar participación en actividades de coordinación con el intersector local, provincial y regional.</p>	<p>Reuniones de trabajo con el intersector y otros referentes técnicos desde nivel provincial y regional.</p>	<p>Participar en al menos un 80% de las reuniones realizadas de coordinación con :</p> <p><i>1.- Intersector: Red Comunal Chile Crece Contigo, Comité de Promoción, SENDA.</i></p> <p><i>2.- Provinciales- Regionales: Programa IRA ERA (mensuales) ; Consultorías de Salud mental; Programas alimentarios(trimestrales)</i></p>	<p>Nº de reuniones con participación de representantes del Cefam/ Nº de reuniones realizadas x 100</p>	<p>Dirección Técnica</p>	



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

		Comité de sífilis (mensuales). 3.- SSVSA: Coordinación territorial (trimestrales).			
--	--	---	--	--	--

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

C. Plan de gestión comité de referencia y contrareferencia

Objetivos	Actividades	Indicadores	Responsable	Monitoreo
Mejorar el trabajo en gestión de la Resolutividad del Cestfam Algarrobo	Realizar reuniones semanales del Comité de Referencia y Contrareferencia, respetando los tiempos protegidos para la actividad.	Nº de Reuniones realizadas /Nº de Reuniones Planificadas x 100	Integrantes comité.	Semestral
	Realizar plan anual de trabajo	Si /No	Integrantes comité	Semestral
	Realizar depuración de listas de espera de especialidades: Cirugía, Ginecología y Cardiología.	Si /No	Administrativas Sigges.	Mensual
	Realizar coordinación con administrativos de agendas de HCV para gestionar horas de pacientes de listas de espera depuradas.	Brecha acortada		Febrero 2014
	Realizar monitoreo mensual de listas de espera, definiendo tiempos promedios de resolución.	Listas de espera		Mensual
	Incorporar estrategias contingenciales para mejorar resolutividad de listas de espera según corresponda.	Planes de mejora	Integrantes comité.	Mensual
	Realizar evaluación de pertinencia de IC por medico contralor en forma sistemática y continua (3 veces a la semana)	Registro local Total IC no pertinentes/Total IC	Médico contralor	Mensual



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

		generadas x 100		
	Realizar registro y monitoreo de SIC no pertinentes como insumo de gestión.	Sistema de registro local		

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

D. Planificación actividades trabajo con familias equipos de cabecera

Objetivos	Actividades	Meta	Indicador	Responsable	Monitoreo
Lograr trabajar con las familias de riesgo con un enfoque integral y conjunto, en ámbitos de mejoras de su salud.	Realizar cartolas familiares a familias con casos índices definidos con criterio de riesgo según flujograma trabajo con familias	80%	N° de cartolas familiares realizadas/ N° total de familias con casos índices que cumplen criterios de riesgo familiar según flujograma X 100	Jefa de sector Equipo cabecera	Mensual (J. sector) Trimestral (Eq. gestor)
	Intervención familiar por equipos de cabecera a familias con score de riesgo familiar ALTO	100%	N° de familias con score de riesgo ALTO con plan de intervención por eq. de cabecera/ N° de familias con score de riesgo ALTO X 100.	Jefa de Sector Equipo cabecera	Mensual (J. sector) Trimestral (Eq. gestor)
	Intervención familiar por equipos de cabecera a familias con score de riesgo familiar MODERADO	Línea base	N° de familias con score de riesgo MODERADO con plan de intervención por eq. de cabecera/ N° de familias con score de riesgo MODERADO X 100.	Jefa de Sector Equipo cabecera	Mensual (J. sector) Trimestral (Eq. gestor)

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

Realizar al menos 2 estudios de familias cada semestre, por cada equipo de cabecera.	4 Estudios de Familia por sector al año.	Nº de estudios de familias realizados/Nº de estudios de familias programados x 100	Jefa de sector Equipo cabecera	Junio – Diciembre Eq. gestor
Estudios de familia realizados a familias con score de riesgo familiar ALTO.	Línea base	Nº de estudios de familias realizados a familias con score de riesgo ALTO /Nº de estudios de familias realizados x 100	Jefa de sector Equipo cabecera	Junio – Diciembre Eq. gestor
Visita domiciliaria integral a familias con score de riesgo familiar ALTO.	Realizar VDI a al menos el 80% de familias con score de riesgo familiar ALTO.	Nº de VDI a familias con score de riesgo familiar ALTO /Nº total de familias con score de riesgo familiar ALTO X 100	Jefa de Sector Equipo de Sector	Mensual

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

	Realizar Consejerías Familiares como herramienta de intervención familiar.	Aumentar el número de consejerías familiares realizadas el 2014.	Nº de consejerías familiares realizadas 2014 /Nº de consejerías familiares realizadas 2014 X 100	Eq. de cabecera	Eq. Gestor Junio- Dic.
	Capacitación en Salud Familiar niveles básico e intermedio.	Realizar al menos una actividad educativa anual para cada nivel.	Nº de actividades educativas realizadas/ nº de actividades educativas programadas.	Jefa de Sector Encargada de Capacitación	Anual
Fomentar la participación y coordinación de los equipos de cabecera	Realizar 2 reuniones de sector al mes	Realizar al menos un 80% de las reuniones programadas.	Nº de reuniones realizadas/Nº de reuniones programadas x 100	Jefa de sector	Mensual (Actas de Reuniones)
	Realizar mapas epidemiológicos y diarios murales informativos por sector	Realizar mapa epidemiológico por sector	Realizado sí o no	Jefa de sector Equipo de sector	Anual
		Realizar diario mural	Realizado sí o no	Jefa de sector Equipo de sector	Anual

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

		informativo para el equipo de sector			
	Supervisión y seguimiento del trabajo con familias	Supervisión y seguimiento del uso de instrumentos en salud familiar	Monitoreo de sistema de registros	Jefa de sector	Trimestral
		Realizar una reunión de evaluación y planificación	Realizada si o no	Jefa de sector Equipo de sector	Octubre
Fomentar la participación del equipo de salud en actividades de gestión en el ámbito de salud Familiar.	Asistir a reuniones mensuales del equipo gestor.	Asistir al menos al 90% de las actividades programadas.	Nº de reuniones en que asiste un representante de cada equipo de cabecera /Nº de reuniones programadas x 100	Jefa de Sector	Mensual (Actas del Equipo Gestor)
	Asistir a Reuniones mensuales de Jefaturas o Consejo Técnico.	Asistir al menos al 90% de las actividades programadas.	Nº de reuniones en que un representante de cada equipo de cabecera / Nº de reuniones	Jefa de Sector	Mensual (Actas de las reuniones)

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

		programadas x 100			
Fomentar la participación del equipo de sectores en actividades con la comunidad y establecimiento de redes sociales.	Generar instancias de participación con grupos comunitarios	Realizar al menos una actividad por sector con algún grupo comunitario	N° de actividades realizadas/ N° de actividades programadas X 100	Jefa de sector Equipo de sector	Anual
	Generar instancias de participación con la comunidad en general	Realizar murales por sector con información hacia la comunidad	Realizado sí o no	Jefa de sector Equipo de sector	Anual

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

CENTRO MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD

E. Cuidados de salud a lo largo de la vida

i Salud Infantil

OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	ESTRATEGIAS	RESPONSABLE
Mantener la lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6º mes de vida.	Educación en los beneficios de la lactancia materna exclusiva. Fomentar uso de cojín de lactancia, evaluar y reforzar las técnicas correctas de amamantamiento en cada Control de Salud de niña y niño. Favorecer las clínicas de lactancia.	Porcentaje de niños/as controlados al sexto mes con lactancia materna exclusiva	1. (Nº de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida / Nº de lactantes controlados al 6to mes)*100	Mantener la cobertura de referencia nacional del 60%	REM	Implementar Talleres de clínica de lactancia materna a cargo de matrona en RN, enfermera y nutricionista en lactantes menores. Incorporar al padre en los controles sanos y que se comprometa con la participación activa en el área de fomento de lactancia materna exclusiva. Reforzar en control de 5º mes por nutricionista de los beneficios de la lactancia materna. Taller educativo de LM y sus beneficios incorporado en las actividades de CHCC Mantener actividades informativas y de difusión en PSR, CEFAM y organizaciones comunitarias. Derivar oportunamente a la clínica de LME a madres que presente alguna dificultad en lactancia según el grupo etareo en el que se encuentre. (Matrona- Nutricionista o Enfermera) Reforzar importancia de LME en controles de salud de niños y niñas	Equipo programa infantil
Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital.	Consejería individuales de actividad física entregada a niñas y niños menores de 10 años	Porcentaje de consejerías individuales en actividad física entregadas a niños y niñas menores de 10 años	(Nº de consejería individuales en actividad física entregadas a niños y niñas menores de 10 años/ Total de población bajo control menor de 10 años)* 100	10%	REM	Realizar consejerías en estilos de vida saludables a padres, madres o cuidadores de niños menores de 10 años de acuerdo a guías Minsal. Derivación a consulta con kinesiólogo a todo menor de 10 años con diagnóstico nutricional de obesidad. Entrega de guías anticipatorias relacionado con estilos de vida saludable a padres, madres y cuidadores que asistan a controles de salud del niño o niña. Realizar consejerías en estilos de vida saludables a padres, madres o cuidadores de niños menores de 10 años	Equipo Programa Infantil
Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital.	Consulta nutricional al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir del 6º mes, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	Porcentaje de niños y niñas con consulta nutricional al 5º mes	(Población con consulta nutricional al 5º mes / Total de población bajo control de 5 a 11 meses)* 100	80%	REM	Distribución de guías anticipatorias de incorporación de alimentación sólida saludable y segura al 6º mes, y refuerzo de LM complementaria. Asegurar disponibilidad de horas de nutricionista semanalmente para estos controles Derivación a control nutricional del 5º mes por parte de Enfermera, dejando aviso administrativo en sistema AVIS. Consulta nutricional a los 5º meses fomento lactancia materna, consulta individual. Incorporación del padre a la consulta nutricional del 5º mes. Registro en cartolas de Salud control infantil por Nutricionista.	Kinesiologo (Actividad física) Enfermera(Consejerías hábitos saludables)
Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital.	Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, con componente de salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	Porcentaje de niños y niñas con consulta a los 3 años y 6 meses	(Población con consulta a los 3 años y 6 meses/ Población bajo control entre 42 y 47 meses)* 100	30%	REM	Distribución de guías anticipatorias de alimentación saludable y segura. Derivación por parte de Enfermera en control de 3 años a Control nutricional de 3 años 6 meses, utilizando recurso de aviso administrativo en AVIS. Control nutricional a los 3 años 6 meses (estilos de vida saludable). Incorporación del padre a la consulta nutricional del menor de 3 años y 6 meses y/o cuidadoras. Asegurar disponibilidad de horas semanales para la realización de controles Evaluar pautas aplicadas de mal nutrición por exceso, seleccionando a los niños con 2 o más factores de riesgo, para taller educativo. Pegar en tarjeta de control infantil, cuadro con factores de riesgo, según norma del menor con mal nutrición por exceso.	Nutricionistas

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

CENTRO MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD

						<p>Realización de exámenes de glicemia, perfil lipídico y TSH, a menores con más de 2 factor de riesgo, según norma del menor con mal nutrición por exceso.</p> <p>Educación a padre y/o acompañante en salud bucal y dieta no cariogénica.</p> <p>Aplicación de encuesta de salud bucal de los 3 años 6 meses durante consulta nutricional, reforzando aspectos que se encuentren deficientes</p> <p>Reforzar orientación sobre alimentación saludable</p> <p>Reforzar orientación sobre importancia de actividad física</p>	
Implementar Talleres de educación grupal a padres y/o cuidadores y/o profesores de establecimientos comunales	Actividades Comunitarias de Salud Mental: Taller de Promoción de la Salud Mental (habilidades personales, factores protectores sicosociales, etc.) en el ámbito educacional (jardines, escuelas, liceos)	Porcentaje de Talleres de educación grupal a padres y/o cuidadores y/o profesores realizados	(Nº de talleres realizados año vigente (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior)/Nº de talleres realizados año anterior)*100	Implementar el taller y establecer línea de base.	REM		Psicóloga Encargada del Programa
Aumentar el número de padres (hombres) que participan en los controles de salud de sus hijos e hijas.	Controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre	Porcentaje de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre	(Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre / Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años)*100	15%	REM	<p>Informar a las madres de su derecho de asistir acompañadas por el padre a los controles de salud de sus hijos</p> <p>Informar en paneles en CESFAM y Postas rurales, sobre el derecho de los padres de asistir a controles de salud de sus hijos</p> <p>Refuerzo positivo a aquellas familias en las que asiste el padre a control de salud</p> <p>Registro de todos los profesionales de asistencia de padres a controles de salud en hoja diaria.</p> <p>Difusión en medios radiales sobre los beneficios de la participación del padre a lo largo de la primera infancia.</p>	Enfermera y Matrona
Aumentar la cobertura de la aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso.	Aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en los controles de salud del niño sano que corresponda, según el programa nacional de salud de infancia.	Porcentaje de niños/as eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente	(Nº de niños/as con pauta de malnutrición por exceso aplicada en cada control / Nº de niños/a con pauta de malnutrición por exceso a la población bajo control) *100	60%	REM	<p>Recordatorios frecuentes en reuniones de programa de aplicación de pauta de malnutrición por exceso en edades que corresponda</p> <p>Registrar en cartola y ficha electrónica la aplicación del instrumento</p> <p>Aplicación de pauta de factores de riesgo de malnutrición por exceso en todos los niños que acuden a control sano, en controles de 4 meses, 1,2 ,3,4 y 5 años.</p> <p>Derivación a nutricionista de niños y niñas con pauta alterada</p>	Enfermera y Nutricionista
Fortalecer las intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral.	Taller educativos de habilidades parentales con metodología "Nadie es Perfecto" a madres padres y/o cuidadores, de niñas y niños menores de 5 años bajo control.	Porcentaje de niños(as) menores de 5 años cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan a talleres Nadie es Perfecto	(Nº de madres, padres o cuidadores(as) de niños(as) menores de 5 años que ingresan a talleres Nadie es Perfecto/ Población bajo control de niños(as) menores de 5 años)*100	5%	REM	<p>Dar a conocer el perfil de posibles asistentes a taller Nadie es perfecto al equipo de salud con la finalidad de realizar reclutamiento.</p> <p>Gestionar recursos económicos para la realización de taller Nadie es Perfecto</p> <p>Promocionar talleres Nadie es Perfecto mediante afiches con fotografías de talleres anteriores e información referente al taller</p> <p>Realización de talleres en CESFAM y Postas rurales</p>	Facilitadora de NEP (Enfermera)
Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil.	Rescate de población inasistentes a los controles de salud	Porcentaje de niños/as inasistentes a control de salud en el grupo etario	(Nº de niños/as inasistentes a control de salud en el grupo etario/ total de niños/as bajo control en el grupo etario)*100	Disminuir en 5%	REM	<p>Revisión periódica de tarjetero infantil y rescate de niños y niñas inasistentes</p> <p>Citación telefónica de niños y niñas inasistentes</p> <p>Citación por terreno a niños y niñas inasistentes luego de la tercera inasistencia a control.</p> <p>Rescate en controles de morbilidad por equipo médico en CESFAM y SAPU.</p> <p>Rescates de pacientes crónicos en sala IRA por kinesiólogo</p>	Enfermeras según sector (rescate de tarjetero) Rescate telefónico(Administrativo del sector correspondiente Rescate en terreno (TENS del sector correspondiente) Medicos (Morbilidad y SAPU) Rescate IRA (Kinesiólogo.)
Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil.	Control de Salud a niños y niñas inmigrantes	Total de niños y niñas inmigrantes bajo control	Número de niños y niñas inmigrantes bajo control año 2017 - número de niños y niñas inmigrantes bajo control año 2016/ Número de niños y niñas inmigrantes bajo control año 2016	Aumentar el número de niños inmigrantes bajo control en relación al año anterior	REM	<p>Crear línea de base con registros de inmigrantes.</p> <p>Asegurar acceso a la atención a niños y niñas inmigrantes</p>	Enfermera Encargada del Programa Infantil
Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil	Control de salud a niñas y niños de 24 a 71 meses inscritos en establecimiento de salud.	Promedio de controles de salud de niños/as de 24 a 71 meses	(Nº de controles de salud de niñas/os de 24 a 71 meses / Nº total de niñas/os de 24 a 71 meses bajo control)	1 control anual	REM	<p>Asegurar disponibilidad de horas enfermera para control de salud de niños y niñas de 24 a 71 meses inscritos en el establecimiento de salud.</p> <p>Realizar difusión de calendario de controles de</p>	Administrativo de some (al momento de ingreso y registro inicial de datos) Enfermera Encargada del

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

CENTRO MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD

						salud de niños y niñas en CESFAM y Postas Rurales	Programa (Contabilidad de kardex en estadística)
Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 9 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 8 meses con aplicación de evaluación de Desarrollo Psicomotor (Primera evaluación)	Porcentaje de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas al grupo de niños/as de 7-11 meses en el control de salud de los 8 meses (Primera)	(Nº de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas al grupo 7-11 meses en el control de salud de los 8 meses (Primera evaluación)/ total control de salud de niñas/os de 7 a 11 meses bajo control)*100	94%	REM	Aplicación de EEDP durante el control de salud Rescate de niños inasistentes a control de salud Disponer de tiempo necesario para control de salud y EEDP Derivar a niños y niñas con rezago, riesgo o retraso a sala de estimulación dentro del mismo mes de detección.	Enfermeras, Enfermera Encargada del programa Infantil
Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor.	Porcentaje de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de niños/as 12 a 17 meses en control de niño/a sano de 12 a 17 meses	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 17 meses en control de niño/a sano de 12 a 17 meses / Total de controles sano realizados a niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control	80%	REM	Aplicación de Pauta Breve durante el control de salud Rescate de niños inasistentes a control de salud Disponer de tiempo necesario para control de salud y pauta breve Derivar a niños y niñas con rezago, riesgo o retraso a sala de estimulación dentro del mismo mes de detección.	Enfermeras, Encargada del Programa Infantil.
Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (Primera evaluación).	Porcentaje de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de niños/as 18 a 23 meses (Primera evaluación) en el control de salud de los 18 meses	(Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 18 a 23 meses (Primera evaluación) en el control de salud de los 18 meses / N° total de niñas y niños de 18 a 23 meses bajo control)* 100	94%	REM	Entrega de inasistentes en forma inmediata posterior al término de la Jornada de atención al Técnico paramédico de terreno o subrogante. Coordinación del Técnico Paramédico con el encargado de SOME para entrega de hora inmediata para la atención de los inasistentes de 18 meses. Derivación inmediata (dentro del mes) a Sala de Estimulación a niños con DSM alterado siguiendo flujogramas de atención. Derivación a médico según resultados de evaluación y Flujograma de atención.	Enfermeras
Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 9 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo Psicomotor	Porcentaje de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de niños/as de 24 a 47 meses (Primera evaluación)	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de 24 a 47 meses (Primera evaluación) / N° total control sano de niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control)*100	50%	REM	Realizar PB en controles de salud de 24 meses al 100% de los niños que acuden a control	Enfermeras
Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 9 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor. (Primera evaluación).	Porcentaje de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de niños/as de 24 a 47 meses (Primera evaluación) en el control de salud de los 36 meses	(Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 24 a 47 meses(Primera evaluación) en el control de salud de los 36 meses / N° total control sano de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control)*100	70%	REM	Revisión de tarjetero infantil y rescate de inasistentes a control de 36 meses. Atención de Pacientes Derivación a Sala de Estimulación a niños y niñas con TEPSI alterado Ingresar a niños con Déficit o rezago a flujo grama de atención.	Enfermeras y TENS encargados de tarjeteros
Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial	Porcentaje de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niñas y niños de 1 mes	(Nº de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niñas y niños de 1 mes / N° Total control de ciclo vital de niñas y niños de 1 mes)*100	90%	REM	Asegurar tiempo de necesario para aplicación de pauta Derivación a Sala de Estimulación a niños y niñas con protocolo Neurosensorial alterado con IC interna y según flujograma. Aplicación de protocolo neurosensorial en control de 1 mes por médico. Registro en hoja diaria de actividades los protocolos neurosensorial aplicados	Médico
RX TORAX							
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de esquema primario completo de vacuna Pentavalente en niños/as menores de 1 año	Porcentaje de niños/as menores de 1 año con esquema primario completo de vacuna Pentavalente	(Administración de esquema primario completo de vacuna Pentavalente en niños/as menores de 1 año/Total de niños/as menores de 1 año) *100 (el esquema primario incluye administración de pentavalente a los 2, 4 y 6 meses de edad)	95%	RNI	Revisión periódica de tarjetero infantil y de vacunatorio para pesquisar inasistentes. Educación a padres, madres y cuidadores en controles de salud sobre importancia de vacunas a administrar Vacunatorio abierto durante toda la jornada de trabajo para facilitar el acceso a éste y evitar oportunidades perdidas de vacunación Vacunación inmediata post control sano Condicionar entrega de leche según asistencia a vacunas Vacunación en domicilio posterior a la 2ª citación inasistencia	Enfermera a cargo de PAI y TENS vacunatorio
Reducir la carga de enfermedad por	Administración de la primera dosis de	Porcentaje de niños/as de 1 año con	(Nº de niños/as de 1 año con primera dosis de vacuna	90%	RNI	Rescate de inasistentes a vacunación de 12	Enfermera a cargo de PAI y

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

CENTRO MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD

inmunoprevenibles.	vacuna Trivírica al año de vida.	primera dosis de vacuna Trivírica administrada	Trivírica administrada / (Nº de niños de 1 año)*100			Reforzar importancia de vacunas en controles de salud Educar por parte de profesionales en relación a reales contraindicaciones de vacunas. Vacunación inmediata post control de niño sano Mantener vacunatorio abierto en horario 08:00-13:00 14:00-17:00, para evitar pérdidas de vacunas. Condicionar entrega de leche a asistencia a vacunatorios	TENS vacunatorio
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administrar primera dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a niñas que cursan cuarto año básico.	Porcentaje de niñas con primera dosis de vacuna VPH que cursan 4º básico	(Nº de niñas con primera dosis de vacuna VPH que cursan 4º básico/Nº de niñas matriculadas en 4º básico)*100	90%	RNI	Coordinación con colegios previo a la vacunación con informativo respecto a los beneficios de la vacuna Recopilar consentimientos informados previo al proceso de vacunación	Enfermera a cargo de PAI
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de la primera dosis de vacuna SRP Y DTP(a) en primero básico	Porcentaje de niños de 1º año básico con dosis de vacuna SRP administrada	Nº de niños de 1º año básico con dosis de vacuna SRP administrada/ Matrícula niños 1º básico año en curso *100	90% de los(as) niños y niñas con vacuna SRP administrada	RNI	Coordinación con colegios previo a la vacunación con informativo respecto a los beneficios de la vacuna	Enfermera a cargo de PAI
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de la primera dosis de vacuna SRP Y DTP(a) en primero básico	de niños de 1º año básico con dosis de vacuna dtp(a)administrada	Nº de niños de 1º año básico con dosis de vacuna dtp(a)administrada/ Matrícula niños 1º básico año en curso *100	90% de los(as) niños y niñas con vacuna DTP(a) administrada	RNI	Coordinación con colegios previo a la vacunación con informativo respecto a los beneficios de la vacuna	Enfermera PAI
Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 6 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Control de salud oral de niños y niñas menores de 6 años	Porcentaje de niñas/os menores de 6 años que ingresan a la población bajo control en salud oral	(Nº de niños y niñas menores de 6 años ingresados en la población bajo control en salud oral/ Nº de niños y niñas menores de 6 años inscritos y validados en los establecimientos) *100	79% de los menores de 6 años.	REM	Atención por odontólogo	Encargado Odontológico, Odontólogos
Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias para la prevención y cuidado de Escaras UPP	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias para la prevención y cuidados de escaras(UPP)	Porcentaje de Población bajo control menores de 10 años del Programa de Atención domiciliaria para personas con discapacidad Severa	(Nº de personas menores de 10 años sin UPP del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con dependencia severa/ nº de población bajo control menores de 10 años en el programa de discapacidad severa	80% y más de la población bajo control en el Programa de Atención domiciliaria para personas con dependencia severa no presentan UPP	REM	Educación a cuidadores en relación a prevención de UPP en talleres de cuidadores Educación en cada control mensual de TENS en prevención de UPP	Enfermeras y TENS de Sector Encargada de programa PAD
Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación de Plan de Cuidados al Cuidador	Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación de Plan de Cuidados al Cuidador	Porcentaje de Evaluación de Sobrecarga en Cuidadores de Personas menores de 10 años con Dependencia Severa	(Nº de cuidadores de personas menores de 10 años Dependencia severa del programa de atención domiciliaria con dependencia severa evaluados con Escala de Zarit/Nº de cuidadores de personas menores de 10 años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa)*100	Al menos el 80% de los cuidadores de personas con dependencia severa del programa de atención Domiciliaria han sido evaluados con Escala de Zarit	REM	Aplicación de Escala de ZARIT a todos los cuidadores de pacientes con dependencia severa Derivación a equipo de salud mental a todos los cuidadores con Escala de Zarit alterada para su atención oportuna	Enfermeras Sectorialista de discapacidad
Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas con cáncer, dolor, y/o dependencia moderada y/o severa	Atender en forma integral a niños y niñas con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	Realizar visitas integrales a niños/as con dependencia moderada y/o severa	Nº de visitas integrales realizadas en domicilio a niños/as con cáncer, dolor y dependencia moderada y/o severa/ Nº de población infantil bajo control por dependencia moderada y/o severa)*100	A lo menos 1 visitas domiciliarias mensuales a niños/ñas con dependencia moderada o severa	REM	Realizar una VDI al ingreso del paciente al programa Realizar una visita mensual por TENS	Enfermera o médico TENS de sector
Disminuir el porcentaje de niñas y niños con rezago o déficit de su desarrollo psicomotor	Reevaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor	Porcentaje de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) en la reevaluación	(Nº de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) en la reevaluación/ Nº de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de 8, 18 y 36 meses) *100	90%	REM	Rescate de inasistentes a sala de estimulación Derivación de niños y niñas con déficit a sala de estimulación Realizar reevaluación según flujograma	Enfermera



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

ii Salud Adolescente

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

REGISTRO MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD

iii

OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	ESTRATEGIA	RESPONSABLE
Detectar gestantes de 10 a 24 años con factores de riesgo de parto prematuro, según Guía GES	Derivar a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario a todas las gestantes de 10 a 24 años con factores de riesgo de parto prematuro	Porcentaje de gestantes 10 a 24 años derivadas al nivel secundario por riesgo de parto prematuro	$(\text{N}^\circ \text{ de gestantes } 10 \text{ a } 24 \text{ años con riesgo de parto prematuro derivadas al nivel secundario} / \text{N}^\circ \text{ total de gestantes } 10 \text{ a } 24 \text{ años con riesgo de parto prematuro}) * 100$	100%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
Derivar a toda embarazada de 10 a 24 años con riesgo biomédico a	Derivar al nivel secundario (Alto Riesgo Obstétrico) las gestantes de 10 a 24 años con factores de riesgo biomédico, según Guía Perinatal	Porcentaje de gestantes de 10 a 24 años derivadas al nivel secundario por riesgo biomédico, según Guía Perinatal	$(\text{N}^\circ \text{ de gestantes de } 10 \text{ a } 24 \text{ años con riesgo biomédico derivadas al nivel secundario} / \text{N}^\circ \text{ total de gestantes de } 10 \text{ a } 24 \text{ años con riesgo biomédico}) * 100$	100%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
Aumentar la detección de Depresión a los 2 meses Postparto	Aplicar a las madres adolescentes a los 2 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	Porcentaje de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 2 meses de postparto	$(\text{N}^\circ \text{ de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo aplicada a los 2 meses postparto} / \text{N}^\circ \text{ total de mujeres adolescentes en los últimos 2 meses post parto y en control de RF}) * 100$	100%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
Aumentar la detección de Depresión a los 6 meses Postparto	Aplicar a las madres adolescentes a los 6 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	Porcentaje de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 6 meses de postparto	$(\text{N}^\circ \text{ de madres adolescentes con escala aplicada a los 6 meses de postparto} / \text{Total de madres adolescentes con controles realizados a los 6 meses postparto en RF}) * 100$	100%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
Detectar gestantes con síntomas de depresión, según Pauta de Edimburgo	Aplicar Pauta de Edimburgo a todas las gestantes en el ingreso o 1° control prenatal	Porcentaje de gestantes que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal	$(\text{N}^\circ \text{ de gestantes que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o } 2^\circ \text{ control prenatal} / \text{N}^\circ \text{ total de ingresos a control prenatal}) * 100$	100%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
Conocer el número de gestantes 10 a 24 años migrantes con riesgo psicosocial en Control prenatal	Control prenatal	Porcentaje de gestantes 10 a 24 años migrantes con riesgo psicosocial en Control Prenatal	$(\text{Número de gestantes de } 10 \text{ a } 24 \text{ años migrantes con riesgo psicosocial en Control prenatal} / \text{N}^\circ \text{ total de gestantes } 10 \text{ a } 24 \text{ años migrantes}) * 100$	Establecer línea base	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente.	Control de Salud integral adolescentes de 10 a 14 años.	Porcentaje de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 14 años.	$(\text{N}^\circ \text{ de controles de salud integral realizados a adolescentes de } 10 \text{ a } 14 \text{ años} / \text{población adolescente de } 10 \text{ a } 14 \text{ años inscrita en el establecimiento de salud}) * 100$	10% población 10 a 14 años (negociación meta iaaps)	REM-Población inscrita 10 a	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	IAAPS
Contribuir al estado de salud óptimo en mujeres de 10 a 24 años	Control Preconcepcional.	Porcentaje controles preconcepcional realizados a mujeres de 10 a 24 años	$(\text{N}^\circ \text{ de controles preconcepcional realizados a mujeres de } 10 \text{ a } 24 \text{ años (año vigente) (MENOS) N}^\circ \text{ de controles preconcepcional realizados a mujeres de } 10 \text{ a } 24 \text{ años (año anterior)} / \text{N}^\circ \text{ de controles preconcepcional realizados a mujeres de } 10 \text{ a } 24 \text{ años (año anterior)}) * 100$	Aumentar en un 10%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
Atención integral de salud ginecológica a mujeres adolescentes y jóvenes.	Control ginecológico a mujeres de 10 a 24 años	Porcentaje de controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años	$(\text{N}^\circ \text{ de controles ginecológicos realizados a mujeres de } 10 \text{ a } 24 \text{ años (año vigente) (MENOS) N}^\circ \text{ de controles ginecológicos realizados a mujeres de } 10 \text{ a } 24 \text{ años (año anterior)} / \text{N}^\circ \text{ de controles ginecológicos realizados a mujeres de } 10 \text{ a } 24 \text{ años (año anterior)}) * 100$	Mantener	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
Aumentar el número de adolescentes mujeres y hombres que acceden a Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	Consejería en salud sexual y reproductiva a adolescentes 10 a 14 años	Porcentaje de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 10 a 14 años	$(\text{N}^\circ \text{ de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de } 10 \text{ a } 14 \text{ años (año vigente) (MENOS) N}^\circ \text{ de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de } 10 \text{ a } 14 \text{ años (año anterior)} / \text{N}^\circ \text{ de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de } 10 \text{ a } 14 \text{ años (año anterior)}) * 100$	Aumentar en un 10% Mantener	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
Aumentar el número de adolescentes mujeres y hombres que acceden a Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	Consejería en salud sexual y reproductiva a adolescentes de 15 a 19 años	Porcentaje de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 15 a 19 años	$(\text{N}^\circ \text{ de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de } 15 \text{ a } 19 \text{ años (año vigente) (MENOS) N}^\circ \text{ de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de } 15 \text{ a } 19 \text{ años (año anterior)} / \text{N}^\circ \text{ de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de } 15 \text{ a } 19 \text{ años (año anterior)}) * 100$	Aumentar en un 10% MANTENER	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA



SECRETARÍA MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”





REGISTRO MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

ESTRUCTURA MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD

Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación de Plan de Cuidados al Cuidador	Porcentaje de Evaluación de Sobrecarga en Cuidadores de Personas de 10 a 24 años con Dependencia Severa	(Nº de cuidadores de personas de 10 a 24 años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliara para personas con Dependencia severa evaluados con Escala de Zarit/Nº de cuidadores de personas de 10 a 24 años con dependencia severa del Programa de Atención	Al menos el 80% de los cuidadores de personas con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliara han sido evaluados con Escala de Zarit	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral del paciente	Porcentaje Capacitación de Cuidadores de personas de 10 a 24 años con Dependencia Severa	(Nº de Cuidadores de personas de 10 a 24 años con dependencia severa Capacitados / Nº Total de cuidadores de personas de 10 a 24 años con dependencia severa)*100	80% de los cuidadores de personas con dependencia severa capacitados.	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
Mejorar la calidad de atención en población de 10 a 24 años con asma bronquial bajo control.	Optimizar el tratamiento de adolescentes y jóvenes (10-24 años) asmáticos bajo control	Población de 10 a 24 años bajo control asmática controlada (año vigente)	Proporción de población de 10 a 24 años bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población de 10 a 24 años bajo control asmática controlada (año anterior) / (Proporción de población de 10 a 24 años bajo control asmática controlada(año anterior)) Cálculo de proporción: (Nº de población 10 a 24 años controlada bajo control /Nº de personas de 10 a 24 años asmáticas años bajo control)*100	Incrementar en 20% MANTENER	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas con cáncer, dolor, y/o dependencia moderada y/o severa	Atender en forma integral a adolescentes y jóvenes con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	Realizar visitas domiciliarias integrales a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años con dependencia moderada y/o severa	(Nº de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a adolescentes y jóvenes con cáncer, dolor y dependencia moderada y/o severa/ Nº de población adolescente y joven bajo control por dependencia moderada y/o severa)*100	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales a adolescentes y jóvenes con dependencia moderada y/o severa	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.	Cobertura de personas hipertensas de 20-24 años bajo control	Cobertura hipertensos (año vigente) (Menos) Cobertura Hipertensos (año anterior)/ Cobertura Hipertensos (año anterior) Cálculo de proporción (Nº de personas hipertensas de 20-24 años bajo control / Nº de personas hipertensas de 20-24	Mantener cobertura trabajando disminuir incidencia local	REM Población estimada según estudio Fasce 2007 (15,7%)	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.	Cobertura de personas hipertensas de 20 a 24 años bajo control con PA <140/90, en relación al bajo control	(Proporción de Metas de compensación (año vigente))((MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior)/(Proporción de Metas de compensación (año anterior)) Cálculo de proporción (Nº de personas hipertensas de 20-24 años bajo control con (PA <140/90)/Nº de personas hipertensas de 20-24 años bajo control en PSCV)	Mantener respecto al año anterior	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.	Cobertura efectiva de personas hipertensas de 20 a 24 años bajo control.	(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de metas de compensación (año anterior) /Proporción de metas de compensación (año anterior)) Cálculo de Cobertura: (Nº de personas hipertensas de 20 a 24 años con PA <140/90/Nº de personas hipertensas de 20-24 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia)	Mantener	REM Población estimada según estudio Fasce 2007 (15,7%)	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA

OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	ESTRATEGIA	RESPOBSALE
--------------------	-----------	------------------	--------------------	------	--------	------------	------------

Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años	Cobertura de personas diabéticas de 20 a 24 años bajo control, en relación a la población inscrita	(Cobertura Diabéticos (año vigente) (MENOS) Cobertura Diabéticos (año anterior/ Cobertura Diabéticos (año anterior)) Cálculo de Cobertura: (Nº de personas diabéticas de 20 a 24 años bajo control en PSCV) / Nº de personas diabéticas de 20-24 años inscritas en PSCV)*100	Mantener	REM, ENS 2009 (10%)	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años	Cobertura de personas diabéticas de 20 a 24 años bajo control con (HbA1c<7%)	(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de metas de compensación (año anterior)/ (Proporción de metas de compensación (año anterior)) Cálculo de proporción (Nº de personas diabéticas de 20-24 años bajo control con (HbA1c<7%)/Nº de personas diabéticas de 20-24 años bajo control en PSCV) / Nº de personas diabéticas de 20-24 años inscritas en PSCV)*100	Mantener	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años	Proporción de personas diabéticas de 20-24 años con HbA1c<7%)	(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de metas de compensación (año anterior) / Proporción de metas de compensación (año anterior)) Cálculo de proporción (Nº de personas diabéticas de 20-24 años con HbA1c<7%) / Nº de personas diabéticas de 20-24 años inscritas en PSCV)*100	Mantener	REM, ENS 2009 (10%)	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
Evaluar la calidad de atención (cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en Guía Clínica GES DM Tipo 2) que reciben las personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV.	Evaluación de la calidad de la atención de los pacientes diabéticos en control en PSCV.	Porcentaje de personas de 20 a 24 años con diabetes bajo control en PSCV en centros centinela con evaluación de calidad de la atención en los últimos 12 meses	(Nº de personas con diabetes de 20 a 24 años bajo control en PSCV en los centros centinela con evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses) / Nº total de personas con diabetes bajo control en los centros centinela al corte)*100.	Mantener Incrementar en 50% la proporción de pacientes diabéticos con evaluación de calidad los últimos 12 mes.	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada).	Atención odontológica integral a la embarazada adolescente.	Porcentaje de altas odontológicas en embarazadas adolescentes	(Nº de altas odontológicas totales en embarazadas adolescentes/ total de gestantes adolescentes ingresadas a control prenatal)*100	≥68% de altas odontológicas totales en embarazadas adolescentes	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	META SANITARIA
Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas.	Atención odontológica integral a población adolescente de 12 años.	Porcentaje de adolescentes de 12 años con alta odontológica total	(Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total/ Nº Total de adolescentes de 12 años inscritos y validados)*100	≥74%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	META SANITARIA
Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en adolescentes	Urgencia Odontológica ambulatoria	Porcentaje de consultas odontológicas de urgencia GES en adolescentes	(Nº total de consultas odontológicas de urgencia GES en adolescentes realizadas el año actual / Población adolescente inscrita año actual)*100	2,50% (encargada dental)	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
Protección y recuperación de la salud buco dental del adolescente	Morbilidad Odontológica en adolescentes	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en adolescentes	(Nº total de consultas de morbilidad odontológica en población adolescente/Nº de población adolescente inscrita y validada en el establecimiento)*100	Establecer línea basal 2017	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población de 10 a 24 años	Brindar atención integral y oportuna a población de 10 a 24 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Atención integral de Población de 10 a 24 años con trastorno mental bajo control y consumo problemático de alcohol y drogas	Población bajo control por trastorno mental mayor de población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años (año vigente) / Población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años inscrita validada x prevalencia de 22%	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
Brindar de Atención Integral de trastornos mentales en población 10 a 24 años	Brindar atención integral y oportuna a personas de 10 a 24 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas a población de 10 a 24 años	Casos presentados en consultoría de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas de Población de 10 a 24 años	(Nº de casos presentados en consultoría de salud mental (año vigente) / Nº de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)(MENOS) Nº de casos presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior)	Implementar casos de personas presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

CENTRO MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD

OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	ESTRATEGIA	RESPONSABLE
Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Altas de adolescentes y jóvenes víctimas de violencia de género	(Nº de adolescentes y jóvenes víctimas de violencia de género egresadas por alta (año vigente) (Menos) Nº de adolescentes y jóvenes víctimas de violencia de género egresadas por alta (año anterior) / Nº	Establecer línea base	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Mejorar la atención de personas mayores víctimas de violencia de género en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Ingreso de personas a atención integral por violencia de género de población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	(Nº de personas adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) Nº de personas adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior) / Nº de personas adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior) / Nº de personas adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Establecer línea de base	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
Aumentar la cobertura de pacientes con asma bronquial de 10 a 24 años en la atención primaria de salud	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica en población de 10 a 24 años.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes (10-24 años) bajo control con asma bronquial.	(Población adolescente y jóvenes de 10 a 24 años bajo control (año vigente) (MENOS) Población adolescente y jóvenes de 10 a 24 años bajo control (año anterior) / Población adolescentes y jóvenes bajo control de 10 a 24 años (año	Aumentar en 5%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	IAAPS
Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población de 10 a 24 años	Brindar atención integral y oportuna a personas de 10 a 24 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Altas de personas de 10 a 24 años con diagnósticos de trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	(Nº de personas egresadas por alta (año vigente) (MENOS) Nº de personas egresadas por alta (año anterior)	Aumentar en Nº de altas de personas con diagnósticos de trastornos mentales respecto al año anterior de población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años * sujeto a convenio vida sana	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	
Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población de 10 a 24 años	Brindar atención integral y oportuna a personas de 10 a 24 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Concentración de controles de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas de Población de 10 a 24 años	((Nº de controles de Salud Mental totales realizados (año vigente) / Nº de personas bajo control en el programa por trastornos mentales(año vigente) (MENOS) ((Nº de controles de Salud Mental totales realizados (año anterior) / Nº de personas bajo control en el programa por trastornos mentales(año anterior)) / ((Nº de controles de Salud Mental totales realizados (año anterior) / Nº	Mantener en Nº de controles de personas con diagnósticos de trastornos mentales respecto al año anterior	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	
Avanzar en la detección de necesidades de la población adolescente con capacidades especiales (discapacitados)	Identificar el número de adolescentes (10 a 19 años) insertos en programas de rehabilitación	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad que participan en programas de rehabilitación tanto en el ámbito de las alteraciones	(Nº de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad que participan en programas de rehabilitación / Nº de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad inscritos en el centro de salud familiar)*100	Incrementar la población adolescente en situación de discapacidad que participan en programas de rehabilitación en relación al año anterior.	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

CENTRO MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD

i Salud Adulto

OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	ESTRATEGIA	RESPONSABLE
Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios.	Porcentaje de pacientes EPOC que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar	$(\text{N}^\circ \text{ de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios entre 25 y 64 años} / \text{N}^\circ \text{ total de ingresos agudos entre 25 y 64 años (MÁS)} \text{N}^\circ \text{ consultas de morbilidad entre 25 y 64 años (MÁS)}) \times 100$ Consultas de atenciones agudas entre 25 y 64	100% de ingresos y consultas respiratorios con consejería breve antitabaco	REM	Consejería realizada a usuarios que ingresan	Kinesiólogo
Aumentar el número de gestantes con educación respecto a la preparación para el parto y la	Talleres de 4 sesiones para gestantes (según Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo)	Porcentaje de gestantes que ingresan a talleres de educación prenatal	$(\text{N}^\circ \text{ de gestantes que ingresan a educación grupal Preparación para el parto y crianza} / \text{N}^\circ \text{ total gestantes que ingresan a control prenatal}) \times 100$	Mantener o incrementar en 2% el número de gestantes con educación	REM	Integrar a Programa de Capacitación CHCC	Matronas
Promoción de la salud mental en población adulta de 25 a 64 años	Realización de talleres promoción de estilos de vida saludable a población adulta de 25 a 64 años	Actividades comunitarias de salud mental: Taller de promoción de la salud mental en población adulta de	$(\text{N}^\circ \text{ de talleres realizados (año vigente) (MENOS)} / \text{N}^\circ \text{ de talleres realizados (año anterior)}) \times 100$	Implementar Educación en Sala	REM	Realizar Educación en Sala de espera	Equipo de Salud
Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en gestantes adultas con malnutrición por exceso.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso.	Porcentaje de gestantes adultas con malnutrición por exceso con consulta nutricional	$(\text{N}^\circ \text{ de gestantes adultas bajo control con malnutrición por exceso, con consulta nutricional} / \text{N}^\circ \text{ total de gestantes adultas bajo control con malnutrición por exceso}) \times 100$	80%	REM	Derivar a Nutricionista Asignación de Cupo en Some	Matrona/Nutricionista
Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por déficit.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por déficit.	Porcentaje de gestantes adultas con malnutrición por déficit con consulta nutricional	$(\text{N}^\circ \text{ de gestantes adultas bajo control con malnutrición por déficit, con consulta nutricional} / \text{N}^\circ \text{ total de gestantes adultas bajo control con malnutrición por déficit}) \times 100$	100%	REM	Derivación a Ntta. Atención priorizada por Ntto	Matrona/Ntta
Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventiva del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo	Incrementar cobertura de EMPA en la población inscrita validada.	$(\text{Cobertura EMPA (año vigente)} / \text{Cobertura EMPA (año anterior)}) \times 100$	Incrementar en un 20% la cobertura de EMPA en la población inscrita validada	REM	Aplicación de instrumento EMPA a todo usuario FONASA del rango 20 a 64 años con aplicación de AUDIT *Revisar vigencia de EMPA	Equipo de Salud
Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventiva del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto focalizado en hombres de 25 a 64 años aplicando pauta de protocolo.	Incrementar cobertura de EMPA en hombres de 25-64 años.	$(\text{N}^\circ \text{ de EMPA realizados a población 25 a 64 años (año vigente) (MENOS)} / \text{N}^\circ \text{ de EMPA realizados a población 25 a 64 años (año anterior)}) \times 100$ Cálculo de proporción:	Mantener o aumentar 2% EMPA en hombres de 25-64 años respecto a lo realizado el año anterior.	REM	Aplicación de instrumento EMPA a todo usuario FONASA del rango 20 a 64 años con aplicación de AUDIT *Revisar vigencia de EMPA en planilla Excel de los realizados en año	Equipo de salud
Detectar y derivar al equipo psicossocial a las gestantes con riesgo psicossocial	Detectar y derivar gestantes con riesgo psicossocial, según pauta EPSA.	Porcentaje de gestantes adultas con riesgo psicossocial derivadas al equipo psicossocial	$(\text{N}^\circ \text{ de gestantes adultas con riesgo psicossocial son derivadas al equipo psicossocial} / \text{N}^\circ \text{ total de gestantes adultas con riesgo psicossocial}) \times 100$	100%	REM	IC • Ntto • PSICOLOGO	Matrona/ Equipo de Salud
Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al recién nacido dentro de los	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido dentro de los 10 días de vida.	Porcentaje de controles madre/hijo dentro de los 10 días de vida	$(\text{N}^\circ \text{ de controles de salud integral a puérperas y recién nacido dentro de los 10 días de vida} / \text{N}^\circ \text{ total de ingresos de RN}) \times 100$	90%	REM	Revisión Fichas Cupo Protegidos	SOME/Matrona
Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al recién nacido entre los 11 y	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido entre los 11 y 28 días de vida.	Porcentaje de controles madre/hijo entre los 11 y 28 días de vida	$(\text{N}^\circ \text{ de control de salud integral a puérperas y recién nacido entre los 11 y 28 días de vida} / \text{N}^\circ \text{ total de ingresos de RN}) \times 100$	90%		Horas Protegidas	SOME
Detectar gestantes con síntomas de depresión, según Pauta de Edimburgo	Aplicar Pauta de Edimburgo a todas las gestantes en el ingreso o 2º control prenatal.	Porcentaje de gestantes adultas que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2º control prenatal	$(\text{N}^\circ \text{ de gestantes adultas que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2º control prenatal} / \text{N}^\circ \text{ total de ingresos de mujeres adultas a control prenatal}) \times 100$	100%	REM	Aplicación pauta en control embarazo	Matrona
Aumentar la detección de Depresión a los 2 meses Postparto	Aplicar a las madres a los 2 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	Porcentaje de madres adultas con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 2 meses de postparto	$(\text{N}^\circ \text{ de madres adultas con Pauta de Edimburgo aplicada a los 2 meses postparto} / \text{N}^\circ \text{ total de mujeres adultas con antecedente de parto en los últimos 2 meses y en control de RF}) \times 100$	100%	REM	Aplicación en Control Planificación Familiar	Matrona



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD

OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	ESTRATEGIA	RESPONSABLE
Aumentar la detección de Depresión a los 6 meses Postparto	Aplicar a las madres a los 6 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	Porcentaje de madres adultas con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 6 meses de posparto	$(\text{N}^\circ \text{ de madres adultas con escala aplicada a los 6 meses de posparto} / \text{N}^\circ \text{ total controles a mujeres adultas realizados a los 6 meses posparto en RF}) \times 100$	100%	REM	Aplicación en control 6to mes infantil	Enfermera
Conocer el número de gestantes migrantes con riesgo psicosocial en Control prenatal	Control prenatal	Porcentaje de gestantes adultas migrantes con riesgo psicosocial en Control Prenatal	$\text{Número de gestantes adultas migrantes con riesgo psicosocial en Control prenatal} / \text{N}^\circ \text{ total de gestantes adultas migrantes} \times 100$	Establecer línea base	REM	Registro Local	Matrona
Incorporar a la pareja u otro familiar significativo como sujeto activo durante el proceso	Control prenatal acompañado pareja, familiar u otro.	Porcentaje de gestantes adultas con acompañamiento en el control prenatal	$(\text{N}^\circ \text{ de controles prenatales de gestantes adultas con acompañante} / \text{N}^\circ \text{ Total de controles de gestantes adultas prenatales realizados}) \times 100$	30%	REM	Educación en ley 20.584	Matrona
Entregar orientación e información clara, completa y oportuna, que permita a las personas adultas para tomar sus propias decisiones en salud sexual y reproductiva (planificación familiar, métodos anticonceptivos y sexualidad)	Consejería en salud sexual y reproductiva	Porcentaje personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva	$(\text{N}^\circ \text{ de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año vigente) (MENOS) N}^\circ \text{ de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año anterior) / N}^\circ \text{ de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año anterior)}) \times 100$	Establecer línea de Base	REM	Registro Local	Matrona
Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con vida sexual activa.	Control de regulación de fertilidad	Porcentaje de población adulta bajo control de regulación de fertilidad	$(\text{N}^\circ \text{ total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año vigente) (MENOS) (N}^\circ \text{ total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior) / N}^\circ \text{ total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)}) \times 100$	Mantener o incrementar 2% con respecto al año pasado	REM	Informar de control regulación fecundidad	Matrona
Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas migrantes con vida sexual activa.	Control de regulación de fertilidad	Porcentaje de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad	$(\text{N}^\circ \text{ total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año vigente) (MENOS) (N}^\circ \text{ total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior) / N}^\circ \text{ total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)}) \times 100$	Establecer línea base	REM	Desarrollar Registro Local	Matrona
Evaluación integral de la mujer adulta que ha presentado un aborto u otras pérdidas reproductivas.	Control de salud de la mujer que ha presentado un aborto u otras pérdidas reproductivas, dentro de los 15 días del alta y entregar consejería en RF e ingresar a Regulación de Fertilidad	Porcentaje de mujeres que acceden a control de salud postaborto u otras pérdidas reproductivas derivadas desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología	$(\text{N}^\circ \text{ de mujeres que acceden a control de salud postaborto u otras pérdidas reproductivas / N}^\circ \text{ total de mujeres post aborto u otras pérdidas reproductivas referidas desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología}) \times 100$	90%	REM	Horas Protegidas	SOME/Matrona
Atención integral de salud ginecológica durante el curso de vida.	Control preventivo de salud integral ginecológica.	Porcentaje de mujeres adultas con controles ginecológicos preventivos	$(\text{N}^\circ \text{ de mujeres adultas en control ginecológico preventivo / N}^\circ \text{ total de mujeres adultas inscritas y validadas}) \times 100$	Establecer Línea de base	REM	Registro Local	Matrona
Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama.	Solicitar mamografía a mujeres de 50 a 64 años	Porcentaje de cobertura de mujeres de 50 a 64 años con mamografía vigente en los últimos 3 años	$(\text{N}^\circ \text{ de mujeres de 50 a 64 años con mamografía vigente en los últimos 3 años} / \text{N}^\circ \text{ de mujeres de 50 a 64 años con mamografía inscritas y validadas}) \times 100$	Alcanzar al menos 50%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
Disminuir las muertes por cáncer de cuello uterino.	Realizar toma de PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años	Porcentaje de cobertura de PAP vigente cada tres años en mujeres de 25 a 64 años	$(\text{N}^\circ \text{ de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente en los últimos 3 años} / \text{N}^\circ \text{ de mujeres de 25 a 64 años inscritas y validadas}) \times 100$	80%	REM	Definición de horas exclusivas pap	Matrona
Aumentar la detección de colestiasis en población general de 35 a 49 años	Aumentar la detección de colestiasis en población general de 35 a 49 años	Incrementar la detección de colestiasis en población de 35 a 49 años	$(\text{N}^\circ \text{ personas de 35 a 49 años con ecografía abdominal positiva para colestiasis} / \text{Población Total de 35 a 49 años}) \times 100$	Ejecutar el convenio	REM	Staff Medico solicita ex de tamizaje en caso de sospecha	Medicos

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
CENTRO DE SALUD

Aumentar la cobertura de controles de salud, de la mujer en edad de climaterio.	Control de salud integral de la mujer adulta en etapa de climaterio.	Porcentaje de mujeres adultas que ingresan a control de climaterio	(Nº de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio (año vigente) (MENOS) N° de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio el (año anterior)/ N° de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio (año	Establecer línea de Base	REM	Desarrollar Línea de Base	Matrona
Categorizar a las mujeres de 45 a 64 años, según Escala MRS al	Aplicación de la Escala MRS (Menopause Rating Scale) en el ingreso a control de salud de climaterio	Porcentaje de mujeres adultas con aplicación de MRS en el ingreso a control de climaterio	(Nº de mujeres adultas con aplicación de MRS en el ingreso a control/ N° total de mujeres adultas que ingresan a control de climaterio)*100	Establecer línea base	REM	Desarrollar Línea de Base	Matrona

OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	ESTRATEGIA	RESPONSABLE
Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.	Porcentajes de adultos de 25 a 64 años, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV con control por profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta.	(Nº de pacientes egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7 días hábiles post-alta / N° total de egresos hospitalarios de personas adultas con ACV o IAM)* 100	El 80% con control dentro de 7 días del alta.	SIDRA	Establecer de horas médicas semanales (Extensión horaria y/o cupos protegidos.) sin agenda previa para citar pacientes con situaciones especiales (ej. Controles	Some
Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	Realizar tamizaje de la ERC en las personas hipertensas y diabéticas en PSCV al menos una vez al año.	Porcentaje de personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.	(Nº de adultos hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de adultos bajo control en PSCV (hipertensos y diabéticos) al	70% de las personas adultas diabéticas o hipertensas clasificadas	REM	Solicitud de examen de creatinina y RAC al menos 1 vez al año a todos los pacientes bajo control en	Equipo Salud
Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona de 25-64 años con diabetes y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	Porcentaje de Personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 en PSCV con evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.	(Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificadas según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / N° total de personas con diabetes tipo 2 bajo control)*100	80% de las personas de 25-64 años con diabetes con evaluación y plan de manejo	QUALIDIAB	aplicación de QualiDiab, por profesionales PSCV. Aplicación de Pauta de Evaluación de riesgo de	Equipo Salud
Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en personas de 25-64 años por demanda espontánea y por morbilidad.	Realizar examen de VIH en personas de 25-64 años que lo requieran por demanda espontánea y por morbilidad	Aumento de la toma examen de VIH en personas de 25-64 años en consultas de morbilidad	(Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 25-64 años (año vigente) (MENOS) N° de exámenes para VIH realizados por morbilidad de 25-64 años (año anterior)/N° total de exámenes para VIH realizados por morbilidad de 25-64 años, (año anterior))*100	Mantener/Aumentar en 2% el examen de VIH en relación al año anterior	REM	Consejería y Solicitud de Examen a usuarios que lo soliciten	Medico/Matrona
Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS.	Aumento de consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas.	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas por sexo (año vigente) (MENOS) N° de consejerías en prevención del VIH SIDA e ITS en personas adultas por sexo (año anterior) / N° de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas por sexo realizadas (año anterior))*100	Mantener o Aumentar en un 2% la consejería con respecto al año anterior.	REM	Difusión de Consejería	Matronas
Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.	Porcentaje de auditorías realizadas a familiares de fallecidos por	(Nº de auditorías realizadas a casos de 25 a 64 años que fallecen en su domicilio por neumonía / N° de casos de 25 a 64 años que fallecen en domicilio por neumonía)*100	50% de auditorías realizadas	Plataforma PVS	VDI, Estudio de Caso	Kinesiólogo/Equipo de Sector
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los adultos enfermedades crónicas entre los 25 y 64 años.	Porcentaje de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza	(Nº de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza / Total de adultos entre 25 y 64 años	95 % de cobertura	RNI	Difusión en Medios Local Atención Priorizadas de Usuarios	EU y TENS Encargadas

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
CENTRO DE SALUD

Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a las mujeres adultas embarazadas con 13 semanas y más de gestación	Porcentaje de gestantes de 25 y mas años con 13 y mas semanas de gestación vacunados con anti-influenza	Nº de gestantes de 25 y mas años con 13 y mas semanas de gestación vacunados con anti-influenza / Total gestantes de 25 y mas años con 13 y mas semanas de gestación	80 % de cobertura	RNI	Derivación desde control embarazo Atención priorizada en vacuna torio	Matrona/EU
Mejorar la Detección Precoz de la tuberculosis	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis en población de 25-64 años	Porcentaje de consultas de morbilidad con baciloscopia	(Nº de baciloscopias realizadas en población de 25 a 64 años / Nº de consultas de morbilidad en adultos de 25 a 64 años)*100	Aumentar en 2% IP	REM	Solicitud de Examen por Equipo de Salud	Equipo de Salud
Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada).	Atención odontológica integral a la embarazada de 20 años o mas	Porcentaje de altas odontológicas en embarazadas de 20 años o mas	(Nº de altas odontológicas totales en embarazadas de 20 años o mas / total de gestantes de 20 años o mas ingresadas a control prenatal)*100	≥68% de altas odontológicas totales en embarazadas de 20 años o mas	REM	Atención garantizada	Some/Equipo Dental
Fomentar la Prevención de Violencia en Atención Primaria población adulta de 25 a 64 años	A través de talleres preventivos entregar herramientas para la prevención de la violencia en personas usuarias de la Atención Primaria en población adulta de 25 a 64 años	Talleres preventivos en la temática de violencia en Población adulta de 25 a 64 años	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100 (población adulta de 25 a 64 años)	Implementar	REM	Desarrollo de Sesión que se integra a educación anual	Equipo de SM

OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	ESTRATEGIA	RESPONSABLE
Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas con cáncer, dolor, y/o dependencia moderada y/o severa	Atender en forma integral a la persona con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y	Realizar visitas domiciliarias integrales a personas de 25 a 64 años con dependencia moderada y/o severa	(Nº de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a personas con cáncer, dolor y dependencia moderada y/o severa/ Nº de población bajo control por dependencia moderada	A lo menos 1 visitas domiciliarias integrales mensuales a personas con dependencia moderada y/o severa	REM	Mantener actualizado registro local de pacientes en condición de cáncer terminal y /o dependencia	Equipo de Sector
Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años	Cobertura de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control	(Cobertura hipertensos (año vigente)(MENOS) Cobertura Hipertensos (año anterior)/ Cobertura Hipertensos (año anterior)) Cálculo de proporción (Nº de personas hipertensas de 25-64 años bajo control / Nº de personas hipertensas de 25-64	Mantner respecto al año anterior	REM Población estimada según estudio Fasce 2007 (15,7%)	Aplicación de Flujo grama del PSCV, que establece entre otros: a. Periodicidad de controles por distintos profesionales: Médico, Enfermera y Nutricionista.	Equipo de SALUD
Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años	Cobertura de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control con PA <140/90, en relación al bajo control	(Proporción de Metas de compensación (año vigente)/((MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior))/(Proporción de Metas de compensación (año anterior)) Cálculo de proporción (Nº de personas hipertensas de 25-64 años bajo control con (PA <140/90)/Nº de personas hipertensas de 25-64 años bajo control en PSCV)	Mantener e la PBC respecto al año anterior	REM	omentar atenciones del paciente crónico junto a Familiar mediante invitación en carne de control -Educación personalizada en la adherencia a	Equipo de salud
Uipo de Salud	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años	Cobertura efectiva de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control.	Cobertura hipertensos (año vigente) (Menos) Cobertura Hipertensos (año anterior)/ Cobertura Hipertensos (año anterior) Cálculo de proporción (Nº de personas hipertensas de 25-64 años bajo control / Nº de personas hipertensas de 25-64	Mantener población inscrita,	REM Población estimada según estudio Fasce 2007 (15,7%)	Aplicación de Flujograma de Rescate de pacientes inasistentes al PSCV, incluyendo si es necesario visita domiciliar de rescate. -Difusión en medios	Equipo de Salud

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
CENTRO DE SALUD

Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años	Cobertura de personas diabéticas de 25 a 64 años bajo control, en relación a la población inscrita	(Cobertura Diabéticos (año vigente) (MENOS) Cobertura Diabéticos (año anterior/ Cobertura Diabéticos (año anterior)) Cálculo de Cobertura: (Nº de personas diabéticas de 25 a 64 años bajo	Mantener respecto al año anterior	REM, ENS 2009 (10%)	Realización de EMPA a pacientes consultantes en CESFAM en especial al área de dental y extensión horaria por parte del TENS de preparación de pacientes.	Equipo de Salud
Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años	Cobertura de personas diabéticas de 25 a 64 años bajo control con (HbA1c<7%)	Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de metas de compensación (año anterior)/ (Proporción de metas de compensación (año anterior)) Cálculo de proporción (Nº de personas diabéticas de 25-64 años bajo control con (HbA1c<7%)/Nº de personas diabéticas de 25-64 años bajo control en PSCV)	Mantener en relación al año anterior	REM	Aplicación de Flujoograma del PSCV, que establece entre otros: a. Periodicidad de controles por distintos profesionales: Médico, Enfermera y Nutricionista.	Equipo de Salud
Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años	Cobertura efectiva de personas con DM2 de 25 a 64 años bajo control.	(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de metas de compensación (año anterior) / Proporción de metas de compensación (año anterior)) Cálculo de proporción (Nº de personas diabéticas de 25-64 años con	Mantener al año anterior	REM, ENS 2009 (10%)	Realización de EMPA a pacientes consultantes en CESFAM en especial al área de dental y extensión horaria por parte del TENS de preparación de pacientes.	Equipo de Salud

OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	ESTRATEGIO	RESPONSABLE
Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años	Aumento de las personas de 25 a 64 años diabéticas tipo 2 en PSCV con HbA1 <7%, PA <140/90mmHg mmHg y Col LDL < 70mg/dl.	(Proporción (año vigente) (MENOS) Proporción (año anterior)/ Proporción (año anterior))	mantener respecto al año anterior .	REM	Asegurar la periodicidad de exámenes en los pacientes diabéticos bajo control.	Equipo de Salud
Evaluar la calidad de atención (cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en Guía Clínica GES DM Tipo 2) que reciben las personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV.	Evaluar la calidad de atención (cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en Guía Clínica GES DM Tipo 2) que reciben las personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV.	Personas diabéticas que tienen una evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses, con la meta de lograr al menos el 80% de los pacientes evaluados.	(Proporción (año vigente) (MENOS) (Proporción (año anterior)/ (Proporción (año anterior))	Mantener la proporción de pacientes diabéticos que tienen una evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses.	REM	<input type="checkbox"/> Aplicación de QUIALDIAB por equipo de salud, en CESFAM y Postas, una vez al año para evaluar:	Equipo de Salud
Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura.	Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura.	Aumento de consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas, con respecto al año anterior.	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas por sexo (año vigente) (MENOS) Nº de consejerías en prevención del VIH SIDA e ITS en personas adultas por sexo año (anterior)/ Nº de consejerías en prevención del VIH SIDA e ITS en personas adultas por sexo (año anterior))*100	Mantener o Aumentar en un 2% la consejería , con respecto al año anterior.	REM	Informar a ala Comunidad Derivación interna	Equipo de Salud
Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios de 25 a 64 años.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica	Porcentaje de Adultos bajo control de 25 a 64 años	(Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año vigente) (MENOS) Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año anterior) / Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año anterior))*100	Mantener o Aumentar en 2%	REM	IC a Ingreso Horas Protegidas	Equipo de Salud/ Some

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
SERVICIO DE SALUD

Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 25 a 64 años bajo control en Programa ERA	Población bajo control asmática controlada (año vigente)	(Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior) / Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior))	Mantener Incrementar en 2%	REM	Atención según Flujograma	Equipo de SALUD
Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona con dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	Promedio de VDI recibidas por personas de 25 a 64 años del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa	(Nº de Visitas Domiciliarias Integrales recibidas por personas de 25 a 64 años del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa /Nº de población bajo control de 25 a 64 años en Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa)	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales anuales a personas con dependencia severa.	REM	VDI por Profesionales o Tens	Equipo de Sector
Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias para la prevención y cuidado de Escaras (Úlcera por presión).	Porcentaje de Población bajo control de 25 a 64 años del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa que no presentan UPP	(Nº de personas de 25 a 64 años sin UPP del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa /Nº de población bajo control de 25 a 64 años en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con dependencia severa)*100	80% y más de la población bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa no presentan UPP	REM	Vdi Integral Desarrollo de Plan de Manejo Educación en Ciclo Anual	Equipo de Salud
Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación de Plan de Cuidados al Cuidador	Porcentaje de Evaluación de Sobrecarga en Cuidadores de Personas de 25 a 64 años con Dependencia Severa	(Nº de cuidadores de personas de 25 a 64 años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia severa evaluados con Escala de Zarit/Nº de	Al menos el 80% de los cuidadores de personas con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria han sido evaluados con Escala de Zarit	REM	Aplicación de Escala	Equipo de Sector /EU, AS, TENS)
Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral del paciente	Porcentaje Capacitación de Cuidadores de personas de 25 a 64 años con Dependencia Severa	(Nº de Cuidadores de personas de 25 a 64 años con dependencia severa Capacitados / Nº Total de cuidadores de personas con dependencia severa)*100	80% de los cuidadores de personas con dependencia severa capacitados.	REM	Difundir Ciclo Anual	Equipo de Salud

OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	ESTRATEGIA	RESPONSABLE
Mejorar la calidad de atención en población con EPOC bajo control.	Optimizar el tratamiento de pacientes con EPOC de 40 a 64 años bajo control en Programa ERA	Población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente)	(Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año anterior) / Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año anterior))	Mantener Incrementar en 2%	REM	Difusión De Programa Derivación del Equipo	Equipo de Salud
Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes	Urgencia Odontológica ambulatoria	Porcentaje de consultas odontológicas de urgencia GES	(Nº total de consultas odontológicas de urgencia GES realizadas el año actual en población de 25 a	2,5%	REM	Atención odontológica garantizada	Equipo Odontologico/SOME
Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto	Morbilidad Odontológica en adultos	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en población adulta	(Nº total de consultas de morbilidad odontológica en población de 25 a 64 años/Nº de población de 25 a 64 años inscrita y validada en el	Establecer línea basal 2017	REM	Desarrollar Registro Local	Equipo Dental

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
CENTRO DE SALUD

Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta de 25 a 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de población adulta de 25 a 64 años	Concentración de controles de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas de Población adulta de 25 a 64 años	((Nº de controles de Salud Mental totales realizadas año vigente/ Nº de personas bajo control en el programa por trastornos mentales) año vigente) (Menos) ((Nº de controles de Salud Mental totales realizadas año anterior / Nº de personas bajo control en el programa por trastornos mentales) año anterior)) / ((Nº de controles de Salud Mental totales realizadas año anterior / Nº de personas	Establecer Línea de Base	REM	Desarrollo de Registro Local	Equipo de SM
Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta de 25 a 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Altas de personas con diagnósticos de trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de Población adulta de 25 a 64 años	Nº de personas egresadas por alta año vigente (Menos) Nº de personas egresadas por alta año anterior	Establecer Línea de Base	REM	Desarrollo de Registro Local	Equipo de SM
Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población adulta de 25 a 64 años	Brindar atención integral y oportuna a población adulta de 25 a 64 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Atención integral de Población adulta de 25 a 64 años con trastorno mental bajo control y consumo problemático de alcohol y drogas	Población bajo control por trastorno mental mayor de población adulta de 25 a 64 años (año vigente) / Población adulta de 25 a 64 años inscrita validada x prevalencia de 22%	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales en adultos (25 a 64 años) del 22% de prevalencia	REM	Difusión del Programa IC interna	Equipo de Salud
Brindar de Atención Integral de trastornos mentales en población adulta de 25 a 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de población adulta de 25 a 64 años	Casos presentados en consultoría de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas de Población adulta de 25 a 64 años	(Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de personas (año vigente) / Nº de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)(MENOS) Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de personas (año anterior) / Nº de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))* 100 / (población adulta de 25 a 64	Mantener el número de casos de personas presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior de población adulta de 25 a 64 años	REM	Preparación de casos Priorización en reunión de equipo Presentación de casos	Equipo de Sector
Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población adulta de 25 a 64 años	Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población adulta de 25 a 64 años	Ingreso de personas a atención integral por violencia de género de población adulta de 25 a 64 años	(Nº de personas adultas de 25 a 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) Nº de personas de 25 a 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior)/ Nº de personas adultas de 25 a 64 años ingresadas a	Mantener los ingresos en relación al año anterior	REM	IC según Flujograma	Equipo de SALUD

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

i Salud AM

OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	ESTRATEGIA	RESPONSABLE
Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorias.	Porcentaje de ingresos y consultas respiratorias agudas con consejería breve antitabaco	(Nº de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios de 65 y más años / (Nº total de ingresos agudos a usuarios de 65 y más años (MÁS) Nº consultas de morbilidad a usuarios de 65 y más años (MÁS) Consultas de atenciones agudas a usuarios de 65 y más años))* 100	Establecer Línea de Base	Registro Local	Realizar consejería breve antitabaco en consulta y controles respiratorias agudas	Kinesiólogo y Médico
Promoción de la salud mental en población adulta mayor de 64 años	Realización de talleres promoción de estilos de vida saludable a población adulta mayor de 64 años	Actividades comunitarias de salud mental: Taller de promoción de la salud mental en población adulta mayor de 64 años	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100 (población adulta mayor de 64 años)	Implementar taller promocional de SM en AM	REM	Acoplar a ciclo impartidos	Encargada de SM; Psicólogo de Sector
Prevenir los síndromes geriátricos, Pesquisar Patologías Agudas, Crónicas y Maltrato en las personas de 65 años y más y aconsejar sobre el envejecimiento saludable/activo en los controles de salud (EMPAM)	Realizar Controles de Salud con el fin de evaluar la situación de salud de las personas mayores, aconsejar sobre prevención y control de enfermedades, pesquisar y derivar y elaborar plan de intervención (EMPAM)	Porcentaje de personas de 65 años y más bajo Control de Salud	(Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año vigente) (MENOS) (Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año anterior))/Nº de personas de 65 años y más bajo	Empam 52%	REM	Rescate de inasistentes a EMPAM en forma mensual Derivación inmediata de	Enfermera de sector
Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalente con riesgo y/o riesgo de dependencia detectado en el control de Salud (EMPAM)	Realizar control de seguimiento con EFAM a personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y con riesgo de dependencia dentro de los primeros 6 meses realizado control de	Porcentaje de personas de 65 años y más con riesgo de dependencia	(Nº de personas de 65 años y más con riesgo y/o riesgo de dependencia con control de seguimiento con EFAM efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el control de Salud (EMPAM)/ Nº de personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia con Control de Salud (EMPAM) vigente))* 100	30% con control de seguimiento realizado	REM	Citación de pacientes autovalentes con riesgo o riesgo de dependencia para seguimiento antes de los 6 meses post	Enfermera de sector
Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona con dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	Promedio de VDI recibidas por personas de 65 años y más del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa	(Nº de Visitas Domiciliarias Integrales recibidas por personas de 65 años y más del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa /Nº de población bajo control de 65 años y más en Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa)	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales anuales a personas con dependencia severa.	REM	Realizar a lo menos 2 VDI anuales por médico y enfermera a pacientes con dependencia severa	Enfermera y Médico de Sector
Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias para la prevención y cuidado de Escaras (Úlcera por presión).	Porcentaje de Población bajo control del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa que no presentan UPP	(Nº de personas sin UPP del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa /Nº de población bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con dependencia severa)*100	92% y más de la población bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa no presentan UPP	REM	Educación a cuidadores en relación a prevención de UPP en talleres de cuidadores	Enfermera y Tens de sector
Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación de Plan de Cuidados al Cuidador	Porcentaje de Evaluación de Sobrecarga en Cuidadores de Personas con Dependencia Severa	(Nº de cuidadores de personas con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia severa evaluados con Escala de Zarit/Nº de cuidadores de personas con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa)*100	Al menos el 80% de los cuidadores de personas con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria han sido evaluados con Escala de Zarit	REM	Aplicación de Escala de ZARIT a todos los cuidadores de pacientes con dependencia severa Derivación a equipo	Enfermera

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
SERVICIO DE SALUD

Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral del paciente	Porcentaje Capacitación de Cuidadores de personas con Dependencia Severa	(Nº de Cuidadores de personas con dependencia severa Capacitados / Nº Total de cuidadores de personas con dependencia severa)*100	100% de los cuidadores de personas con dependencia severa capacitados.	REM	Ciclo Anual	Equipo de Salud; Encargada PAD
Aumentar cobertura de vacuna Neumocócica, en usuarios de 65 años de edad inscritos y validados.	Administrar una dosis de vacuna Neumocócica, a los usuarios de 65 años de edad según población inscrita y validada	Porcentaje de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Neumocócica	(Nº de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Neumocócica /Nº Total de personas de 65 años inscritos y validados)*100	Incrementar 2% % a la cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior, en usuarios de 65 años según población inscrita y validada	RNI	Informar al equipo el inicio de campaña de vacunación contra influenza	Enfermera Encargada
Aumentar cobertura de vacuna Influenza, en usuarios de 65 años y más inscritos y validados.	Administrar una dosis de vacuna Anti-influenza, a los usuarios de 65 años y más de edad inscrita y validada.	Porcentaje de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza	(Nº de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza/Nº Total de personas de 65 años y más inscritos y	95 % de cobertura	RNI	Informar al equipo el inicio de campaña de vacunación contra influenza	Enfermera Encargada

OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	ESTRATEGIA	RESPONSABLE
Mejorar la Detección Precoz de la TBC	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis en población mayor de 65 años	Porcentaje de consultas de morbilidad de personas con 65 años y mas con baciloscopia	(Nº de baciloscopias realizadas a población mayor de 65 años / Nº de consultas de morbilidad en población mayor de 65 años)*100	Incrementar 2% IP	REM	Solicitar BK en consulta morbilidad y control PSCV	Medico- Equipo PSCV
Aumentar la cobertura de las personas de 70 años y más que retiran PACAM.	Citación a domicilio para entrega de alimentos PACAM	Personas bajo control > 70 años que reciben PACAM	(Proporción de personas bajo control > 70 años que reciben PACAM (año vigente)/(MENOS) proporción de personas bajo control > de 70 años que reciben PACAM (año anterior))	Mantener o Incrementar 2% la cobertura respecto al año anterior de personas de 70 años y más que reciben PACAM.	REM	Rescate de pacientes inasistentes al programa	Nutricionista y Tens del Programa
Mejorar la detección de la enfermedad renal crónica (ERC) en las personas hipertensas o diabéticas (de alto riesgo) de 65 y más años bajo control en PSCV.	Aplicar la "Ficha de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" a las personas de 65 años y más en control de salud cardiovascular.	Porcentaje de personas de 65 años y más bajo control en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses	(Nº de personas de 65 años y más bajo control en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / Nº total de personas de 65 años y más bajo control en PSCV al corte)* 100	100% de las personas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificadas según etapa enfermedad renal crónica.	REM	Aplicación en Control de salud	Medico
Atención integral de salud ginecológica en mujeres de 65 años y más	Control preventivo de salud integral ginecológica.	Porcentaje de mujeres adultas mayores con controles ginecológicos preventivos	(Nº de mujeres adultas mayores en control ginecológico preventivo /Nº total de mujeres adultas mayores inscritas y validadas) *100	Establecer línea de base	REM	Registro local	Matrona
Disminuir las muertes de mujeres adultas mayores por cáncer de mama.	Solicitar mamografía a mujeres de 65 a 69 años	% de cobertura de mujeres de 65 a 69 años con mamografía vigente en	(Nº de mujeres de 65 a 69 años con mamografía vigente en los últimos 3 años/ Nº de mujeres de	Ejecutar convenio de Imágenes DX	REM	Solicitar examen en control ginecológico	Matrona
Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas adultas mayores con cáncer, dolor, dependencia moderada y/o severa	Realizar visita domiciliaria integral a la persona adulta mayores con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	Concentración de visitas domiciliarias integrales mensuales a personas adultas mayores con dependencia moderada y/o severa	(Nº de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a personas adultas mayores con problemas oncológicos, dolor y dependencia moderada y/o severa/ Nº de población adulta mayor bajo control por dependencia moderada	A lo menos 1 visitas domiciliarias integrales mensuales	REM	Una VDI por Profesional al semestre y mensual por tens	Equipo de sector
Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.	Porcentaje de pacientes de 65 años y más egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7 días hábiles post-alta	(Nº de pacientes de 65 años y mas egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7 días hábiles post-alta /Nº total de egresos hospitalarios de personas de 65 años y más con ACV o IAM)*100	Establecer línea base del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta.	SIDRA	Registro Local	Equipo de Sector y RBC

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
CENTRO DE SALUD

Facilitar el examen para el diagnóstico de VIH en las personas de 65 años y más, que consultan por morbilidad o que lo soliciten espontáneamente	Realizar examen VIH a personas de 65 años y más que lo requiera o por morbilidad	Porcentaje de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más	(Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más (año vigente) (MENOS) Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más (año anterior)/Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más / año	Realizar solicitud a los usuarios que lo soliciten	REM	Realizar consejería pre test	Matrona Encargada
Aumentar el número de personas de 65 años y más informadas sobre	Entrega de consejería de prevención del VIH/SIDA e ITS en control con o sin entrega de preservativos.	Porcentaje de personas mayores de 65 años que reciben consejería para	(Nº total de personas mayores de 65 años que reciben consejería para la prevención del VIH/SIDA e ITS / Nº total de personas de 65 años y más bajo control)*100	40% de personas de 65 años y más, reciben consejería sobre prevención del VIH/SIDA e ITS.	REM	Consejería en control Gine según necesidad	Matrona
Mejorar y/o mantener la condición funcional de los AM clasificados como Autovalentes, Autovalentes con riesgo y en riesgo de	Aplicación de Instrumento HAQ-8 al ingreso y egreso del programa.	Porcentaje de adultos mayores egresados del programa que mantienen o mejoran su condición funcional	(Nº de adultos mayores egresados del programa que mantienen o mejoran su condición funcional / Nº de total de adultos mayores ingresados al programa) *100	Establecer línea de base	Registro Local	Revisión de casos en reunión de sector	Jefe de Sector/ Encargado del PAD
Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.	Derivación a Programas Más posterior a aplicación de EMPAM que arroje clasificación autovalentes, autovalente en riesgo y en riesgo de dependencia.	Porcentaje de personas de 65 años y más ingresadas al programa con condición autovalente + autovalente con riesgo + en riesgo de dependencia	Nº de personas de 65 años y más ingresadas al programa con condición autovalente + autovalente con riesgo + en riesgo de dependencia/ población AM en control con condición autovalente + autovalente con riesgo + riesgo de dependencia)*100	Gestionar CONVENIO con SSVSA	REM	Enviar oficio conductor	DT

OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	ESTRATEGIA	RESPONSABLE
Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.	Planificar y ejecutar diagnóstico participativo con líderes de las agrupaciones participantes de los talleres del Mas Adultos Mayores Autovalentes.	Diagnóstico Participativo	Dicotómico SI/NO	Sujeto a Convenio AM	INFORME	REALIZAR CONVOCATORIA A CLUB AM	EQUIPO AM
Prevenir los trastornos mentales en población adulta mayor de 64 años	A través de talleres preventivos entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas a población adulta mayor de 64 años	Talleres preventivos de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas en población adulta mayor de 64 años	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100 (población adulta mayor de 64 años)	Participar en Ciclo Educativo	REM	Realizar sesión educativa en ciclo am	Equipo SM
Fomentar la Prevención de Violencia en Atención Primaria población adulta mayor de 64 años	A través de talleres preventivos entregar herramientas para la prevención de la violencia en personas usuarias de la	Talleres preventivos en la temática de violencia en Población adulta mayor de 64 años	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100 (población adulta mayor de 64 años)	Participar en Ciclo Educativo	REM	Incorporar sesión en ciclo educativo	Equipo SM
Aumentar la compensación de HTA en personas de 65 años y más.	Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años en el PSCV.	Cobertura de personas hipertensas de 65 y más años bajo control	(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de Metas de compensación (año anterior)) Calculo proporcion de compensación de metas Nº de hipertensos con PA <140/90 mmhg en	Mantener la proporción de hipertensos de 65 años y más bajo control con PA <140/90 mmhg en personas de 65 a 79 años y PA < 150/90 mmhg en personas de 80 y más años, hasta	REM	Atencion según flujograma de pscv	Equipo de salud

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
CENTRO DE SALUD

Aumentar la cobertura efectiva de HTA en personas de 65 años y más.	Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años.	Cobertura efectiva de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control.	(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior)/ (Proporción de Metas de compensación (año anterior)) Calculo proporcion de compensación de metas Nº de hipertensos con PA <140/90 mmhg en personas de 65 a 79 años y PA < 150/90 mmhg en personas de 80 y más años/Nº de hipertensos	Mantener la proporción de hipertensos de 65 años y mas con PA <140/90 mmhg en personas de 65 a 79 años y PA < 150/90 mmhg en personas de 80 y más años, en la población inscrita validada hasta alcanzar una compensación de al menos 80% en los años siguientes	REM Población estimada según estudio Fasce 2007 (15,7%)	Controles según flujograma	Equipo de Salud
Aumentar la compensación de la diabetes en personas de 65 años y más en el último control.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en los adultos de 65 o más años en el PSCV.	Cobertura de personas diabéticas de 65 y más años bajo control con (HbA1c<7%)	(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior)/ Proporción de Metas de compensación (año anterior)) Calculo proporcion de compensación de metas Nº de diabeticos con HbA1<7 en personas de 65	Mantener la proporción de diabeticos de 65 años y mas bajo control con HbA1<7 en personas de 65 a 79 años y HbA1<8 en personas de 80 y más años, hasta alcanzar una compensación de al menos 80% los años siguientes	REM	Controles según flujograma	Equipo de Salud
Aumentar la cobertura efectiva de Diabetes Mellitus en personas de 65 años y más.	Optimizar el tratamiento de la Diabetes Mellitus en los adultos de 65 o más años.	Cobertura efectiva de personas con DM2 de 65 y más años años bajo control.	Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior) / Proporción de Metas de compensación (año anterior) Calculo proporcion de compensación de metas Nº de diabeticos con HbA1<7 en personas de 65 a 79 años y diabeticos con HbA1<8 en personas de 80 y más años/Nº de diabeticos de 65 y mas años optimizados según prevalencia en la población	Mantener la proporción de diabeticos de 65 años y mas bajo control con HbA1<7 en personas de 65 a 79 años y HbA1<8 en personas de 80 y más años, hasta alcanzar una compensación de al menos 80% los años siguientes	REM, ENS 2009 (10%)	Controles según flujograma	Equipo de Salud
Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona con diabetes de 65 y más años y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	Porcentaje de personas de 65 años y más diabéticos que han sido evaluados según nivel de riesgo de ulceración o amputación de pie	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos que han sido evaluados según nivel de riesgo de ulceración o amputación de pie) en los últimos 12 meses/ Nº Total de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con más de 1 año de ingreso al programa al corte)*100	85 de las personas con diabetes tipo 2 de 65 años o más en el PSCV se le ha realizado una evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.	QUALIDIAB	Realización de Qualiadiab	Equipo PSCV de Sector

OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	ESTRATEGIA	RESPONSABLE
Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (Disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de	Porcentaje de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado de heridas	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ Nº total de personas de 65 años y más diabéticos ingresados bajo control en el PSCV en los últimos 6	80% reciben manejo avanzado de heridas	REM	Derivación según severidad a EU	Equipo de salud
Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 65 años y más en control en el PSCV.	Pacientes diabéticos en el PSCV cuentan con un examen de Fondo de ojo vigente	Porcentaje de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente / (Nº total de personas de 65 años y más (MAS) ingresos a PSCV por diabetes) (MENOS) (egresos a PSCV por diabetes))*100	Mantener o aumentar en 2 % cuentan con un fondo de ojo vigente.	REM	Derivar y realizar IC UAPO en control PSCV	EU

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
CENTRO DE SALUD

Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios de 65 años y más.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica	Porcentaje de adultos mayores bajo control de 65 y más años	(Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año vigente) (MENOS) Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año anterior) / Población de 65 años y más bajo	Mantener o incrementar 1% bajo control con respecto al año anterior	REM	Derivar a Ingreso Era a usuarios con patología	Medico/ Equipo de Salud
Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 65 y más años bajo control en Programa ERA	Población bajo control asmática controlada (año vigente)	(Proporción de población bajo control de 65 y más años asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control de 65 y más años asmática controlada año (anterior) / Proporción de población bajo control de 65 y más años asmática controlada (año anterior))	Mantener o incrementar en 1% el bajo control con respecto al año anterior	REM	Controles Según Flujograma	Medico y Kinesiólogo del Programa
Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control.	Optimizar el tratamiento de pacientes con EPOC de 65 y más años bajo control en Programa ERA	Población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente)	(Proporción de población bajo control EPOC de 65 y más años que logran control adecuado (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control de 65 y más años EPOC que logran control adecuado (año anterior) / Proporción de población bajo control de 65 y más años EPOC que logran control adecuado (año anterior))	Mantener o incrementar en 1% el bajo control con respecto al año anterior	REM	Derivar a usuarios a Ingreso Epoc	Medico/ Equipo de salud
Mejorar la calidad de la atención respiratoria en usuarios de 65 años y más que cursen con NAC de manejo ambulatorio.	Acceder a atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por NAC de manejo ambulatorio en mayores de 65 años.	Porcentaje de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación	(Nº de casos en personas de 65 años y más con cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación/Nº de casos en personas de 65 años y más con inicio de garantía	100%	SIGGES	Derivación inmediata de casos a sala. Horas protegidas	Equipo de Salud/Jefe de Sector
Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes	Urgencia Odontológica ambulatoria en adultos mayores	Porcentaje de consultas odontológicas de urgencia GES en adultos mayores	(Nº total de consultas odontológicas de urgencia GES realizadas en adultos mayores el año actual / Población inscrita de adultos mayores año actual)*100	2.5%	REM	Atención inmediata de ges	Odontólogos
Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto mayor	Morbilidad Odontológica en adultos mayores	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en población adulta mayor (de 64 años y mas)	(Nº total de consultas de morbilidad odontológica en adultos mayor/Nº de adultos mayores inscritos y validados en el establecimiento)*100	Establecer línea basal	REM	Registro Local	Encargado Odontologico
Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población adulta mayor de 64	Brindar atención integral y oportuna a población adulta mayor de 64 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Atención integral de Población adulta mayor de 64 años con trastorno mental bajo control y consumo problemático de alcohol y drogas	Población bajo control por trastorno mental de la población adulta mayor de 64 años (año vigente) / Población adulta mayor de 64 años inscrita	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial	REM	Derivación a SM Ingreso a SM	Médicos y Psicólogos de Sector
Brindar de Atención Integral de trastornos mentales en población adulta mayor de 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de población adulta mayor de 64 años	Casos presentados en consultoría de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas de Población adulta mayor de 64 años	(Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de personas mayores de 64 años (año vigente) / Nº de personas mayores de 64 años ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)(MENOS) Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de personas mayores de 64 años (año anterior) / Nº de personas mayores de 64 años ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))*100 (población adulta mayor de 64	Mantener el número de casos presentados en consultorías respecto al año anterior	REM	Preparación de casos	Encargada y equipo de sector

OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	ESTRATEGIA	RESPONSABLE
Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta mayor de 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Altas de personas con diagnósticos de trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de Población adulta mayor de 64 años	Nº de personas mayores de 64 años egresadas por alta año vigente (Menos) Nº de personas mayores de 64 años egresadas por alta año anterior / Nº de personas mayores de 64 años egresadas por alta terapéutica año	Mantener Nº de altas, respecto al año anterior	REM	Brindar atención biosicosocial (medico- psicólogo- a social)	Equipo de SM de Sector

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta mayor de 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de población adulta mayor de 64 años	Concentración de controles de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas de Población adulta mayor de 64 años	((Nº de controles de Salud Mental totales realizadas año vigente/ Nº de personas mayores de 64 años bajo control en el programa por trastornos mentales) año vigente) (Menos) ((Nº de controles de Salud Mental totales realizadas año anterior / Nº de personas mayores de 64 años bajo control en el programa por trastornos mentales) año anterior)) / ((Nº de controles de Salud Mental totales realizadas año anterior / Nº de personas mayores de 64 años bajo control en el programa por trastornos	Mantener el Nº de controles respecto al año anterior	REM	Atención según grado de avance	Equipo de Sm de sector
Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población adulta mayor de 64 años	Mejorar la atención de personas mayores víctimas de violencia de género en población adulta mayor de 64 años	Ingreso de personas a atención integral por violencia de género de población adulta mayor de 64 años	(Nº de personas mayores de 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) Nº de personas mayores de 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior)/ Nº de personas	Establecer Línea de Base	REM	Crear Registro Local	Equipo de Sector
Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población adulta mayor de 64 años	Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población adulta mayor de 64 años	Altas de personas adulta mayor de 64 años víctimas de violencia de género	mayores de 64 años ingresadas a atención Nº de personas mayores de 64 años víctimas de violencia de género egresadas por alta año vigente (Menos) Nº de personas mayores de 64 años víctimas de violencia de género egresadas por alta año anterior / Nº de personas mayores de 64 años	Mantener el Nº de personas egresadas por violencia de género	REM	Alta según grado de avance	Equipo SM de Sector
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC.	Porcentaje de pacientes EPOC de 65 años y mas que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar	(Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año vigente) (MENOS) Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior) / Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior))* 100	Establecer Línea de Base e Implementar Rehabilitación pulmonar	REM	Registro Local y Desarrollo de Estrategia de Implementación Local	Equipo EPOC

OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	ESTRATEGIA	RESPONSABLE
Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población adulta	Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población adulta de 25 a 64 años	Altas de personas adultas de 25 a 64 años víctimas de violencia de género	Nº de personas adultas 25 a 64 años víctimas de violencia de género egresadas por alta año vigente (Menos) Nº de personas adultas 25 a 64 años víctimas de violencia de género egresadas por alta año anterior / Nº de personas adultas 25 a 64 años	Mantener Nº de altas de personas egresadas por violencia de género	REM	Atención según cuadro clínico	Equipo Sm



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
CENTRO DE SALUD

Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC.	Porcentaje de pacientes de 40 a 64 años EPOC que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar	(Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado año (año vigente) (MENOS) Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior) / Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior)) *100	Mantener o Aumentar 2%	REM	Controles según Flujo grama	Equipo Salud
--	--	--	---	------------------------	-----	-----------------------------	--------------



I. ILLUSTRE MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”





“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

X. CARTERA DE SERVICIOS

El Cestam Algarrobo, como establecimiento de Atención Primaria, realiza actividades de salud a lo largo del ciclo vital individual y familiar, bajo el Modelo de Salud Familiar; Así también en base a Programas de Salud, Patologías GES, Convenios y Prestaciones de Salud definidas por la autoridad comunal.

1. DESTINADAS A LA FAMILIA
Consejería Familiar
Visita domiciliaria Integral
2. DESTINADAS A LA PAREJA
Consejería en salud sexual y reproductiva
Control de Regulación de fecundidad
Consejerías VIH/SIDA
Control Prenatal
Control de Puerperio
3. DESTINADAS A CADA UNO DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA
Control de salud del niño y la niña
Examen de Medicina Preventiva del Adulto (EMPA)
Control de Salud del Adulto Mayor
Control ginecológico preventivo
Control de Climaterio
Control de Salud Bucal
4. DESTINADAS AL SEGUIMIENTO PERIÓDICO DE AQUELLOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA QUE PRESENTEN ALGUNA CONDICIÓN DE RIESGO PARA LA SALUD.
Consultas por Riesgo Nutricional
Control de malnutrición
Control de Lactancia Materna



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

Consulta Nutricional
Condiciones de Riesgo asociadas a la etapa reproductiva
Visita domiciliaria a la embarazada de alto riesgo y a la puérpera.
Seguimiento del control de fecundidad
Condiciones de Riesgo asociadas a trastornos de la salud mental
Consulta de Salud Mental
Consulta por déficit de desarrollo psicomotor
Condiciones de Riesgo asociadas a problemas sociales o psicosociales
Consulta Social
Intervención Psicosocial
Visita Domiciliaria Integral
Consejerías individuales
Condiciones de Riesgo Odontológico
Actividades individuales de prevención de riesgo de caries
Actividades de prevención de enfermedades gingivales y periodontales
Actividades de prevención de anomalías dentomaxilares
5. DESTINADAS A AQUELLOS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE PRESENTEN ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA
Consulta de Morbilidad Respiratoria -General
Consulta de Morbilidad Ginecológica
Consulta de Morbilidad Obstétrica
Consulta Kinésica Salas IRA -ERA
Consulta Kinésica Rehabilitación - Motora
Consulta Odontológica
Control de Crónicos (Programa Parkinson-Salud Mental- IRA-ERA- Cardiovascular)



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

Control de Tuberculosis
Visita y atención domiciliaria a postrados
6. DESTINADAS A APOYAR A ALGUNOS MIEMBROS DE LA FAMILIA PARA PREVENIR CIERTAS CONDICIONES ESPECÍFICAS
Prevención de enfermedades específicas
Vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones
Vacunación anti influenza
Otras vacunaciones específicas
Visita Epidemiológica
Actividades del programa nacional de alimentación complementaria
Actividad orientada a aquellos miembros del grupo familiar que requieran refuerzo nutricional como: niños y niñas en control sano, embarazadas, puérperas y adultos mayores.
Educación – Talleres grupales

El Cestam Algarrobo, incluido Sapu y Postas Rurales, no realiza prestaciones correspondientes a Cirugías Mayores ni Cirugías Menores, así como tampoco Controles de Tratamiento Anticoagulante en pacientes crónicos



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”



I. ILLUSTRE MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD

XI. DOTACION ATENCION PRIMARIA ALGARROBO

DOTACION DESAM		PLANTA		CONTRATA			TOTALES	
CARGO	CATEGORIA	N° JORNADAS	N° HORAS	CATEGORIA	N° JORNADAS	N° HORAS	N° JORNADAS	N° HORAS
DIRECTOR DE DEPARTAMENTO	C	1	44				1	44
ADMINISTRADOR	C	1	44				1	44
ENC. RECURSOS HUMANOS	C	1	44				1	44
ENC. BODEGA CLINICA	C	1	44				1	44
CONTADORA DEPTO.	B			B	1	44	1	44
ENC. SUELDOS Y PAGOS	B			B	1	44	1	44
ENC. FINANZAS	C			C	1	44	1	44
ENC. ADQUISICIONES	C			C	1	44	1	44
SECRETARIA RRHH	C			C	1	44	1	44
SECRETARIA DEPARTAMENTO				C	1	44	1	44
TOTAL		4	176		6	264	10	440
DOTACION CESFAM		PLANTA		CONTRATA			TOTALES	
CARGOS	CATEGORIA	N° JORNADAS	NUMERO DE HORAS	CATEGORIA	N° JORNADAS	NUMERO DE HORAS	N° JORNADAS	NUMERO DE HORAS
DIRECTOR ESTABLECIMIENTO	B	1,00	44				1	44



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

I. ILLUSTRE MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD

SUB DIRECCION TECNICA	B	0,50	22				0,5	22
MÉDICOS CEFAM	A	4,75	209	A	4,25	187	9	396
MÉDICOS PSR	A			A	0,5	22	0,5	22
ODONTÓLOGOS	A	1,00	44	A	2	88	3	132
ODONTÓLOGOS PSR	A			A			0	0
ENFERMERAS	B	0,78	34	B	2,13	94	2,91	128
ENFERMERAS PSR	B	0,50	22				0,5	22
MATRONAS	B	1,30	57,2	B	1	44	2,3	101,2
MATRONAS PSR	B	0,20	9				0,2	9
NUTRICIONISTAS	B	0,25	11	B	1	44	1,25	55
NUTRICIONISTAS PSR	B	0,25	11				0,25	11
KINESIOLOGOS CEFAM	B	1,00	44	B			1	44
KINESIOLOGOS RBC	B	2,00	88	B			2	88
PSICOLOGOS	B	1,00	44	B	1	44	2	88
TRABAJADOR SOCIAL	B	1,00	44	B	1	44	2	88
PODOLOGO	C	1,00	44	C			1	44
TENS	C	16,00	704		2	88	18	792
TENS RESIDENTE PSR	C	2,00	44				2	88
TANS	C	10,00	440				10	440
Asistente dental	D				1,00	44	1,00	44
ADMINISTRATIVOS				E	2	88	2	88
CONDUCTORES	F			F	3	132	3	132
AUXILIARES DE SERVICIO	F	0,40	18	F	4	176	4,4	194
AUXILIARES DE SERVICIO PSR	F	1,59	70				1,59	70
TOTAL		46,52	2003,2		25	1095	71,4	3142



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

DOTACION SAPU	PLANTA			CONTRATA		TOTALES		
CARGOS	CATEGORIA	N° JORNADAS	NUMERO DE HORAS	CATEGORIA	N° JORNADAS	NUMERO DE HORAS	N° JORNADAS	NUMERO DE HORAS
COORDINADOR DE SAPU	B			B	1	44	1	44
MEDICOS	A			A	4	176	4	176
TENS	C	7	308	C	1	44	8	352
TANS	C	1	44	C			1	44
ADMINISTRATIVO	E			E	1	44	1	44
CONDUCTORES	F	6	264	F			6	264
TOTAL		14	616		7	308	21	924
DOTACION TOTAL DEL 2017								
		PLANTA		CONTRATA		TOTAL		
		N° JORNADAS	NUMERO DE HORAS	N° JORNADAS	NUMERO DE HORAS	N° JORNADAS	NUMERO DE HORAS	
TOTAL		64,52	2795,2	38	1667	102,4	4506	
<p>IMPORTANTE: Esta propuesta de dotación corresponde al cálculo de programación para el año 2017 según el proyecto de plan de salud 2017 (en las actuales dependencias) y no contempla las necesidades de recurso humanos para el funcionamiento en el nuevo edificio del CESFAM, dado que hasta hoy no se conoce la fecha del termino de obra.</p>								

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

XII. PLAN ANUAL DE CAPACITACION 2017

LINEAMIENTO ESTRATEGICO Nº 1	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	Número de Participantes por Categorías							RESULTADOS ESPERADOS	N° HORAS PEDAGOGICAS	PRESUPUESTO ESTIMADO
<p>Fortalecer el Modelo de Atención en Salud, junto con los valores y principio que lo sustentan</p> <p>Descripción:</p> <p>El modelo debe potenciar acciones de prevención y promoción de la salud, desarrollando hábitos de vida y entornos más saludables para todos/as los habitantes de nuestra comuna, impactando en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas, familias y comunidades, previniendo la enfermedad y anticipándose al daño.</p>	Herramientas en el Modelo de Salud Familiar	La salud familiar se expresa en la satisfacción y en el bienestar de los miembros con la familia, con una intimidad respetuosa donde prime el respeto al derecho individual	4	5	10	2	10	5	36	Adecuación a los constantes cambios ajustados a la administración de personal y recursos materiales	8	120.000
	Formación en Acreditación en Salud	Conocer el marco regulatorio, conceptual y metodológico de la Gestión de Calidad y Gestión de Riesgos en el contexto de la Reforma de Salud	4	10	10	3	10	8	45	Adquisición de conocimientos para un óptimo desempeño laboral en beneficio de los usuarios	12	118.000
	Urgencia Gineco-Obstétrica	Situaciones clínicas que manejamos cotidianamente en nuestros consultorios y que afectan muy directamente la salud integral de la mujer	2	3	3				8	Actualizar y adquirir conocimientos para matronas y personal SAPU para atención de urgencia Gineco-obstétrica	16	176.500
	Esterilización	Necesidad de actualizar conocimientos en materias de esterilización para su optimización			1	1			2	Actualización de técnicas que permitan mejorar las condiciones del producto final	24	180.000
	Operador Autoclave	Necesidad de actualizar conocimientos en materias de esterilización para su optimización			1	1			2	Actualización de técnicas que permitan mejorar las condiciones del producto final	24	180.000
	Protección Radiológica	Necesidad de entregar herramientas técnicas para optimizar la atención del paciente en Odontología			1				1	Actualización de técnicas que permitan mejorar la condiciones del producto final	24	190.000

LINEAMIENTO ESTRATEGICO Nº 2	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	Número de Participantes por Categorías							RESULTADOS ESPERADOS	N° HORAS PEDAGOGICAS	PRESUPUESTO ESTIMADO
<p>Consolidar el Modelo de Gestión en Red local, regional y supra regional (macro y micro redes)</p> <p>Descripción:</p> <p>Contribuir a la participación y el cierre de brechas, el desarrollo de Redes de alta complejidad de las garantías explícitas de salud, el régimen General de Garantías y las macro redes; todo ello para aumentar la eficiencia, eficacia y efectividad en la resolución de problemas de Salud.</p>	Violencia en el Adolescente	Fortalecimiento de las competencias de los distintos profesionales que están involucrados en la prevención de la violencia de adolescentes y jóvenes.	3	4					7	Orientar en los centros educacionales y familiar de la comuna sobre el comportamiento de los adolescentes	16	100.800
	Psicología Clínica Infantil	Trabajar los distintos trastornos emocionales a los que pueden verse sometidos los niños: fobias, trastornos de ansiedad en la niñez temprana, reacción al duelo, aflicción prolongada, depresión, trastorno mixto de la expresividad emocional, trastorno de la identidad genética y trastorno reactivo del apego por privación y el maltrato infantil	2	3	2				7	Velar por el cuidado y seguridad de infanto y pre adolescentes, proporcionando a las familias herramientas en una mejor calidad de vida mental	12	89.250
	Interpretación de electrocardiogramas	Brindar herramientas simples para entender los trazados de ECG, practicar y diagnosticar diferentes patologías, adquiriendo una sistemática de lectura y evaluar el ECG en el contexto clínico	3		2	2			7	Personal preparado para comprender y leer electrocardiogramas	16	102.000
	Reas	Obtener orientación sobre condiciones sanitarias y en seguridad básica a los que debe someterse el manejo de los REAS con el objeto de prevenir y controlar riesgos para quienes se desempeñan en establecimientos de salud		2	2			8	12	Asumir las funciones de esta normativa y cumplir con una óptima ejecución y reciclaje de los residuos	16	120.500
	Participación Ciudadana	Dar a conocer elementos teóricos y prácticos de la participación ciudadana que permitan a los funcionarios distinguir la importancia y utilidad democrática de ello en la gestión municipal moderna.	3	5	5	2	10	8	33	Capacidad de convocar y comprender a la comunidad en acercarse a la salud como una ventaja de optimización en el servicio prestado.	8	0
	Reanimación Cardiopulmonar	Adquirir conocimientos actualizados sobre la actitud, la teoría y la práctica del desarrollo de la reanimación cardiovascular en una persona adulta	4	8	10	3	10	8	43	Obtener un equipo Sapu preparado para atender urgencias de alta complejidad	12	123.000

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

LINEAMIENTO ESTRATEGICO Nº 2	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	Número de Participantes por Categorías						RESULTADOS ESPERADOS	Nº HORAS PEDAGOGICAS	PRESUPUESTO ESTIMADO	
El Modelo de gestión debe centrarse en los resultados, con énfasis en la planificación adecuada de los procesos necesarios	Manejo avanzada de heridas	Procedimiento realizado sobre la herida destinada a prevenir y controlar las infecciones y promover la cicatrización. Es una técnica aséptica por lo que se debe usar material estéril		2	6	2			10	Personal preparado en todo tipo de curaciones, con manejo de técnicas actualizadas	8	267.750
	Odontopediatría	Actualizar y mejorar conocimientos sobre el manejo conductual, psicológico y terapéutico del paciente odontopediátrico en APS	3		4				7	Personal preparado para el manejo en la atención de Odontopediatría	8	100.000
	Rehabilitación Oral	La rehabilitación oral es la parte de la <u>Odontología</u> encargada de la <u>restauración</u> es decir devuelve la función <u>estética</u> y armonía oral mediante <u>prótesis dentales</u> de pérdidas de <u>dientes</u> , grandes destrucciones o de solucionar problemas estéticos, siempre buscando una <u>oclusión</u> y función correcta. El objetivo básico de la Rehabilitación Oral es mantener la cavidad oral en un estado saludable	2		2				4	Obtener mayores conocimientos respecto al área de rehabilitación oral		200.000

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

I. ILLUSTRE MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD

LINEAMIENTO ESTRATEGICO Nº 3	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	Número de Participantes por Categorías							RESULTADOS ESPERADOS	Nº HORAS PEDAGOGICAS	PRESUPUESTO ESTIMADO
<p>Fortalecer el sistema de Garantías Explicitas en Salud (GES)</p> <p>Descripción:</p> <p>En la Red del Servicio Público de Salud se debe responder a los objetivos sanitarios 2011-2020, a las prioridades, problemas, metas y compromisos de salud nacionales y locales, mediante la gestión de las brechas operacionales, necesaria para generar la oferta requerida por la demanda de prestaciones, derivadas de problemas de salud garantizada. Asegurar la oportunidad y calidad.</p>	Manejo GES	Comprender las bases del sistema GES como estrategia y herramienta de resolutivez, revisar las orientaciones del Manejo GES de patología de consultas frecuentes en APS, analizar las fortalezas y debilidades del establecimiento y de la red asistencial en la implementación de garantías GES	3	6	6	3			18	Cumplir con los requerimientos necesarios para el buen desarrollo de las políticas del MINSAL	8	162.750
	Estilos de vida saludables	Proporcionar conocimientos aplicados sobre la alimentación equilibrada para potenciar la salud. Desde un punto de vista interdisciplinario se ofrecen los conocimientos para llevar a la práctica programas dietéticos individualizado, con el fin de instaurar estilos de vidas saludables.	4	5	5	2	5	4	25	Generar espacios e instancias saludables para la comunidad a través del equipo de Promoción.	12	0
	Cardiovascular	Prevenir la morbilidad y la mortalidad en la población con riesgo cardiovascular. identificar a aquellos individuos en quienes corresponde hacer una atención más integral sea evaluar y tratar los factores riesgos cardiovascular.	4	4	4	4			14	Generar estrategias para la prevención del riesgo cardiovascular.		257.250
	Salud Mental en APS	Disponer de información para la formulación de políticas y planes de Salud Mental para todos los grupos etarios y la determinación de una línea base para monitorear posteriormente los cambios que se generen	2	4	2				8	Equipo de Salud Mental capacitado en optimizar las condiciones de vida de los usuarios y comunidad en general	16	313.215
	Salud Mental, Trabajo Comunitario	Disponer de información para la formulación de políticas y planes de Salud Mental y de trabajo con la comunidad	3	4	2				8	Equipo de Salud Mental capacitado en optimizar las condiciones de vida de los usuarios y comunidad en general	16	150.000



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”



I. ILLUSTRE MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD

LINEAMIENTO ESTRATEGICO Nº 3	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	Número de Participantes por Categorías							RESULTADOS ESPERADOS	N° HORAS PEDAGÓGICAS	PRESUPUESTO ESTIMADO	
Fortalecer el sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES)	Nutrición	Actualizar conocimientos en diversas áreas de Nutrición para los pacientes de distintos grupos atareos. Se debe considerar la urgencia por la alta tasa de obesidad infantil que existe a nivel comunal		2						2	Funcionarios actualizados en materia de Nutrición, replicando conocimientos al resto del Equipo de Salud	16	50.0000
	Estimulación temprana y desarrollo psicomotor	Actualizar contenidos y estudios sobre estimulación temprana; lograr el desarrollo y potenciación de las funciones cerebrales de los niños y niñas a través del juego y estímulos; adquirir estrategias, técnicas y recursos terapéuticos para desarrollar habilidades para la estimulación		3						3	Funcionarios actualizados en estimulación temprana en los aspectos físicos, sensoriales y sociales del desarrollo del niño.	24	240.000
	Urgencia en Odontología	Actualizar y mejorar conocimientos en el manejo de las urgencias odontológicas con el propósito de estandarizar la calidad de las atenciones prestadas por nuestro CESFAM	3		4					7	Actualización de conocimientos para mejorar la atención odontológica de urgencia	8	50.000
	Kinesiología	Actualizar conocimientos en diversas áreas de Rehabilitación para los pacientes de distintos grupos atareos. Se debe considerar la urgencia por problemas respiratorios y la rehabilitación basada en la comunidad	1	5	1					7	Funcionarios actualizados en materia de Rehabilitación Kinésica, replicando conocimientos al resto del Equipo de Salud	16	100.000

LINEAMIENTO ESTRATEGICO Nº 4	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	Número de Participantes por Categorías							RESULTADOS ESPERADOS	N° HORAS PEDAGÓGICAS	PRESUPUESTO ESTIMADO
<p>Mejorar la calidad de la atención y trato al usuario.</p> <p>Descripción: La satisfacción usuaria y la percepción de la ciudadanía debe ser objeto de medición sistemática, así como la instalación de medidas concretas en relación a las áreas más sensibles para la población. La prioridad gubernamental es la incorporación buenas prácticas de atención centradas en el usuario y su familia, orientadas al trato digno, oportuno, acogedor y amable. Por tanto, la mejoría del trato al usuario, la información oportuna y la facilidad en el acceso, serán claves para establecer una nueva relación con los pacientes</p>	Trato al Usuario	Regular y supervisar el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas, normas, planes y programas para su coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población beneficiaria en el marco de los objetivos sanitarios con calidad y satisfacción usuaria	4	8	10	3	10	8	43	Equipo de salud capacitado para atender en forma eficiente y oportuna a la comunidad conforme a la legislación vigentes	8	477.750
	Habilidades Comunicacionales y Resolución de Conflictos	Proporcionar los conocimientos necesarios a funcionarios a fin de comunicarse en forma efectiva	5	10	10	3	10	10	48	Lograr contar con un equipo de trabajo que tenga la capacidad de solucionar todo tipo de conflictos y mejorar las relaciones laborales	8	0
	Ley 20.584, Derechos y Deberes de Usuarios XIII.	Otorgar los conocimientos sobre normas y procedimientos establecidos por Ley	3	6	10	6	10	5	40	Un equipo completamente actualizado en la normativa de Derechos y Deberes de los Usuarios	8	0
	XIV. XV. Ley 20.645, Bono Trato Usuario APS	Otorgar los conocimientos sobre normas y procedimientos establecidos por Ley	3	6	10	6	10	5	40	Un equipo completamente actualizado en la normativa de Derechos y Deberes de los Usuarios	8	0
	Buenas Prácticas en Trato al Usuario	Conocer otras experiencias y buenas prácticas posibles de aplicarlas en el ámbito comunal.	3	6	10	6	10	5	40	Internalización de medidas que constituyan buenas prácticas replicables a nivel local.	8	0

LINEAMIENTO ESTRATEGICO Nº 5	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	Número de Participantes por Categorías							RESULTADOS ESPERADOS	N° HORAS PEDAGOGICA	PRESUPUESTO ESTIMADO
<p>Generar estrategias de desarrollo organizacional para el mejoramiento de la Calidad de vida Funcionaria</p> <p>Descripción: Para el logro de los objetivos de calidad, continuidad y oportunidad de la atención y el buen trato al usuario, familia y comunidad, se requiere contar con equipos de salud motivados, en ambientes laborales, saludables y participativos. Las estrategias del desarrollo organizacional, de salud ocupacional y de prevención de riesgos laborales en Salud, contribuyendo sustantivamente al logro de este lineamiento estratégico.</p>	Marco Legislativo de funcionarios públicos	Otorgar los conocimientos sobre las normas y procedimientos establecidos por Ley, tales como Estatuto APS y Carrera Funcionaria, Incentivo al Retiro, Protección a la maternidad, entre otros temas.	2	5	5	2	5	5	22	Funcionarios de salud empoderados en sus obligaciones y derechos, y conocedores de los beneficios que les entrega el marco legislativo vigente.	12	100.000
	Desarrollo Proyectos	Acceder a la capacitación técnica para la elaboración de proyectos que beneficien directamente a los funcionarios y a la comunidad organizada.	1	2			3		6	Elaborar planes de acción comunitaria, involucrando a diversos actores de la comuna	8	150.500
	Gestión Recursos Humanos	La situación actual de los RR.HH en la Institución, con una visión más estratégica de empresa, nos invita a conocer cuáles pueden ser los objetivos principales que plantea esta Area.		2	1		2		5	Un equipo administrativo completamente capacitado para generar políticas de RR.HH. y realizar gestión de la demanda adecuadamente.	24	177.500
	Metas IAAPS Y Desempeño Colectivo	El plan de salud se define como el conjunto de acciones y prestaciones que los establecimientos de APS del sector público ofrecen a las familias, que contribuyen a resolver la salud de sus integrantes, abordando integralmente los distintos factores que inciden en el proceso salud-enfermedad.	3	8	5	2	8	5	31	Comprender los objetivos sanitarios y a través de ellos lograr un compromiso en las labores diarias de los funcionarios	12	52.500
	Promoción de Salud en los Equipos de Salud del Cestfam	Desarrollar liderazgo y capacidades para diseñar, implementar y evaluar estrategias e intervenciones efectivas en promoción de salud a través de ambientes virtuales, utilizando el potencial del aprendizaje en red	4	6	6	2	6	6	30	Proporcionar a los funcionarios de Salud, actividades de autocuidado, y técnicas de manejo de stress y desgaste emocional (síndrome de Burnout) generando ambientes libres de stress y amigabilidad	24	50.000
	Aprendizaje de Habilidades Blandas	A. El trabajo con familias de riesgo, requiere la intervención de funcionarios con manejo de habilidades blandas tales cómo trabajo ético, actitud positiva,	4	8	8	2	6	8		Tener un equipo con pleno manejo de habilidades blandas lo cual permitiría optimizar la atención y mejorar el clima laboral	24	180.000



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”



I. ILLUSTRE MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD

		habilidades comunicativas, entre otras.												
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LINEAMIENTO ESTRATEGICO Nº 6	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	Número de Participantes por Categorías							RESULTADOS ESPERADOS	Nº HORAS PEDAGOGICAS	PRESUPUESTO ESTIMADO		
Lineamiento Estratégico Incorporar tecnologías de Información y comunicaciones (TICs) Descripción: El uso de tecnología adecuada para apoyar la gestión técnico asistencial en salud.	Manejo de herramientas de Microsoft Office	Destinado a obtener los conocimientos necesarios para lograr un mejor rendimiento							10		10	Funcionarios con capacidad de un adecuado manejo de los sistemas de office, optimizando su trabajo diario.	8	476.700
	AVIS	Actualizar conocimientos técnicos sobre lo que implica el manejo del sistema AVIS que permita realizar consultas y registros fluidos de la información.	2	6	3	2	6			19	Equipo de salud actualizado y con control de manejo en Sistema AVIS, sin generar dificultades en su uso diario	17	60.000	
	CAS Chile	Con la implementación de software, las Municipalidades pueden coordinar la planificación estratégica, evaluar el logro y grado de cumplimiento de las estrategias, identificar las desviaciones y por ende crear propuestas que contribuyan al mejoramiento.			1		4			5	Equipo del Departamento de Salud con capacidad de utilizar fluidamente el Sistema software CAS Chile.	16	210.000	



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”



I. ILLUSTRE MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD

LINEAMIENTO ESTRATEGICO Nº 7	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	Número de Participantes por Categorías							RESULTADOS ESPERADOS	N° HORAS PEDAGOGICAS	PRESUPUESTO ESTIMADO
Desarrollar la Gestión Administrativa, Física y Financiera Descripción: Un especial énfasis en la modernización de la gestión hospitalaria, elemento fundamental para que la red funcione como sistema. Para ello se requiere desarrollar una gestión administrativo-financiera que permita el uso eficiente de los recursos asignados y la instalación de incentivos para el cumplimiento de los objetivos sanitarios y financieros que permiten la mejor atención de los pacientes y la mejor gestión administrativa.	Control de Gestión en Departamento de Salud	La Administración debe coordinar los RR.HH y materiales para el logro de los objetivos. Partiendo esto se toman en cuenta 4 elementos: Logro de objetivos, por medio de personas, utilizando tecnología, en una organización.		2			3		5	Capacidad de optimizar la gestión administrativa, evitando incurrir en errores que generen conflictos en su quehacer	24	90.500
	Contabilidad Gubernamental	Actualizar conceptos, conocimientos de los nuevos reglamentos sobre contabilidad gubernamental del sector público de salud, ajustada a los lineamientos de la Contraloría.				2		2	Personal del Departamento de Salud actualizado en Contabilidad Gubernamental	40	105.000	
	Actualización en Mercado Público	Ampliar conocimientos sobre esta materia, compras públicas	1			2		3	Funcionarios administrativos capacitados en efectuar proceso de compras públicas conforme a normativa legal vigente	16	183.750	

LINEAMIENTO ESTRATEGICO Nº 8	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	Número de Participantes por Categorías							RESULTADOS ESPERADOS	N° HORAS PEDAGOGI	PRESUPUESTO ESTIMADO
<p>Mejorar la Gestión y Desarrollo de personas</p> <p>Descripción: El énfasis es contar con los recursos humanos en cantidad, calidad y distribución adecuadas para satisfacer las necesidades de atención en los distintos puntos del país. Asimismo, se desea instalar un modelo de gestión del talento para establecer lógicas internas de aprendizaje continuo y estimular a los funcionarios destacados, permitiendo un desarrollo armónico de su quehacer</p>	Liderazgo y Trabajo en Equipo	Analizar la importancia del liderazgo en las organizaciones. Definir las bases del poder. Definir el liderazgo y sus bases conceptuales. Mostrar las habilidades del liderazgo eficaz y cómo ejercerlo en la Institución	3	4	4	2	4	3	20	Funcionarios empoderados y con capacidad de guiar en los desafíos de equipo	12	195.000
	Prevención de contaminación cruzada para personal de aseo	La preocupación del hombre por su salud ha existido desde los primeros tiempos, interesándose, en consecuencia, en conocer que alimentos podría suponer un riesgo para su salud						6		Lograr que el personal esté capacitado y maneje técnicas que permitan un aseo seguro.	16	52.500
	Situación Previsional	Promover y desarrollar una cultura previsional que permita enfrentar de mejor forma la participación en el sistema previsional y las decisiones que tome en el tiempo; incrementar la comprensión de sus obligaciones y beneficios para que actúen conscientes y responsablemente frente a un futuro, entendiendo que el objetivo último a lograr es el aumento de la densidad de cotizaciones y la obtención de pensiones adecuadas en la etapa de retiro	4	5	8	2	8	5	32	Funcionarios empoderados de sus derechos sobre situación previsional, comprendiendo la importancia del ahorro	12	89.500
	Gestión Clínica y Administrativa	La necesidad de capacitar en las habilidades para llevar a cabo la gestión administrativa en un ensayo clínico. Es una profesión en expansión en el área de salud y de la investigación clínica	3	2			5		10	Funcionarios capaces de lograr un uso eficiente en los recursos, tiempo de ejecución de las tareas y manejo adecuado del personal.	12	195.000
	Desarrollo de nuevas competencias y habilidades sociales.	Potenciar líderes y dirigentes que van en pro del bienestar laboral de los funcionarios de Salud Algarrobo			2		2		4	Funcionarios de Salud con capacidades de optimizar su relación laboral, logrando ser un vínculo de mejora laboral	32	168.000
	Bioética en APS	Capacitar acerca de los dilemas éticos más frecuentes y conocer límites entre la relación paciente-profesional por la complejidad que implica el cambio de paradigma a la salud familiar.	2	2	3				7	Funcionarios capacitados en la materia y con conocimientos sobre proceso de instalación y funcionamiento del Comité de Bioética	16	210.000

LINEAMIENTO ESTRATEGICO Nº 9	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	Número de Participantes por Categorías							RESULTADOS ESPERADOS	Nº HORAS PEDAGÓGICAS	PRESUPUESTO ESTIMADO
Mejorar la prevención y manejo de las contingencias, emergencias y catástrofes provocadas por desastres naturales, accidentes, etc. Descripción: Contingencias y emergencias provocadas por desastres naturales accidentes, etc., que afectan la seguridad de las personas y de la infraestructura, equipamiento e inversiones y medio ambiente en general. El énfasis está colocado en la coordinación y articulación de la red asistencial para ejecutar las acciones que resuelvan los problemas de salud ocasionados por eventos e emergencia	Fortalecimiento Comité Paritario y Prevención de Riesgos	Establecer normas escritas de funcionamiento, realizar diagnósticos de situaciones de riesgo, comunicar y difundir las acciones que se realizan. Desarrollar programas de trabajo escrito, controlados y evaluados. Generar flujos de información permanente: relativos a DIAT, DIET, estadísticas, datos de dotación	3	6	6	2	10	8	10	Funcionarios capacitados y empoderados en las condiciones laborales del personal de salud	35	0
	Plan de Emergencia (terremoto, Tsunami)	El Plan de Contingencia ante terremotos y tsunamis de Salud Algarrobo tiene como misión orientar las tareas de respuestas y rehabilitación necesarias para enfrentar un terremoto de gran magnitud, así como el impacto de un tsunami, a fin de que los funcionarios estén fortalecidos y respondan adecuadamente, permitiendo la preservación de la vida de las personas.	5	5	5	5	5	5	30	Lograr contar con un equipo empoderado en el diseño de un plan de emergencia para el comportamiento de los funcionarios y su quehacer en situaciones de riesgo.	16	73.500
	Rescate de Vehículo	Proporcionar conocimientos generales de lo qué es el rescate vehicular y los procedimientos a realizar ante este tipo de emergencia			6			6	12	Contar con TENS y conductores de SAPU preparados para concurrir a urgencias de esta naturaleza	16	210.000
	Primeros Auxilios	Formación en conocimientos básicos en Primeros Auxilios (cuidados inmediatos, adecuados y provisionales prestados a los accidentados o con enfermedad antes de ser atendidos en el Centro Asistencial)					6	6	12	Contar con administrativos, conductores y personal de servicios menores capacitados de proporcionar apoyo en situaciones de riesgo	21	0
	Atención Integral y Manejo de Pacientes con Riesgo Vital	Identificar rápidamente al traumatizado con lesiones críticas. Establecer prioridades de atención (triage). Estabilización esencial, apropiada y eficiente			4	2		6	12	Lograr contar con el Equipo SAPU y CESFAM capacitados para enfrentar situaciones de alto riesgo	12	72.000
	Conducción vehículos	Capacitar y actualizar conocimientos								Contar con conductores		



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

I. ILLUSTRE MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD

producidos por desastres naturales y otros de similares consecuencias.	de emergencia	técnicos al personal en lo referido a conducción de vehículos de emergencia						8	8	preparados para conducir vehículos de emergencia.	12	350.000
---	----------------------	--	--	--	--	--	--	----------	----------	--	----	---------



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

XI. PLAN DE AUTOCUIDADO

(Autor Autocuidado: Ema Reyes)

Contextualización:

“Esta es una foto de cuándo aún éramos amigos, el alto desgaste que significó pasar de un Centro de Salud a Cestam, produjo un gran quiebre al interior del equipo de salud”. Así se refirió una ex directora, cuando nos hizo participe del proceso que vivieron los funcionarios para acreditarse como Centro de Salud Familiar, proceso que en Algarrobo, se está ejecutando y en el que ya el equipo de salud está presentando un desgaste, que se refleja en el alto número de licencias médicas, ausentismo, bajo rendimiento y un clima laboral de mala calidad, entre otros efectos.

A ello se suma las malas condiciones de hábitat laboral; por cuanto se trabaja en un edificio antiguo, con un anexo que corresponde a una vivienda social de 60 mt² y en la cual funcionan 6 oficinas administrativas en precario estado, la insuficiencia de box, la conexión a internet es de costo personal para profesionales, técnicos y administrativos, quienes manejan sus propios computadores y en muchos casos usan sus impresoras particulares, no aplicación de carrera funcionaria, entre un sinnúmero de limitaciones.

La inexistencia de una política de autocuidado a nivel país es una debilidad en el trabajo de los Equipos de Salud en Atención Primaria; quienes están desprotegidos ante el desgaste que se produce por los cambios y las crisis que estos cambios pueden provocar, condición del cual no está ajeno el CES de Algarrobo, por cuanto la administración no apoya al equipo en la aplicación de un programa de autocuidado

Por ello, es necesario contar con herramientas que nos permitan, por lo menos a nivel local, el autocuidado funcionario, para mejorar la calidad de vida laboral y promover la salud de los usuarios internos, en esa medida podemos entregar un servicio y un producto coherente a nuestro cliente objetivo.



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

Asimismo, no existen estudios ni trabajos a nivel nacional en los cuales se hayan considerados a los funcionarios APS sobre la medición de su calidad de vida laboral, sólo se han realizado a niveles locales y ante situaciones puntuales. Sí, se

encuentra mucha bibliografía sobre protección del trabajador, pero orientado a la prevención de accidentes, lo que puede ser un componente de la CVL, pero no planteado bajo una mirada de autocuidado.

Siempre se ha trabajado la promoción de la salud considerando al cliente externo como un programa país, pero no se ha considerado a los responsables de ejecutar esos programas, entonces cómo se puede ofrecer un producto de calidad en salud si quienes son responsables de entregarlo carecen de una adecuada calidad de vida laboral.

Ante esta situación, el presente trabajo está diseñado para la construcción de un Reglamento de Autocuidado, como una herramienta para promover la calidad de vida laboral del Equipo de Atención Primaria de Salud en Algarrobo.

Por otra parte, es importante, que a nivel gremial se trabaje en promoción de salud y calidad de vida laboral, porque el trabajo debe ser desde las personas, además, de por mejores condiciones económicas, se debe tener una visión de globalidad en el bienestar funcionario, considerando la satisfacción laboral como un concepto más amplio que incluya su salud mental, física y emocional

Marco teórico

“La salud se produce cuando se devuelve a la gente el poder para efectuar las transformaciones necesarias que aseguren un buen vivir y se reduzcan las causas que atentan contra la salud y el bienestar”. Carta de Ottawa, 1986

Si entendemos la calidad de vida como *“La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”* (OMS).

En el mundo globalizado en que estamos insertos hoy en día los cambios son dinámicos y la administración del recurso humano debe ser proactivo y velar



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

porque la calidad de vida laboral sea óptima, esto logrará alcanzar los objetivos del Cestfam y los propios de cada funcionario, permitiendo entregar un producto de excelencia.

En la medida que el equipo de salud trabaje en un ambiente protegido, su autoestima será positiva, se cuidará, se valorará y sus relaciones intra y extra laborales serán más efectivas y afectivas, por lo que cada integrante del equipo podrá sentirse reconocido y respetado, experimentando la pertenencia a un sistema que entre sus objetivos estratégicos privilegia el bienestar de sus miembros.

Un entorno laboral de calidad, es un bien para el equipo de salud que potenciará el desarrollo de sus integrantes, conllevará a una disminución del ausentismo y licencias médicas, a un clima interno positivo, al mejoramiento de la productividad beneficiando con ello al usuario externo, al cumplimiento de las metas sanitarias, a la participación tripartita (directores, funcionarios y comunidad) para mantener y evaluar la salud y bienestar del equipo, a un reconocimiento social y a hacer del autocuidado una forma de vida.

Es vital la participación de cada uno de los componentes, que internalicen como una responsabilidad personal la necesidad de su bienestar laboral. *Orem* (1930, citada en Tapia & Iturra, 1996), centra el *Autocuidado* en la iniciativa propia de quienes lo requieren, entendiéndolo como *"la práctica de actividades que los propios individuos, inician y desarrollan en su propio beneficio, en la mantención de su vida, salud y bienestar"*. De esta forma, el autocuidado se entiende como *"el conjunto de estrategias de afrontamiento que se pueden implementar... para prevenir déficit y propiciar o fortalecer su bienestar integral (...) en las áreas: físicas, emocionales y psicoespirituales"* (Murillo, 2001). Por lo que, son los propios trabajadores quienes tienen la responsabilidad de procurarse autocuidado, siendo los actores principales en generar acciones que les permitan un mejor estado de satisfacción laboral.

Pero no basta con que cada uno de los integrantes del equipo de salud asuma su responsabilidad en el autocuidado, es importante que los administradores asuman su compromiso en este proceso, porque son quienes tienen que dar los espacios adecuados y los tiempos oportunos para el logro de una mejor calidad de vida laboral y de promoción de la salud, asimismo, generar condiciones de autocuidado y protectoras para el trabajo de sus equipos.



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

Asimismo, existen vínculos que pueden extenderse a otros ámbitos, en donde cada persona contribuye a su grupo, esperando que se le entreguen los cuidados equivalentes de parte de los otros. Homologando a una familia, los miembros de un equipo profesional pueden también aportarse cuidados y protección. Si este es suficientemente sano el balance entre dar y recibir será justo y cada miembro del equipo podrá sentirse suficientemente reconocido y respetado, sintiéndose así participe de un ambiente protegido; cuya finalidad primera es el bienestar de sus integrantes.

Es en este contexto que .Boszormenyi - Nagy (1980), relaciona la significación de autocuidado con el concepto de "*justicia relacional*" que se aplica a los procesos familiares (Barudy). Con esta idea este autor se refiere al hecho que en una familia, cada miembro aporta de acuerdo a sus posibilidades y habilidades, cuidados y protección a los otros miembros, para recibir a cambio cuidado y protección de éstos, en una perspectiva transgeneracional.

Síndrome de desgaste profesional:

Este síndrome aparece como una respuesta mantenida al estrés laboral, y puede afectar tanto a la salud física como a la mental, y también al entorno social de los trabajadores afectados. Cansancio físico y emocional, tensión, ansiedad y dificultades en las relaciones personales en el ámbito laboral, desembocando en la disminución de la eficacia y la eficiencia, el ausentismo y una menor calidad asistencial.

Hay múltiples factores individuales y ambientales que pueden llevar a situaciones de gran desgaste profesional y muy poca satisfacción en el trabajo. Aunque no existe consenso con respecto a la etiología de este síndrome, hay factores individuales protectores del desgaste profesional.

En el ambiental, se ha observado que los trabajadores, especialmente de salud y docentes, presentan mayores índices de desgaste profesional, de insatisfacción, de trastornos afectivos y más estrés. En el ámbito de la salud se ha hallado un alto índice de "*burnout*" en médicos y profesionales afines, relacionado con la insatisfacción laboral, la falta de reconocimiento social, falta de identificación con la organización, poco control sobre el trabajo, y subjetivamente la autopercepción de baja remuneración económica y el efecto de trabajar con personas que sufren.



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

El concepto de BURNOUT

El término Burnout, se le atribuye a Herbert Freudenberger (1974), psicoanalista neoyorquino, el haberlo usado por primera vez para aplicarlo al tema del agotamiento profesional entre los profesionales de ayuda. Se refirió a cómo el carisma y el compromiso social van siendo reemplazados en estos trabajadores por agotamiento, fatiga y otros malestares psicosomáticos. En la década del 60, el Burnot fue usado para referirse a los efectos del abuso crónico de drogas.

Herbert Freudenberger (1974), define el burnout como *“un estado de fatiga o frustración que aparece como resultado de la devoción a una causa, a un estilo de vida o a una relación que no produce las recompensas esperadas”*. Uno de los puntos que enfatiza Freudenberger es que no se trata de agotamiento por exceso de trabajo, es decir, no es algo que pueda curarse tomando unas vacaciones. Desde la perspectiva psicosocial, el síndrome de "quemazón" por el trabajo no debe identificarse con el estrés psicológico, sino que ha de entenderse como una respuesta a las fuentes de estrés crónico que surgen de las relaciones entre los usuarios de los servicios asistenciales (pacientes, alumnos, clientes, etc.) y los profesionales que les atienden (médicos, profesores, policías, y las características de la persona (Guerrero, 1999).

Conceptos claves para la comprensión del fenómeno Desgaste profesional y agotamiento profesional o burnout:

El síndrome de "quemazón" por el trabajo comprende una serie de alteraciones físicas, conductuales y emocionales que tienen su origen en factores individuales, laborales y sociales y que se pueden agrupar en cuatro áreas que abarcan síntomas psicosomáticos, conductuales, emocionales y defensivos (Guerrero y Vicente, 2001).

Esta reacción está caracterizada por síntomas como:

- **cansancio** (que va más allá de lo esperado de acuerdo las exigencias de desempeño físico de las labores realizadas), fatiga, lentitud, una serie de síntomas físicos (dolores de cabeza, de cuello de espalda, problemas del aparato locomotor, del aparato digestivo, irritabilidad, alteraciones del sueño y del apetito), problemas de la piel y mayor vulnerabilidad a todo tipo de enfermedades.

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

- **Síntomas conductuales:** como llegar tarde al trabajo, ausentismo laboral, trabajar muchas horas pero lograr poco, pérdida del entusiasmo, facilidad para frustrarse, aburrimiento, rigidización y dificultad para tomar decisiones.
- **Síntomas que se expresan interaccionalmente:** como aislarse de los colegas, cerrarse a nuevas informaciones, aumento de la irritabilidad con los compañeros de trabajo. Puede aparecer, también, dependencia al alcohol o drogas como una manera de anestesiar el dolor que implica la erosión espiritual.
- **Síntomas psicológicos:** desmotivación, irritabilidad, decaimiento psicológico, sensación de vacío, deterioro del autoconcepto, visión negativa de la vida y de los demás. Culpa, autoinculpación por la falta de logro con los consultantes, o en el otro extremo, sentimientos de omnipotencia. Vivencias que se mueven en los polos de impotencia y omnipotencia, de autoculpabilización y culpabilización de otros. Se acompaña además, de vivencias de incompetencia (crisis de competencia), y fantasías de abandono o cambio del trabajo. Pueden aparecer cambios en el ámbito más espiritual como pérdida de la fe y del sentido del trabajo, crisis de valores, crisis vocacional, aumento de la escrupulosidad, cambios en las ideas religiosas y en las afiliaciones a grupos de referencia.

El trabajo clínico comienza a presentar problemas como excesiva distancia con los pacientes, culparlos por todo lo que les pasa. Aumento del uso de etiquetamiento psicopatológicos como "pacientes borderline" o presencia de 'trastornos de personalidad'; ensoñaciones durante las sesiones, hostilidad hacia los clientes, aburrimiento con los consultantes, apresuramiento en el diagnóstico, apresuramiento en la medicación

Esta reacción de desgaste profesional o sensación de "estar fundido" (burnout) se presenta en profesiones que trabajan en contacto con personas, especialmente en profesiones de ayuda y en aquellos que trabajan con temas como violencia, abuso, traumatización, especialmente con personas que viven en pobreza, que representa una situación de violencia social.

Muchos de los síntomas descritos se parecen a la depresión o al trastorno por estrés.

Cuando se habla de estrés o de depresión, el foco está puesto en los problemas personales del operador social que interfieren con una buena adaptación y, por lo tanto, con un adecuado desempeño en el área laboral.



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

Al hablar de desgaste profesional y de agotamiento profesional lo que se señala es que la sintomatología descrita se trata de reacciones que presentan todas las

personas que trabajan en contacto con estas temáticas y en determinadas condiciones laborales. Permite, por una parte, enfatizar la responsabilidad del ámbito laboral y de los temas con los que se trabaja en el desarrollo de estos problemas y, a la vez, desarrollar estrategias de abordaje y de protección, ya sea desde los equipos de trabajos como desde lo personal. Pone de relieve el concepto de desarrollo de factores protectores: la necesidad de cuidarse para poder cuidar a otros.

Autocuidado y cuidado de los equipos.

Abordar este tema en profesionales de ayuda, que están permanentemente orientados hacia las necesidades de otros, supone un cambio para dirigir la mirada hacia uno mismo y hacia los grupos de trabajo, que son la herramienta fundamental en las relaciones de

ayuda. La mayoría de los equipos e instrumentos de precisión no sólo tienen períodos de mantención periódica sino que están a cargo de personal técnico especializado que detecta el más mínimo error en su funcionamiento.

A eso se refiere la responsabilidad por el autocuidado: exigir condiciones de trabajo que no impliquen ser tratados como profesionales desechables, y que sean acordes a la delicada tarea encomendada.

El concepto de riesgo es el primer paso para abordar el autocuidado: reconocerse como profesionales y como equipos en riesgo y dedicar recursos al desarrollo de estrategias que permitan amortiguar el efecto nocivo y contaminante que tiene el trabajo en estos temas.

Se debe incluir todos los niveles:

- Por una parte, el autocuidado es una responsabilidad personal de cada profesional y operador social y debe asumirlo como tal y,
- El cuidado de los equipos, que es responsabilidad de los niveles directivos e institucionales, en términos de generar condiciones "cuidadas" y protectoras para el trabajo de sus equipos.

Autocuidado:



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

Ser adulto implica hacerse cargo de uno mismo. Algunos de los cuidados que han demostrado ser importantes a nivel del cuidado individual:

- Registro oportuno y visibilización de los malestares: Una gran cantidad de los trastornos que se describen como consecuencia del burnout se relacionan con no haber registrado oportunamente fuente de estrés o malestar, acumulando tensiones por largos períodos de tiempo que desembocan en lesiones o enfermedades. Recuperar la capacidad de registrar los malestares, tanto los físicos como los psicológicos es uno de los requisitos fundamentales del autocuidado. Darse cuenta cuando debemos descansar, cuando tenemos hambre, cuando debemos ir al baño, cuando debemos atender a dolores por una posición incómoda. Del mismo modo, ser capaz de registrar las molestias psicológicas oportunamente, lo que se relaciona con estrategias adecuadas de abordaje de conflictos.
- Vaciamiento y descompresión: Trabajar con temas contaminantes supone estar en contacto y recibir permanentemente material tóxico. Los contenidos de fuerte impacto emocional son equivalentes al material tóxico, es importante vaciarlo en lugares adecuados, para que no contamine al operador que lo recibió.
La contaminación acumulada, por falta de vaciamiento, es uno de los factores que mayor incidencia tiene en el burnout. El vaciamiento, debe ser hecho entre pares, personas que no necesiten explicaciones y que estén al tanto del tipo de problemas y puedan, por lo tanto, contener el relato de la situación traumática. Tener espacios de vaciamiento se trata simplemente de compartir la pesada carga emocional del impacto que provocan contenidos muy fuertes en el operador que los escucha. En ese sentido, el vaciamiento tiene un efecto de descompresión, que es necesaria para poder seguir trabajando.
- Mantención de áreas personales libres de contaminación: Esto se refiere a la necesidad de tener espacios de oxigenación, en que la persona pueda airearse, nutrirse, en actividades absolutamente alejadas de las temáticas de trabajo. Pueden ser actividades de recreación, intereses específicos, cualquier espacio que implique una descontaminación y la posibilidad de distensión, espacios en que el operador o la operadora social se sienta libre de tensiones y recuperando energía. Entre las áreas libres más mencionadas están la jardinería, la pesca, el



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

montañismo, la lectura, la artesanía, la participación en grupos religiosos, en grupos folklóricos y otros.

- Evitar la saturación de las redes personales de apoyo: Es una medida importante de autocuidado el no contaminar las redes personales, como la pareja, los hijos, los amigos, que son un factor protector muy importante en el área de soporte emocional (Sluski 1998) con este tipo de contenidos. Hacerlo implica una sobrecarga injusta para quien no está preparado para escuchar estos temas y, a la vez, se corre el riesgo de producir un distanciamiento y perder, por lo tanto, a las redes de apoyo.
- Formación profesional: Aun cuando este aspecto no siempre se relaciona con una responsabilidad personal del profesional es importante recibir formación en aquellas perspectivas teóricas y modelos que entregan destrezas instrumentales adecuadas para el tipo de trabajo y el tipo de consultantes. Una fuente importante de desgaste profesional es la sensación de ineficiencia y de incompetencia.
- Ubicación de la responsabilidad donde corresponde: Evitar auto-responsabilizarse en exceso y evitar culpar a otros. Este es uno de los requisitos para un abordaje adecuado de resolución de conflictos, es lo que permite la reparación, especialmente cuando ha habido daño como consecuencia del manejo inadecuado de conflictos.

Cuidado de los equipos

El cuidado de los equipos es responsabilidad de los niveles directivos y de las instituciones, se refiere a *crear y asegurar condiciones de trabajo que transmitan un mensaje de preocupación y cuidado de la institución por sus equipos de trabajo y los operadores sociales.*

Algunos de estos factores protectores se refieren a las condiciones mínimas de seguridad en relación al desempeño laboral, otras se refieren a los estilos de liderazgo y a los estilos de supervisión en los lugares de trabajo.

- Facilitar espacios de vaciamiento y descompresión cotidianos en relación a los casos y las problemáticas recibidas.



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

- Asegurar espacios de vaciamiento y descompresión estructurados: es decir, organizar espacios sistemáticos en que todo el equipo tenga la oportunidad de vaciar los contenidos más contaminantes. Esto puede ser en reuniones técnicas, supervisiones de casos, reuniones clínicas.
- Establecimiento de relaciones de confianza entre los miembros del equipo: Esto pasa por la generación de espacios de distensión para el equipo en áreas libres de contaminación temática que permita una interacción más libre y no relacionada solamente con las temáticas de trabajo.
- Estilos de liderazgo democráticos: Los estilos de liderazgo autoritario y vertical aumenta la probabilidad de reproducir las dinámicas de abuso al interior de los equipos y tienden a silenciar los conflictos.
- Fomentar la resolución no confrontacional de conflictos y diferencias.
- Generación de espacios protegidos para la explicitación y resolución de los problemas surgidos al interior de los equipos.
- En relación al estilo de liderazgo: el jefe que promueve ambientes protectores es aquel que demuestra preocupación por las necesidades de los profesionales; provee los recursos necesarios para realizar bien el trabajo; es sensible y flexible en relación a temas familiares; es capaz de reconocer los aspectos positivos y demuestra sensibilidad para dar retroalimentación negativa; tiene confianza en el profesional y se lo hace saber, se interesa activamente su trabajo; defiende la posición de los profesionales frente a la institución; comunica claramente sus expectativas; adecúa las tareas al nivel de habilidades de cada profesional; es emocionalmente estable (calmado, buen humor); es experto y entrega ayuda técnica cuando se necesita; está disponible cuando se lo necesita; el jefe es abierto y honesto, los profesionales confían en él o ella.
- Apoyo de la institución para la formación continua: se refiere a actividades de perfeccionamiento que contribuyen a mejorar el clima laboral, tanto porque representa espacios de crecimiento profesional como porque contribuye a la comunidad de ideas y marcos teóricos en relación a los problemas que deben enfrentarse.



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

- Comunidad ideológica: en la medida en que existe un marco teórico compartido, una ideología o cultura organizacional que es compartida por todos los miembros de la institución, que guía las acciones y las conceptualizaciones, se reduce la ambigüedad y el conflicto al interior del entorno de trabajo.
- Rituales de incorporación y de despedida: Los rituales facilitan la integración de nuevos miembros al equipo, ayudándole a entender la cultura de la organización y permitiéndole al resto de los profesionales hacer un espacio al recién llegado. Los rituales de despedida, ya sea por partida voluntaria u obligada facilitan la elaboración de estas experiencias y contribuyen a mantener los climas laborales sanos. También los rituales que marcan cambios en el ciclo de desarrollo los equipos o de las instituciones constituyen un factor protector importante para la sobrevivencia, el crecimiento y la diferenciación de los grupos de trabajo.
- A nivel de la red profesional: Activación y fortalecimiento de las redes de apoyo profesional. El establecimiento de vínculos con otros operadores de la red. Generación de instancias de descompresión y retroalimentación a nivel de la red. Aquí se encuentran los seminarios, talleres de capacitaciones, encuentros profesionales.

Al analizar el marco teórico se puede concluir que el autocuidado y el cuidado del equipo son variables importantes y necesarias para una buena calidad de la vida laboral y es una responsabilidad, tanto de los integrantes del equipo de salud como de la dirección del establecimiento. Por esta razón cualquier proceso conducente a instalar una estrategia de autocuidado de equipo tiene que ser inclusiva y participativa de todo el equipo, es decir, empleadores y trabajadores.

Objetivo General

Que sea implementado un proyecto de calidad de vida laboral y promoción de la salud en el Centro de Salud de Algarrobo, disponiendo y aplicando un Reglamento que proteja a las personas, debidamente validado, con el objeto de fomentar el Autocuidado como herramienta funcionaria para la satisfacción



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

laboral, en pro de una mejor salud y bienestar individual y de equipo, valorizando el trabajo realizado.

Estrategia propuesta

Del marco teórico se puede concluir que cualquier proceso que conlleve a desarrollar una estrategia de autocuidado de equipo tiene que ser inclusiva y participativa de todos los actores del Centro de Salud, por cuanto la dirección y el equipo de salud son responsables y necesarios para el logro de una buena calidad de vida laboral, quienes deben establecer alianzas estratégicas con entidades públicas y privadas como instituciones de seguridad laboral, deportivas, educativas, municipalidades y culturales, y participar activamente de programas de salud como Vida Chile.

Para que lo anterior tenga sustento legal debe necesariamente existir un documento que incluya las directrices para la aplicación de una gestión en pro de la calidad de vida laboral y de promoción de la salud, el cual debe ser validado por el Concejo Municipal, refrendado a través de un Decreto Alcaldicio y que sea incluido en el Plan Anual de Salud de la comuna.

El cuadro siguiente incluye los objetivos, las estrategias, actividades, productos y recursos que contempla el proyecto de autocuidado o Protegiendo el talento humano del CES Algarrobo.

*No basta saber, se debe también aplicar.
No es suficiente querer, se debe también hacer.
(Johann Wolfgang von Goethe)*



I. ILLUSTRE MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”





Estrategias

“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”



OBJETIVO	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTOS	RECURSOS
<p>1.- Favorecer espacios laborales de autocuidado funcionario comprometiendo a la Administración y Dirección del CES Algarrobo</p>	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilización de los directivos en relación a la importancia de un clima laboral saludable 	<ul style="list-style-type: none"> Reunión con los Directores del Establecimiento de Salud Algarrobo 	<ul style="list-style-type: none"> Reunión realizada con compromiso y firma de documento de acuerdo de aplicación del Reglamento y Programa de Autocuidado 	<ul style="list-style-type: none"> Humanos: Horas Equipo Gestor y otros Profesionales Materiales: papelería Programa de autocuidado
<p>2.- Lograr que los funcionarios participen en la elaboración y ejecución del Programa de Autocuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilización, compromiso y motivación de los funcionarios en la elaboración y ejecución del Programa de Autocuidado Solicitar apoyo a la Asociación de Funcionarios de los Servicios de la Salud de Algarrobo 	<ul style="list-style-type: none"> Reunión con directiva de la Asociación Talleres de sensibilización Talleres de trabajo para la elaboración del Programa de Autocuidado, considerando las necesidades y propuesta de los funcionarios 	<ul style="list-style-type: none"> Datos obtenidos de los talleres participativos Grupos de trabajo por estamentos para talleres de autocuidados Jerarquización de las necesidades y propuesta de los funcionarios 	<ul style="list-style-type: none"> Humanos: Horas de los funcionarios. Materiales: Pizarra, Plumón, papelería, medio audiovisual Programa de autocuidado



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

I. ILLUSTRE MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD

<p>3.- Elaborar un Reglamento de Autocuidado, como herramienta para promover la calidad de vida laboral del Equipo de Atención Primaria de Salud de Algarrobo, protegiendo el talento humano de APS.</p>	<p>.</p> <ul style="list-style-type: none">• Sensibilización de las autoridades comunales – Alcalde y Concejales – para que cumplan su rol en la protección del talento humano de APS	<ul style="list-style-type: none">• Reunión con Alcalde• Reunión con cada uno de los Concejales (lobby)• Participación en el Concejo Municipal para apoyar la aprobación del Reglamento de Autocuidado	<ul style="list-style-type: none">• Acta de Concejo Municipal con el acuerdo de aprobación del Reglamento de Autocuidado• Reglamento de Autocuidado validado	<ul style="list-style-type: none">• Humanos: Horas funcionarias.• Materiales: papelería, medio audiovisual• Reglamento de autocuidado
---	---	--	---	---



“Construir juntos una Salud Familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

Mecanismo de evaluación

I. ILLUSTRE MUNICIPALIDAD DE ALGARROBO
DEPARTAMENTO DE SALUD

El mecanismo de evaluación estará centrado principalmente en el cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento de Autocuidado y el informe final sobre la aplicación del Programa Anual de Autocuidado.

Verificadores:

- 1.- Reglamento de Autocuidado del Equipo de Atención Primaria de Salud de Algarrobo
- 2.- Programa de autocuidado elaborado en forma participativa.
- 3.- Actas de reuniones con Alcalde, Concejales, Directivos del centro de Salud y Directiva de la asociación de Funcionarios.
- 4.- Acta de Concejo con acuerdo de aprobación del Reglamento Autocuidado del Equipo de Atención Primaria de Salud de Algarrobo
- 5.- Carta de compromiso de los Directivos.
- 6.- Programa de autocuidado y Cronograma anual de actividades
- 7.- Ejecución de los talleres con registros de asistencia y fotográficos.
- 8.- Realización de actividades de camaradería: cumpleaños, días profesionales, etc. y registro fotográfico.
- 9.- Evaluación participativa final por parte de los funcionarios y aplicación de instrumento ad-hoc.