

*“Construir juntos una salud familiar de calidad,
es nuestro compromiso con ustedes”*

Plan de SALUD COMUNAL 2018



Algarrobo
avanza contigo!

CESFAM Algarrobo
Departamento de Salud
Ilustre Municipalidad de Algarrobo
Noviembre 2017

Contenido

INTRODUCCION	3
I. DIAGNÓSTICO DE SALUD CON ENFOQUE EN DETERMINANTES SOCIALES.....	4
• <i>Territorio y demografía</i>	4
• <i>Indicadores</i>	6
1. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.....	14
• <i>Determinantes Estructurales</i>	15
• <i>Condiciones de Vida</i>	22
• <i>Estilos de vida y factores psicosociales</i>	24
2. SISTEMA DE SALUD.....	32
• <i>Red de Atención</i>	32
• <i>Gasto público y presupuesto</i>	41
• <i>Cobertura</i>	45
3. SOLICITUDES CIUDADANAS Y DIAGNÓSTICOS PARTICIPATIVOS.....	54
4. ANÁLISIS DE DIAGNÓSTICO.....	58
II. PLAN DE ACCIÓN.....	61
• <i>Plan de cuidados a lo largo del ciclo vital.</i>	61
• <i>Plan de actividades transversales.</i>	112
III. PLAN DE CAPACITACIÓN.....	134
IV. DOTACIÓN.....	142
V. PRESUPUESTO 2018.....	146
BIBLIOGRAFIA	163

Centro de Salud Familiar Algarrobo

INTRODUCCION

La comuna de Algarrobo, a través de su entidad administradora de salud municipal, dando cumplimiento a la ley 19.378, anualmente debe formular el Plan de salud comunal, que concentra todas las acciones que planifica la comuna en el ámbito de salud. Para esto, no solo se enmarca en las Estrategias Nacionales de Salud, las orientaciones programáticas y las normas ministeriales; sino también, en datos demográficos, epidemiológicos y sociales, así como diagnósticos participativos que permiten ampliar la mirada, considerando a la comunidad como agente activo en la salud de la comuna.

Los establecimientos de Salud de Algarrobo trabajan bajo el Modelo de salud familiar, por lo que los principios fundamentales del modelo, integralidad, Continuidad y Centrado en las personas, se ven reflejados en las acciones planificadas.

El presente Plan de salud comunal 2018 contempla además un nuevo desafío para la comuna, como es el comenzar a trabajar en el proceso de acreditación en salud de sus establecimientos, lo que permitirá otorgar estándares de seguridad en las prestaciones otorgadas a nuestros usuarios.



I. DIAGNÓSTICO DE SALUD CON ENFOQUE EN DETERMINANTES SOCIALES

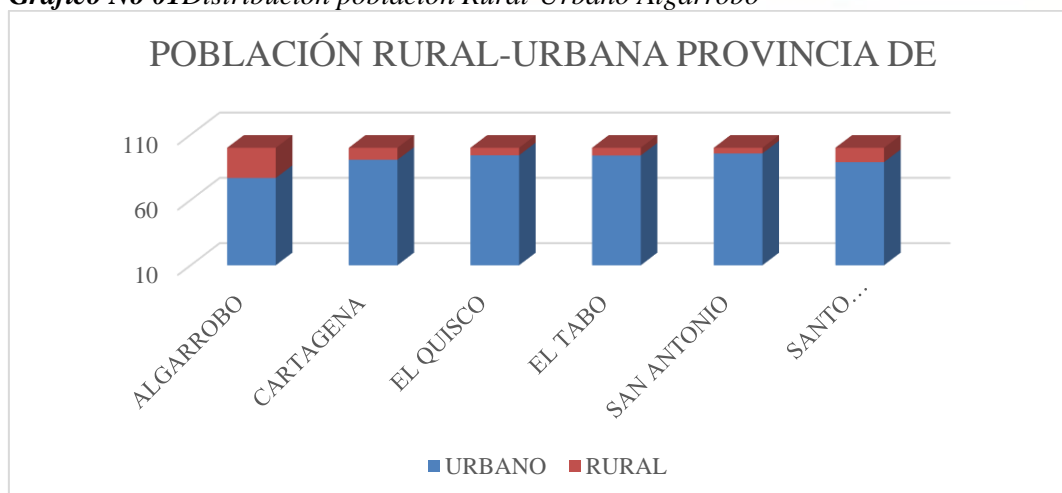
- *Territorio y demografía*

La comuna de Algarrobo se encuentra en la zona central del país, pertenece a la V Región de Valparaíso y es una de las 6 comunas pertenecientes a la Provincia de San Antonio, siendo la comuna ubicada más al norte de la provincia. Su territorio abarca aproximadamente 176 km², abarcando el 11,73% de la superficie de la provincia, la cuarta comuna con mayor territorio después de Santo Domingo, San Antonio y Cartagena; limita por el norte y el oriente con zonas rurales de la comuna de Casablanca, al occidente con el océano pacífico y al sur con la comuna de El Quisco. De acuerdo al Plan Regulador de la Comuna, su superficie se caracteriza por ser ondulada con una altura promedio de 240 m.s.n.m., destacándose las alturas de Altos de Piedra (593 m.s.n.m.) y San José (483 m.s.n.m.). Formado por suelos de baja calidad agrícola, pero con pendientes suaves, ventilación suficiente, clima mediterráneo y paisajes panorámicos favorecen el asentamiento humano en todo el territorio.

De acuerdo a las proyecciones estimadas por el INE la Comuna de Algarrobo cuenta para el año 2017 con 10.700 habitantes, representado un 6,6% de la población de la Provincia. La densidad poblacional indica 60,1 habitantes por kilómetro cuadrado, siendo la segunda densidad poblacional más baja de la provincia, la primera es Santo Domingo con 18 habitantes por km² y la de mayor densidad El Quisco con 262 km².

En cuanto a la distribución de la población en términos de ruralidad la comuna de Algarrobo es la comuna de mayor ruralidad de toda la provincia de San Antonio con un índice de ruralidad de 23,1%, seguida de Santo Domingo con un 11%, Cartagena con un 9,2%, y El Tabo 5,9.

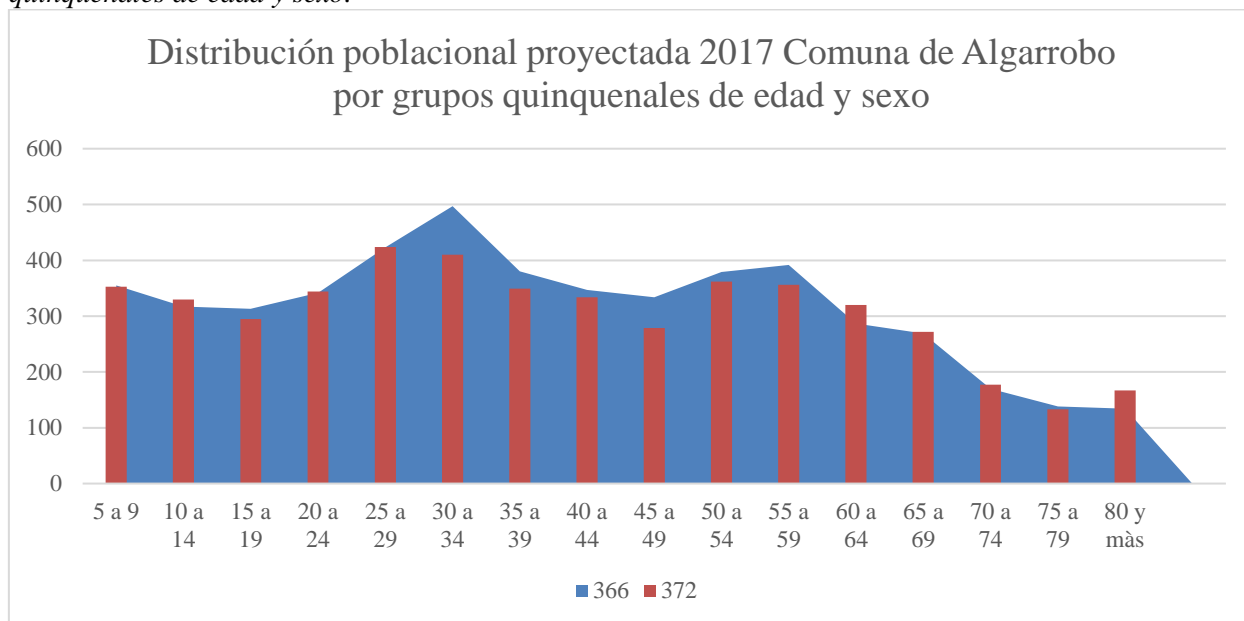
Grafico No 01 Distribución población Rural-Urbano Algarrobo



Fuente: Plan de Desarrollo Comunal Algarrobo 2017-2020

La Distribución poblacional proyectada para la comuna nos muestra un composición del 50,68% de hombres y un y 49,32% de mujeres. Representando un **Índice de Masculinidad** de 102,77 hombres por cada 100 mujeres, ó, **Índice de Femenidad** de 97,23 mujeres por cada 100 hombres. Representando una tendencia contraria del nivel regional de índice de feminidad de 103,6 y a nivel país de 102 mujeres por cada 100 hombres.

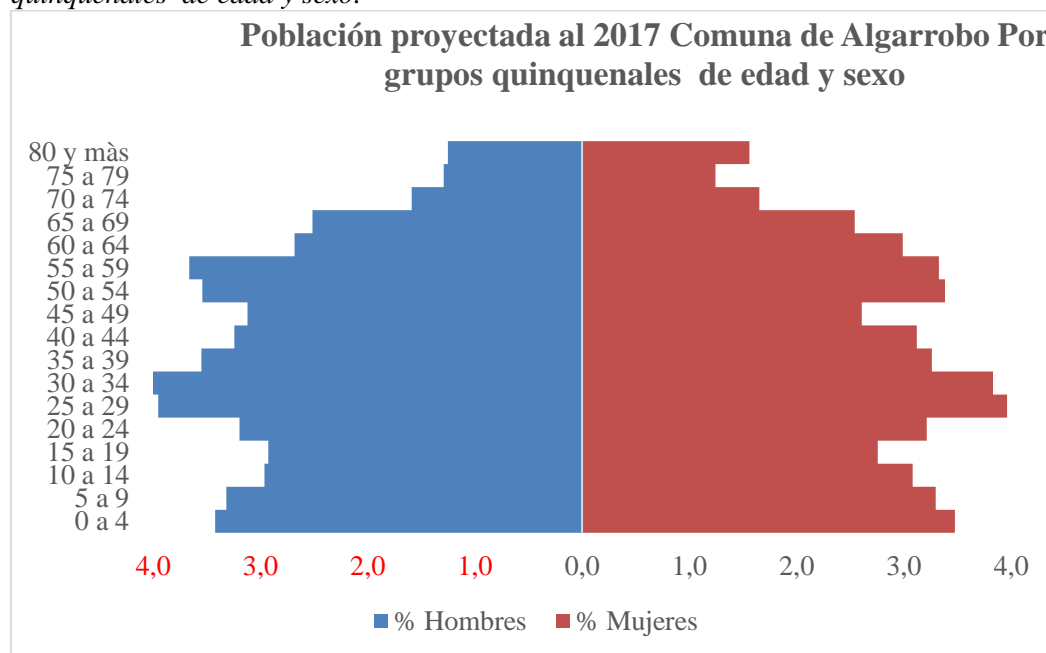
Grafico No 02 Distribución poblacional proyectada 2017 Comuna de Algarrobo por grupos quinquenales de edad y sexo.



Fuente: Estadísticas INE

La reducida superioridad del número de hombres respecto de las mujeres se mantiene en casi todos los quinquenio de edad, exceptuando los rangos de los 60 a 64 años y en mayor medida en el rango de los 80 y más años en que los hombres constituyen el 44,5% y las mujeres el 55,5%, diferencia acorde al país en que se proyecta el fenómeno de la feminización de la vejez, que plantea la necesidad de especificar las políticas en esa dirección.

Grafico No 03 Pirámide Poblacional proyectada al 2017 Comuna de Algarrobo Por grupos quinquenales de edad y sexo.



Fuente: Estadísticas INE

Respecto a la distribución por edades vemos que la mayor parte está comprendida por personas entre los 15 y 64 años (67 %), seguidos de la población menor de 15 años con un 19,4% y, finalmente la población de 65 y más años con un 13,6% de la población.

- *Indicadores*

En este documento realizamos la distribución por estos tres grandes grupos de edades: 0 a 14, 15 a 64 y 65 y más, debido a que en las políticas de salud (así como la mayoría de políticas sociales), los lineamientos y programas ministeriales son proyectadas de esta manera. Hacemos esta claridad específicamente por la diferencia que constituye los índices de renovación, de dependencia y de vejez, con los informados por el INE, en que se consideran como grandes grupos de edad: 0 a 14, 15 a 59 y 60 y más.

El **Índice de Dependencia demográfica** es la relación entre los dos grupos de población económicamente dependientes: los mayores de 65 años y los menores de 15 años. En su mayoría, las personas en estos rangos de edad tienen un índice muy bajo de actividad laboral, y por lo tanto, se entiende que dependen de otras personas. Esta dependencia no es exclusivamente económica, por el contrario, tiene un componente más social y asistencial. Entonces este indicador nos muestra potencialmente la relación existente entre la población inactiva laboralmente con la población en edad de trabajar y pagar impuestos.

Teniendo en cuenta la separación por rangos etáreos que realizamos en el presente documento (I: Menores de 15 años, II: entre 15 y 64 años y III: 65 y más años) el **Índice de Dependencia** para la comuna de Algarrobo alcanza un a 49,29; es decir que hay 49,29 personas laboralmente inactivas, dependientes por cada 100 personas activas laboralmente.

Al considerar como población activa a las personas entre 15 y 59 años el índice de dependencia se eleva a 63,11 personas dependientes por cada 100 Personas activas, siendo mayor que el índice de dependencia a nivel regional y nacional.

Tabla No 01 Índice de dependencia, Adulto mayor y vejez, Algarrobo

COMUNA ALGARROBO	ÍNDICE DEPENDENCIA	DE	ÍNDICE ADULTO MAYOR (AM POR 100 MENORES DE 15)	ÍNDICE DE VEJEZ (AM POR 100 HABITANTES)
PAÍS 2015	54,4		73,1	19,9
REGIÓN 2015	57,1		87,6	17
COMUNA 2017 (A.M. 60 y más años)	63,11		99,71	9,32
COMUNA 2017 (AM 65 y más años)	49,29		70,4	6,64

Fuente: Estadísticas INE. Elaboración base de datos INE.

El **Índice de Adulto Mayor** en la comuna para el 2017 representa un 99,71 de personas mayores de 60 años por cada 100 menores de 15 años, habiéndose incrementado el índice del 2015 que alcanzaba a ser de 93,13 adultos mayores por cada 100 niños menores de 15 años.

En el 2015 a nivel de la V Región se registra como una de las regiones con el de mayor índice de adultos mayores del país con un índice de Adultos Mayores de 87,44, seguida de la región de los Ríos con 78,24 Adultos Mayores por cada 100 niños menores de 15 años.

Para el caso de la proyección 2017 considerando al Adulto Mayor a partir de los 65 años el **Índice de Adulto Mayor** para el 2017 representan 70,4 adultos mayores de 64 años por cada 100 menores de 15 años.

Siguiendo la proyección INE 2017 el porcentaje de **Mujeres en Edad Fértil** para la comuna es del 46,14%, es decir, 2435 mujeres entre los 15 y 49 años. En relación a este grupo de mujeres se establece la **Tasa Global de Fecundidad (TGF)** en la que se representa el promedio de hijos nacidos vivos que un grupo de mujeres tendrá si siguen la tendencia de las tasas de fecundidad por grupo de edades (quinquenios) dentro del grupo de mujeres en edad fértil. En el 2015, a nivel nacional la TGF fue de 1,8 hijos por mujer y el de la región de Valparaíso de 1,7 hijos por mujer.

Para la comuna de Algarrobo en el 2015 la TGF fue de 1,9 hijos por mujer, mayor que la tasa regional y nacional; sin embargo para el 2016 la TGF disminuyó a 1,6 hijos por mujer.

De acuerdo a informe del Servicio de Salud Valparaíso –San Antonio 2014, y, los datos emitidos por el Registro Civil 2015 y 2016, la **Tasa de Natalidad** de la comuna, muestran para la comuna de Algarrobo en el año 2014 15,2 nacidos por cada mil habitantes, siendo la segunda tasa mayor de la provincia, después de Santo Domingo (15,3), y mayor que la tasa regional que alcanza un 14,3 por cada mil habitantes. La tendencia reflejada en los datos del registro civil para los años 2015 y 2016 es a la baja.

Tabla No 02 Tasa de natalidad Algarrobo

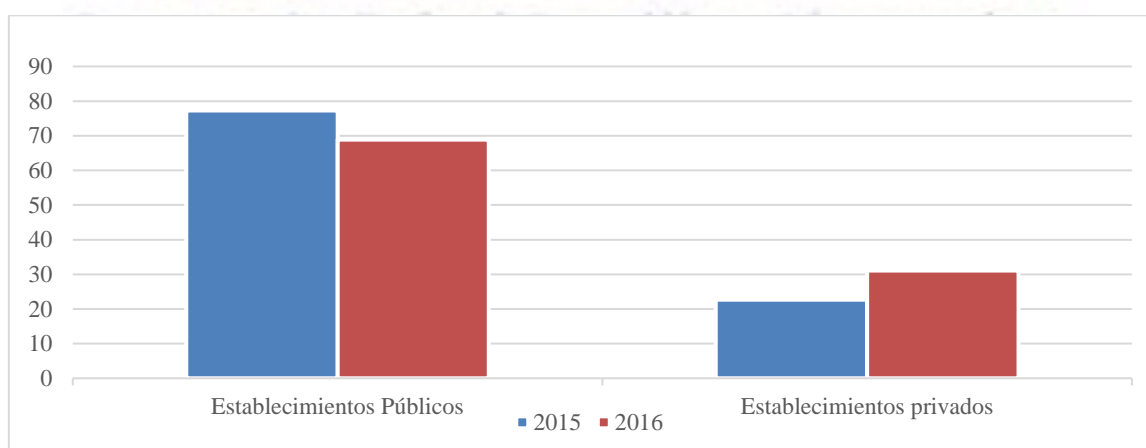
TASA NATALIDAD *1000 HABITANTES. ALGARROBO	2014	2015	2016
	15,2	13,99	11,8

Fuente: Informe Servicio de Salud Valparaíso San Antonio

Específicamente en la comuna se reportaron en el registro civil en el 2015: 141 nacimientos y en el 2016: 119 nacimientos. En el 2015 el 51% correspondía a población masculina y 49% femenina y en el 2016 49,6% masculina y 50,4 % femenina.

Las atenciones de parto fueron realizadas en establecimientos públicos de salud el 77,3% (2015) y 68,87% (2016). La mayoría de asistencias se realizaron en la ciudad de San Antonio 75,08% en año 2015 y 53% en el año 2016.

Grafico No 04 Atenciones en establecimientos de salud de nacimientos/madres con domicilio en Algarrobo

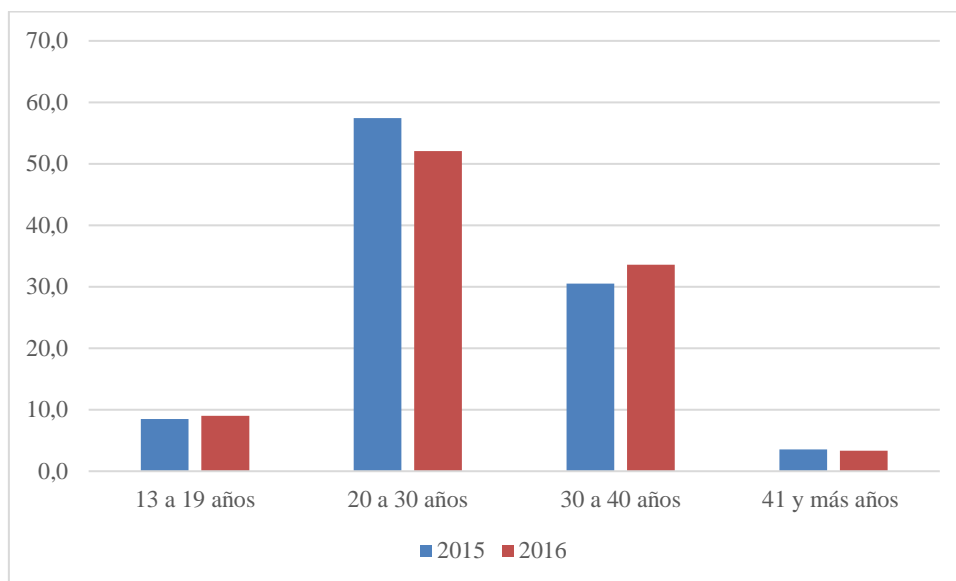


Fuente: Base de datos Registro Civil

Los partos de mujeres menores de 20 años en este registro, alcanzan para el año 2015 un 8,51% y para el 2016 un 9,02%. La mayor concentración de partos se encuentran para los dos años en

mujeres dentro del rango de 20 a 30 años con un 57,5% (2015) y 51,6% (2016). El registro también señala partos de mujeres mayores de 40 años en 3,5 % (2015) y 3,4% (2016).

Grafico No 05 *Edad de la madre al nacer 2015-2016. Algarrobo*



Fuente: Base de datos Nacimientos Registro civil 2015-2016

La **edad gestacional** en el momento del parto corresponde en su mayoría a la clasificación de maduro, es decir entre las 39 y 41 semanas, con un 92,9% de partos de edad gestacional madura en el 2015 y 92,4% en el 2016, seguido por edad gestacional de prematuro leve (35 y 36 semanas) con 5% (2015) y 2,5% (2016). La clasificación del recién nacido respecto al **peso al nacer** corresponde en su mayoría a recién nacidos con peso adecuado al nacer (2500 a 3999 gramos): 84,4% (2015) y 83,2% (2016). Seguido de nacidos dentro de la clasificación macrosómica (4000 y más gramos): con un 9,2% de nacidos en ese rango para los años 2015 y 2016.

La **Esperanza de Vida al Nacer** representa una estimación promedio la media de años por vivir de un grupo de personas nacidas en el mismo año, considerando que las condiciones de mortalidad se mantuvieran en el tiempo. Representa un indicador de calidad de vida de las personas del territorio. En el caso de la Región de Valparaíso y de acuerdo a las estimaciones proyectadas por el INE, para el periodo de 2015 a 2020 la estimación de Esperanza de vida de la región es la sexta mayor del país, y, específicamente en la provincia de San Antonio la comuna de Algarrobo representa la segunda mayor estimación de esperanza de vida, sólo antecedida por San Antonio: 77,25.

Tabla No 03 *Esperanza de vida al nacer*

	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES
PAIS	79,75	76,68	82,81
REGION	79,71	77,33	82,13
COMUNA Algarrobo	78,77	76,28	81,26

Fuente: Informe servicio de Salud Valparaíso-San Antonio

La **tasa bruta de mortalidad** relaciona las defunciones ocurridas en un año en una población concreta. Su interpretación se realiza con el número de muertes por cada mil personas. En esta tasa es necesario tener en cuenta que depende de la estructura en edades que tenga la población en concreto, dado que a mayor población envejecida existe una mayor probabilidad de defunción. Por ello es importante considerar el porcentaje de población mayor del lugar donde se realiza la medición. Esta relación es medida por el **índice de Swaroop** que indica el porcentaje de defunciones ocurridas en personas de 60 años y más. En la estructura poblacional del País la Región de Valparaíso es en la que se encuentra la mayor proporción de mayores de 60 años 13,43% (INE), seguida de la Región de la Araucanía 12,38% y la Región de Coquimbo 11,81%. Al mismo tiempo dentro de la Región La Provincia de San Antonio es la que cuenta con un mayor porcentaje de mayores de 60 años, por encima de Valparaíso. En el caso comunal Algarrobo es la cuarta de las seis comunas en proporción de mayores de 60 años (18%) antecedidos por Cartagena (20%), El Quisco (23%) y El Tabo (24%).

El INE reporta para el año 2015 una **Tasa de Mortalidad** para el país de 5,7 defunciones por mil habitantes, para la región una mayor tasa de 6,7 y para la comuna de Algarrobo de 7,0.

Tabla No 04 Tasa de mortalidad Provincia de San Antonio

COMUNA	Mortalidad (tasa por 1.000 habitantes)			Índice de Swaroop (%)*		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016
ALGARROBO	7,7	7,0	7,5	80	86,3	73,4
EL QUISCO	7,3	7,6	7,0	77,9	77,8	78,5
EL TABO	7	5,6	7,0	85,1	80,7	77,8
SANTO DOMINGO	5,3	4,1	6,1	84,1	76,3	79,3
SAN ANTONIO	6,9	7,0	7,2	77,5	79,6	75,2
CARTAGENA	7	7,6	7,8	73,5	77,1	79,9
PROVINCIA DE SAN ANTONIO	6,7	6,9	7,2	88,2	79,5	76,4

* 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 (DEIS)

La **tasa bruta de mortalidad** a nivel provincial en los últimos 3 años se ha mantenido, refiriendo alrededor de 7 fallecimientos por cada 1000 habitantes, misma tendencia reflejan los datos de la comuna de Algarrobo.

En la Provincia el **índice de Swaroop** muestra un porcentaje superior al 75% de fallecimientos de mayores de 60 años con respecto al total de fallecimientos en la provincia. Se observa una primaria tendencia a la baja en el índice tanto en la provincia como en las comunas de Algarrobo, El Tabo y Santo Domingo. Algarrobo en el año 2016 es la única comuna que presenta un índice menor de 75%.

Tabla No 05 Causas de defunción Algarrobo 2015-2016

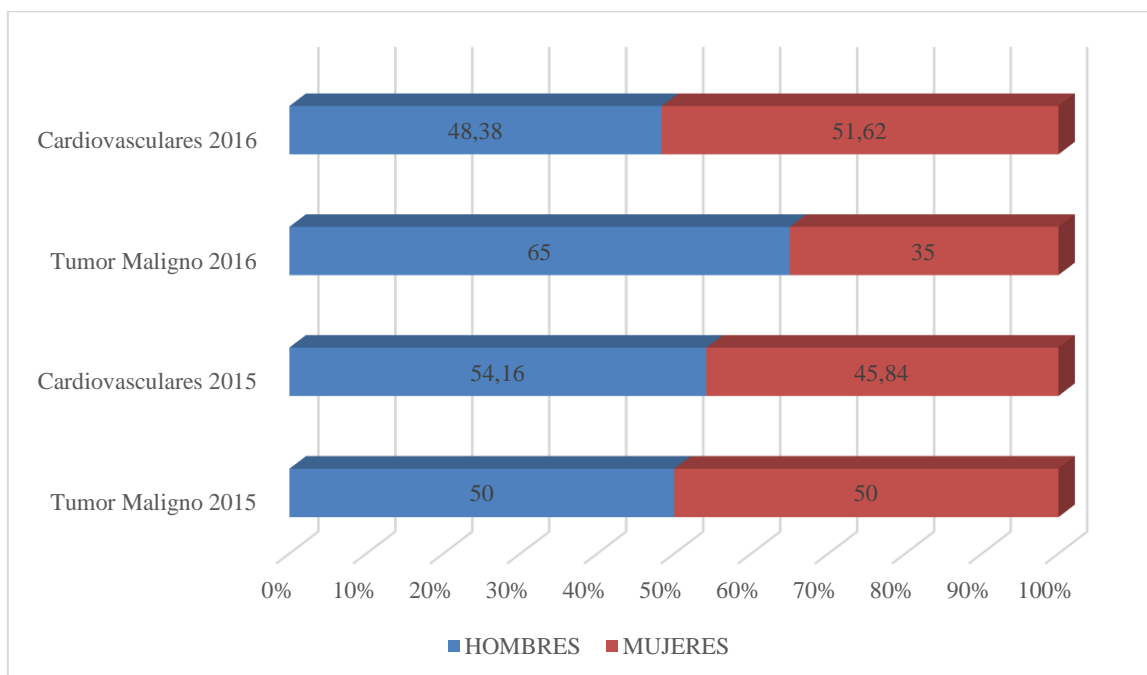
CAUSA DE DEFUNCIÓN	2015	2016
Causas Externas	5,48	1,27
Tumores malignos	35,62	25,32
Enfermedades cardiovasculares	32,88	39,24
Referidas como natural	2,74	1,27
Otras	12,33	22,78
Enfermedades del sistema respiratorio	8,22	7,59
Lesiones auto infligidas	2,74	2,53

Fuente: Base de datos Defunciones Registro Civil.

Específicamente para la comuna de Algarrobo en los años 2015 y 2016 encontramos como principales causas de mortalidad las enfermedades cardiovasculares y tumores malignos. Siendo levemente superior en el 2015 los fallecimientos por tumores malignos que los relacionados a enfermedades cardiovasculares. En el año 2016 los fallecimientos por enfermedades cardiovasculares superan en un 13,92% el porcentaje de fallecimientos por cáncer, relación similar a la situación de la región y el país.

Es necesario señalar que para el 2016 entre la categoría Otras causas de defunciones el 39% corresponden a cirrosis hepáticas u otras enfermedades del hígado.

Grafico No 06 Principales Causas de mortalidad según sexo 2015-2016. Algarrobo



Finalmente respecto a las edades en las que se concentran las principales causas de muerte en la comuna de Algarrobo es para el rango de 60 y más años con un 76,92% de los casos de fallecimientos por tumores malignos en el año 2015 y un 80% para el 2016. Para el caso de las enfermedades cardiovasculares también se concentran los fallecimientos entre los 60 y más años con un 95,83% y 93,55% para los años 2015 y 2016 respectivamente.

Además de observar la tasa de mortalidad y el análisis de las principales causas de muerte que más afectan a la comuna es necesario para evaluar la situación de salud conocer cuáles son las causas de muerte que provocan el fallecimiento en edades tempranas para poder realizar intervenciones que tengan como finalidad alargar cada vez más los años de vida de la población. Para ello se utiliza el indicador de los **Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP)** el cual presenta cuántos años se dejan de vivir por todas las causas o por cada causa de muerte.

El DEIS reporta para el año 2014 un total de 1.242 894 AVPP a nivel Nacional, 122610 AVPP para la Región de Valparaíso y 851 AVPP para la comuna de Algarrobo.

Para el año 2014 tanto a nivel País como de la V Región, las principales causas de AVPP hacen referencia a “Resto de Causas” (37% y 39%), tumores malignos (22% y 26%) y enfermedades del sistema circulatorio (16% y 18%).

Para el caso de Algarrobo, retomando los datos de defunciones del registro civil, el tope utilizado en el DEIS de < de 80 años como límite superior y 1 año como inferior, y, además separando por grupos de edades quinquenales, el aproximado AVPP calculado para la comuna

nos muestra en el año 2015 637,5 Años de Vida Potencialmente Perdidos y 990,5 para el 2016. Este importante aumento en la cantidad de años de 2016 refleja un número mayor de personas de menor edad fallecidas, las causas de defunción de este pertenecen a lesiones auto infligidas y otras causas.

Tabla No 06 Años de Vida Potencialmente Perdidos según causa de defunción 2015- 2016

AVPP ALGARROBO/ DEFUNCIÓN CAUSA DE	2015	2016
Accidentes	121	16,5
Tumores malignos	275	203
Enfermedades cardiovasculares	67,5	157
Otras	79,5	510
Enfermedades del sistema respiratorio	41,5	31
Lesiones autoinfligidas	53	73
TOTAL AVPP	637,5	990,5

Fuente: Elaboración propia, base de datos proyecciones poblacionales INE y base de datos Defunciones Registro civil

Respecto a las causas de defunción de Años de Vida potencialmente Perdidos el comportamiento de la comuna en el año 2015 presenta un mayor número de AVVP causado por tumores malignos, seguido de accidentes de tránsito con deceso de personas de menor edad.

En el 2016 los AVPP se asemejan a la tendencia nacional de concentrar en defunciones causadas por tumores malignos, seguido de aquellas causadas por enfermedades cardiovasculares. Para la categoría Otras causas, que alcanza 510 Años de vida potencialmente perdidos, se destaca un 27 % de años perdidos por decesos de personas entre los 48 y 65 años relacionadas con daño hepático, el 70% de ellos hombres.

1. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

El concepto de salud se ha modificado con el transcurso de los años, pasando de sustentarse en el aspecto individual, biológico y negativo: ausencia de enfermedad en un individuo, a ser una concepción en la que intervienen diferentes factores que conforman un concepto global de salud (biológico, social, psicológico) y que están determinados por diversos factores y no sólo por la acción individual.

Así es como se ha demostrado que en el estado de salud de una persona existe una relación con los estilos de vida, la posición social y económica, sus condiciones de vida.

“Los determinantes sociales de la salud se refieren a las características de las condiciones sociales que influyen en la salud y las vías particulares por medio de las cuales dichas condiciones ejercen su efecto y que se pueden alterar con medidas fundamentadas” (Krieger, 2001, p. 696).

Ilustración No1 Modelo socio económico de salud



En esta concepción de salud ubicamos a las personas en un contexto estructural de la sociedad: niveles de ingreso y pobreza, ocupación, educación; con unas condiciones de vida que nos describen las condiciones de la vivienda, el nivel de saneamiento y los accesos a la comunicación y tecnologías; en este contexto ubicamos los estilos de vida y los factores psicosociales de las personas.

No obstante, y, pese a que esta concepción de la salud lleva algunos años, al corresponder a una mirada de la salud como estrategia de cambio social, los procesos son de largo plazo y la

recopilación de datos estadísticos y el establecimiento de relaciones aún no están estandarizadas.

- *Determinantes Estructurales*

Los datos recogidos por el Ministerio del Interior muestran una ondulación en la tasa de la pobreza según encuesta CASEN, no logrando realizar alguna comparación.

No obstante en el informe del Ministerio de Desarrollo Social hacen referencia a la medición de la pobreza multidimensional del año 2015 que considera además del ingreso las variables de Salud, educación, trabajo y seguridad social, vivienda y entorno, redes y cohesión social; en esta medición la Comuna de Algarrobo alcanza un valor de 9,7%, siendo la segunda comuna con el índice más bajo de pobreza después de la Comuna de El Tabo, y, una de las 9 (la quinta) con menor porcentaje de pobreza de las 38 comunas de la Región .

Ingreso-Pobreza

Tabla No 07 Pobreza comuna Algarrobo según Encuesta CASEN 2013

	2013	2011	2010	2007	2001
ALGARROBO	9,70%	1,01%	5,70%	19,92%	21,49%

www.datos.sinim.gov.cl ,(SUBDERE, Ministerio del Interior)

Los datos preliminares arrojados por la base de datos de la encuesta CASEN 2015 muestran para la comuna de Algarrobo una cifra de pobreza de 6,6% en cuanto a la situación de pobreza por ingresos, es decir, 6,6% de la población de la comuna se forman parte de hogares cuyo ingreso total mensual es inferior al ingreso mínimo establecido para satisfacer las necesidades básicas alimentarias y no alimentarias en ese mismo período, de acuerdo al número de integrantes del hogar. Por su parte en la medición CASEN 2015 de la pobreza multifactorial en la que se identifican diversas carencias en los hogares que incluyen indicadores para: educación, salud, trabajo y seguridad social, vivienda, y, entorno, y, redes y cohesión social, la comuna de Algarrobo alcanza un 14,3% de la población en los 5 factores y 10,4% sin incluir los indicadores de Entorno y redes.

Es importante señalar que en la Encuesta CASEN de 2015 la comuna de Algarrobo no está considerada como una comuna representativa dentro de la metodología, además de que las cifras no son comparables con la encuesta casen 2013 pues la anterior no fue diseñada para proporcionar datos representativos a nivel comunal. Por tanto revisamos los datos para acercarnos a la realidad comunal teniendo como referencia lo anterior y que para la comuna se revisamos 183 casos.

Referente a la composición del hogar, el Ministerio de Desarrollo social considera la variable jefe de hogar, representando a la persona que es considerada como tal por los miembros del hogar. A su vez considera a los miembros del hogar a todos aquellas personas que residen en una misma vivienda, que pueden o no tener algún parentesco, pero que llevan una vida en común, se alojan y alimentan juntas.

Tabla No 08 Porcentaje jefes de hogar Provincia de San Antonio

Comuna	Jefes de Hogar		Población Total
	Hombre	Mujeres	
ALGARROBO	55,3%	44,7%	5.784
CARTAGENA	52,2%	47,8%	9.004
EL QUISCO	62,9%	37,1%	5.947
EL TABO	68,3%	31,7%	2.558
SAN ANTONIO	57,2%	42,8%	31.268
SANTO DOMINGO	74,4%	25,6%	2.307

Fuente: Informe Servicio de salud Valparaíso-San Antonio

De acuerdo al informe realizado por el Servicio de Salud Valparaíso- San Antonio, la comuna de Algarrobo presenta uno de los dos mayores porcentajes de mujeres como jefes de hogar: 44,7% de familias.

Educación- Ocupación

Educación

Los principales datos referidos a la educación en la comuna son aquellos que se desprenden de los resultados de la encuesta CASEN, los resultados de las mediciones realizadas por el Sistema de Medición de la Calidad de la Educación (SIMCE) y los resultados del test Prueba de Selección Universitaria (PSU).

Las cifras de analfabetismo de la Encuesta CASEN reportan que el analfabetismo alcanza un 2,4%, para la región, mientras que para la comuna de Algarrobo reporta en encuesta CASEN 2015 un 3,13% de personas con una o dos formas de analfabetismo (no leer y/o no escribir). Específicamente esta cifra de analfabetismo corresponde en un 60% a personas mayores de 80 años y en un 40% a personas entre 48 y 58 años.

Tabla No 09 Analfabetismo Algarrobo base de datos Encuesta CASEN 2015

COMUNA	Lee y escribe	Sólo lee	Sólo escribe	No lee ni escribe	Analfabetismo
San Antonio	96,95	0,61	0,08	2,36	3,05
Algarrobo	96,88	0,00	0,00	3,13	3,13
Cartagena	97,59	0,60	0,00	1,81	2,41
El Quisco	98,56	0,57	0,14	0,72	1,44
El Tabo	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santo Domingo	95,02	1,15	0,38	3,45	4,98

Fuente: Base de datos Encuesta CASEN 2015

El catastro de Establecimientos educacionales de la Comuna de Algarrobo indica la existencia de 6 establecimientos de carácter municipal, 4 particular subvencionados, 2 de la Fundación Integra y 1 dentro del Programa de Mejoramiento de Atención de la Infancia (PMI) de la JUNJI.

De acuerdo a los datos encontrados en el Sistema de información Municipal del Ministerio del Interior, la matrícula Inicial de los establecimientos educacionales en Algarrobo fue de 2144 alumnos entre establecimientos municipales y particulares subvencionados, siendo mayor el porcentaje de número de matrículas en los establecimientos particulares subvencionados 59,8%, que en los establecimientos municipales 40,2%.

Tabla No 10 Matrícula Inicial Establecimiento municipales y particulares subvencionados, Algarrobo, EL Quisco, El Tabo 2012 y 2016

COMUNA	Matrícula inicial total en establecimientos municipales 2016	Matrícula inicial total en establecimientos particulares subvencionados 2016	Matrícula inicial total en establecimientos municipales 2012	Matrícula inicial total en establecimientos particulares subvencionados 2012
El Quisco	1238	838	838	799
Algarrobo	862	1282	1282	1033
El Tabo	872	872	104	103

Fuente: www.datos.sinim.gov.cl ,(SUBDERE, Ministerio del Interior)

La matrícula inicial total de establecimientos educacionales en las comunas aledañas es menor que la matrícula inicial de la comuna de Algarrobo.

Referente a los resultados de las evaluaciones del Sistema de Medición de la Calidad de la Educación (SIMCE) para la comuna de Algarrobo establecen su rango comparativo dentro del grupo de establecimientos educacionales que se categorizaron dentro del grupo socioeconómico medio bajo, estando unos puntos por debajo de la media nacional perteneciente a este grupo.

Tabla No 11 Resultados promedio SIMCE Media, Algarrobo

Media	Algarrobo			
	2012	2013	2014	2015
Lectura	229	222	234	190
Matemática	220	317	209	194

Fuente: PADEM 2016

Tabla No 12 Resultados promedio SIMCE Básica, algarrobo

Básica	Algarrobo			
	2012	2013	2014	2015
Comprensión Lectura	227,3	225,1	234	218,18
Matemática	242,66	274,25	231,5	220,33
Ciencias Naturales	-----	245,5	-----	237,5

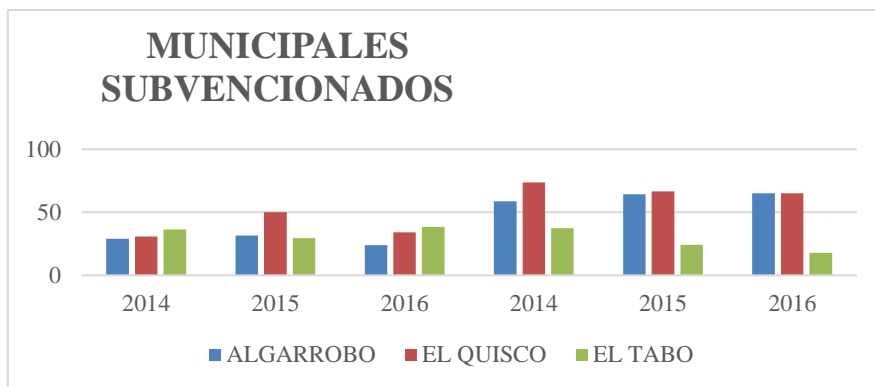
Fuente: PADEM 2016

Los promedios de los puntajes obtenidos entre los años 2012 y 2015 han presentado una fluctuación con la tendencia a promedios más bajos en la actualidad.

Las pruebas SIMCE también recogen indicadores que expresan el desarrollo personal y social de los estudiantes. En los años 2014 y 2015 los puntajes inferiores en estos indicadores los obtuvieron: los hábitos de vida saludable y el clima y la convivencia escolar, seguidos por la autoestima y motivación académica y la participación y formación ciudadana.

Por su parte de los resultados de la Prueba de Selección Universitaria se extrae el porcentaje de los alumnos que lograron un puntaje superior a los 450 puntos. Puntaje que hasta este año regía como mínimo para el ingreso a la educación universitaria.

Grafico No 07 Porcentaje de Puntajes PSU Igual o Superior a 450 Puntos en Establecimientos de Educación 2014- 2016.



Fuente: www.datos.sinim.gov.cl , (SUBDERE, Ministerio del Interior)

La diferenciación entre el sector público y el particular subvencionado muestra un mayor porcentaje de alumnos con más de 450 puntos en los establecimientos educacionales particulares subvencionadas de las comunas de Algarrobo y El Quisco, evidenciando la brecha existente entre estos dos sectores en todo el territorio nacional. La proporción de puntajes superiores a 450 puntos en los años 2014 y 2015 se mantuvieron con la tendencia de entre 60% y 70% en los colegios particulares subvencionados, mientras que en el sector municipal los puntajes superiores representan alrededor del 20% al 30%.

Ocupación

De acuerdo a la Encuesta Nacional del empleo del INE, en el anterior trimestre del año en curso para la Región de Valparaíso los datos de ocupación son de 53,8% de los pobladores y una desocupación de 7,7%, siendo esta la cuarta cifra más alta desocupación en el país.

La brecha en el área laboral entre las mujeres y los hombres en el país, se manifiesta también en la región de Valparaíso en una desocupación de 0,6 puntos más alta que la de los hombres y una ocupación de la mujer 20,6 puntos por debajo de ellos.

Específicamente de la comuna de Algarrobo encontramos un aumento significativo en la tasa de envío a empleos por intermedio de la oficina municipal OMIL; no obstante no contamos con información más detallada sobre estos empleos.

Tabla No 13 Porcentaje de empleabilidad OMIL Algarrobo

% TASA DE ENVÍO A EMPLEOS					
2016	2015	2014	2013	2012	2011
41,67%	No Recepcionado	69,16%	No Recepcionado	11,46%	11,46%

Fuente: www.datos.sinim.gov.cl , (SUBDERE, Ministerio del Interior)

Una de las fuentes que nos acerca a la estructura económica de la comuna son los reportes generados por el **Servicio de Impuestos Internos (SII)** de las empresas y trabajadores registrados, que diligencian sus formularios de declaraciones de renta.

En estos reportes para la Comuna de Algarrobo se destaca el aumento de 350 empresas que declaran entre los años 2010 a 2015, llegando a un reporte de 1076 empresas. El número de trabajadores dependientes también presenta un aumento con un número de 1237 trabajadores dependientes reportados en 2010 a 2768 en 2015.

La mayor concentración de empresas por rubro para la comuna de Algarrobo reportadas en el 2015, lo constituyen las empresas de comercio con un 37,98% del total de las empresas, seguida por empresas relacionadas a las Actividades Inmobiliarias, empresariales y de alquiler, con un 11,14% y aquellas referidas a hoteles y restaurantes representan un 10,03%.

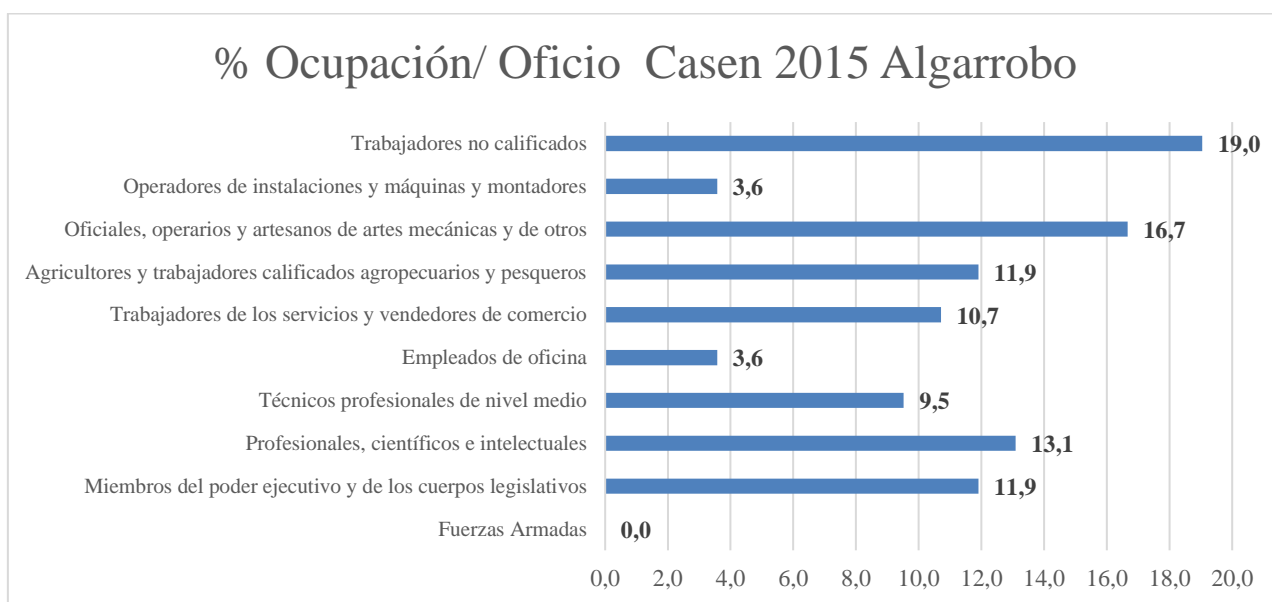
Tabla No 14 Porcentaje de trabajadores por rubro de empresa SII Algarrobo 2015

Porcentaje de trabajadores por rubro de empresa	
ADM. PUBLICA Y DEFENSA, PLANES DE SEG. SOCIAL AFILIACION OBLIGATORIA	21,68%
COMERCIO AL POR MAYOR Y MENOR, REP. VEH.AUTOMOTORES/ENSERES DOMESTICOS	19,04%
CONSTRUCCION	7,66%
CONSEJO DE ADMINISTRACION DE EDIFICIOS Y CONDOMINIOS	7,41%
INDUSTRIAS MANUFACTURERAS NO METALICAS	6,18%
ACTIVIDADES INMOBILIARIAS, EMPRESARIALES Y DE ALQUILER	10,66%
HOTELES Y RESTAURANTES	11,67%

Fuente: Reportes Servicio de Impuesto Internos

Ahora bien pese a que las empresas de comercio constituyen la mayoría de las empresas, el mayor número de trabajadores dependientes (21,68%) pertenecen a las empresas de rubro “Administración Pública y Defensa”, referida específicamente para el caso a los trabajadores municipales. El comercio al por mayor y menor declara a un 19,045 de los trabajadores de la comuna. Los datos recogidos de los habitantes de la comuna sobre ocupación y oficio de la base de datos de la encuesta CASEN 2015 se ajusta en cierta forma a la condición de ocupación que se desprende de la información del Servicio de Impuestos Internos. En la Encuesta Casen 2015 se destacan con un 19% los trabajadores no calificados y con un 15,7% oficiales, operarios y artesanos.

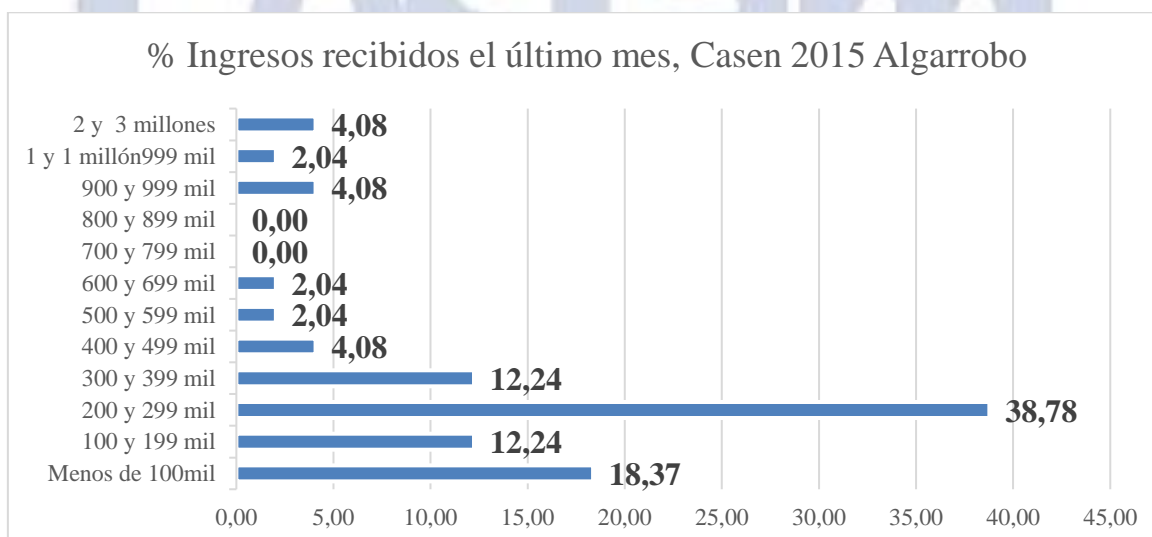
Grafico No 08 Porcentaje ocupación/oficio base de datos CASEN 2015



Fuente: Base de datos CASEN 2015

Respecto a la calidad contractual de los trabajadores encuestados en la CASEN 2015, el 83,7% afirmó tener contrato a término indefinido, el 83,6% trabajar en un el horario diurno y la concentración de los ingresos recibidos en el último mes fue en un 38,78% para aquellos los que perciben entre 200 mil y trescientos mil pesos, seguido por un 18,37% aquellos que recibieron menos de 100 mil pesos en el último mes.

Grafico No 09Ingresos recibidos el último mes base de datos CASEN 2015



Fuente: Base de datos CASEN 2015

Finalmente a la pregunta por la tenencia de tarjetas para los intercambios comerciales la mayoría de las personas, 57,4%, afirmó tener tarjetas de débito, seguido por la tenencia de tarjetas de casas comerciales con un 38,7%.

- *Condiciones de Vida*

Vivienda y saneamiento

En el conteo de viviendas realizado en el Precenso 2016 se registraron para Algarrobo 20194 viviendas. Esta cantidad de viviendas y la cantidad de población proyectada (10700) habitantes refleja la marcada característica de balneario de la población, pues su relación es de 1,88 casas por cada habitante.

La encuesta CASEN 2015 indaga por la situación bajo la cual el hogar ocupa su vivienda, en la comuna de Algarrobo la situación predominante es la vivienda propia pagada de un 69,8% de los encuestados, seguida por un 15,3% de personas cuya vivienda fue cedida por familiar u otro.

El **índice de Saneamiento** de las viviendas realizado por Ministerio de Desarrollo Social considera como variables: la disponibilidad de agua y el sistema de eliminación de excretas; a partir de ellas se realiza una gradación de Deficitario y Aceptable. La comuna de Algarrobo en la encuesta CASEN 2013 presenta un índice de Saneamiento Aceptable del 86,2%, es decir, en términos de disponibilidad de agua cuenta con un 86,2% de viviendas con suministro con cañería dentro de la vivienda proveniente de red pública, pozo, noria u otro (el criterio del Ministerio de Desarrollo Social alude a que la infraestructura necesaria y los permisos sanitarios hacen que en la mayoría de los casos su calidad sea potable). Y en términos de sistema de eliminación de excretas de conexión al alcantarillado o a fosa séptica.

Tabla No 15 Saneamiento Provincia de San Antonio

Comuna CASEN 2013	Saneamiento Aceptable	Saneamiento déficit
ALGARROBO	86,2	13,8
CARTAGENA	85,3	14,7
CASABLANCA	85,3	14,7
EL QUISCO	93,4	6,6
EL TABO	73,0	27,0
SAN ANTONIO	89,8	10,2
SANTO DOMINGO	65,7	34,3

Fuente: Informe Servicio de Salud Valparaíso- San Antonio

A nivel provincial la comuna se encuentra en el tercer lugar en saneamiento aceptable después de El Quisco y San Antonio.

Por su parte el índice de saneamiento en déficit para la comuna es de 13,8%, siendo condición necesaria para el encasillamiento en déficit el tener una situación deficitaria de disponibilidad de agua, es decir no contar con agua por cañería dentro de la vivienda y tener que garantizar su suministro mediante acarreo. La otra condición es el sistema de eliminación de excretas que se considera deficitaria el contar con letrina sanitaria, cajón o no contar con un servicio higiénico (wc).

Es importante señalar que la condición de saneamiento deficitario está directamente relacionada con la condición de ruralidad, por las condiciones de acceso más difícil y un mayor costo, y la comuna de Algarrobo tiene la mayor población rural de toda la provincia 23,1%, 14% más que la siguiente comuna.

El **Hacinamiento** está asociado al espacio disponible para los habitantes de la vivienda, se representa mediante el coeficiente entre el número de personas residentes y el número de dormitorios disponibles (piezas destinadas para dormir). Se considera una vivienda sin hacinamiento aquella en que hay 2,4 y menos personas por dormitorio, con hacinamiento medio 2,5 a menos de 5 personas por dormitorio, y, hacinamiento crítico a 5 y más personas por dormitorio.

Tabla No 16 Porcentaje de hogares en condición de hacinamiento Algarrobo

COMUNA	HACINAM. MEDIO	HACINAM. CRÍTICO	SIN HACINAM.
ALGARROBO	15,9	1,3	82,8
CARTAGENA	17,9	2,2	79,9
EL QUISCO	13,1	1,0	85,9
EL TABO	11,4	1,6	87,0
SAN ANTONIO	15,8	1,2	83,0
SANTO DOMINGO	15,2	0,4	84,4

Fuente: Ficha de Protección social, Ministerio de Desarrollo Social 2013. (Reportes comunales. Bcn.cl)

Específicamente para la comuna de Algarrobo se encuentran un 15,9% de hogares con hacinamiento medio, la segunda más alta a nivel provincial después de Cartagena, y 1,3% con hacinamiento crítico, la tercera de la provincia.

Tecnología de la información y comunicaciones

De acuerdo a los informes de la encuesta CASEN del año 2013 para la región de Valparaíso se observa un 43,2% de hogares con teléfono fijo y un 82,8% de la población de 5 años o más que tiene teléfono móvil. La tenencia de computador por familia llega al 53,0%, y, en nivel regional los hogares con conexión a Internet de 54,1%.

Para el caso específico de la Comuna y según los datos recogidos de la base de datos de la Encuesta Casen 2015 el 23,1% tienen teléfono fijo y el 93,06% tienen teléfono móvil, de los cuales el 64,5% es prepago y el 46,3% cuenta con internet en su teléfono. El 60,25% de las personas paga televisión por cable y un 8,9% posee un Smart tv o televisión conectada a internet. Un 50% de los encuestados cuentan con algún computador o dispositivo similar.

Referido al uso del Internet la encuesta señala que el sitio de mayor uso es la propia casa y que el 87,4% usa el internet por lo menos una vez al día. Las razones por las cuales accedió al internet fueron en su orden: buscar información, acceso a redes sociales, entretenimiento, comunicación vía correo electrónico, operaciones bancarias, compra y venta de artículos y servicios, trámites con instituciones del Estado y, con menor frecuencia, para temas educativos.

- *Estilos de vida y factores psicosociales*

En el contexto de las condiciones estructurales de los determinantes sociales de la salud encontramos los estilos de vida y los factores psicosociales que, pese a referirse específicamente al hacer propio y por voluntad de cada individuo, sostiene una interdependencia e influencia con los otros determinantes.

La recolección de la información para este ítem se circunscriben en los resultados regionales de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida Y Salud 2015-2016, los avances de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017, los reportes de los exámenes preventivos de salud del 2017 y el Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile y el de la población escolar 2014, SENDA; específicamente para la comuna haremos referencia al Diagnóstico integral de Situación de Salud y Calidad de Vida El Quisco (DISYCV) 2015 y Registros estadísticos mensuales de CESFAM de Algarrobo.

- Factores conductuales: Sedentarismo hábito tabáquico, consumo problemático de alcohol, consumo marihuana, consumo de cocaína, salud sexual.

Sedentarismo

La Encuesta Nacional de Salud Indica una prevalencia de un 98,6% de sedentarismo para la región de Valparaíso; Siendo la mayor prevalencia de sedentarismo en la mujeres (94,6%) que en los hombres (84,3%).

En el Diagnóstico Integral de Salud y Calidad de vida de la comuna de Algarrobo 2015, los entrevistados en un 63.2% aseguran realizar algún tipo de actividad versus un 36.8% que dice no ejercitarse. Al igual que a nivel regional los hombres refieren realizar esta

actividad con una prevalencia del 72,7%, siendo mayor que la de las mujeres pero inferior en comparación con los hombres a nivel Regional y Nacional.

Las principales razones manifestadas por las cuales no se realiza ejercicio físico son el no tener tiempo en un 32% y no encontrar compañía para hacerlo en un 18%.

Finalmente en los reportes de los exámenes de medicina preventiva realizados por el personal de salud del CESFAM en el presente año (enero a octubre), el 57,5 de los examinados refieren ser sedentarios. En el grupo de las mujeres el sedentarismo alcanza un 62,5% y en el de los hombres 56,3%

Hábito tabáquico

La prevalencia de fumador a nivel nacional alcanza un 40,5% ya nivel regional un 38,2%. A nivel regional y discriminando por sexo, los hombres tienen una mayor prevalencia de fumador que las mujeres con una diferencia porcentual superior en 1,2%

En el Diagnóstico Integral de calidad de vida y Salud de Algarrobo 2015, se observa en la población entrevistada un bajo consumo de cigarrillos, pues sólo el 18,4% de la población entrevistada asegura consumir. Los hombres aparecen como más fumadores (20,5%) que las mujeres.. El grupo etario que corresponde a los de edad entre 20 y 64 años, es quienes manifiestan mayor tendencia a fumar cigarrillos con un 25,0% del total que fuman. La mayoría de los fumadores aseguran haber empezado a fumar hace menos de un año y de las personas que afirman fumar más de un paquete de 20 cigarrillos alcanza sólo el 0,7%. en este diagnóstico dentro de las personas que manifestaron no fumar el 37,8% se considera expuesto al humo del tabaco.

En los reportes de los exámenes de medicina preventiva realizados por el personal de salud del CESFAM en el presente año (enero a octubre), de los 280 examinados el 35,35% refiere ser fumador. Siendo un 33,9% de las mujeres fumadoras y un 36,3% de los hombres fumadores.

Consumo problemático de alcohol

En la Encuesta Nacional de Salud 2009 – 2010 se observa para la región de Valparaíso en adultos de más de 15 años un puntaje EBBA (Escala breve para la detección de beber anormal) de 15,2%, es decir sospecha de bebedor problema.

Al igual que en el hábito tabáquico los hombres presentan una prevalencia mayor con respecto a las mujeres: 4,9% y 26,4%, respectivamente.

En la Prueba de Identificación de Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol (AUDIT) se observa en la región un 7,7% de bebedores tanto con consumo de riesgo, como aquellos con consumo perjudicial y también dependencia de alcohol (nivel país 10,9%).

En el Diagnóstico Integral de Calidad de vida y Salud de Algarrobo 2015 se detalla de los encuestados que el 55,1% de ellos consumen bebidas alcohólicas. El consumo moderado (una o menos de una bebida alcohólica al mes) alcanza el 34,6%, Los consumidores hombres corresponden a un 59,2% y el rango de edad con mayor frecuencia de consumo es de los 20 a 64 años.

En los reportes de los exámenes de medicina preventiva realizados por el personal de salud del CESFAM en el presente año (enero a octubre), se reporta un 41,43% de examinados como consumidores de alcohol, siendo en un 97,14% son bebedores sin riesgo, un 2,5% con un consumo de bajo riesgo y un 0,36% con un consumo perjudicial o de dependencia.

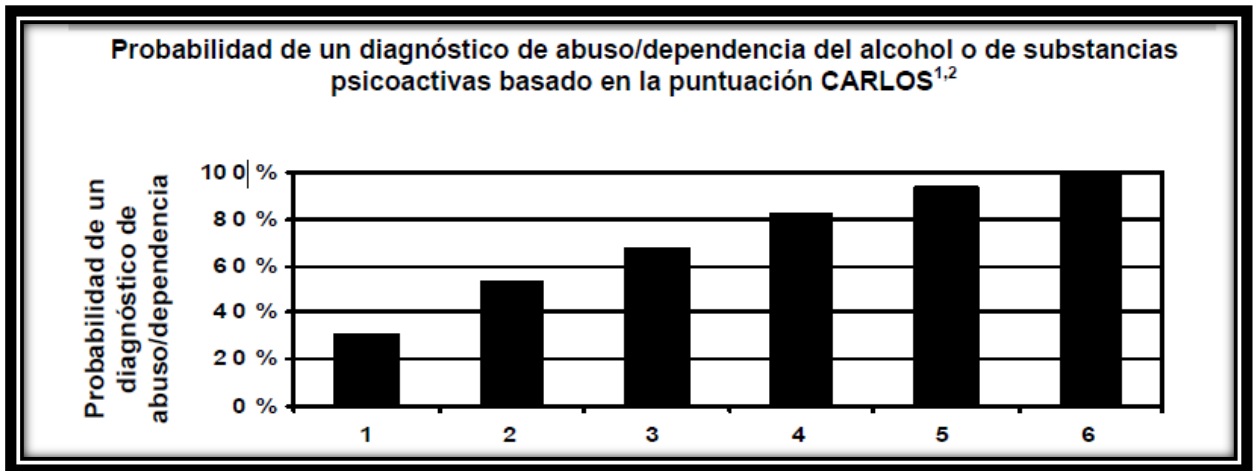
Consumos sustancias psicoactivas

El consumo de prevalencia tipificado en el Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile (2014) nuestra para la región una prevalencia de consumo alguna vez en la vida llega a 32,1% en 2014 (país 31,5%), mientras que la prevalencia de último año y mes está en 13,5% y 6,5%, respectivamente. Para el caso de la cocaína la prevalencia en el consumo país es de un 1,4% y el regional alcanza el 1,6%. La prevalencia del consumo es mayor en hombres que en mujeres y mayor entre los 12 a 34 años comparada 35 a 64 años.

En la encuesta del Diagnóstico integral de Salud 2015 los datos sobre los consumos de drogas no son concluyentes.

Un indicio comunal sobre consumos problemáticos son los resultados 2017 de la aplicación del instrumento CRAFFT (herramienta recomendada por el Comité sobre Abuso de Sustancias de la Academia Americana de Pediatría, para la detección de adolescentes y jóvenes del consumo de riesgo de alcohol y otros trastornos por consumo de drogas), aplicados a 93 adolescentes entre los 14 y 18 años en 3 establecimientos educacionales de la comuna.

Grafico No 10 Probabilidad de un diagnóstico de abuso/ dependencia del alcohol o de sustancias psicoactivas en la puntuación CARLOS



Fuente: Ficha CRAFFT

En ellos encontramos un 48,4% de adolescentes que no presentan consumo, un 8,6% presentan un consumo de riesgo intermedio y un 43% presentan un consumo de riesgo alto, siendo en este último grupo necesario la implementación de estrategias de motivación para un posible tratamiento al tener una probabilidad mayor al 50% de diagnóstico de abuso/dependencia de alcohol o sustancias psicoactivas.

Salud sexual

En la Encuesta nacional de Salud los adultos que manifiestan haber tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida alcanzan un 95,7% en la región de Valparaíso, y, expresan los 18 años como edad de inicio de actividad sexual. Por su parte de las personas encuestadas entre 15 y 19 años el 64,5% afirmaron haber tenido relaciones sexuales alguna vez, de ellos el 42,6% refieren el uso de condón o preservativo durante el último año siendo el uso de preservativo uno de los más bajos del país.

Para el caso específico de la comuna en la aplicación del instrumento CLAP (Centro latinoamericano de perinatología) realizado en el 2016, se describe que para la población de menores entre los 10 a 14 años sólo un 3% refiere haber iniciado su vida sexual.

- Factores Psicosociales

Participación en Organizaciones

Las organizaciones comunitarias representan un actor fundamental de la vida política de la sociedad, pues en ellas se garantiza una real participación en las políticas públicas del país en cuanto proceso de confección, supervisión, implementación, evaluación y crítica.

De acuerdo a la ley se diferencian dos tipos de organizaciones comunitarias, **las organizaciones territoriales**: las juntas vecinales que reúnen a las personas que viven en una misma unidad vecinal en función de su propio desarrollo, protección y colaboración estatal. Por su parte **las organizaciones funcionales** que representan y promueven valores e intereses específicos de la comunidad.

Los reportes municipales publicados por el ministerio del Interior nos muestra un crecimiento de 43 organizaciones comunitarias en los últimos 5 años. La mayoría de ellas, un 49,65% se categorizan como “otras organizaciones comunitarias”, se guida por un 23,13% de juntas de vecinos y un 8,9% de organizaciones de adultos mayores.

Tabla No 17 Número y clasificación de Organizaciones Comunitarias Algarrobo

	Centros culturales	Centros de Madres	Centros de Padres y Apoderados	Centros u organizaciones del adulto mayor	Clubes deportivos	Compañías de bomberos	Juntas de vecinos	Otras organizaciones comunitarias	Uniones comunales	Total número de Organizaciones Comunitarias en la comuna
2016	1	6	6	13	9	2	34	73	3	147
2015	0	2	7	15	0	0	37	42	3	106
2014	6	5	6	13	16	1	29	60	1	137
2013	0	0	0	0	0	0	0	0	0	No Recepcionado
2012	7	2	9	14	15	1	34	19	3	104

Fuente: www.datos.sinim.gov.cl, (SUBDERE, Ministerio del Interior)

No obstante para el año 2017 y de acuerdo a la información recogida en el Plan de Desarrollo Comunal 2017-2020, el número de Organizaciones comunitarios presenta una reducción significativa respecto a lo reportado en los últimos 5 años, alcanzando sólo 35 organizaciones en total ; 9 Juntas de vecinos, 13 organizaciones funcionales y 13 organizaciones de interés público.

De acuerdo a lo planteado en el PLAECO la comuna se encuentra realizando un catastro de las organizaciones, tarea que se condice con el proceso de verificación de la vigencia de la personalidad jurídica que deben tener las organizaciones para su reconocimiento formal y la posibilidad de inclusión en diferentes políticas.

Hogares Victimizados

La medición de hogares victimizados se realiza a nivel país y regional por la Encuesta Nacional Urbana de Seguridad Ciudadana (ENUSC), en la realizada en el año 2016 a nivel de la región de Valparaíso se presentan un 32,4% de la población que cree que va ser víctima de un delito en los próximos 12 meses y un 84% considera que la delincuencia aumentó. Las coincidencias con los diagnósticos comunales hacen referencia a la percepción de incivildades en el entorno, para la región las más citadas son los perros en situación de abandono, el consumo de alcohol y drogas en la vía pública y sitios con micro-basurales. En el PLADECO 2017-2020 de la comuna las denuncias más recurrentes de incivildades son de micro-basurales, vertederos clandestinos de escombros, plagas de roedores en los domicilios, perros vagos, maltrato animal, derrames de aguas servidas, malos olores, ruidos molestos, murciélagos en las viviendas, extracción de áridos de manera ilegal, vehículos 4x4 transitando en las playas y animales silvestres heridos, entre otras.

En el aspecto de “violencias que siempre suceden en el barrio” en la región de Valparaíso señalan principalmente venta de drogas, vandalismo y Robos o asaltos en la vía pública. En el caso de la comuna en el PLADECO 2017-2020 es reiterativa la denuncia de la venta y consumo de drogas, sobretodo en población juvenil.

Denuncias violencia Intrafamiliar y delitos mayor connotación social

Las denuncias de Violencia intrafamiliar (VIF) recogidas por la subsecretaria de la prevención y el Delito muestran para la Comuna de Algarrobo una tasa anual de 683,6 de denuncias de VIF por cada mil habitantes, tasa significativamente menor al año 2014 (123 denuncias menos) y para el año 2015 (71 denuncias menos).

En los últimos 4 años se presenta la misma superioridad en las denuncias de VIF a mujeres con valores oscilantes entre un 73,8% a un 81,6%, seguidas por las denuncias de VIF a hombres con tendencia a la disminución y con valores inferiores al 21% de las denuncias. El menor porcentaje de denuncias de VIF es aquella cometida contra ancianas y ancianos (0,8% a 3,1%), nos obstante es la que presenta un incremento constante.

Tabla N°18 : Denuncias por violencia intrafamiliar Comuna de Algarrobo.

Año	2013	2014	2015	2016
%VIF a mujer	77,4	73,8	81,6	78,3
%VIF a hombre	15,8	20,6	11,3	13,2
%VIF a niños-niñas	6,0	4,3	5,0	5,4
%VIF a Anciana- Anciano	0,8	1,4	2,1	3,1

Fuente: www.seguridadpublica.gov.cl

La tasa de **denuncias de mayor connotación social (DMCS)** en la comuna de Algarrobo en los últimos 5 años ha estado entre las 4440 y 5270 denuncias por cada 100 habitantes. Específicamente en el año 2016 se ha presentado la tasa más baja de los últimos 5 años 4440 denuncias por mil habitantes; no obstante y al igual de su comuna aledaña de El Quisco, Algarrobo se encuentra dentro del 2,6% de las comunas que registran tasas de DMCS entre las 4000 y 4500, por encima del 95,3% de las comunas que registran menores DMCS.

Pese a la disminución de la tasa de denuncias de DMCS, las tendencias reflejadas en las denuncias de varían de acuerdo al tipo de delito, en el caso de robo con fuerza la tendencia porcentual es al aumento, mientras que el robo con violencia, las lesiones, el hurto tienen una tendencia porcentual a la baja.



Tabla N° 19: Denuncias de mayor connotación social Comuna de Algarrobo 2012-2016.

DELITO/% AÑO	2012	2013	2014	2015	2016
Robo con violencia ó Intimidación	3,52	3,68	3,50	5,91	2,93
Robo con sorpresa	1,13	1,62	1,02	1,44	1,61
Robo con fuerza	66,76	63,48	69,93	71,52	73,46
Robo Vehículo motorizado	1,48	2,32	2,51	1,83	1,80
Accesorios u objeto de o desde vehículo	11,18	12,07	15,03	12,11	10,98
Lugar habitado o con destino	73,42	73,09	69,10	71,93	71,86
Lugar no habitado	13,50	11,83	12,53	13,21	14,37
otros robos con fuerza	0,42	0,70	0,84	0,92	1,00
Hurtos	17,75	18,26	13,43	12,47	14,66
Lesiones	10,70	12,81	11,24	8,53	7,18
Lesiones Leves	80,27	77,02	72,73	63,08	67,35
Lesiones graves	19,74	22,99	27,27	36,92	32,65
Homicidios	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Violación	0,14	0,15	0,88	0,13	0,15
TOTAL	5270,19	4875,77	4762,90	5133,73	4440,10

Fuente: www.seguridadpublica.gov.cl

En la tipificación de los delitos de Mayor Connotación Social del año 2016 se encuentra como el más recurrente el robo con fuerza, constituyéndose en el 73,46% del total de las DMCS, dentro de este delito el robo con fuerza que se presenta en un 71,86% es el robo a lugar habitado o con destino a la habitación. Condición similar a la comuna de El Quisco y característico de las zonas de balneario con un gran número de segunda vivienda familiar (viviendas de veraneo). Dentro de la categoría robo con fuerza le siguen en porcentaje los robos a lugar no habitado 14,37% y robos de accesorios u objetos de o desde vehículos con un 10,98%.

Posterior a los robos con fuerza los tipos de DMCS denunciados son los hurtos 14,66% y las lesiones 7,18%. Respecto a las lesiones en todos los últimos 5 años el porcentaje de lesiones leves es mayor que el de lesiones graves; sin embargo se presenta una tendencia inversa de disminución de las denuncias por lesiones leves y el aumento de denuncias por lesiones graves.

2. SISTEMA DE SALUD

- **Red de Atención**

La comuna de Algarrobo pertenece a la red de atención del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, uno de los tres Servicios de la V Región.

El Hospital de referencia de la Comuna es el Claudio Vicuña ubicado en la ciudad de San Antonio, hospital clasificado dentro del rango de establecimiento de alta complejidad, uno de los ocho que hay en la Región, el Hospital cuenta con un total de 168 camas de las cuales siete pertenecen a salas de cuidados intermedios, seis de adultos y uno de neonatología. Respecto a la red privada y pública no perteneciente al sistema nacional de servicios de salud, la Provincia cuenta con 2 clínicas que cuentan con servicio de hospitalización.

En la zona urbana de Algarrobo existe un Centro de Salud Familiar, un Centro Comunitario de Rehabilitación, el Módulo Dental Colegio Carlos Alessandri y un Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Algarrobo.

La zona rural cuenta con dos postas rurales, una ubicada en El Yeco y otra en San José, y, el Módulo Dental Colegio Rural El Yeco

En la comuna se encuentra un centro médico particular y dos centros de atenciones odontológicas.

Política de salud local

VISIÓN CESFAM ALGARROBO

“Construir juntos una salud familiar de calidad, es nuestro compromiso con ustedes”

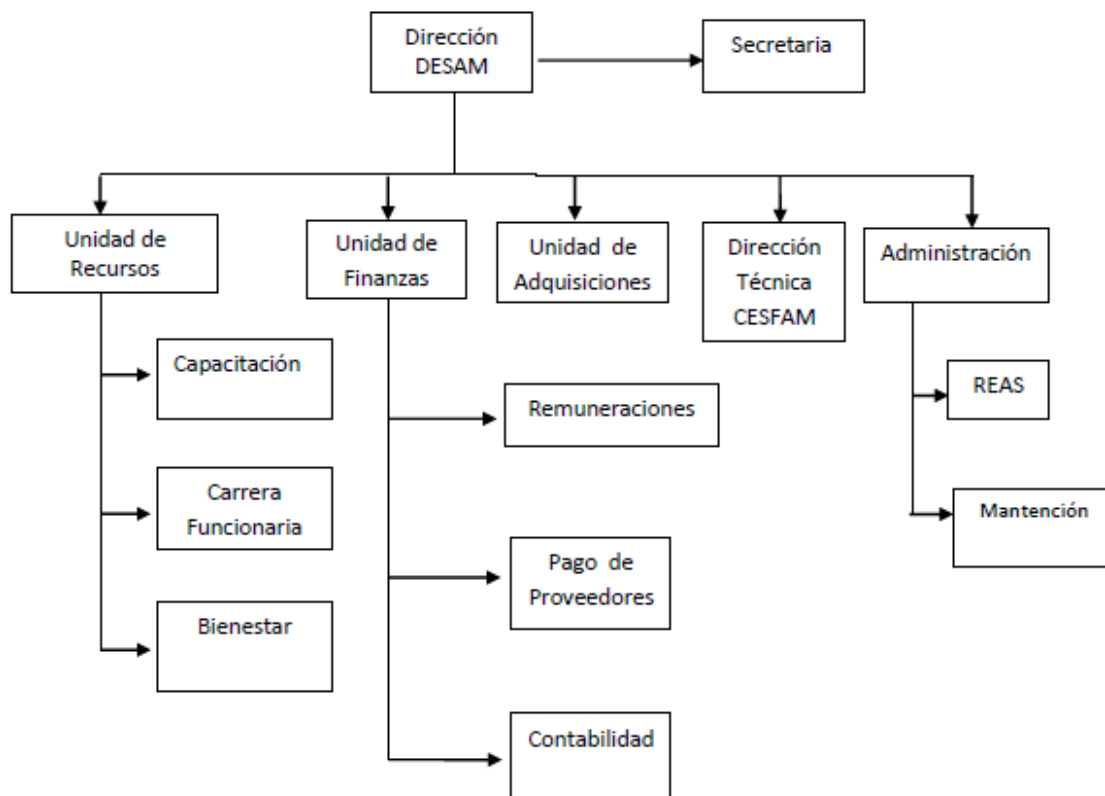
(31 agosto 2012)

MISIÓN CESFAM ALGARROBO

“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)

ORGANIGRAMA DESAM ALGARROBO



OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

1. Fomentar la difusión y entrega de información a los usuarios de nuestro Cesfam.
2. Implementar el modelo de gestión de calidad en la organización contribuyendo a la mejora continua de nuestro quehacer.
3. Consolidar el modelo de salud familiar en la comuna de Algarrobo.
4. Mantener los indicadores de salud en concordancia con los objetivos sanitarios nacionales para el periodo 2011-2020.

Modelo de atención

La atención que brinda el centro de salud Familiar Algarrobo (Cesfam Algarrobo), está dividida por criterio de ubicación territorial en 3 sectores, cada sector abarca distintas poblaciones, las cuales tienen diversas características dependiendo de la ubicación en la que se encuentran. Cada sector cuenta con su respectivo *Equipo de Cabecera y Jefatura de Sector*.

En la Zona Urbana: Sector Rojo, y Sector Azul, En la Zona Rural: Sector Verde.

Los límites geográficos los siguientes:

Tabla N° 20: Delimitación geográfica sectores de salud CESFAM Algarrobo.

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

Cartera de prestaciones

El Cesfam Algarrobo, como centro de atención primaria de salud, debe garantizar las prestaciones de salud definidas a través del decreto anual que determina el aporte estatal a municipalidades. Actualmente se encuentra en vigencia el decreto N° 35 del 26 de diciembre 2016, donde se señalan las siguientes prestaciones:

I. SALUD DEL NIÑO SANO

1. Control de salud del niño sano.
2. Evaluación del desarrollo psicomotor.
3. Control de malnutrición.
4. Control de Lactancia materna.
5. Educación a grupos de riesgo.
6. Consulta nutricional.
7. Consulta de morbilidad.
8. Control de enfermedades crónicas.
9. Control por déficit del desarrollo psicomotor.
10. Consulta Kinésica.
11. Consulta y consejería de salud mental.
12. Vacunación.
13. Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
14. Atención a domicilio.
15. Actividades comunitarias en salud mental con profesores de establecimientos educacionales.

II. SALUD DEL ADOLESCENTE

16. Control de salud.
17. Consulta morbilidad.
18. Control crónico.
19. Control prenatal
20. Control de puerperio.
21. Control de regulación de la fecundidad.
22. Consejería en salud sexual y reproductiva.
23. Control ginecológico preventivo.
24. Educación grupal.
25. Consulta de morbilidad obstétrica.
26. Consulta de morbilidad ginecológica.
27. Intervención psicosocial.
28. Consulta y/o consejería en salud mental.
29. Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
30. Atención a domicilio.
31. Actividades comunitarias en salud mental con profesores en establecimientos educacionales.

III. SALUD DE LA MUJER

32. Control prenatal.
33. Control de puerperio.
34. Control de regulación de la fecundidad.
35. Consejería en salud sexual y reproductiva.
36. Control ginecológico preventivo, incluye control de climaterio en mujeres de 45 a 64 años.
37. Educación grupal.
38. Consulta morbilidad obstétrica.
39. Consulta morbilidad ginecológica.
40. Consulta nutricional.
41. Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
42. Ecografía obstétrica del primer trimestre.
43. Atención integral a mujeres mayores de 15 años que sufren violencia intrafamiliar.

IV. SALUD DEL ADULTO

44. Consulta de morbilidad.
45. Consulta y control de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de control de enfermedades respiratorias del adulto de 20 años y más.
46. Consulta nutricional.
47. Control de salud.
48. Intervención psicosocial.
49. Consulta y/o consejería de salud mental.
50. Educación grupal.
51. Atención a domicilio.
52. Atención de podología a pacientes con diabetes mellitus.
53. Curación de pie diabético.
54. Intervención grupal de actividad física.
55. Consulta kinésica.

V. SALUD DEL ADULTO MAYOR

56. Consulta de morbilidad.
57. Consulta y control de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de control de enfermedades respiratorias del adulto de 65 años y más.

58. Consulta nutricional
59. Control de salud.
60. Intervención psicosocial.
61. Consulta de salud mental.
62. Educación grupal.
63. Consulta kinésica.
64. .Vacunación anti influenza.
65. Atención a domicilio
66. Programa de Atención Complementaria del Adulto Mayor.
67. Atención de podología a pacientes con diabetes mellitus.
68. Curación de pie diabético.

VI. SALUD ORAL

69. Examen de salud odontológico.
70. Educación odontológica grupal.
71. Consulta odontológica de urgencia.
72. Exodoncia.
73. Destartaje y pulido coronario.
74. Obturaciones temporales definitivas..
75. Aplicación de sellantes.
76. Pulpotomías.
77. Barniz de flúor.
78. Endodoncia.
79. Rayos X dental.

VII. ACTIVIDADES CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD ASOCIADAS A PROGRAMAS.

80. Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial primaria o esencial:
Consultas de morbilidad y controles de crónicos para personas de 15 años y más, en programas de adolescente, adulto y adulto mayor.
81. Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño adolescente, adulto y adulto mayor, considerando tratamiento farmacológico.
82. Acceso a evaluación y alta odontológica integral a niños y niñas de 6 años: prestaciones del programa odontológico.
83. Acceso a tratamiento de epilepsia no refractaria para beneficiarios desde uno hasta 15 años: consultas de morbilidad y controles crónicos en programas del niño y del adolescente.

84. Acceso de tratamiento de IRA baja de manejo ambulatoria en menores de 5 años: consultas de morbilidad y kinésica en programas del niño.
85. Acceso a diagnóstico y tratamiento de neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatoria en personas de 65 años y más: consultas de morbilidad y kinésica en programas del adulto mayor.
86. Acceso a diagnóstico y tratamiento de la depresión de manejo ambulatorio en personas de 15 años y más: consultas de salud mental, consejerías de salud mental, intervención psicosocial y tratamiento farmacológico.
87. Acceso a diagnóstico y tratamiento en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: consultas de morbilidad y controles crónicos; espirometría y atención kinésica para personas de 40 años y más.
88. Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles crónicos en programas del niño y adolescente; espirometría y atención kinésica en programa del niño y adolescente.
89. Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en personas de 15 y más años: consultas de morbilidad, controles crónicos, espirometría y atención kinésica en programas del adulto y adulto mayor.
90. Acceso a diagnóstico y tratamiento de presbicia en personas de 65 y más años: consultas de morbilidad, controles de salud y controles de crónicos en programa del adulto mayor.
91. Acceso a tratamiento médico en personas de 55 años y más, con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada.
92. Acceso a diagnóstico y tratamiento de la urgencia odontológica ambulatoria.
93. Acceso a tratamiento de hipotiroidismo en personas de 15 años y más.
94. Tratamiento de erradicación de helicobacterpílori.

VIII. ACTIVIDADES GENERALES ASOCIADAS A TODOS LOS PROGRAMAS

95. Educación grupal ambiental.
96. Consejería familiar.
97. Visita domiciliaria integral.
98. Consulta social.
99. Tratamiento y curaciones.
100. Extensión horaria.
101. Intervención familiar y psicosocial.
102. Diagnóstico y control de la tuberculosis.
103. Exámenes de laboratorio básico conforme al siguiente detalle:

Tabla N° 21: Exámenes de laboratorio básico..

Exámenes
HEMATOLOGÍA
HEMATOCRITO
RECuento DE LEUCOCITOS
RECuento DE PLAQUETAS
TIEMPO DE PROTOMBINA
VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN
BIOQUÍMICA
A. SANGRE
ÁCIDO ÚRICO
BILIRRUBINA TOTAL Y CONJUGADA
PERFIL LIPÍDICO (INCLUYE COLESTEROL TOTAL, HDL,LDL,VLDL Y TRIGLICERIDOS)
ELECTROLITOS PLASMATICOS (SODIO, POTASIO, CLORO) C/U
CREATININA (1 VEZ AL AÑO)
DEPURACIÓN DE CREATININA
FOSFATASAS ALCALINAS
GLUCOSA
GLUCASA POST-CARGA
HEMOGLOBINA GLICOSILADA
PROTEINAS TOTALES
TRANSAMINASAS OXAOLACETICA/PIRUVICA (GOT/AST y GPT/DLH)
TSH- T4 LIBRE-T4
UREA
DETERMINACIÓN DE NIVELES PLASMÁTICOS DE DROGAS Y/O MEDICAMENTOS
B. ORINA
CREATINURIA
DETECCIÓN DE EMBARAZO
ORINA COMPLETA/ SEDIMENTO URINARIO/ ALBUMINA
MICROALBUMINURIA CUANTITATIVA
C. DEPOSICIONES
LEUCOCITOS FECALES
SANGRE EN DEPOSICIONES
INMUNOLOGÍA
FACTOR REUMATOIDEO
MICROBIOLOGÍA
A. BACTERIOLOGÍA
ANTIBIOGRAMA CORRIENTE
BACILOSCOPIA ZIEHL NIELSEN (TOMA DE MUESTRA)
EXAMEN DIRECTO AL FRESCO
GONOCOCO, MUESTRA, SIEMBRA, DERIVACIÓN
RPR O DERIVAR PARA VDRL
UROCULTIVO, RECuento D ECOLONIAS, ANTIBIOGRAMA
B. PARASITOLOGÍA
COPROSITALÓGICO SERIADO
EX. DIRECTO AL FRESCO C/S TINCÓN

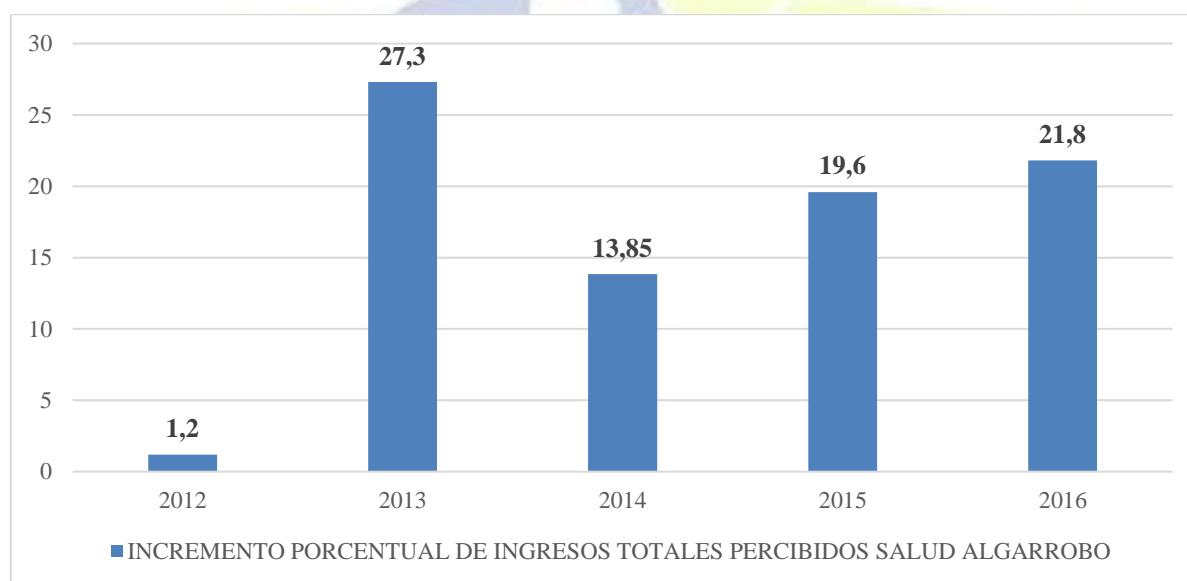
EXAMEN DE GRAHAM
EXAMEN GUSANOS, MACROSCOPICO
TRICOMONA VAGINALIS /EX DIRECTO)

- **Gasto público y presupuesto**

El Presupuesto de Salud para Algarrobo contempla tres fuentes: el aporte de Fonasa por habitante inscrito validado, los traspasos del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio realiza por programas y el aporte que realiza el municipio.

En los últimos 6 años los ingresos totales percibidos por salud han aumentado significativamente; si bien el aumento porcentual entre el 2012 y 2013 fue del 1,2% los siguientes años tuvieron incrementos porcentuales entre el 13,85% al 27, %, tal y como se demuestra en la siguiente gráfica.

Grafico No 11 Incremento porcentual anual de ingresos totales percibidos por Salud Algarrobo



Fuente: www.datos.sinim.gov.cl, (SUBDERE, Ministerio del Interior).

Los aportes provenientes del Ministerio de Salud por la población percapitada han fluctuado entre un 37,10% y 58,27%. El aporte municipal al sector salud ha representado entre un 20% y 36% de del presupuesto total de salud y, un 4,11 a 10,94% del total de los ingresos municipales. Los otros aportes han oscilado entre un 6,81% y 9,33%. En general no podemos trazar una tendencia clara en los aportes de ingresos para salud.

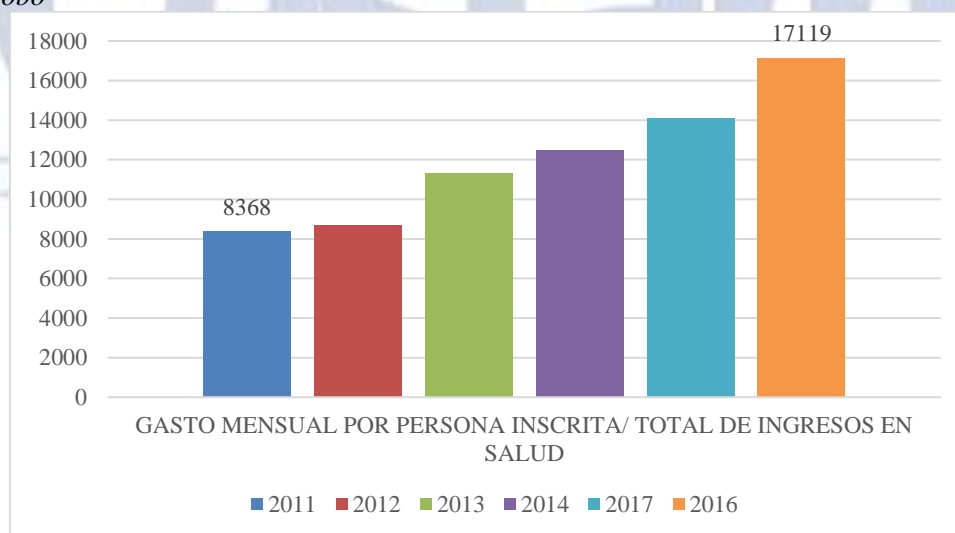
Tabla N°22: Discriminación Ingresos Salud 2011-2013.

	% Aporte del MINSAL (per cápita) respecto del Ingreso Total del Sector Salud	% Aporte Municipal al Sector Salud	% de aporte municipal al área Salud respecto al ingreso total percibido municipal.	% otros Aportes	Ingresos Salud (Ingreso Total Percibido)	Presupuesto Inicial Sector Salud
2016	54,80	25,06	8,51	20,14	2.071.497	1.341.484
2015	58,27	20,77	6,34	20,96	1.701.073	1.236.999
2014	37,10	34,91	10,94	27,99	1.422.285	1.167.701
2013	37,99	36,01	7,67	26,00	1.253.570	1.033.712
2012	44,73	20,48	4,11	34,79	984.862	926.574
2011	40,35	22,60	4,85	37,05	973.347	1.193.000

Fuente: www.datos.sinim.gov.cl ,(SUBDERE, Ministerio del Interior)

El principal aporte al presupuesto de salud es dado por el valor per cápita por inscrito que entrega mensualmente FONASA, su valor aproximado es de \$5400 mensuales por persona inscrita en el CESFAM. Ahora bien, el gasto mensual por persona en los últimos 6 años ha crecido desde los \$8.368 en el 2011 a 17.119 en el 2016.

Grafico No 12 Gasto mensual por persona inscrita validada/ total de ingresos en Salud Algarrobo



Fuente: www.datos.sinim.gov.cl ,(SUBDERE, Ministerio del Interior)

Los gastos del presupuesto se pueden desglosar básicamente en 3 ítems: Gasto de funcionamiento, gasto en capacitación y gastos en personal.

El gasto de funcionamiento, en el que se incluyen los gastos de infraestructura y equipamientos necesarios para otorgar los servicios. Porcentualmente en los últimos 6 años el gasto de funcionamiento ha variado entre un 14,06% a 17,20% del total de gasto de Salud, sin presentar alguna tendencia significativa.

Tabla N°23: Discriminación Gasto Salud 2011-2016.

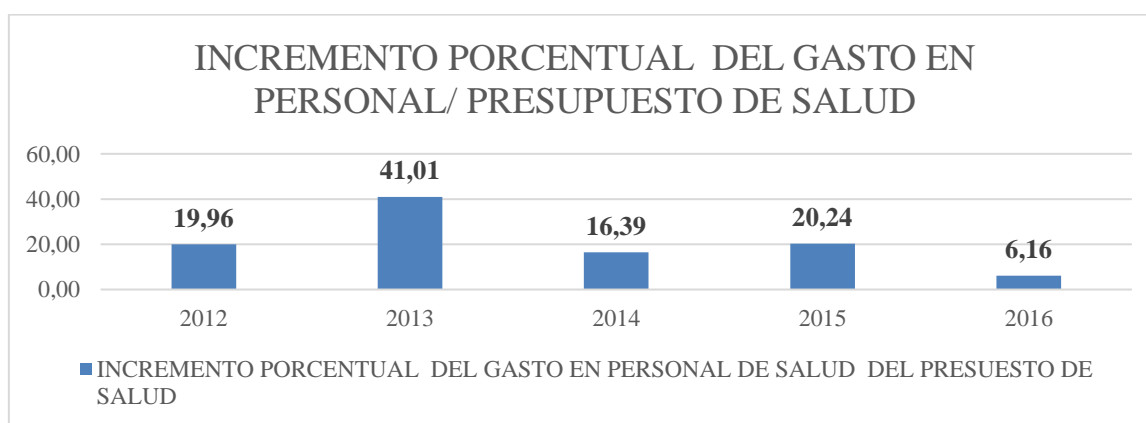
	Gastos Salud (Gasto Total Devengado)	Porcentaje de Gasto de Funcionamiento Sobre el Gasto Total de Salud	Porcentaje de Gasto en Capacitación de Recursos Humanos del Área Salud	Porcentaje del Gasto en Personal de Salud Sobre el Gasto Total de Salud
2016	1.846.785	14,06%	0,09%	83,01%
2015	1.819.044	15,81%	0,38%	79,39%
2014	1.436.472	15,95%	0,33%	83,61%
2013	1.247.246	15,10%	0,17%	82,73%
2012	936.629	17,20%	0,23%	78,13%
2011	890.204	16,56%	0,02%	68,52%

Fuente: www.datos.sinim.gov.cl, (SUBDERE, Ministerio del Interior)

El gasto en capacitación del recurso humano ha fluctuado entre rangos anuales de 95000 pesos en el año 2011 y 5 531 000 de pesos en el 2015; en el año 2016 el gasto correspondió a 1 318 000 millones de pesos siendo el segundo más bajo de los últimos 6 años.

El gasto en personal ha presentado un incremento constante en cifras netas, presentando su mayor incremento en el año 2013 con un 41,01 de incremento porcentual del gasto en personal de salud sobre el gasto total de salud, respecto del año anterior. Este notorio incremento denota una modificación en el procedimiento contable financiero realizado en ese año.

Grafico No 13 Incremento porcentual del gasto en personal/ presupuesto de Salud Algarrobo

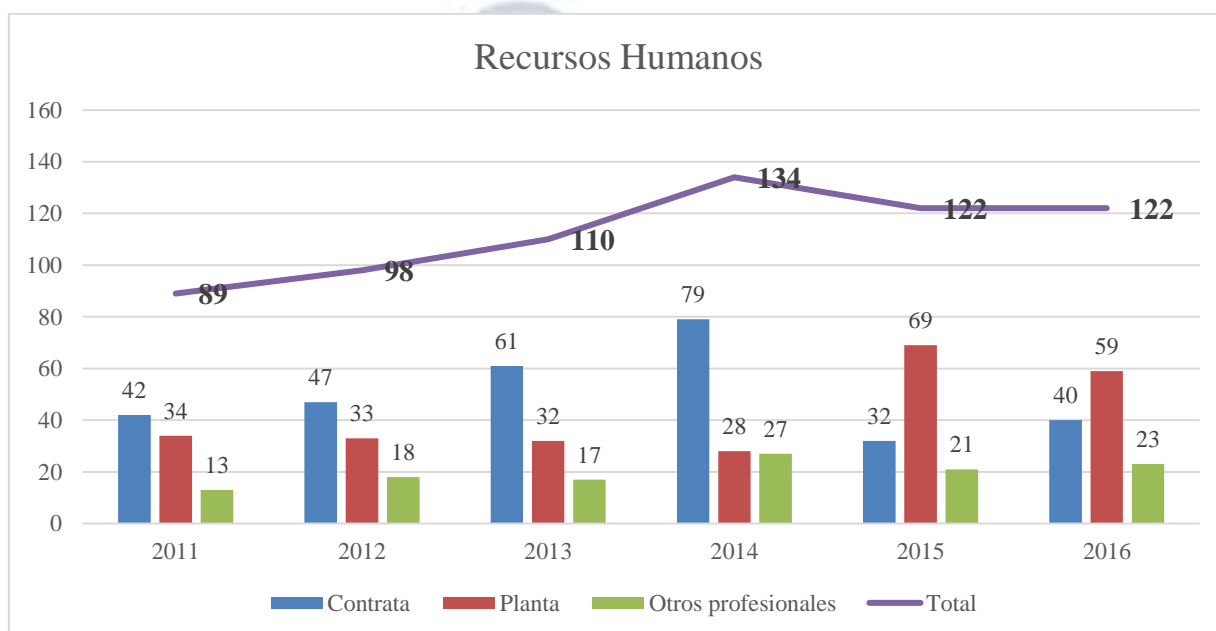


Fuente: www.datos.sinim.gov.cl, (SUBDERE, Ministerio del Interior)

En los años subsiguientes, 2014 y 2015, continuó un incremento en el gasto de personal del 26% y 20%.

En estos incrementos de gasto en personal también influyó el aumento de personal contratado en dos direcciones: por un lado se realizó un concurso público para proveer cargos en el primer semestre del año 2015, y, por otro lado, en el segundo semestre del 2015 se realiza la aplicación de la Ley 20.858 del 11 de Agosto de 2015, en la que se regularizaba las dotaciones de salud municipal.

Grafico No14 Recursos Humanos de Salud Municipal/ Calidad Contractual 2011-2016



Fuente: www.datos.sinim.gov.cl, (SUBDERE, Ministerio del Interior)

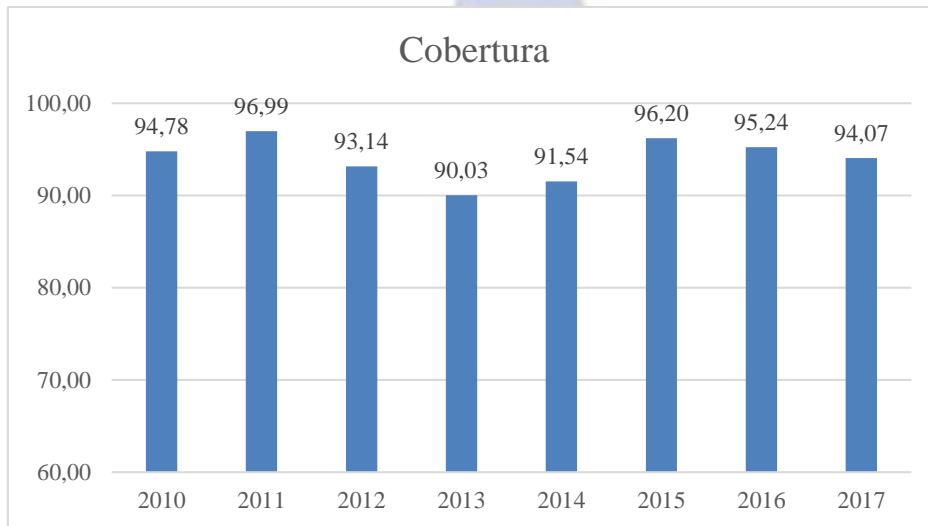
En seguimiento del concurso público y la aplicación de la LEY 20858, la conformación de la calidad contractual de los trabajadores pertenecientes a Salud se modificó disminuyendo los trabajadores contratados a plazo fijo y a honorarios de un 74% en el 2014 a un 43,4% en el 2015. En el caso de trabajadores contratados a término indefinido (planta) se aumentó de un 20,9% en el 2014 a un 56,6% en el 2015.

- **Cobertura**

De acuerdo al reporte estadístico de FONASA el sistema previsional de salud de la población de la Región de Valparaíso es una de las menores a nivel nacional y ha disminuido entre los años 2011 a 2015 de un 77,9% a 73,4% de la cobertura regional. Teniendo la mayor distribución en el tramo B con un 25% a 30%, seguido del tramo A con porcentajes entre los 16 y 19%, tramo D entre 17 y 18% y Tramo C con valores de 13%.

Para el caso de la comuna de Algarrobo en los últimos 6 años la cobertura de FONASA como sistema previsional de la población ha mantenido una cobertura por encima del 90% respecto del total de la población, difiriendo de los datos del nivel regional.

Grafico No 15 Porcentaje de Población inscrita en Salud Municipal en relación a la población total comunal



Fuente: www.datos.sinim.gov.cl, (SUBDERE, Ministerio del Interior)

La distribución de edades de la población inscrita validada por FONASA nos muestra una concentración de la población en las personas entre los 20 a 64 años (57,6%), seguida por el grupo de 17 a 19 años (17,9%) y los mayores de 64 años con (17,1%).

Las tendencias en la distribución de las poblaciones muestran una disminución en el porcentaje de las personas de 07 a 19 años, un aumento en la proporción de la población mayor de 64 años y la permanencia de la proporción de las personas entre 20 y 64 años.

Tabla No 24 Distribución por edades población inscrita validada CESFAM Algarrobo.

	2012		2013		2014		2015		2016		2017	
Total /%	9224	%	9483	%	10084	%	10076	%	10084	%	10065	%
Menor de 2 años	342	3,7	328	3,5	324	3,2	350	3,5	315	3,1	258	2,6
3 y 6 años	485	5,3	481	5,1	484	4,8	523	5,2	511	5,1	490	4,9
07 y 19 años	1924	20,9	1846	19,5	1812	18,0	1814	18,0	1821	18,1	1798	17,9
20 y 64 Años	5317	57,6	5207	54,9	5399	53,5	5766	57,2	5781	57,3	5798	57,6
Mayor de 64 años	1357	14,7	1362	14,4	1464	14,5	1623	16,1	1656	16,4	1721	17,1

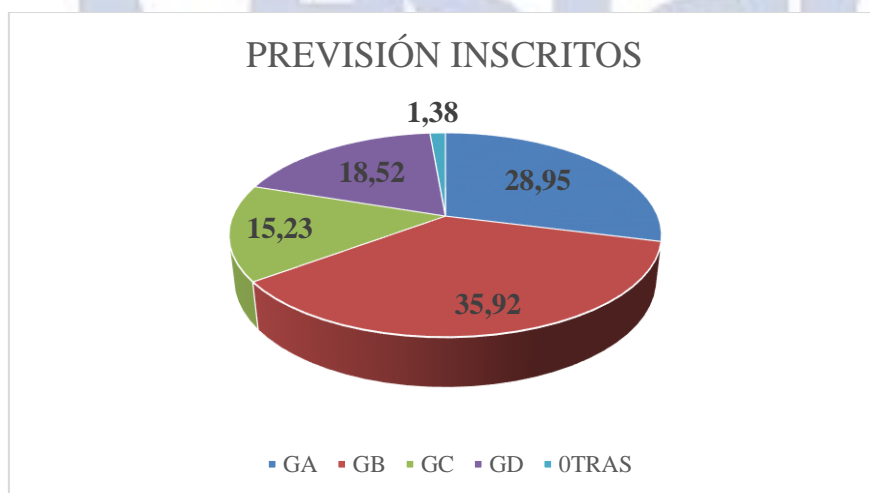
Fuente: Reportes FONASA Población Inscrita Validada

La población inscrita en el CESFAM de Algarrobo muestra una distribución de los grupos de FONASA similar al nivel nacional, siendo mayoritaria la participación del Grupo en la composición de los inscritos, seguida por el grupo A, D y C.

La mayor concentración de inscritos pertenecen a los grupos A y B de Fonasa y constituyen el 64,9% del total de los inscritos en el CESFAM.

Encontramos una minoría de 1,38% de pertenecientes a otras aseguradoras de salud que corresponde a aquellas personas pertenecientes al programa PRAIS y aquellas con otras ISAPRES con retiro de alimento.

Grafico No 16 Porcentaje grupo previsional de inscritos.

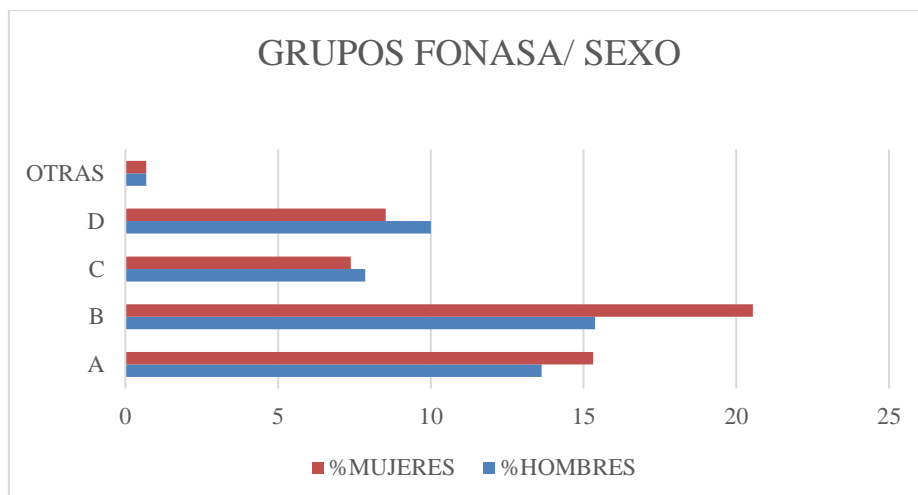


Fuente: Reporte sistema Informático AVIS CESFAM de Algarrobo

Como lo ilustra el siguiente gráfico, y, al igual que a nivel nacional, en la comuna de Algarrobo se evidencia la brecha entre los hombres y las mujeres referente al grupo de FONASA al cual pertenecen, siendo mayor la participación de las mujeres en los Grupos A y B

(grupos que no cotizan, ó, lo hacen a partir de un menor ingreso), mientras que los hombres tienen una mayor participación en los grupos C y D.

Grafico No 17 Grupos de FONASA de acuerdo al sexo



Fuente: Reporte sistema Informático AVIS CESFAM de Algarrobo

Dentro de los inscritos en el CESFAM también encontramos un crecimiento en la cantidad de extranjeros; al 2017 alcanzan un total de 233 personas con otra nacionalidad inscritas. Las primeras inscripciones datan de 1998, un 2,15% del total, entre 2000 y 2010 un 28,8% y después del 2010 un 69,05% de extranjeros se inscribieron en el CESFAM.

La procedencia de los extranjeros inscritos a la salud comunal es de 23 países de los 5 continentes. La mayor variedad de países son de procedencia latinoamericana (11), seguidos de 8 países europeos.

Tabla N°25: Datos preliminares 2017 Extranjeros inscritos en AVIS, Distribución por sexo y Fonasa Comuna de Algarrobo

REGIÓN	No PAÍSES	No Personas	% Personas	%HOMBRES	%MUJERES	GA	GB	GC	GD
AFRICANOS	1	1	0,43	0,00	0,43	0,00	0,43	0,00	0,00
ASIATICOS	3	11	4,72	3,00	1,72	1,72	1,72	0,43	0,86
CARIBEÑOS	2	13	5,58	3,43	2,15	2,15	0,00	1,72	1,72
EUROPEOS	8	24	10,30	5,58	4,72	2,58	5,58	0,00	2,15
LATINOAMERICANOS	11	130	55,79	26,18	29,61	16,31	19,31	10,30	9,87
NORTEAMERICANOS	2	53	22,75	9,01	13,73	5,58	7,30	4,29	5,58
OCEANIA	1	1	0,43	0,43	0,00	0,00	0,00	0,00	0,43
TOTAL	28	233	100,00	47,64	52,36	28,33	34,33	16,74	20,60

Fuente :www. rsvsa.avislatam. gestión

Respecto a la cantidad de personas la mayoría son Latinoamericanas (55,79%), y en segundo lugar están las personas provenientes de Norteamérica (22,75%). y no europea.

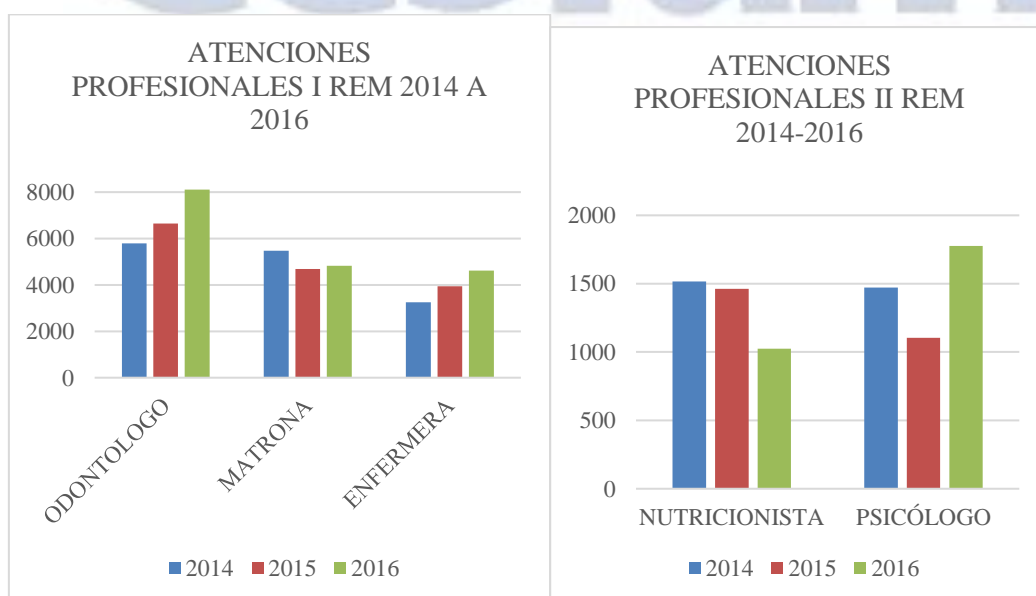
De los países latinoamericanos el mayor número de inscritos corresponde a personas con nacionalidad peruana (27,7), seguida de colombianos (22,3) y argentinos (15,4).

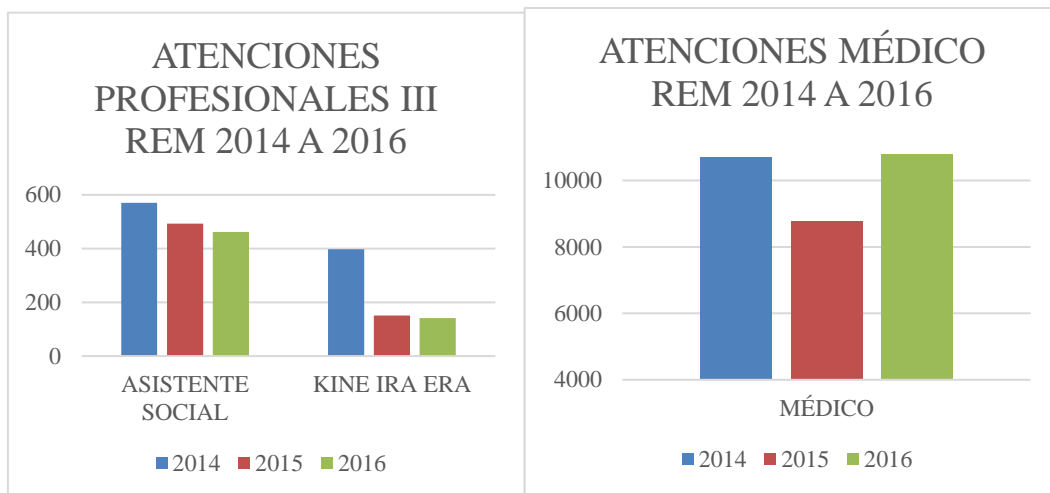
En cuanto a la distribución en grupos de FONASA la población extranjera inscrita en el CESFAM sigue la misma tendencia de la comuna, la región y el país, concentrando la mayor población en el grupo B (34,33%) y grupo A (28,33%); además de la distribución por sexo en la cual las mujeres son mayoría en los grupos A y B, y los hombres en los grupos C y D.

Atenciones

Las atenciones que se desprenden de los Reportes Estadísticos Mensuales (REM) de los últimos tres años nos muestran que la mayor concentración de atenciones que se realizan son de profesionales médicos con alrededor de 10 mil atenciones al año. En todos los años casi el 50% de estas atenciones corresponden a consultas por morbilidades, la segunda prestación mayoritaria realizada por los profesionales médicos corresponde a las atenciones para la población perteneciente al programa cardiovascular. La siguiente categoría profesional que más atenciones genera es la de odontología, llegando en el último año a las 8100 atenciones.

Grafico No 18 Atenciones Profesionales Enfermería, Kinesiología, Matrona, Nutrición, Odontología 2014-2016



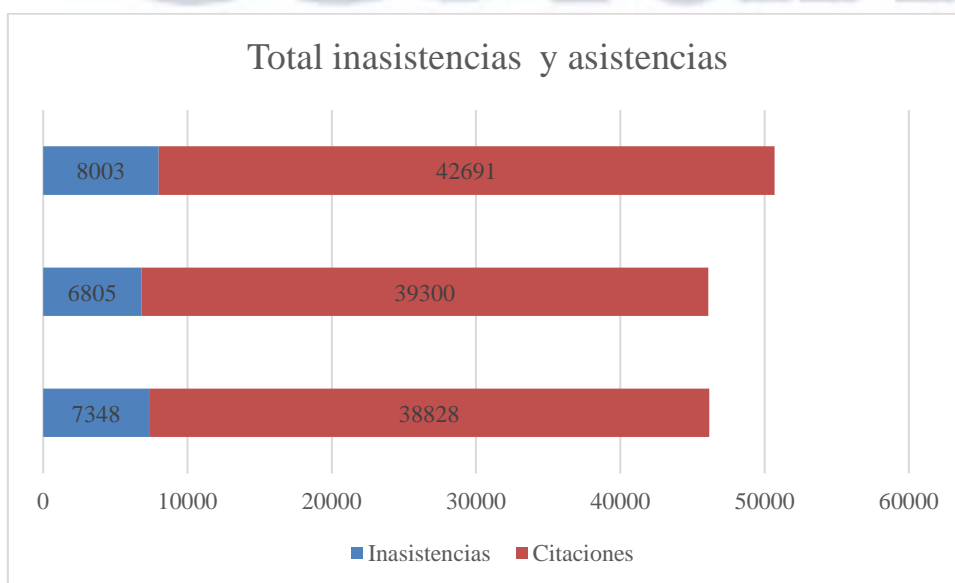


Fuente: REM 2014-2015-2016

En los otros casos observamos pequeñas fluctuaciones en el número de atenciones, destacándose un descenso las atenciones de kinesiología respiratoria (programa IRA- ERA) a menos de la mitad respecto del año 2014 .

Por su parte al revisar los datos de pacientes que no se presentan a citas agendadas observamos que alcanzan un valor alrededor de las 7 mil a 8 mil inasistencias por año. En relación a la cantidad total de citaciones en un rango de 39 a 42 mil citaciones al año, el porcentaje de inasistencia para los últimos 3 años son 2014 18,9%, 2015 17,3% y 2016 18,7%.

Grafico No19 Número de no presentados a citaciones y asistencias a citaciones 2014-2016

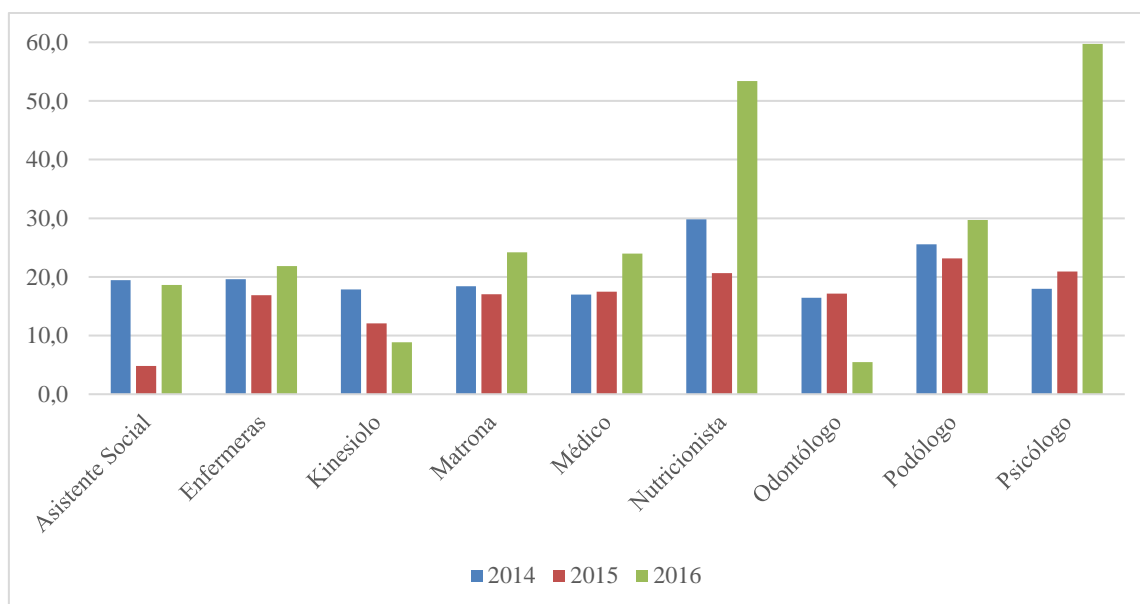


Fuente: Reportes Pacientes no presentados AVIS 2014-2016

En cifras netas las inasistencias más recurrentes corresponden a las de profesionales matronas (1167 inasistencias en promedio) y médicos (2537 en promedio), que a su vez tienen una mayor cantidad de citas, 14609 citaciones promedio para médico en los últimos tres años, y, 6380 citaciones promedio para matrona.

Las prestaciones de matrona que más inasistencia presentan son aquellas tipificadas como controles anticoncepcionales con un 40% a 70% del total de las inasistencias, y, los controles ginecológicos que rodean el 30 a 50% del total de las inasistencias.

Grafico No 20 *Porcentaje de personas no presentadas a control por profesional 2014-2016*



Fuente: Reportes Pacientes Inasistentes AVIS 2014-2016

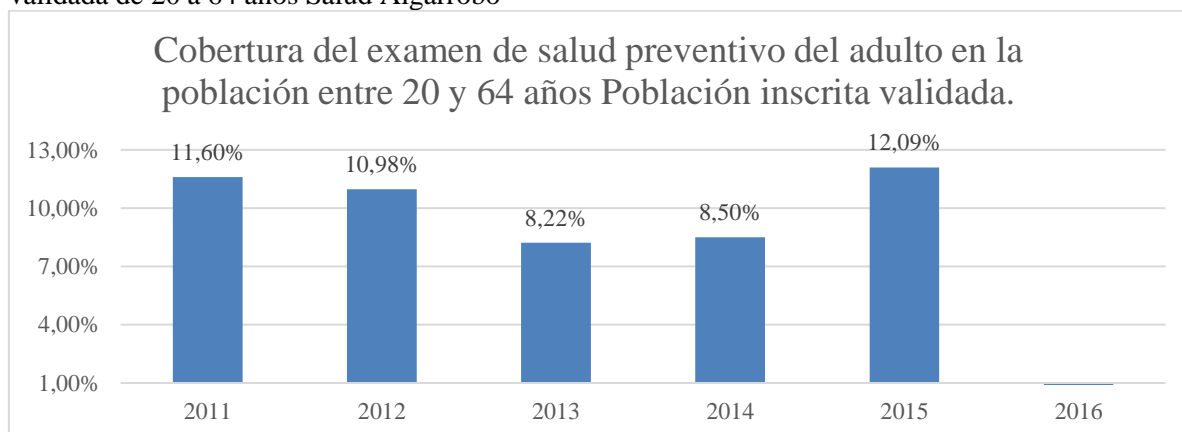
Por su parte las inasistencias a controles médicos corresponden entre un 50% a 80% a prestaciones para pacientes a programa cardiovascular, seguido de las inasistencias a prestaciones médicas al programa respiratorio.

Ahora bien al revisar los porcentajes de inasistencias respecto del total de atenciones observamos que los mayores porcentajes corresponden a las atenciones de nutricionista y psicóloga que en el año 2016 aumentaron significativamente el porcentaje de pacientes no presentados a las citaciones alcanzando un 53% y 59% respectivamente. Las inasistencias a controles nutricionales son, en un 75% y más, correspondientes a citaciones de pacientes crónicos.

En el promedio de los últimos tres años los pacientes no presentados alcanzan alrededor de un 30% para nutricionista y psicólogo, 26% podólogo, 19% enfermera, médico y matrona, y, asistente social, odontólogo y kinesiólogo entre 12 y 14%.

Dentro de los principales indicadores de cobertura encontramos el examen de salud preventivo del adulto el cual realiza un monitoreo y evaluación periódica con el fin de reducir o postergar la morbilidad, discapacidad o sufrimiento, debidas a enfermedades prevenibles o controlables, mediante su detección precoz

Grafico No 21 Cobertura examen de salud preventivo del adulto en la población inscrita validada de 20 a 64 años Salud Algarrobo

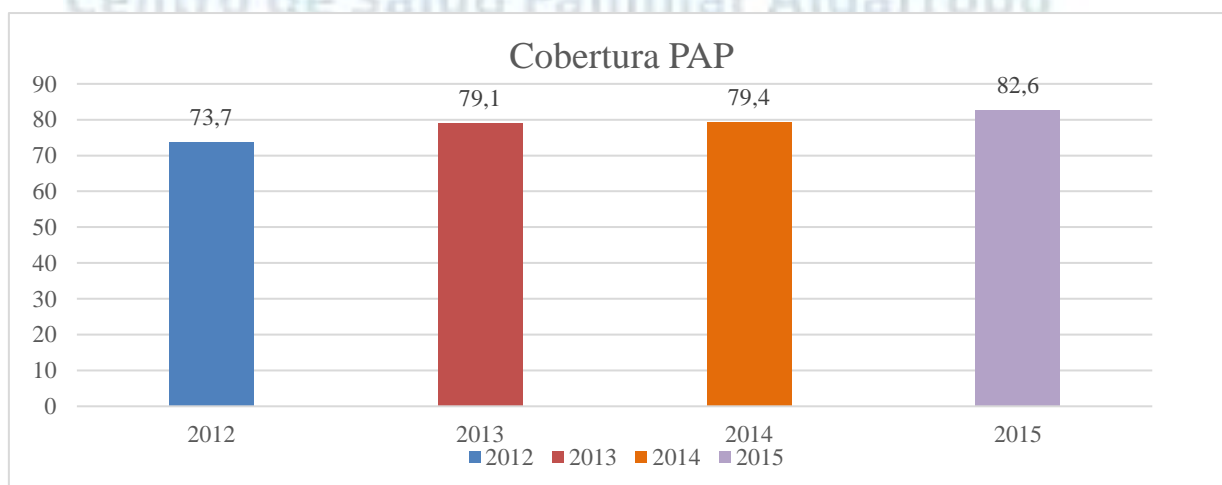


Fuente: www.datos.sinim.gov.cl , (SUBDERE, Ministerio del Interior)

La cobertura del examen preventivo del adulto ha permanecido alrededor del 8% al 10% de la población correspondiente al grupo de edad entre los 20 a 64 años.

En la misma dirección preventiva encontramos la estrategia de la realización del Papanicolau (PAP) en mujeres entre los 25 y 64 años, para la detección precoz del cáncer cervicouterino.

Gráfico N° 22: Cobertura de Papanicolau en Comuna de Algarrobo.

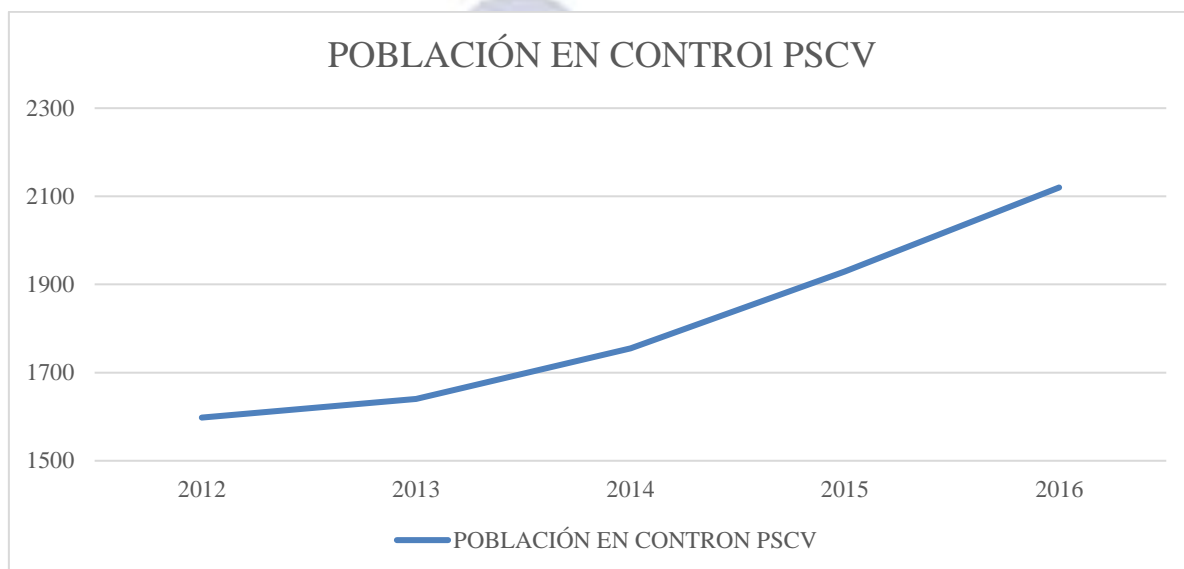


Fuente: www.datos.sinim.gov.cl , (SUBDERE, Ministerio del Interior) y Reporte FONASA Población Validada

La cobertura de mujeres entre 25 y 64 años con Papanicolau ha ido aumentando en los últimos años estando siempre por encima del 70% de mujeres con PAP realizado respecto del total de mujeres inscritas validadas para el año.

En el programa Cardiovascular del establecimiento observamos un aumento de la población en control entre los años 2012 y 2016, con un incremento porcentual del 32,66% de la población bajo control en el programa de salud cardiovascular del año 2012 al año 2016. En cifras netas de 1598 a 2120 personas bajo control por padecimiento de hipertensión arterial, diabetes mellitus y/o dislipidemia.

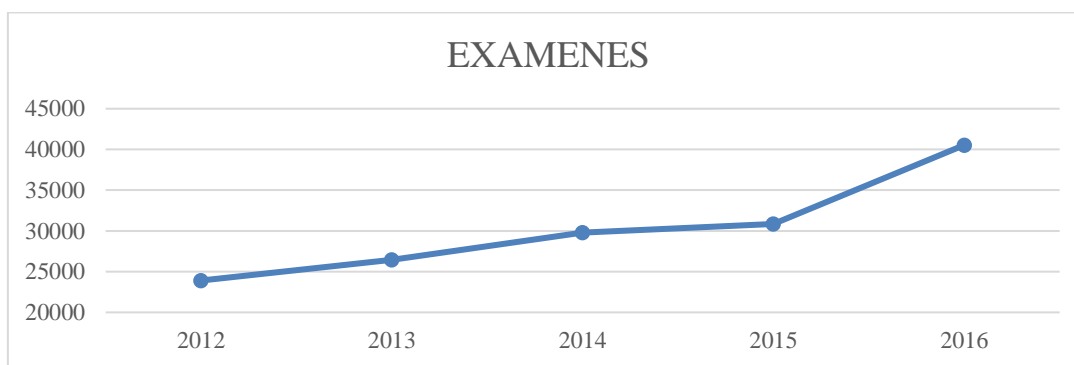
Grafico No23 Población bajo control Programa de Salud Cardiovascular 2012-2016



Fuente: Informe técnico CESFAM 2016 (Reportes Estadísticos Mensuales)

Dentro de las prestaciones otorgadas en los últimos años encontramos la realización de una cartera de 144 diferentes tipos de exámenes. Los exámenes realizados muestran un incremento constante entre los años 2012 a 2015, incrementando su valor alrededor de 10mil, entre el año 2015 a 2016 se incrementan en 9 mil el número de exámenes de laboratorio realizados.

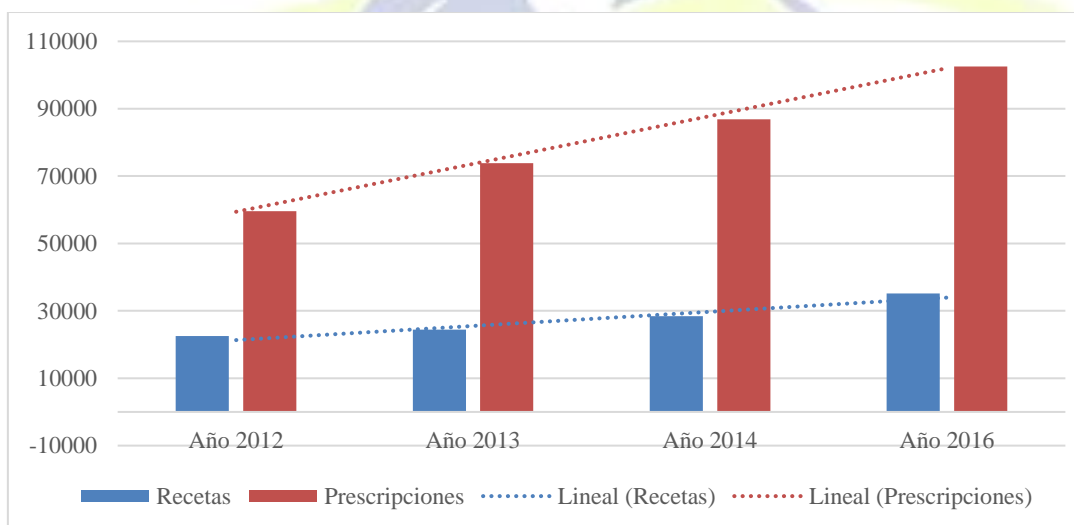
Grafico No 24 Exámenes de laboratorio año 2012-2016



Fuente: Informe Técnico CESFAM 2017

En La entrega de medicamentos en el establecimiento también se observa un importante incremento en los últimos 4 años, este significativo aumento reúne directrices ministeriales referidas al stock de medicamentos, implementación de otros programas de salud, estrategias de continuidad de la atención, entre otros.

Grafico No 25 Despacho de farmacia 2012-2016



Fuente: Informe Técnico CESFAM 2017

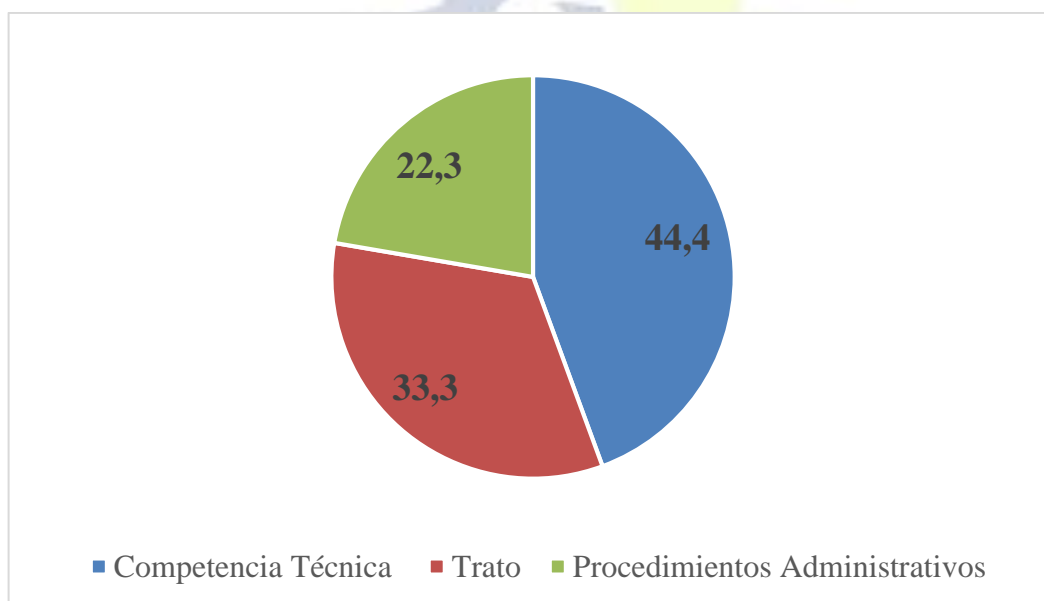
El incremento porcentual referido a las recetas emitidas entre los años 2012 y 2016 alcanzan un 56,3% de mayor emisión de recetas. Por su parte el incremento porcentual de prescripción de medicamentos entre los años 2012 a 2016 alcanza un 72,2% de mayor prescripción.

3. SOLICITUDES CIUDADANAS Y DIAGNÓSTICOS PARTICIPATIVOS

En el ámbito de la participación comunal referida a la salud encontramos cuatro fuentes principales e información: las solicitudes ciudadanas presentadas en la Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias del propio establecimiento, el Diagnóstico Integral de Salud y de Calidad de Vida Algarrobo 2015-2018, el Diagnóstico Participativo sobre Discapacidad 2016 y el Plan de Desarrollo Comunal 2017-2020.

Las **solicitudes ciudadanas de enero a septiembre del 2017** nos presenta un acumulado de 26 felicitaciones, 4 sugerencias y 27 reclamos. Sólo contamos con la descripción de los reclamos de los cuales el 44,4% hacen referencia a la competencia técnica, el 33,3% de reclamos referidos al trato y el 22,3% a procedimientos administrativos.

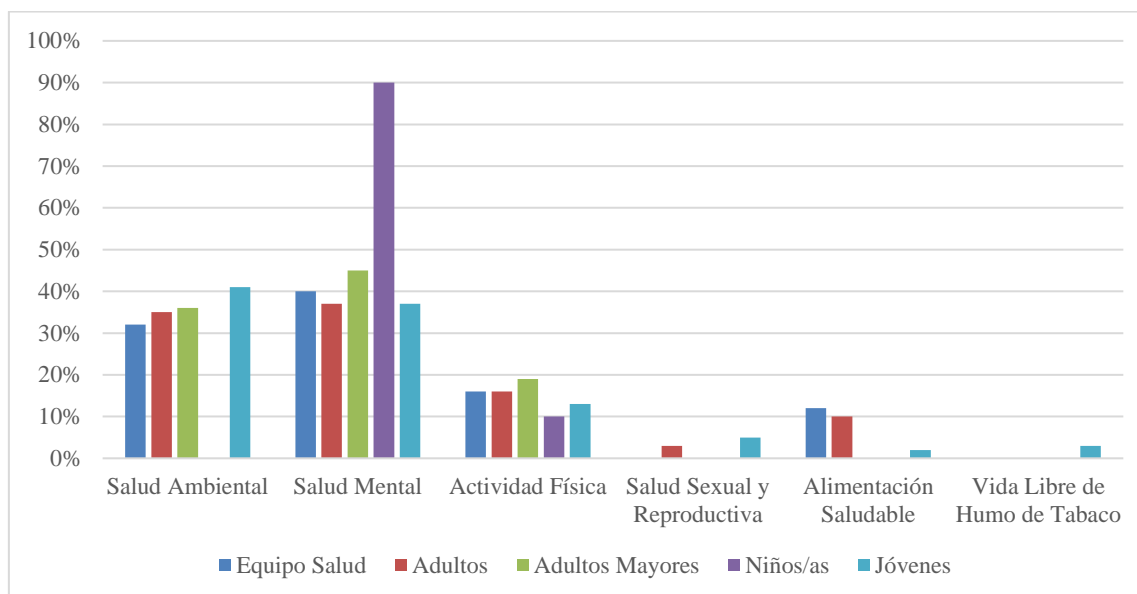
Grafico No 26 tipificación Reclamos 2017



Fuente: Reportes Estadísticos Mensuales REM 2017

En el **Diagnóstico Integral de Salud y Calidad de Vida de Algarrobo 2015-2018** en el cual participaron 136 personas de toda la comuna, se plantean condiciones globales que afectan a la población, allí se describen un crecimiento poblacional que no se condice con la infraestructura y servicios comunales, afectando principalmente a las zonas marginadas económica y geográficamente.

Grafico No 27 Porcentaje de Menciones en problemáticas que afectan a la salud por áreas.
DCVS 2015-2018



Fuente: Diagnóstico Integral de Salud Y calidad de Vida 2015-2018

En el diagnóstico las problemáticas de mayor interés presentadas en los grupos focales de los diferentes grupos de edades fueron referidas a los problemas de Salud Mental, Salud ambiental y actividad física.

Desde la perspectiva del uso del sistema de salud resaltan las siguientes problemáticas:

- ✓ Efecto de la paralización de obras del nuevo Cesfam de Algarrobo, lo que en las entrevistas es correlacionado con falta de asistencia.
- ✓ Falta de especialistas, de acuerdo a la organización sistema de salud no es parte de la cartera de prestaciones de la Atención primaria, pero hay un desconocimiento de parte de los usuarios sobre las reales posibilidades y organización de la atención primaria.
- ✓ Escasa cobertura y movilización que presenta la Posta Rural San José.
- ✓ La población resalta fuertemente la temática de la Obesidad infantil.
- ✓ Debido a migración interna pérdida de redes de apoyo y necesidad de insertarse a la comuna, lo que en el grupo de adultos mayores se dificulta cuando padecen alguna dolencia que afecta su movilidad o auto valencia. La temática de la soledad fue recurrente, el de la postración y cuidados del enfermo, siendo característico asociar estas problemáticas al miedo de ser asaltado, sufrir robos y también a la medicación por depresión.
- ✓ Poblaciones con Micro tráfico y consumo de sustancias, sus habitantes manifiestan dudas y desconfianza tanto hacia sus vecinos como hacia las autoridades.

- ✓ Necesidad de implementación de un espacio público que tenga características cívicas y que permita realizar diversas actividades deportivas y culturales, como por ejemplo una plaza de armas o parque que cumpla estas funciones.

El Diagnóstico Participativo Sobre Discapacidad 2016 destaca como problemáticas la falta de redes de apoyo para personas en situación de discapacidad, estableciendo como propuestas el apoyar la conformación de redes de apoyo desde varias perspectivas que, la sensibilización de las existencia, necesidades y lenguaje adecuado en relación a este grupo y el favorecer la conformación de agrupaciones para realizar acciones de voluntariado.

Ilustración No 02 Directrices Diagnóstico Participativo sobre Discapacidad.

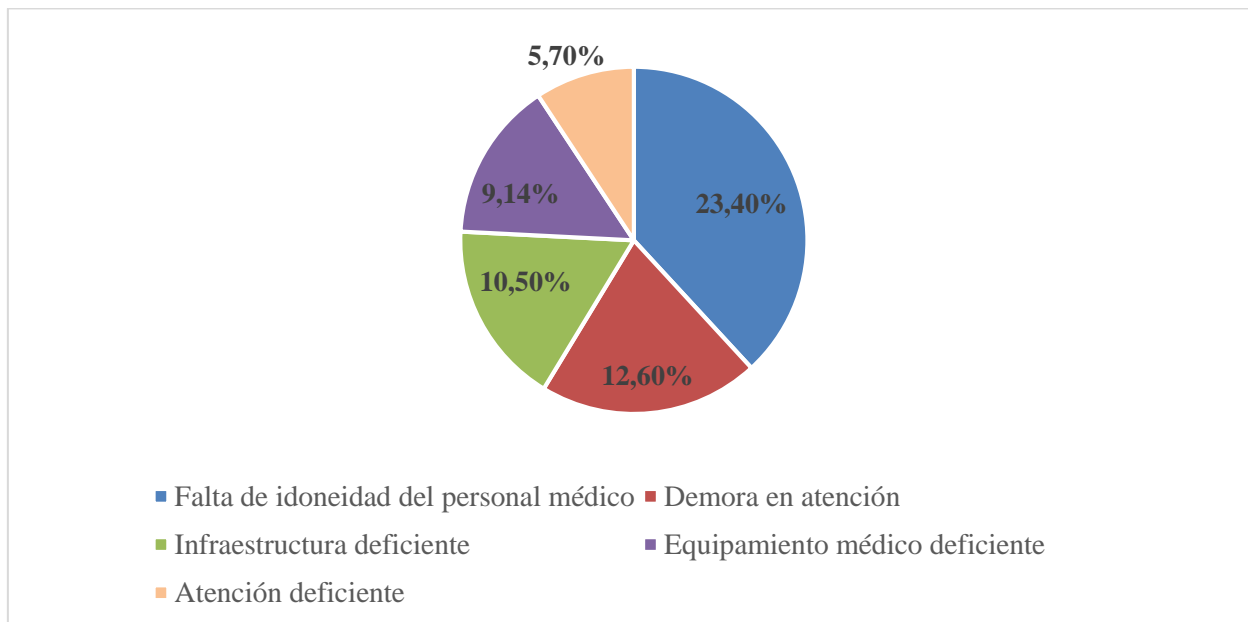


Un segundo aspecto que se resalta en este diagnóstico es la necesidad de sensibilización respecto a las barreras ambientales que limitan la participación social, específicamente por calles y accesos inadecuados para las personas en situación de discapacidad. Finalmente en el diagnóstico se resalta el interés por la participación activa por parte de la comunidad y el reforzamiento necesario de que el equipo de salud es un *facilitador* de acciones y *articulador* de la red para favorecer la resolución de los problemas identificados por la misma comunidad.

Finalmente en el ámbito de la participación referida a la salud encontramos el Plan de Desarrollo Comunal 2017-2020, el cual realizó talleres sectoriales y territoriales (172 participantes) y encuestó a la población (382 familias) en dos direcciones: uno para saber la opinión respecto al funcionamiento del sistema de salud y otro para ver los problemas que afectan a la salud.

De la percepción del funcionamiento del sistema de salud data un 68% opina que funciona regular, mal o muy mal, y un 32% que opina que funciona bien o muy bien.

Grafico No 28 Aspectos problemáticos en el área de salud. Mesas participativas PLADECO 2017-2020



Fuente: Informe final PLADECO 2017-2020

Respecto a los problemas que afectan a la salud el mayor porcentaje hace referencia a la escasa idoneidad del personal médico con un 23,4%, básicamente referido a la falta de especialistas en el centro. Las siguientes problemáticas refieren a la demora en la atención con un 12,6%, deficiente infraestructura 10,5%, deficiente equipamiento médico 9,14% y deficiente atención 5,7%.

En general se observa falta de información respecto a los objetivos y prestaciones nacionales de la Atención Primaria de Salud (APS), un cuestionamiento sobre la capacidad clínica o resolutoria de los profesionales de la APS, procesos administrativos poco eficientes. Referido a los problemas de salud, se resaltan aquellos relacionados con salud mental (drogadicción, alcoholismo, depresión, sensación de abandono, inseguridad y soledad), los problemas con la alimentación y la actividad física.

4. ANÁLISIS DE DIAGNÓSTICO

La elaboración del presente diagnóstico nos entrega una lectura desde varias perspectivas de la población de la comuna. Esta lectura nos presenta el desafío de interpretar las problemáticas y estrategias necesarias para encaminar eficientemente nuestro quehacer hacia la mejora del bienestar de la población. En este camino es fundamental el trabajo mancomunado del intersector con la propia población, pues ello nos permite definir: quiénes somos, qué nos afecta, qué necesitamos, qué soñamos, qué y cómo podemos lograrlo.

La definición demográfica y territorial nos muestra como una comuna con un componente de ruralidad importante, presentando el desafío territorial de garantizar el acceso a la salud a toda la población; un mayor número de hombres que mujeres durante la mayor parte del ciclo vital, exceptuando la de adultos mayores después de los 80 años en donde se presenta el fenómeno de feminización del envejecimiento. La distribución por edades nos plantea una población en su mayoría entre los 15 a 64 años y a una relación aproximada de 1 a 1 de adultos mayores y menores de 15 años, con una proyección de aumento significativo de los niveles de dependencia por adultos mayores. Además la proyección de la estructura poblacional nos muestra una tendencia a la disminución de la tasa de fecundidad (1,6 hijos por mujer) con madres en edades entre los 20 y 30 años, en aumento las madres después de los 30 años y con un mayoritario uso del sistema público en las atenciones de los nacimientos.

La mortalidad provincial y comunal nos ubica dentro de las tasas más altas del país, principalmente por nuestra estructura poblacional la cual presenta una mayor población de adultos mayores comparadas con las otras comunas del país. Las principales causas de mortalidad se relacionan directamente con la estructura poblacional siendo los problemas del aparato circulatorio y los tumores malignos las principales causas. No obstante en la revisión de los Años de Vida Potencialmente Perdidos encontramos que los tumores malignos y las enfermedades relacionadas con el daño hepático suman de forma significativamente a este indicador, es decir, personas con edades por debajo de la esperanza de vida al nacer fallecen por estas causas.

En lo referente a los determinantes sociales de la salud los determinantes estructurales nos dan una idea de pobreza relacionada más que con un componente de ingreso con aspectos de acceso y calidad a la educación (acceso escolar, escolaridad y rezago escolar), salud (malnutrición en

niños, adscripción a salud y acceso a salud) , trabajo y seguridad social (ocupación, seguridad social y jubilaciones), vivienda y entorno (habitabilidad servicios básicos y entornos), y, aumenta aún más al incorporarse las mediciones de indicadores referidos a redes y cohesión social (Apoyo y participación social, trato igualitario y seguridad). Específicamente respecto al ingreso encontramos una concentración alrededor del 73% de la población que recibe ingresos menores a 300mil pesos, y con una concentración de ocupaciones y oficios de trabajadores no calificados, operarios y artesanos. En el ámbito de la educación las evaluaciones SIMCE de los últimos años nos ubican dentro de la media del grupo de los establecimientos autocalificados como socioeconómicamente medio-bajo y los resultados de la PSU con alrededor de un 30% de puntajes superiores a 450 puntos en establecimientos municipales y entre un 58% y 65% en los establecimientos subvencionados, dando cuenta de la brecha entre los dos sectores.

Alrededor de las condiciones de vida encontramos niveles de saneamiento deficitario en un 13,8% consecuente con los niveles de ruralidad de la comuna. El hacinamiento de un 17% , representa un desafío de identificar y trazar estrategias que disminuyan las problemáticas de comportamiento y salud asociadas a él. Por último en el ámbito de las condiciones de vida se nos presenta un crecimiento y amplia cobertura del uso de tecnologías de la información y comunicaciones que puede ser una herramienta con la cual contribuir a una mejor comunicación e información para nuestra población.

De los estilos de vida en la comuna referida a los factores conductuales de salud sexual, sedentarismo, consumos de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas no se encuentran datos que den una lectura general en la comuna; sin embargo al observar el aumento de pacientes bajo control en el programa Cardiovascular, los índices de obesidad infantil y el daño hepático como una de las causas de mortalidad, nos muestra la necesidad de evaluar estos factores conductuales y trazar las estrategias necesarias de acuerdo a los resultados.

En relación a los factores psicosociales y teniendo en cuenta el importante incremento en el porcentaje de pobreza al incluir los indicadores de redes y cohesión social, encontramos que además de la disminución de organizaciones comunitarias es importante potenciar la calidad e integración que logran estas organizaciones, trabajar en las principales incivildades que manifiestan los pobladores (en su mayoría en relación al medio ambiente y de venta y consumo de drogas), direccionar las denuncias de violencia intrafamiliar para ser tratadas e implementar estrategias de prevención.

La cobertura de salud municipal se ha estabilizado en los últimos tres años alrededor del 95%, la mayor cantidad de inscritos en el rango poblacional de 20 a 64 años con una pequeña y

mantenida tendencia a la disminución de población entre los 7 y 19 años y una tendencia mantenida al aumento de la población mayor de 64 años. La distribución de los inscritos muestra una mayor cantidad de inscritos en el tramo B de Fonasa, seguido del tramo A, siendo las mujeres las que representan la mayoría en estos tramos. La incorporación de extranjeros se ha incrementado en los últimos 10 años llegando a 233 inscritos en el presente año, principalmente de origen latinoamericano y de habla hispana.

En los últimos tres años las atenciones profesionales han tenido un comportamiento dispar. Presentan un crecimiento las atenciones de odontólogo y enfermera, una inestable mantención las de médico y psicólogo, y una disminución las de matrona, nutricionista, asistente social y, de forma muy significativa, la reducción en más del 50% de las atenciones de Kinesiología ERA e IRA. Las atenciones totales han estado entre las 46mil y 50 mil y la inasistencia general a controles ha permanecido entre un 14% y 15%. La discriminación por porcentual de no presentados a controles profesionales es principalmente a Psicología, nutrición, podología y matronas.

La cobertura en indicadores de salud nos muestra una cobertura alrededor al 10% del examen preventivo de salud el adulto entre los 20 y 64 años, un aumento en los últimos 5 años de 522 personas en el programa cardiovascular, aumento sostenido en la cobertura de Papanicolau llegando en el último año a 82,6% y un importante aumento en la cantidad de exámenes realizados, recetas emitidas y cantidad de medicamentos prescritos.

En el ámbito de la participación encontramos principalmente tres fuentes que recogen las percepciones de la población respecto a las problemáticas en salud: Solicitudes ciudadanas 2017, Diagnóstico Promoción de Salud 2015 y Pladeco 2017. Las tres fuentes coinciden principalmente en la optimización de recurso humano (competencia técnica, falta de especialistas, falta de idoneidad del personal médico), en dos de ellas se hace referencia al trato al usuario y a los procedimientos administrativos. Finalmente de forma más específica las problemáticas relacionadas con la salud en el diagnóstico de promoción nos muestra preocupación por problemas de estilo de vida relacionados a la obesidad y al consumo de drogas y en el área psicosocial a la falta de redes de apoyo, soledad y seguridad, problemáticas en directa relación con la composición en la cifras de la pobreza en la comuna.

II. PLAN DE ACCIÓN

- *Plan de cuidados a lo largo del ciclo vital.*

PLAN DE CUIDADOS A LO LARGO DEL CICLO VITAL



SALUD INFANCIA

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE
PROMOCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Aumentar la lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6° 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 materna.	Porcentaje de niños/as controlados al sexto mes con lactancia materna exclusiva	1. (N° de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida / N° de lactantes controlados al 6to mes)*100	Mantener o mejorar la cobertura de referencia país del 60%	REM
	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.	Consejería individual de actividad física entregada a niñas, niños, padres y cuidadores menores de 10 años.	Porcentaje de consejerías individuales en actividad física entregadas a niñas, niños, padres y cuidadores menores de 10 años. Número de talleres realizados v/s talleres programados	(N° de consejería individuales en actividad física entregadas a niñas, niños, padres y cuidadores menores de 10 años/ Total de población bajo control menor de 10 años)* 100	10%	REM registro local
	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.	Educación en los establecimientos educacionales a través de talleres interactivos de alimentación saludable	Porcentaje de participación en talleres educativos	Número de talleres realizados / número de talleres programados*100	80%	REM y Registro Local

	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles 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
	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles 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	50%	REM
	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Aumentar el Número de Talleres de educación grupal a padres y/o cuidadores y/o profesores respecto del año anterior	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) N° de talleres realizados (año anterior)/N° de talleres realizados año anterior)*100	Aumentar el Número de Talleres respecto del año anterior	REM
	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	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 del 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 / N° de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años)*100	25%	REM

PREVENCIÓN	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	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	(N° de niños/as eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente/N° de niños/as eutróficos bajo control, en cada control correspondiente)*100	60%	REM
	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	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	(N° 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
	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	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	(N° 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 10%	REM
	Disminuir las alteraciones en el desarrollo 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 niños y niñas por enfermera , a los 2 , 4 y 6 meses, con aplicación de instrumentos correspondientes a la edad	Porcentaje de niños y niñas con aplicación de instrumentos de evaluación correspondientes a la edad (2,4 y 6 meses.)	(N° de controles de salud realizados a los 2, 4 y 6 meses con instrumentos correspondientes aplicados /N° de controles de salud de 2 , 4 y 6 meses realizados)*100	90%	REM

	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Aumentar la lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6º mes de vida.	Incorporar control de salud por enfermera a los 21 días de nacido, para fomentar LME	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 o mejorar la cobertura de referencia país del 60%	REM
	Disminuir las alteraciones en el desarrollo 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 niños y niñas migrantes	Total de niños y niñas migrantes bajo control según estado nutricional	Número de niños y niñas migrantes bajo control año 2018 - número de niños y niñas migrantes bajo control año 2017/ Número de niños y niñas migrantes bajo control año 2017	ESTABLECER LINEA DE BASE AÑO 2018	REM
	Disminuir las alteraciones en el desarrollo 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
	Disminuir las alteraciones en el desarrollo 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 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 evaluación)	(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	80%	REM

	Disminuir las alteraciones en el desarrollo 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	(N° 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)*100	80%	REM
	Disminuir las alteraciones en el desarrollo 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	(N° 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
	Disminuir las alteraciones en el desarrollo 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 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)	(N° 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
	Disminuir las alteraciones en el desarrollo 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 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	(N° 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	80%	REM

	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas	Talleres preventivos de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas a niños/as menores de 10 años y a sus madres, padres y/o cuidadores de niños/as	Porcentaje de Talleres preventivos de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas realizados	$(\text{N}^\circ \text{ de talleres realizados (año vigente)} - \text{N}^\circ \text{ de talleres realizados (año anterior)}) / \text{N}^\circ \text{ de talleres realizados (año anterior)} * 100$	Aumentar el número de talleres respecto al año anterior	REM
	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Entregar herramientas para la prevención de la violencia en personas usuarias de la Atención Primaria	Talleres preventivos de violencia de género a niños/as menores de 10 años y a sus madres, padres y/o cuidadores de niños/as	Porcentaje de Talleres preventivos de violencia de género realizados	$(\text{N}^\circ \text{ de talleres realizados (año vigente)} - \text{N}^\circ \text{ de talleres realizados (año anterior)}) / \text{N}^\circ \text{ de talleres realizados (año anterior)} * 100$	Aumentar el N° talleres respecto al año anterior	REM
	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	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	$(\text{N}^\circ \text{ de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niñas y niños de 1 mes} / \text{N}^\circ \text{ Total control de ciclo vital de niñas y niños de 1 mes}) * 100$	100%	REM
	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Toma de Rx pelvis a niños y niñas a los 3 meses	Porcentaje de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas	$(\text{N}^\circ \text{ de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas} / \text{Población de 0 años inscrita validada por FONASA}) * 100$	100%	SIGGES
	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Medición de la agudeza visual para detectar precozmente niñas y niños portadores de ambliopía, estrabismo o defectos de la agudeza visual.	Porcentaje de controles de salud de niños/as de 48 a 71 meses con evaluación visual	$(\text{N}^\circ \text{ de controles de salud de niños/as de 48 a 71 meses con evaluación visual} / \text{N}^\circ \text{ total de controles entregados a niñas y niños de 48 a 71 meses}) * 100$	90%	REM

	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Medición de la presión arterial para detectar precozmente niños y niñas portadores de hipertensión arterial	Porcentaje de controles de salud de niños/as de 36 a 71 meses con evaluación de presión arterial	Nº de controles de salud de niños/as de 36 a 71 meses con evaluación de presión arterial / Nº total de controles realizados a niñas y niños de 36 a 71 meses)* 100	40%	REM
	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de esquema primario completo de vacuna Neumocócica Conjugada en niños/as de 1 año.	Porcentaje de niños/as de 1 año con esquema completo de vacuna Neumocócica conjugada	(Nº de niños/as de 1 año con esquema completo de vacuna Neumocócica conjugada/Nº de niños/as de 1 año)*100	95%	RNI
	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años.	Porcentaje de niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años, 11 meses 29 días con vacuna de influenza administrada	(Administración de vacuna Influenza a los niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años, 11 meses 29 días/total de niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años, 11 meses 29 días)*100	90%	RNI
	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los niños/as portadores de enfermedades crónicas entre los 5 y los 10 años.	Porcentaje de niños/as entre los 5 y los 10 años portadores de enfermedades crónicas con vacuna de influenza administrada	(Administración de vacuna Influenza a los niños/as portadores de enfermedades crónicas entre los 5 y los 10 años/total de niños/as entre los 5 y los 10 años)*100	90%	RNI
	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	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

Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de la primera dosis de vacuna Trivírica al año de vida.	Porcentaje de niños/as de 1 año con primera dosis de vacuna Trivírica administrada	$(N^{\circ} \text{ de niños/as de 1 año con primera dosis de vacuna Trivírica administrada} / N^{\circ} \text{ de niños de 1 año}) * 100$	95%	RNI
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	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 4° básico	$(N^{\circ} \text{ de niñas con primera dosis de vacuna VPH que cursan 4}^{\circ} \text{ básico} / N^{\circ} \text{ de niñas matriculadas en 4}^{\circ} \text{ básico}) * 100$	95%	RNI
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	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 1° año básico con dosis de vacuna SRP administrada	$N^{\circ} \text{ de niños de 1}^{\circ} \text{ año básico con dosis de vacuna SRP administrada} / \text{Matricula niños 1}^{\circ} \text{ básico año en curso} * 100$	95% de los(as) niños con vacuna SRP administrada	RNI
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de la primera dosis de vacuna SRP Y DTP(a) en primero básico	de niños de 1° año básico con dosis de vacuna dtp(a)administrada	$N^{\circ} \text{ de niños de 1}^{\circ} \text{ año básico con dosis de vacuna dtp(a)administrada} / \text{Matricula niños 1}^{\circ} \text{ básico año en curso} * 100$	95% de los(as) niños y niñas con vacuna DTP(a) administrada	RNI
Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 7 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil.	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población menor de 7 años.	Porcentaje de niñas y niños menores de 7 años con registro ceod	$(N^{\circ} \text{ de niñas y niños menores de 7 años con registro ceod} / N^{\circ} \text{ total de niñas y niños menores de 7 años ingresados a control en el centro de salud (CERO)}) * 100$	100%	REM

	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 7 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Control de salud oral de niños y niñas menores de 7 años	Porcentaje de niñas/os menores de 7 años que ingresan a la población bajo control en salud oral (CERO)	(N° de niños y niñas menores de 7 años ingresados en la población bajo control en salud oral/ N° de niños y niñas menores de 7 años inscritos y validados en los establecimientos) *100	60%	REM
	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 7 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Evaluación de estado de salud bucal de la población menor de 7 años	Porcentaje de niñas/os libres de caries menores de 3 años	(N ° de niños y niñas menores de 3 años con registro ceod= 0/ N° de niñas/os menores de 3 años inscritos y validados)*100	70%	REM
	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental de menores de 10 años	Evaluación de salud oral en domicilio de niños y niñas menores de 10 años en situación de discapacidad física con dependencia de terceros	Porcentaje de niñas/os con discapacidad física incluidos en PAD local evaluados con registro ceod/COPD	(N ° de niños y niñas menores de 10 años incluidos en programa PAD local con registro ceodó COPD/ N° total de niñas/os menores de 10 años inscritos y validados, incluidos en programa PAD local)*100	100%	REM
	Disminuir la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Fortalecer intervenciones educativas relacionadas con los problemas de salud más prevalentes en la infancia	Educación grupal a madres, padres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año, acerca de prevención de IRA en época de baja circulación viral	Porcentaje de niños menores de 1 año cuyas madres, padres y /o cuidadores ingresan a educación grupal en prevención de IRA	(N° de niños menores de 1 año cuyas madres, padres y /o cuidadores ingresan a educación grupal en prevención de IRA/ N° total de niños menores de 1 año bajo control)*100	50%	REM

	Disminuir la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Disminuir la mortalidad por neumonía en domicilio de los niños y niñas de 0 a 9 años	Visitas domiciliaria a niños y niñas con score de riesgo de morir de neumonía grave.	Porcentaje de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave que recibe visita domiciliaria integral	(N° de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave que recibe visita domiciliaria integral / N° de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave)*100	80%	REM
	Disminuir la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Disminuir la mortalidad por neumonía en domicilio de los niños y niñas de 0 a 9 años	Realizar auditoría clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas de 0 a 9 años fallecidos por neumonía en el hogar.	Porcentaje de auditorías clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas menores de 9 años fallecidos por neumonía	(N° de auditorías clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas menores de 9 años fallecidos por neumonía / N° de niños y niñas de 0 a 9 años que fallecen en domicilio por neumonía)*100	100%	Plataforma PVS
TRATAMIENTO	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	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/as con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	Realizar visitas domiciliarias integrales a niños/as con dependencia moderada y/o severa	(N° de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a niños/as con cáncer, dolor y dependencia moderada y/o severa/ N° de población infantil bajo control por dependencia moderada y/o severa))*100	A lo menos 1 visitas domiciliarias integrales mensuales a niños/as con dependencia moderada /o y severa	REM
	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit de su desarrollo psicomotor	Visita domiciliaria integral a familia con niños y niñas con déficit en su desarrollo	Porcentaje de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño o niña con déficit de DSM	(N° de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño o niña con déficit de DSM / N° total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor)*100	100%	REM

	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con rezago o déficit de su desarrollo psicomotor	Revaluación 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
	Disminuir la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar la cobertura de pacientes con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años en la atención primaria de salud	Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de población con patología respiratoria crónica (síndrome bronquial obstructivo recurrente y asma bronquial) en la atención primaria de salud.	Porcentaje de niños y niñas bajo control con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años	(Nº de niños y niñas bajo control con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años (año vigente) (MENOS) Nº de niños y niñas bajo control diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años (año anterior)/ Nº de niños y niñas bajo control diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años (año anterior))*100	Aumentar en un 5%	REM

Centro de Salud Familiar Algarrobo

	Disminuir la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 0 a 9 años bajo control en Programa IRA	Proporción de 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)) Calculo de proporción: (N° de personas asmáticas controladas de 0-9 años bajo control / N° de personas asmáticas de 0-9 años bajo control)*100	Incrementar en 20%	REM
	Disminuir la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Mejorar la calidad de la atención respiratoria aguda en menores de 5 años que cursen con IRA baja	Acceder atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por IRA Baja en menores de 5 años	Porcentaje de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación	(N° de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación / N° de casos con inicio de garantía por tratamiento kinésico)*100	100%	SIGGES
	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 7 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Atención odontológica integral a población de niños y niñas de 6 años.	Porcentaje de altas odontológicas integrales en niños y niñas de 6 años	(N° de niñas y niños de 6 años con egresos odontológicos total/ N° Total de niñas y niños de 6 años inscritos y validados)*100	≥79%	REM

	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en menores de 10 años	Urgencia Odontológica ambulatoria en menores de 10 años	Porcentaje de consultas odontológicas de urgencia GES en menores de 10 años	(N° total de consultas odontológicas de urgencia GES en menores de 10 años realizadas el año actual/ Población menor de 10 años inscrita año actual)*100	2.5%	REM
	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental de menores de 10 años	Morbilidad Odontológica en menores de 10 años	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en menores de 10 años	(N° total de consultas de morbilidad odontológica en población menor de 10 años/N° de población menor de 10 años inscrita y validada en el establecimiento)*100	30%	REM
	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental de menores de 10 años	Atención odontológica integral domiciliaria a población de niños y niñas menores de 10 años en situación de discapacidad física con dependencia de terceros	Porcentaje de altas odontológicas integrales en niñas/os con discapacidad física incluidos en PAD local	(N° de niños y niñas menores de 10 años incluidos en programa PAD local con alta integral odontológica/ N° total de niñas/os menores de 10 años inscritos y validados, incluidos en programa PAD local)*100	40%	REM
	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a personas mayores de 5 años con problemas o trastornos mentales	Atención integral de niños y niñas mayores de 5 años con trastorno mental bajo control	Proporción de personas bajo control por trastornos mentales	Población bajo control por trastorno mental mayor de 5 años (año vigente) / Población inscrita validada mayor de 5 años x 22% de prevalencia	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 18% de la población potencial con trastornos mentales	REM

	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Casos presentados en consultoría de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas	Porcentaje de casos presentados en consultoría de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas	$(\text{N}^\circ \text{ de casos presentados en consultoría de salud mental de personas (año vigente) / N}^\circ \text{ de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)})(\text{MENOS}) \text{ N}^\circ \text{ de casos presentados en consultoría de salud mental de personas (año anterior) / N}^\circ \text{ de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior)})* 100$	Mantener o aumentar el número de casos de personas presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior.	REM
	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Concentración de controles de Salud Mental en niños y niñas mayores de 5 años	Concentración de controles de Salud Mental de Población de niños y niñas mayores de 5 años	$((\text{N}^\circ \text{ de controles de Salud Mental totales realizados (año vigente) / N}^\circ \text{ de personas bajo control en el programa por trastornos mentales(año vigente)})*100$	Establecer Línea Base	REM
	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas mayores víctimas de violencia de género	Ingreso de niños y niñas mayores de 5 años a atención integral por violencia de género.	Porcentaje de niños y niñas ingresadas a atención integral por violencia de género.	$(\text{N}^\circ \text{ de niños y niñas ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) N}^\circ \text{ de personas ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior) / N}^\circ \text{ de niñas y niños ingresadas a atención integral por violencia de género}$	Aumentar los ingresos de personas a atención integral por violencia de género en relación al año	REM

					(año anterior))*100	anterior.	
	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas mayores víctimas de violencia de género	Ingreso de niños y niñas mayores de 5 años a atención integral por violencia de género.	Porcentaje de niños y niñas ingresadas a atención integral por violencia de género.	(Nº de niños y niñas ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) N° de personas ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior)/ N° de niñas y niños ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior))*100	Aumentar los ingresos de personas a atención integral por violencia de género en relación al año anterior.	REM



SALUD ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE
PROMOCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Promoción de la salud mental en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Participación en ferias de promoción de estilos de vida saludable en población adulta de 25 a 64 años	Participación del equipo de salud mental en ferias de promoción de la salud del CESFAM en población adulta	N° de actividades realizadas / N° de ferias programadas	Mantener el número de actividades en Feria programas respecto al año anterior	REM
	Aumentar los Factores Protectores de salud en las personas de Pueblos originarios	Promoción de la salud mental en población pueblos originarios de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Realización de talleres de promoción para el cuidado de salud de la población originaria, adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Actividades comunitarias de salud mental con pertinencia cultural: Taller de promoción de la salud mental en población pueblos originarios adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	(N° de talleres diseñados y realizados / N° de talleres programados con pertinencia cultural en población pueblos originarios adolescente y jóvenes de 10 a 24 años) *100	Establecer Línea Base	REM
	Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios.	Porcentaje de consejerías breves antitabaco realizadas a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años.	(N° de consejerías breves antitabaco realizadas a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años / (N° total de ingresos agudos de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años (MÁS) N° consultas de morbilidad de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años (MÁS) Consultas de atenciones agudas de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años))* 100	50% de ingresos y consultas respiratorios con consejería	REM

	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva en adolescentes de 10 a 19 años	Talleres grupales sobre salud sexual y reproductiva adolescentes de 10 a 19 años	Porcentaje de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva	(N° de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año vigente) (MENOS) N° de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año anterior)/ N° de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año anterior))*100	Aumentar en un 20%	REM
	Disminuir la mortalidad perinatal	Incorporar a la pareja u otro familiar significativo como sujeto activo durante el proceso reproductivo.	Control prenatal acompañado pareja, familiar u otro.	Porcentaje de gestantes de 10 a 24 años con acompañamiento en el control prenatal	(N° de controles prenatales a gestantes de 10 a 24 años con acompañante/ N° Total de controles prenatales a gestantes de 10 a 24 años realizados)*100	30%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el número visitas integrales domiciliarias a adolescentes gestante de 10 a 19 años en riesgo psicosocial.	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 10 a 19 años con riesgo psicosocial.	Porcentaje de VDI a adolescentes gestantes de 10 a 19 años en riesgo psicosocial	(N° de VDI a adolescentes Gestantes de 10-19 años en riesgo psicosocial (año vigente) [MENOS] N° de VDI a adolescentes Gestantes de 10-19 años en riesgo psicosocial (año anterior)/ N° de VDI a adolescentes Gestantes de 10-19 años en riesgo psicosocial (año anterior)) *100	Aumentar en un 10%	REM
	Disminuir la mortalidad perinatal	Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre de 10 a 24 años y control de salud al recién nacido dentro de los 10 días de	Primer control de salud de la puerpera de 10 a 24 años y su recién nacido dentro de los 10 días de vida.	Porcentaje de controles madre de 10 a 24 años /RN dentro de los 10 días de vida	(N° de controles de salud integral a puerperas y recién nacido dentro de los 10 días de vida / N° total de ingresos de RN) *100	70%	REM

		vida.					
Disminuir la mortalidad perinatal	Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre de 10 a 24 años y control de salud al recién nacido entre los 11 y 28 días de vida.	Primer control de salud de la puerpera de 10 a 24 años y su recién nacido entre los 11 y 28 días de vida.	Porcentaje de controles madre de 10 a 24 años/RN entre los 11 y 28 días de vida	(N° de control de salud integral a puerperas y recién nacido entre los 11 y 28 días de vida / N° total de ingresos de RN)*100	90%	REM	
Disminuir la mortalidad perinatal	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	(N° de gestantes 10 a 24 años con riesgo de parto prematuro derivadas al nivel secundario / N° total de gestantes 10 a 24 años con riesgo de parto prematuro)* 100	100%	REM	
Disminuir la mortalidad perinatal	Derivar a toda embarazada de 10 a 24 años con riesgo biomédico a atención con especialista	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	(N° de gestantes de 10 a 24 años con riesgo biomédico derivadas al nivel secundario / N° total de gestantes de 10 a 24 años con riesgo biomédico)*100	100%	REM	
Disminuir la mortalidad perinatal	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	(N° de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo aplicada a los 2 meses postparto/N° total de mujeres adolescentes en los últimos 2 meses post parto y en control de RF)*100	90%	REM	

	Disminuir la mortalidad perinatal	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 posparto	(Nº de madres adolescentes con escala aplicada a los 6 meses de posparto / Total de madres adolescentes con controles realizados a los 6 meses posparto en RF)*100	90%	REM
	Disminuir la mortalidad perinatal	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 que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2º control prenatal	(Nº de gestantes que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2º control prenatal / Nº total de ingresos a control prenatal)*100	100%	REM
	Disminuir la mortalidad perinatal	Conocer el porcentaje de gestantes migrantes de 10 a 24 años que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal	Control prenatal	Porcentaje de gestantes migrantes de 10 a 24 años que ingresan a control prenatal antes de las 14 semanas de embarazo.	Número de gestantes migrantes de 10 a 24 años que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal/Número total de gestantes migrantes de 10 a 24 años en Control prenatal*100	Establecer línea base	REM
	Disminuir la mortalidad perinatal	Pesquisar y derivar oportunamente a gestantes que presentan factores de riesgo desde el nivel primario de atención	Control prenatal	Porcentaje gestantes 10 a 24 años bajo control Prenatal portadora de Estreptococo Grupo B	(Número de gestantes de 10 a 24 años bajo control Prenatal portadora de Streptococo Grupo B /Número de gestantes de 10 a 24 años bajo control Prenatal)	Establecer línea base	REM
	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente.	Control de Salud integral adolescentes de 10 a 19 años.	Porcentaje de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 19 años	(Nº de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 19 años/ población adolescente de 10 a 19 años inscrita en el establecimiento de salud)*100	15% de la población bajo control	REM- A01 Población inscrita 10 a 19 años

	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente.	Control de Salud integral adolescentes de 10 a 19 años.	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años pesquisados con riesgo en control de salud integral.	(N° de adolescentes de 10 a 19 años pesquisados con riesgo en control de salud integral/número de adolescentes de 10 a 19 años con control de salud integral)*100	Establecer línea base	REM P9/REM A01
	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	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	(N° de controles preconcepcional realizados a mujeres de 10 a 24 años (año vigente) (MENOS) N° de controles preconcepcional realizados a mujeres de 10 a 24 años (año anterior))/ N° de controles preconcepcional realizados a mujeres de 10 a 24 años (año anterior))*100	Aumentar en un 15%	REM
	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	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	(N° de controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años (año vigente) (MENOS) N° de controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años (año anterior)/ N° de controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años (año anterior))*100	Aumentar en un 30%	REM
	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención el VIH-SIDA e ITS y Promover el uso del	Adolescentes y Jóvenes que reciben consejería en Salud Sexual y Reproductiva, Consejería en prevención de VIH/SIDA e ITS y Consejería en regulación de la fertilidad,	Porcentaje de adolescentes y jóvenes que reciben consejerías en salud sexual y reproductiva, prevención del VIH/SIDA e ITS y Consejería en regulación de la fertilidad, con entrega de	N° de adolescentes de 10 a 19 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva, prevención de VIH/SIDA e ITS y Consejería en regulación de la fertilidad, con entrega de condones /N° de adolescentes con control de salud	90%	REM P9

	condón en adolescentes	con entrega de condones	condones	integral *100		
Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual.	Control de regulación de fertilidad en adolescentes de 10 a 19 años	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años que usan métodos de regulación de fertilidad	$(\text{N}^\circ \text{ de adolescentes de 10 a 19 años inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad}) / (\text{N}^\circ \text{ de adolescentes de 10 a 19 años inscritos en centros de salud}) * 100$	25% de adolescentes 10-19 años (META ENS) VER META IAAPS	REM
Disminuir el embarazo adolescente	Aumentar el uso de doble anticonceptivo (método de regulación de fertilidad efectivo más preservativo) en adolescentes)	Control de regulación de fertilidad en adolescentes.	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años en regulación de fertilidad con método de regulación más preservativo	$(\text{N}^\circ \text{ de adolescentes de 10 a 19 años en control de regulación de la fertilidad con "método de regulación de fertilidad más preservativo"}) / (\text{N}^\circ \text{ de adolescentes de 10 a 19 años en control de regulación de la fertilidad}) * 100$	100% de adolescentes de 10 a 19 años	REM
Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en adolescentes y jóvenes por demanda espontánea y por morbilidad.	Realizar examen de VIH en jóvenes de 14-24 años que consultan por morbilidad.	Porcentaje de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad a jóvenes de 14-24 años	Nº de exámenes para VIH realizados en consultantes de 14-24 años por morbilidad	Establecer línea base	REM
Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en jóvenes por demanda espontánea y por morbilidad.	Realizar examen de VIH en adolescentes y jóvenes de 15-24 años que lo requieran por demanda espontánea.	Porcentaje de exámenes VIH realizados por demanda espontánea a adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años	$(\text{N}^\circ \text{ total de exámenes VIH realizados por demanda espontánea a adolescentes y jóvenes de 15-24 años (año vigente) (MENOS) (N}^\circ \text{ total de exámenes VIH realizados por demanda espontánea a adolescentes y jóvenes de 15-24 años (año anterior) } / \text{N}^\circ \text{ total de exámenes VIH realizados por demanda espontánea a adolescentes y jóvenes de 15-24 años, (año anterior)}) * 100$	Aumentar en 20%	REM

	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar la cobertura de vacunación	Administrar segunda dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a adolescentes que cursan quinto año básico y que recibieron una primera dosis durante 4° año básico	Porcentaje de adolescentes con segunda dosis de vacuna VPH.	(N° de adolescentes con segunda dosis de vacuna VPH que cursan 5° básico y que recibieron una primera dosis durante 4° año básico/N° de adolescentes matriculadas en 5° básico que recibieron 1ª dosis el año anterior) *100	95% de cobertura	RNI
	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los (as) adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades crónicas entre 10 y 24 años.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades crónicas entre 10 y 24 años. vacunados con anti-influenza	(N° de adolescentes y jóvenes entre los 10 y 24 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza / Total de adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años s portadores de enfermedades crónicas) *100.	90 % de cobertura	RNI
	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a las adolescentes con embarazo de 13 semanas y más	Porcentaje adolescentes con embarazo de 13 semanas y más vacunados con anti-influenza	N° de adolescentes entre los 10 y 19 embarazadas de 13 y más semanas vacunadas con anti-influenza / N°Total adolescentes entre los 10 y 19 embarazadas de 13 y mássemanas) *100.	80 % de cobertura	RNI
	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a las jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas con 13 semanas y más de gestación	Porcentaje de jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas con 13 semanas y más de gestación más vacunados con anti-influenza	N° jóvenes entre los 20 y 24 embarazadas con 13 y más semanas de embarazo vacunadas con anti-influenza / N° Total mujeres jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas de 13 y más semanas de gestación) *100.	90 % de cobertura	RNI
	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna dtPa a las adolescentes con embarazo de 28 semanas y más de gestación	Porcentaje adolescentes con embarazo de 28 semanas y más vacunados con dtpa	N° de adolescentes entre los 10 y 19 embarazadas de 13 y más semanas vacunadas con dtpa/ N°Total adolescentes entre los 10 y 19 embarazadas de 13 y mássemanas) *100.	95 % de cobertura	RNI

	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna dtpa a las jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas con 28 semanas y más de gestación	Porcentaje de jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas con 28 semanas y más de gestación más vacunados con dtpa	N° jóvenes entre los 20 y 24 embarazadas con 28y mas semanas de embarazo vacunadas con dtpa/ N° Total mujeres jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas de 28 y más semanas de gestación) *100.	95 % de cobertura	RNI
	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	*Administración de vacuna Hepatitis A a población entre 18 y 24 años con VIH(+)	Porcentaje de personas entre 18 y 24 años VIH (+)	N° de personas entre 18 y 24 años VIH (+) con vacuna hepatitis A administrada/ N° Total de personas entre 18 y 24 años VIH (+) en control *100.	línea base	RNI
	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio.	Realizar auditoría en domicilio a familiares de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años fallecidos por neumonía en el hogar.	Porcentaje de auditorías realizadas a casos de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que fallecen en domicilio por neumonía.	(N° de auditorías realizadas a casos de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que fallecen en su domicilio por neumonía / N° de casos de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que fallecen en domicilio por neumonía)* 100	100% de auditorías realizadas	Plataforma PVS
	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo en hombres de 20 a 24 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva en jóvenes de 20 a 24 años, aplicando pauta de protocolo.	Porcentaje de EMPA realizados a jóvenes de 20 a 24 años	(N° de EMPA realizados a jóvenes de 20 a 24 años (año vigente) (MENOS) N° de EMPA realizados a jóvenes de 20 a 24 años (año anterior)/ N° de EMPA realizados a jóvenes 20 a 24 años (año anterior))*100.	mantener o aumentar respecto del año anterior	REM-FONASA
	Disminuir el consumo problemático de	Fomentar la Prevención de consumo problemático Alcohol y drogas de adolescentes y jóvenes	A través de talleres preventivos entregar herramientas para la prevención en consumo	3 Talleres preventivos de salud mental y prevención el consumo problemático de alcohol y drogas en población de adolescentes y	(N° de talleres realizados / N° de talleres Programados)*100	100%	REM 19

	Alcohol y Drogas	de 10 a 24 años	problemático de alcohol y drogas en personas usuarias de la Atención Primaria en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	jóvenes de 10 a 24 años			
	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Fomentar la Prevención de Violencia en Atención Primaria población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	A través de talleres preventivos entregar herramientas para la prevención de la violencia en personas usuarias de la Atención Primaria en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	3 Talleres preventivos en la temática de violencia en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	(Nº de talleres realizados / Nº de talleres Programados)*100	100%	REM 19
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	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 10%	REM
	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas con cáncer, dolor, y/o dependencia	Atender en forma integral a adolescentes y jóvenes con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las	Realizar visitas domiciliarias integrales a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años con dependencia moderada y/o	(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	A lo menos 1 visitas domiciliarias integrales mensuales a adolescentes y	REM

		moderada y/o severa	necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	severa	control por dependencia moderada y/o severa))*100	jóvenes con dependencia moderada y/o severa	
	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	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, en relación a población estimada según prevalencia	(N° de personas hipertensas de 20-24 años bajo control / N° de personas hipertensas de 20-24 años estimados en la población inscrita validada)	Mantener o incrementar respecto al año anterior	REM)
	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	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.	(N° de personas hipertensas de 20-24 años bajo control con (PA <140/90)/N° de personas hipertensas de 20-24 años según prevalencia.)*100	Mantener 54% de cobertura efectiva en población hipertensa	REM
	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	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 20-24 años bajo control, en relación a población estimada según prevalencia	(N° de personas diabéticas de 20-24 años bajo control/N° de personas diabéticas de 20-24 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia)	Mantener o incrementar respecto al año anterior	REM, ENS 2009 (10%)
	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años	Cobertura de personas con DM2 de 20-24 años bajo control con HbA1c menor a 7%	(N° de personas diabéticas de 20-24 años con HbA1c<7%) / N° de personas diabéticas de 20-24 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia)*100	Mantener cobertura efectiva de 33% según prevalencia.	REM

	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	mejorar el control metabólico integral de las personas diabéticas tipo 2	Lograr las metas de HbA1c, colesterol total y presión arterial las personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV.	Personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial.	Personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial. /Personas diabéticos en control PSCV	Incrementar en un 10%	REM
	Disminuir la mortalidad perinatal	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	(N° de altas odontológica totales en embarazadas adolescentes/ total de gestantes adolescentes ingresadas a control prenatal)*100	≥68% de altas odontológicas totales en embarazadas adolescentes	REM
	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.	Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas.	Atención odontológica integral a población adolescente de 12 años.	Porcentaje de adolescentes de 12 años con alta odontológica total	(N° de adolescentes de 12 años con alta odontológica total/ N° Total de adolescentes de 12 años inscritos y validados)*100	≥74%	REM
	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en adolescentes	Urgencia Odontológica ambulatoria	Porcentaje de consultas odontológicas de urgencia GES en adolescentes	(N° total de consultas odontológicas de urgencia GES en adolescentes realizadas el año actual / Población adolescente inscrita año actual)*100	2,50%	REM
	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental del adolescente	Morbilidad Odontológica en adolescentes	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en adolescentes	(N° total de consultas de morbilidad odontológica en población adolescente/N° de población adolescente inscrita y validada en el establecimiento)*100	30%	REM

	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental del adolescente	Atención odontológica domiciliar a población adolescente en situación de discapacidad, dependiente de terceros	Porcentaje de adolescentes con discapacidad física incluidos en PAD local con consultas de morbilidad odontológica domiciliar	(N° de adolescentes incluidos en programa PAD local con consulta de morbilidad odontológica domiciliar/ N° total de adolescentes inscritos y validados, incluidos en programa PAD local)*100	20%	REM
	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	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 anterior))* 100	Aumentar en 5%	REM
	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	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	Concentración de controles de Salud Mental de Población de 10 a 24 años	((N° de controles de Salud Mental totales realizados (año vigente)/ N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales(año vigente))*100	Establecer Línea Base	REM
	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	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	(N° de casos presentados en consultoría de salud mental (año vigente) / N° de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)(MENOS) N° de casos presentados en consultoría de salud mental (año anterior) / N° de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))* 100	Mantener o aumentar el número de casos de personas presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior	REM

	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	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	Ingreso de personas a atención integral por violencia de género de población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	N° de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente)	Establecer Línea Base	REM
	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población adulta de 10 a 24 años	Brindar atención integral y oportuna a población adulta de 10 a 24 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Atención integral de Población adulta de 10 a 24 años con trastorno mental bajo control	Población bajo control por trastorno mental en población adulta de 10 a 24 años (año vigente) / Población adulta de 10 a 24 años inscrita validada x prevalencia de 22%	18%	P06
	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención y derivación de gestantes que vivan o hayan vivido violencia de género	Mejorar la atención y derivación de gestantes víctimas de violencia de género detectadas en el EPsA en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Porcentaje de gestantes víctimas de violencia de género entre 10 y 24 años ingresadas al programa de salud mental en relación a las gestantes entre 10 y 24 años con riesgo de violencia de género detectadas en el EPsA.	(N° de gestantes víctimas de violencia de género entre 10 y 24 años que ingresan al programa de salud mental (año vigente)/ N° de gestantes entre 10 y 24 años con riesgo de violencia de género detectadas en el EPsA)	80%	REM A 05 y registro local
REHABILITACION	Disminuir la discapacidad	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.	(N° de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad que participan en programas de rehabilitación / N° de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad inscritos en el centro de salud familiar)*100	establecer línea de base	Registro local



SALUD DEL ADULTO

	OBJETIVO DE IMPACTO						
NIVEL	ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE
PROMOCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el número de gestantes con educación respecto a la preparación para el parto y la crianza	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	(N° de gestantes que ingresan a educación grupal Preparación para el parto y crianza / N° total gestantes que ingresan a control prenatal)* 100	80%	REMA 27 Y REM A05
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Pesquisar y derivar oportunamente a gestantes que presentan factores de riesgo desde el nivel primario de atención	Control prenatal	Porcentaje gestantes adultas bajo control Prenatal portadoras de Streptococo Grupo B	(Número de gestantes adultas bajo control Prenatal portadora Streptococo Grupo B /Número de gestantes adultas bajo control Prenatal)	Establecer línea base	Registro local
	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con vida sexual activa que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA)	Control de regulación de fertilidad	Porcentaje de población adulta bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA)	(N° total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA) (año vigente) (MENOS) (N° total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA) (año anterior)/ N° total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA) (año anterior)) *100	Aumentar en 3 %	REM P 01
	Aumentar las personas con Conducta Sexual Segura	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de mujeres viviendo con VIH.	Control de regulación de fertilidad	Porcentaje de mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad	(N° total de población mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad /mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años inscritas *100	Establecer línea base	REM
	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar y derivar al equipo psicosocial a las gestantes con riesgo psicosocial	Detectar y derivar gestantes con riesgo psicosocial, según pauta EPSA.	Porcentaje de gestantes adultas con riesgo psicosocial derivadas al equipo psicosocial	(N° de gestantes adultas con riesgo psicosocial son derivadas al equipo psicosocial / N° total de gestantes adultas con riesgo psicosocial* 100	100%	REM

	Disminuir la mortalidad perinatal	Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al recién nacido dentro de los 10 días de vida.	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	Nº de controles de salud integral a puérperas y recién nacido dentro de los 10 días de vida / Nº total de ingresos de RN * 100	70%	REM A01 Y REM A05
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	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	(Nº de gestantes adultas que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2º control prenatal / Nº total de ingresos de mujeres adultas a control prenatal)* 100	100%	REM
	Disminuir la mortalidad perinatal	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	(Nº de madres adultas con Pauta de Edimburgo aplicada a los 2 meses postparto/Nº total de mujeres adultas con antecedente de parto en los últimos 2 meses y en control de RF)*100	100%	REM
	Disminuir la mortalidad perinatal	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 postparto	(Nº de madres adultas con escala aplicada a los 6 meses de postparto / Nº total controles a mujeres adultas realizados a los 6 meses postparto en RF x 100	100%	REM
	Disminuir la mortalidad perinatal	Conocer el porcentaje gestantes migrantes adultas que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal	Control prenatal	Porcentaje de gestantes migrantes adultos que ingresan a control prenatal antes de las 14 semanas de embarazo.	Número de gestantes adultas migrantes que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal/Número total de gestantes adultas migrantes en Control prenatal*100	Establecer línea base	REM
	Disminuir la mortalidad perinatal	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	(Nº de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año vigente) (MENOS) Nº de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año anterior/ Nº de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año anterior))*100	Mantener o aumentar	REM

	Disminuir la mortalidad perinatal	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	(N° total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año vigente) (MENOS) (N° total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)/ N° total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior) *100	Mantener	REM
	Disminuir la mortalidad perinatal	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	(N° total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año vigente) (MENOS) (N° total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)/ N° total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior) *100	Línea base 2018	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal y materna	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 post aborto u otras pérdidas reproductivas derivadas desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología	(N° de mujeres que acceden a control de salud post aborto u otras pérdidas reproductivas/N° total de mujeres post aborto u otras pérdidas reproductivas referidas desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología) *100	100%	REM
	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Atención integral de salud ginecológica durante el curso de vida.	Control preventivo de salud integral ginecológica.	Porcentaje de mujeres adultas con controles ginecológicos preventivos	N° de mujeres adultas en control ginecológico preventivo /N° total de mujeres adultas inscritas y validadas *100	Mantener	REM
	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	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	(N° de mujeres de 50 a 64 años con mamografía vigente en los últimos 3 años/ N° de mujeres de 50 a 64 años inscritas validadas)* 100	Mantener 2017	REM

	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	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	(Nº de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente en los últimos 3 años / Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas)* 100	80%	REM
	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	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 que ingresan a control de salud integral en etapa de climaterio	Establecer línea base	REM
	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Categorizar a las mujeres de 45 a 64 años, según Escala MRS al ingreso a control por climaterio, según Orientación Técnica	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/ Nº total de mujeres adultas que ingresan a control de climaterio)*100	100%	REM
	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	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) Nº de exámenes para VIH realizados por morbilidad de 25-64 años (año anterior)/Nº total de exámenes para VIH realizados por morbilidad de 25-64 años, (año anterior)*100	Establecer línea base	REM
PREVENCIÓN	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura	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) 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 personas adultas por sexo realizadas (año anterior)*100	Mantener	REM

TRATAMIENTO	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Entregar Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) a mujeres en control de climaterio, según puntaje MRS	Prescripción de TRH a mujeres en control de climaterio, según puntaje MRS	Porcentaje de mujeres en control de climaterio que reciben TRH, según puntaje MRS	(N° de mujeres en control de climaterio que reciben TRH, según puntaje MRS / N° total de mujeres que requieren TRH según escala MRS)* 100	Establecer línea base	REM
	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención y derivación de gestantes que vivan o hayan vivido violencia de género	Mejorar la atención y derivación de gestantes víctimas de violencia de género detectadas en el EPsA en población adulta de 25 años en adelante.	Porcentaje de gestantes víctimas de violencia de género de 25 años en adelante ingresadas al programa de salud mental en relación a las gestantes de 25 años en adelante con riesgo de violencia de género detectadas en el EPsA.	(N° de gestantes víctimas de violencia de género de 25 años en adelante que ingresan al programa de salud mental (año vigente)/ N° de gestantes de 25 años en adelante con riesgo de violencia de género detectadas en el EPsA)	Aumentar el porcentaje de gestantes víctimas de violencia de género de 25 años en adelante detectadas en el EPsA ingresadas al programa de salud mental en relación al año anterior.	REM A 05
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	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 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad	(N° total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año vigente) (MENOS) (N° total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)/ N° total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)) *100	Establecer línea base	REM
ATENCIÓN INTEGRAL	Atención de salud con pertinencia cultural	Mejorar la calidad de atención con pertinencia cultural en control de regulación de fertilidad.	Control de regulación de fertilidad	Porcentaje de población indígena 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad	(N° total de población indígena de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año vigente) (MENOS) (N° total de población indígena de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)/ N° total de población indígena de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)) *100	Establecer línea base	REM

PROMOCION	Aumentar Factores Protectores para la salud en las personas	Promoción de la salud mental en población adulta de 25 a 64 años	Participación en ferias de promoción de estilos de vida saludable en población adulta de 25 a 64 años	Participación del equipo de salud mental en ferias de promoción de la salud del CESFAM en población adulta	N° de actividades realizadas / N° de ferias programadas	Mantener el número de actividades en Feria programas respecto al año anterior	REM
	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	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 de población adulta de 25 a 64 años	Concentración de controles de Salud Mental en la población adulta de 25 a 64 años	((N° de controles de Salud Mental totales realizadas año vigente/ N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales) (año vigente)	Establecer línea base	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	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	Población bajo control por trastorno mental en 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 18% de la población potencial con trastornos mentales en adultos (25 a 64 años) del 22% de prevalencia	P06

Centro de Salud Familiar Algarrobo

	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	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 Población adulta de 25 a 64 años	$(N^{\circ} \text{ de casos presentados en consultoría de salud mental de personas (año vigente) / } N^{\circ} \text{ de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)} - N^{\circ} \text{ de casos presentados en consultoría de salud mental de personas (año anterior) / } N^{\circ} \text{ de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior)}) * 100$ (población adulta de 25 a 64 años)	Mantener o aumentar 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 06
	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	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	$(N^{\circ} \text{ de personas adultas de 25 a 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente)})$	Establecer Línea Base	P 06
	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	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 más	Porcentaje de altas odontológicas en embarazadas de 20 años o más	$(N^{\circ} \text{ de altas odontológicas totales en embarazadas de 20 años o más / total de gestantes de 20 años o más ingresadas a control prenatal}) * 100$	$\geq 68\%$ de altas odontológicas totales en embarazadas de 20 años o más	REM
	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes	Urgencia Odontológica ambulatoria	Porcentaje de consultas odontológicas de urgencia GES	$(N^{\circ} \text{ total de consultas odontológicas de urgencia GES realizadas el año actual en población de 25 a 64 años / Población de 25 a 64 años inscrita año actual}) * 100$	2,5%	REM
	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto	Morbilidad Odontológica en adultos	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en población adulta	$(N^{\circ} \text{ total de consultas de morbilidad odontológica en población de 25 a 64 años / } N^{\circ} \text{ de población de 25 a 64 años inscrita y validada en el establecimiento}) * 100$	30%	REM

TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental del paciente diabético	Morbilidad Odontológica en adultos diabéticos	Porcentaje de personas diabéticas de 20 a 64 años en control PSCV en tratamiento odontológico	(N° de personas diabéticas de 20 a 64 años en control PSCV en tratamiento odontológico de morbilidad/N° Total de personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV)	Brindar cobertura de tratamiento odontológico de morbilidad al 10% de la población diabética de 25 a 64 años en control PSCV	REM
PROMOCION	Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios.	Porcentaje de pacientes ingresos y consultas ERA Adulto con consejería antitabaco	(N° de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios entre 25 y 64 años / (N° total de ingresos agudos y consultas entre 25 y 64 años ERA) * 100	40% de ingresos y consultas respiratorios con consejería breve antitabaco	REM
PREVENCIÓN	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	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 neumonía en domicilio	(N° 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
	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	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	Aumentar en 5%	REM

	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	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))	Incrementar en 20%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	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))	Incrementar en 10%	REM
REHABILITACION	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	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) / Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior)) *100	Establecer línea base	REM
TRATAMIENTO	Mejorar accesibilidad, cobertura	Mejorar el acceso de atención médica en pacientes que presentan patologías agudas	Mejorar atención y derivación de pacientes de 25 a 64 años que presentan patologías agudas	Porcentaje de consultas de morbilidad médica en población adulta	(N° total de consultas de morbilidad médica en población de 25 a 64 años/N° de población de 25 a 64 años inscrita y validada en el establecimiento)*100	100%	REM
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo	Mantener cobertura de EMPA en la población inscrita validada.	Cobertura EMPA (año vigente) / Cobertura EMPA (año anterior) Calculo de cobertura: (N° de EMPA realizados a población adulta inscrita validada /Población Total adulta inscrita validada)*100	Mantener la cobertura de EMPA en la población inscrita validada	REM

Aumentar las personas con Factores Protectores para la 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 en hombres de 20 a 64 años, focalizando estrategias en lugares de trabajo, servicio de urgencias y extensiones horarias.	Mantener cobertura de EMPA en hombres de 20-64 años.	Nº de EMPA realizados a hombres de 20 a 64 años (año vigente)/ Nº de EMPA realizados a hombres de 20 a 64 años (año anterior))*100 Calculo de proporción: (Nº de EMPA realizados en hombres 25-64 años/ Nº Total de EMPA realizados en hombres de 25 a 64 años)*100	Mantener los EMPA en hombres de 25-64 años respecto a lo realizado el año anterior.	REM
Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	Mantener 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 notificación a CESFAM	(Nº de pacientes egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7 días hábiles post notificación al CESFAM /Nº total de egresos hospitalarios de personas adultas con ACV o IAM)* 100	El 100% con control dentro de 7 días post notificación al CESFAM	SIDRA
Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Promover adherencia a tratamiento y autocuidado a todo paciente ingresado al programa de salud cardiovascular	Realizar talleres educativos para pacientes ingresados a PSCV	Porcentaje de adultos de 25 a 64 años ingresados al PSCV que participan en taller educativo	(Nº de pacientes ingresados al PSCV que participan en taller educativo /Nº total de ingresos al PSCV)* 100	25% de ingresos al PSCV con participación en taller educativo	
Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	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 / Nº total de adultos bajo control en PSCV (hipertensos y diabéticos) al corte)* 100	90% de las personas adultas diabéticas o hipertensas bajo control clasificadas.	REMP04
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Mantener controles con podóloga en pacientes con DBT tipo II al menos 1 vez al año.	Porcentaje de pacientes diabéticos bajo control con podóloga	(Pacientes diabéticos bajo control con podóloga /Total pacientes diabéticos) *100	90% de las personas adultas diabéticas en control con podóloga	

	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	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 20-64 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.	(N° de personas con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / N° total de personas con diabetes tipo 2 bajo control)*100	85% de las personas de 25-64 años con diabetes con evaluación y plan de manejo	REM P04
TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de pacientes con patologías crónicas en personas de 20 a 64 años.	Realizar actividades de rescate a pacientes inasistentes a sus controles inscritos en PSCV	Porcentaje de pacientes inasistente a controles de PSCV que son rescatados	(N° de adultos con patología crónica inasistentes a controles que son rescatados / N° total de adultos con patología crónica inasistentes a controles)* 100	5%	
	Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de pacientes con patologías crónicas en personas de 20 a 64 años.	Realizar actividades educativas en lugar de trabajo a pacientes con patologías crónicas inscritos en PSCV laboralmente activas	Porcentaje de pacientes inscritos en PSCV laboralmente activos que reciben educación de sus patologías en su lugar de trabajo	(N° de adultos laboralmente activos con patología crónica que reciben actividades educativas en su lugar de trabajo / N° total de adultos inscritos en PSCV)* 100	Línea base	
	Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 20 a 64 años.	Aumentar población de personas de 25 a 64 años con hipertensión arterial bajo control.	Cobertura de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control, en relación a prevalencia estimada	(N° de personas hipertensas de 25-64 años bajo control / N° de personas hipertensas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada)*100	Mantener o incrementar respecto al año anterior	REM Población estimada según estudio Fasce 2007 (15,7%)
	Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 20 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.	(N° de personas hipertensas de 25-64 años bajo control con (PA <140/90)/N° de personas hipertensas de 25-64 años según prevalencia.)*100	Mantener 54% de cobertura efectiva en población hipertensa	REM P04

	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 20-64 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	(N° de personas diabéticas de 25 a 64 años bajo control/N° de personas diabéticas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia)*100	Mantener o incrementar respecto al año anterior	REM, ENS 2009 (10%)
	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 20-64 años.	Optimizar el tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años	Cobertura de personas con DM2 de 25-64 años bajo control con HbA1c menor a 7%	(N° de personas diabéticas de 25-64 años con HbA1c<7%) / N° de personas diabéticas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia)*100	Mantener cobertura efectiva de 33% según prevalencia.	REM, ENS 2009 (10%)
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Mejorar el control metabólico integral en personas diabéticas tipo 2	Lograr las metas de compensación de HbA1c, colesterol total y presión arterial en las personas diabéticas de 25 a 64 años en control en PSCV	Porcentaje de personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV que logran las metas de compensación de HbA1c, LDL y presión arterial.	(Personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV que logran las metas de compensación de HbA1c, LDL y presión arterial /Personas diabéticas en control en PSCV)*100	Incrementar en un 10%.	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 20 a 64 años y más en control en el PSCV.	Aumentar porcentaje de pacientes diabéticos que cuentan con un examen de fondo de ojo vigente	Porcentaje de pacientes diabéticos de 20 a 64 años bajo control en el PSCV que cuentan con fondo de ojo vigente	(N° de personas de 20 - 64 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente / (N° total de personas de 24 - 65 años y más (MAS) ingresos a PSCV por diabetes) (MENOS) (egresos a PSCV por diabetes))*100	Lograr un 80 % de cobertura en pacientes diabéticos en control en el PSCV que cuentan con un fondo de ojo vigente.	REM
	Aumentar Factores Protectores para la salud en las personas	Promoción de la salud en población adulta de 25 a 64 años	Mejorar atención y derivación a nivel secundario de pacientes de 25 a 64 años que presentan patologías agudas	Porcentaje de consultas de morbilidad médica en población adulta	(N° total de consultas de morbilidad médica en población de 25 a 64 años/N° de población de 25 a 64 años inscrita y validada en el establecimiento)*100	100%	REM

PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza pacientes entre 25 y 64 años con patologías crónicas	Porcentaje de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza	(N° de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza / Total de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas) *100.	80 % de cobertura	RNI
	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a mujeres adultas embarazadas con 13 y más semanas de gestación	Porcentaje de gestantes de 25 y más años con 13 y más semanas de gestación vacunados con anti-influenza	N° de gestantes de 25 y más años con 13 y más semanas de gestación vacunados con anti-influenza / Total gestantes de 25 y más años con 13 y más semanas de gestación) *100.	80 % de cobertura	RNI
	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna dtpa a las mujeres adultas embarazadas con 28 semanas y más de gestación	Porcentaje de mujeres adultas embarazadas con 28 semanas y más de gestación más vacunados con dtpa	N° mujeres adultas embarazadas con 28 y más semanas de embarazo vacunadas con dtpa/ N° Total mujeres jóvenes entre 25 y 24 años embarazadas de 28 y más semanas de gestación) *100.	85 % de cobertura	RNI
	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Hepatitis A a población entre 25 y 40 años con VIH(+)	Porcentaje de personas entre 25 y 40 años VIH (+)	N° de personas entre 25 y 40 años VIH (+) con vacuna hepatitis A administrada/ N° Total de personas entre 25 y 40 años VIH (+) en control *100.	Línea base	RNI
	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Mejorar la Detección Precoz de la TBC	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis en población de 25-64 años	Porcentaje de consultas de morbilidad con baciloscopia	(N° de baciloscopias realizadas en población de 25 a 64 años / N° de consultas de morbilidad en adultos de 25 a 64 años)*100	Mantener cobertura	REM

Centro de Salud Familiar Algarrobo

SALUD ADULTO MAYOR

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE
PROMOCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Promoción de la salud mental en población adulta de 65 y más años	Participación en ferias de promoción de estilos de vida saludable en población adulta de 65 y más años.	Participación del equipo de salud mental en ferias de promoción de la salud del CESFAM en población adulta Mayor	N° de actividades realizadas / N° de ferias programadas	Mantener el número de actividades en Feria programas respecto al año anterior	REM 19
PREVENCION	Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	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	$(\text{N}^\circ \text{ de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año vigente) (MENOS) (N}^\circ \text{ de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año anterior))} / \text{N}^\circ \text{ de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año anterior)}) * 100$	MANTENER EL PORCENTAJE LOGRADO EL AÑO ANTERIOR (55%)	REM A02

	Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	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 Salud (EMPAM).	Porcentaje de personas de 65 años y más con riesgo de dependencia	(N° 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)/ N° de personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia con Control de Salud (EMPAM) vigente))* 100	DETERMINAR LINEA DE BASE DE PACIENTES EN SEGUIMIENTO DURANTE EL AÑO	REM A01
	Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	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))	Aumentar en 10% la cobertura respecto al año anterior de personas de 70 años y más que reciben PACAM.	REM 16
	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	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	(N° de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Neumocócica /N° Total de personas de 65 años inscritos y validados)*100	cobertura 95% en usuarios de 65 años según población inscrita y validada	RNI
	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Fomentar la Prevención de Violencia de Género 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 Atención Primaria en población adulta mayor de 64 años	Talleres preventivos en la temática de violencia de Género en Población adulta mayor de 64 años y más	(N° de talleres realizados / N° de talleres Programados)*100	100%	REM 19

	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	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	(N° de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza/N° Total de personas de 65 años y más inscritos y validados)*100	90 % de cobertura	RNI
	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	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	(N° de mujeres adultas mayores en control ginecológico preventivo /N° total de mujeres adultas mayores inscritas y validadas)*100	Mantener	REM
	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	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 los últimos 3 años	(N° de mujeres de 65 a 69 años con mamografía vigente en los últimos 3 años/ N° de mujeres de 65 a 69 años inscritas validadas)* 100	Mantener	REM
	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	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	(N° total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más (año vigente) (MENOS) N° total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más (año anterior)/N° total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más, (año anterior))*100	Establecer línea base	REM

	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Aumentar el número de personas de 65 años y más informadas sobre prevención del VIH/SIDA/ITS.	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 la prevención del VIH/SIDA e ITS	$(N^{\circ} \text{ total de personas mayores de 65 años que reciben consejería para la prevención del VIH/SIDA e ITS(año vigente) MENOS } N^{\circ} \text{ total de personas mayores de 65 años que reciben consejería para la prevención del VIH/SIDA e ITS(año anterior) } / N^{\circ} \text{ total de personas mayores de 65 años que reciben consejería para la prevención del VIH/SIDA e ITS(año anterior)}) * 100$	Aumentar 2%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	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	$(N^{\circ} \text{ de personas adultas más de 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente)})$	Establecer Línea Base	REM
	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	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 de Población adulta mayor de 64 años	$((N^{\circ} \text{ de controles de Salud Mental totales realizados (año vigente)} / N^{\circ} \text{ de personas bajo control en el programa por trastornos mentales(año vigente)}) * 100$	Establecer Línea Base	REM
	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	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 65 años y mas)	$(N^{\circ} \text{ total de consultas de morbilidad odontológica en adultos mayor} / N^{\circ} \text{ de adultos mayores inscritos y validados en el establecimiento}) * 100$	30%	REM

	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental de la persona adulta mayor diabética	Morbilidad Odontológica en adultos mayores diabéticos	Porcentaje de personas diabéticas de 65 años y más en control PSCV en tratamiento odontológico	(N° de personas diabéticas de 65 años y más en control PSCV en tratamiento odontológico de morbilidad/N° Total de personas diabéticas de 65 años y más en control PSCV)	Brindar cobertura de tratamiento odontológico de morbilidad al 5% de la población diabética de 65 años y más en control PSCV	REM
	Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	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 efectiva de personas hipertensas de 65 y más años bajo control	(N° 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/N° de hipertensos de 65 y más años estimados según prevalencia*100	Mantener o incrementar 2017	P 4
	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	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%)	(N° de diabéticos con HbA1<7 en personas de 65 a 79 años y diabéticos con HbA1<8 en personas de 80 y más años/N° de diabéticos de 65 y más años estimados según prevalencia.*100	Mantener o incrementar 2017	P 4
	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	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 recursos humanos).	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	(N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ N° total de personas de 65 años y más diabéticos ingresados bajo control en el PSCV en los últimos 6 meses)*100.	80% reciben manejo avanzado de heridas	P 4
	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes	Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 65 años y más en control en el	Pacientes diabéticos en el PSCV cuentan con un examen de Fondo de ojo	Porcentaje de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con	(N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente / (N° total de personas de	MANTENER % LOGRADO EL AÑO ANTERIOR	P 4

	mellitus	PSCV.	vigente	fondo de ojo vigente	65 años y más bajo control en el PSCV)* 100		
	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	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 control Programa ERA (año anterior>))*100	Aumentar en 5 %	P 3
	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	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))	Incrementar en 10%	P3
	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	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	Incrementar en 10%	P3

					anterior))		
	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población adulta mayor de 64 años y más	Brindar atención integral y oportuna a población adulta mayor de 65 años y más con problemas o trastornos mentales	Atención integral de Población adulta mayor de 64 años y más con trastorno mental bajo control	Población bajo control por trastorno mental de la población adulta mayor de 64 años (año vigente) / Población adulta mayor de 64 años inscrita validada x prevalencia de 22%	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 18% de la población potencial	REM
	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	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 de población adulta mayor de 65 años y más	Casos presentados en consultoría de Salud Mental de Población adulta mayor de 64 años	(N° de casos presentados en consultoría de salud mental de personas mayores de 64 años (año vigente) / N° de personas mayores de 64 años ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)(MENOS) N° de casos presentados en consultoría de salud mental de personas mayores de 64 años (año anterior) / N° de personas mayores de 64 años ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))* 100 (población adulta mayor de 64 años)	Mantener o aumentar el número de casos presentados en consultorías respecto al año anterior	REM
REHABILITACION	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	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 más 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	ESTABLECER LINEA DE BASE	REM A 23

					bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior)*100		
--	--	--	--	--	---	--	--



- *Plan de actividades transversales.*





REHABILITACIÓN CON BASE COMUNITARIA

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
REHABILITACION	Realizar actividades de promoción de la salud	Mejorar la promoción de salud en la comuna	Realizar actividades de promoción de salud en comunas, comunidades, empleadores y compañeros de trabajo, redes de apoyo, comunidad educativa y cuidadores.	% de actividades de promoción de la salud	$(\text{N}^\circ \text{ total de actividades de promoción de la salud RBC} / \text{N}^\circ \text{ total de actividades de participación en RBC}) \times 100$	30% de las actividades comunitarias de participación en RBC sean de promoción de la salud	REM A28	CCR Y COMUNIDAD
	Dar atención integral a PsD	Dar cobertura	Personas atendidas en rehabilitación	Cobertura	$(\text{N}^\circ \text{ de personas ingresadas en RBC} / \text{Meta anual RBC}) \times 100$	60%		CCR
	Abordar a las PsD y sus familias, para resolver problemas planteados.	Entregar herramientas que faciliten la resolución de problemas	Consejerías individuales y familiares	Consejerías individuales y familiares	$(\text{N}^\circ \text{ total de actividades de consejería individuales y/o familiares} / \text{N}^\circ \text{ total de ingresos}) \times 100$	5% de las personas ingresadas a RBC reciben consejerías individuales y/o familiares		CCR
	Prevenir y /o retardar la discapacidad/ dependencia en grupos de personas con enfermedades crónicas	Contribuir a actualizar conocimientos en cuidadores de personas con enfermedades crónicas	Realizar N° talleres destinados a entregar herramientas de cuidados a cuidadores de personas con enfermedades crónicas	Capacitación a cuidadores	$\text{N}^\circ \text{ de actividades realizadas} / \text{N}^\circ \text{ de actividades programadas} \times 100$	50% de las act. De educación grupal y trabajo comunitario se orientan cuidadores		CCR Y COMUNIDAD

	Disminuir la discapacidad	Mantener la atención en personas con discapacidad leve, moderada o severa.	Mantener la atención en personas con discapacidad leve, moderada o severa.	Atención de personas con discapacidad permanente y transitoria, leve, moderada o severa.	(PsD con Parkinson, secuela AVE, TEC, LM u otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular/N° total de ingresos)x 100	Mantener al menos un 20% de las PsD con Parkinson, secuela AVE, TEC, LM u otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular en control	CCR
	Realizar visitas domiciliarias integrales	Contribuir a fortalecer factores protectores en la familia / O brindar apoyo al diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación de la persona en su contexto familiar	Realizar visitas domiciliarias integrales para conocer el entorno familiar, físico de personas en situación de discapacidad y realizar adecuaciones e intervenciones en el hogar	% de PsD que reciben VDI	(N° total de VDI o de procedimiento/N° total de ingresos RBC) x100	10% de la población en control recibe VD	Comunidad
	Favorecer que las personas en situación de discapacidad en APS logren el máximo de autonomía e independencia	Disminuir la discapacidad	Favorecer que la PsD atendidas en RBC, logren el máximo de autonomía e independencia.	% de personas ingresadas al programa reciben el alta posterior al cumplimiento del plan de tratamiento	(N° de personas egresadas en RBC/ N° total de ingresos de RBC) x 100	50% de PsD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo	CCR Y COMUNIDAD

Promover el trabajo en rehabilitación de acuerdo a medicina basada en evidencia	Entregar prestaciones y actividades de rehabilitación.	Procedimientos con énfasis en movilización activa	% de procedimientos de fisioterapia	(N° procedimientos de fisioterapia/N° total de procedimientos en RBC) x100	30% o menos de los procedimientos corresponden a fisioterapia	CCR
Contribuir al logro de la inclusión social de las personas en situación de discapacidad	Contribuir a la generación de redes comunitarias e intersectoriales para el logro de la participación en comunidad (inclusión social PsD)	Prevenir y/o retardar la discapacidad en grupos de personas con enfermedades crónicas, cuidadores.	% de personas ingresadas al programa que logran participación en comunidad producto de la intervención del equipo.	(N° de personas que logran participación en comunidad/ N° total de ingresos) x 100	10% de las PsD atendidas en el Centro, logran la inclusión social (trabajo, hogar, escuela, grupos sociales, organizaciones)	CCR
Contribuir a la generación de redes comunitarias e intersectoriales para el logro de la participación en comunidad (inclusión social PsD)	Mantener funcionalidad y prevenir complicaciones en personas con patologías crónicas	Realizar talleres destinados a entregar herramientas a las personas con patologías crónicas	Talleres grupales de rehabilitación	(N° total de personas ingresadas a taller grupal/N° total de personas ingresadas a RBC) x 100	20% de PsD ingresadas a CCR, participan en taller grupal	CCR
Fortalecer la red de apoyo, para PsD	Fortalecer la red de apoyo para PsD	Realizar las actividades descritas en el Plan de trabajo comunitario del diagnóstico participativo de discapacidad 2017-2019.	Actividades que fortalecen la red de apoyo comunitarias.	N° total de actividades realizada del plan de trabajo comunitario/N° total de actividades programadas del Plan de trabajo comunitario) x100	al menos 70% de las actividades programadas	CCR Y COMUNIDAD

PROGRAMA DE TUBERCULOSIS

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Prevenir que los contactos < de 15 años se infecten con tuberculosis o que desarrollen la enfermedad	Quimioprofilaxis en los contactos < de 15 años	Porcentaje de contactos < de 15 años que completan quimioprofilaxis	Nº de contactos < de 15 años que completan quimioprofilaxis/Nº total de contactos *100	100%	Informe de evaluación de estudio de contacto	COMUNAL
		Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Confirmación de los casos a través del cultivo	Porcentaje Casos pulmonares diagnosticados por cultivo	(Nº de casos pulmonares diagnosticados por cultivo/ Nº total de casos pulmonares diagnosticados)*100	20 a 30% de los casos	Registro nacional de pacientes TBC	
		Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Realizar screening en población general a través de baciloscopias a tosedores.	Porcentaje de cumplimiento de BK realizadas.	Nº de BK realizadas / Nº de BK programadas x 100	100%	Libro sintomáticos respiratorios	
		Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Identificar los hogares de adultos mayores y clubes de adulto mayor presentes en la comunidad	Catastro Nº de hogares y clubes de adulto mayor	Catastro con el Nº de hogares y clubes de AM identificados en el área del consultorio	Contar con registro	Catastro de hogares	
		Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Estudio de Contacto de casos Índices con bacteriología positiva (baciloscopia, PCR o cultivo).	Porcentaje de contactos estudiados	(Nº de contactos estudiados / Nº de contactos censados) *100	90%	Informe de Evaluación del programa	

		Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Estudio de Contacto en casos índices menores de 15 años.	Porcentaje de contactos estudiados < de 15	(N° de contactos estudiados < de 15 / N° de contactos < de 15 censados) *100	100%	Informe de Evaluación del programa	
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Aplicar el Score de Riesgo y medidas para prevenir el abandono.	Porcentaje de pacientes con score de riesgo identificados	(N° de pacientes con score de riesgo identificados/ N° de pacientes ingresados a tratamiento)*100	100%	Tarjeta de tratamiento	COMUNAL
		Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Visita Domiciliaria a todos los casos que ingresan a tratamiento	Porcentaje de pacientes ingresados a tratamiento	(N° de pacientes ingresados a tratamiento /N° de visitas domiciliarias realizadas)*100	100%	Tarjeta de Tratamiento	
		Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Control mensual por médico de los casos en tratamiento (norma técnica)	Porcentaje de controles médicos realizados y registrados	(N° de controles médicos realizados y registrados en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente)/ N° de controles programados según norma técnica)*100	100%	Ficha Clínica/Tarjeta de tratamiento.	
		Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	3 consultas enfermeras: ingreso, cambio de fase de tratamiento y alta de tratamiento (norma técnica)	Porcentaje de consulta enfermera realizadas y registradas	(N° de consulta de enfermera realizadas y registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente)/ N° de consultas programadas según norma técnica)*100	3 consultas al 100%	Ficha Clínica/Tarjeta de tratamiento.	
		Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Programar y realizar consulta de enfermera al pacientes inasistente por más de 1 semana al tratamiento	Porcentaje de consulta enfermera realizadas a pacientes inasistente por más de 1 semana	(N° de consultas de enfermera realizadas y registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente inasistente por más de 1 semana)/N° de consultas de enfermera programadas según score de riesgo del paciente)*100	100%	tarjeta de tratamiento	

		Perdida de seguimiento (abandono) menor del 5%	Visita domiciliaria de rescate del paciente inasistente por más de 3 semanas al tratamiento realizada por enfermera	VD de rescate	(N° de VD realizadas a pacientes inasistentes en periodo de tiempo determinado/ N° de pacientes inasistentes por más de tres semanas en periodo de tiempo determinado) *100	100%	Tarjeta de tratamiento.	
PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Capacitar al personal del consultorio en Tuberculosis	Programar capacitación en Tuberculosis dirigida a todo el personal que trabaja en el consultorio.	Porcentaje capacitaciones realizadas	(N° de capacitaciones realizadas /N° de capacitaciones programadas para el año)*100	1 capacitación anual	Listado de asistencia a la capacitación	COMUNAL



PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA

(A lo largo del ciclo vital)

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE
PREVENCIÓN	Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de 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.	Atención odontológica domiciliaria considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa, según contexto biopsicosocial del paciente y su familia.	Promedio de VDI odontológica recibida por personas del Programa de Atención Domiciliaria para Personas en situación de Dependencia Severa	(N° de Visitas Odontológicas Domiciliarias Integrales recibidas por personas en situación de dependencia severa/N° de población bajo control en Programa de Atención Domiciliaria para Personas en situación de Dependencia Severa	A lo menos 2 visitas odontológicas domiciliarias integrales anuales a personas en situación de dependencia severa.	REM
		Otorgar a la persona en situación de 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 en situación de dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	Promedio de VDI recibidas por personas del Programa de Atención Domiciliaria para Personas en situación de Dependencia Severa	(N° de Visitas Domiciliarias Integrales recibidas por personas en situación de dependencia severa Dependencia Severa /N° de población bajo control en Programa de Atención Domiciliaria para Personas en situación de Dependencia Severa	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales anuales a personas en situación de dependencia severa.	REM

	Otorgar a la persona en situación de 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 en situación de dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	Porcentaje de Población bajo control del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa que no presentan UPP	(N° de personas sin UPP del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa /N° 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	P 5
	Otorgar a la persona en situación de 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 en situación de Dependencia Severa	(N° de cuidadores de personas en situación de dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia severa evaluados con Escala de Zarit/N° de cuidadores de personas en situación de dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa)*100	Al menos el 60% de los cuidadores de personas con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria han sido evaluados con Escala de Zarit	REM
	Otorgar a la persona en situación de 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 cuidadoras(es) y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral de la persona en situación de dependencia severa para prevenir el síndrome de sobrecarga del cuidadora(or)	Porcentaje de cuidadores(as) de personas en situación de dependencia severa Capacitados (as)para prevenir el síndrome de sobrecarga del cuidadora(or)	(N° de Cuidadores(as) de personas en situación de dependencia severa capacitados / N° Total de cuidadores de personas en situación de dependencia severa *100	100% de los cuidadores de personas con situación de dependencia severa capacitados.	P 5

PLAN DE GESTIÓN LOCAL POBLACIÓN INMIGRANTES Y PUEBLOS ORIGINARIOS

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE
PROMOCION	Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos originarios y población inmigrante	Generar acciones que permitan mejorar la calidad y accesibilidad en la atención de salud.	Desarrollar al menos 3 actividades de capacitación y sensibilización en interculturalidad y salud de los pueblos originarios a funcionarios Cesfam Algarrobo y Postas de salud Rural	Porcentaje de cumplimiento capacitaciones en interculturalidad y salud de los pueblos originarios	Nº Actividades realizadas/Nº Actividades programadas *100	100%	registro local
		Generar acciones que permitan mejorar la calidad y accesibilidad en la atención de salud.	Desarrollar programa de gestión local con enfoque intercultural: diagnóstico participativo	Diagnóstico participativo con enfoque intercultural	Dicotómico	si	registro local

		Generar acciones que permitan mejorar la calidad de los registros para contar con información confiable.	Diseño e implementación de un sistema de registro, que considere las variables pertenencia a pueblos originarios y población inmigrantes en poblaciones bajo control de programas de salud infantil y cardiovascular	Porcentaje de registro de las variables: pertenencia a pueblos originarios y población inmigrantes en poblaciones bajo programas infantil y cardiovascular.	N° de personas bajo control registradas en variables pueblos originarios y población inmigrantes (año vigente) MENOS N° de personas bajo control registradas en variable pueblos originarios y población inmigrantes (año anterior)/ N° de personas bajo control registradas en variable pueblos originarios y población inmigrantes (año vigente)*100	Aumentar en un 10%	REM-P
	Transversalizar el enfoque intercultural en la atención de pueblos originarios y población inmigrante	Generar acciones que permitan mejorar la calidad de la atención de salud, con enfoque intercultural	Gestionar y articular acciones intersectoriales para generar redes de apoyo comunitario.	Porcentaje de participación en reuniones de mesas de trabajo intersectorial.	Reuniones realizadas /Reuniones programadas x100	80%	registro local
		Desarrollar iniciativas educativas en temáticas de salud, con enfoque intercultural	Elaborar material educativo e informativo local en otras lenguas: alimentación infantil, catálogo de prestaciones Cesfam Algarrobo.	Material educativo e informativo local en otras lenguas.	Actividades realizadas/actividades programadas *100	80%	registro local



PLAN DE GESTIÓN LOCAL

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS LOCALES	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META
difusión y entrega de información a los usuarios del Cestfam	Fomentar el empoderamiento de la comunidad en temas de salud, de manera que	Entrega catálogo de Prestaciones del Cestfam Algarrobo, a las familias inscritas durante el año 2018.	Porcentaje de Catálogo de prestaciones entregados a familias inscritas en Cestfam Algarrobo	(Nº de catálogos entregados año 2018 /Nº de familias inscritas en Cestfam Algarrobo año 2018) *100	80%

	sean agentes activos en su autocuidado	Entrega de Guías anticipatorias a población objetivo definida.	Entrega de guías anticipatorias	(N° de guías anticipatorias entregadas a grupos objetivos/N° de personas atendidas correspondientes a los grupos objetivos) *100	60%
		Difusión de material educativo en temas de salud a través de TV de sala de espera.	Difusión de material educativo	Dicotómico	si
		Difusión de material educativo en temas de salud a través de redes sociales institucionales	Difusión de material educativo	Dicotómico	si
Consolidar el Modelo de Atención Integral en Salud	Avanzar en el cumplimiento y mantención de los ejes de acción del Modelo de Atención Integral en Salud	Autoevaluación de pauta MAIS y Plan de mejora continua	Autoevaluación realizada Plan de mejora elaborado.	Dicotómicos	Si
		Participación de equipo OIRS en reuniones consejo Local de salud.	Actas de reuniones	(N° de reuniones cosal 2018 con participación de equipo OIRS/ N° de reuniones cosal 2018) *100	80%
		Desarrollar Diagnóstico participativo de salud 2018-2019, considerando el levantamiento de información en relación a consumo de tabaco, OH, sedentarismo, otras drogas y salud sexual.	Informe diagnóstico participativo	Dicotómico	si
		Jornada de salud familiar 2018	Jornada realizada con participación de comunidad en mayor número que el 2017.	N° de personas de la comunidad, que asiste a jornada de SF 2018 / N° de personas de la comunidad, que asiste a jornada de SF 2017	Aumentar un 10%

Implementar el modelo de gestión de calidad en la organización	Incorporar una política de calidad en la institución y avanzar en el proceso de acreditación como prestador institucional	Mantener estrategia de confirmación de hora telefónica, para disminuir % de inasistencias a atenciones profesionales.	Porcentaje de inasistencia	Porcentaje de inasistencias 2016 por estamento (menos) Porcentaje de inasistencias 2017 por estamentos	Disminuir el al menos 5 puntos porcentuales.
		Ejecución de Plan de Calidad 2014-2018	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Calidad 2014-2018	(N° de actividades planificadas cumplidas en al menos un 50% / N° total de actividades planificadas) *100	90%
		Definir encargado de calidad Cesfam Algarrobo	Encargado de calidad con jornada de 22 horas semanales	Dicotómico	Si
		Realizar estudio de investigación en relación a mortalidad por tumores malignos en la comuna de Algarrobo.	Informe del estudio	Dicotómico	Si
Cumplimiento de objetivos estratégicos para la década 2011-2020	Generar estrategias de gestión local que permitan dar cumplimiento de los objetivos estratégicos.	Monitoreo periódico del avance en cumplimiento de metas IAAPS y sanitarias 2018	Informes de monitoreo marzo-junio-septiembre-noviembre.	Los correspondientes a las metas.	Sobre 90%
		Elaboración de planes de gestión local: Plan de Participación social, Plan de trabajo con adolescentes en EEDD. Plan gestión OIRS	N° de planes realizados	N° de planes realizados/N° de planes programados *100	100%

		Reuniones mensuales de equipos de trabajo: <ul style="list-style-type: none"> • Reuniones Programas de salud • Reuniones estamentos • Reuniones ampliadas • Reuniones clínicas • Reuniones intersector • Reuniones técnicas: consejo técnico y equipo gestor. • Reuniones de comités 	Porcentaje de cumplimiento de reuniones programas	(N° de reuniones realizadas /N° de reuniones programadas) *100	80%
--	--	---	---	--	-----



INDICADORES ESTRATEGIAS DE FORTALECIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD FAMILIAR INTEGRAL Y COMUNITARIO

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
PROMOCION / PREVENCIÓN / TRATAMIENTO Y REHABILITACION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud / Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de personas , familias y comunidades	Contribuir a fortalecer factores protectores en la familia / O brindar apoyo al diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación de la persona en su contexto familiar	Visita domiciliaria integral que se realiza al lugar de residencia de la familia, entre uno o más miembros del equipo de salud y uno o más integrantes de la familia con enfoque sistémico. Esta visita puede ser generada por un problema de salud individual (caso índice) o de orden familiar	Visita Domiciliaria Integral	Tasa de Visita Domiciliaria Integral.(N° visitas domiciliarias integrales realizadas / N° de familias (población inscrita / 3,3)	22%	REM y población inscrita percapitaFonasa	Establecimiento y Comuna
PREVENCIÓN	Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de personas , familias y comunidades	Apoyar en la mejora de la calidad de vida de las familias y sus miembros, mediante la detección temprana de condiciones , sociales o de enfermedad, como hábitos y conductas de salud que	Aplicación de una pauta o matriz, de desarrollo local, para establecer grado de vulnerabilidad o riesgo biopsicosocial de familias en su territorio a cargo. Herramienta que permita a los equipos de salud comprender el funcionamiento de la familia, puedan	Familias evaluadas según riesgo Familiar	Porcentaje de familias evaluadas según riesgo Familiar (N° de familias evaluadas según riesgo familiar/N° total de familias inscritas (población inscrita/3,3)	30%	REM serie P y población inscrita percapitaFonasa	Establecimiento y Comuna

		pueden determinar factores de riesgo a nivel familiar	categorizar el o los riesgos a los que se encuentren expuestos, y así consensuar y adoptar intervenciones ad hoc a sus necesidades.					
PROMOCIÓN	Aumentar proporción de familias con factores protectores	Promover responsabilidad en las familias respecto al cuidado de sus miembros.	Entregar y registrar guías anticipatorias en todos los ciclos vitales	Usuarios que reciben guías anticipatorias	Porcentaje de entrega de guías anticipatorias/Grupo Objetivo de entrega de guía anticipatoria	Línea base	MEAP	Establecimiento
PREVENCIÓN	Aumentar proporción de familias con factores protectores y herramientas de cuidado para su salud	Promover responsabilidad en las familias respecto al cuidado de sus miembros.	Entregar y registrar consejerías en todos los rangos etarios.	Usuarios que reciben consejerías individuales en temáticas relevantes según ciclo vital.	Porcentaje de consejerías individuales/ Grupo objetivo de consejerías según temática a abordar	Línea base	REM 19a	Establecimiento
SALUD FAMILIAR	Aumentar proporción de familias con factores protectores y herramientas de cuidado para su salud	Promover responsabilidad en las familias respecto al cuidado de sus miembros.	Asistencia a familias que están atravesando crisis normativas y no normativas	Usuarios que reciben asistencia en crisis normativas y no normativas	Porcentaje de asistencia en crisis normativas y no normativas	Línea base	MEAP	Establecimiento

SALUD FAMILIAR	Talleres para personas con patología crónica CV	Promover responsabilidad en las familias respecto al cuidado de sus miembros.	Realizar talleres para personas con patología CV	Usuarios con patología crónica CV que asisten a talleres.	Porcentaje de pacientes que asisten a talleres CV/ Pacientes que son citados para taller CV	Línea base	REM 27	Establecimiento
CALIDAD	Asegurar el acceso y la oportunidad de atención a los usuarios inscritos	Promover acciones para atender con oportunidad a sus usuarios	Análisis y cruce de información	Análisis de usuarios poli consultantes y plan de trabajo según perfil identificado	N° de usuarios poli consultantes/ N° de poli consultantes con plan de trabajo instaurado	Línea base	Análisis DAPUS 2017	Establecimiento
CALIDAD	Asegurar el acceso y la oportunidad de atención a los usuarios inscritos	Promover acciones para atender con oportunidad a sus usuarios	Actualizar Plan de Gestión de demanda	Actualizar Plan de Gestión de demanda	Plan de gestión de demanda realizado	100% ejecutado	Documento	Establecimiento
CALIDAD	Desarrollar cultura de calidad y mejora continua	Desarrollar Plan de mejora continua en el ámbito de calidad y en base a encuestas de satisfacción usuaria	Actualizar Plan de mejora continua en calidad (incluye encuesta de satisfacción usuaria)	Actualizar Plan de mejora continua en calidad	Plan de mejora continua en calidad realizado	100% ejecutado	Documento	Establecimiento

CALIDAD	Desarrollar cultura de calidad y mejora continua	Desarrollar Plan para disminuir las hospitalizaciones en los usuarios según reportes y datos locales	Realizar Plan para disminuir las hospitalizaciones en usuarios según reportes y datos locales.	Plan para disminuir las hospitalizaciones en usuarios	Plan para disminuir hospitalizaciones.	100% ejecutado	Documento	Establecimiento
TERRITORIALIDAD E INTERSECTORIALIDAD	Desarrollar trabajo colaborativo con el intersector	Desarrollar Planes de trabajo con el intersector	Realizar plan de trabajo con temáticas relevantes para 2 instituciones comunales.	Dos Proyectos comunitarios ejecutados	Proyectos comunitarios finalizados/Total de Proyectos comunitarios (2)	100%	Listas Asistencia/Fotos	Comuna
PARTICIPACIÓN SOCIAL	Promover la participación social en salud como práctica habitual.	Continuar con el desarrollo de la red intersectorial	Realizar reuniones mensuales de la red intersectorial infanto-juvenil	Reuniones Red Infanto-juvenil	Reuniones ejecutadas/Reuniones Proyectoadas.	80%	Lista de Asistencia	Comuna
MODELO SALUD FAMILIAR	Continuar y consolidar Modelo de Atención integral en Salud	Desarrollo de reuniones	Realizar reuniones mensuales del equipo gestor	Reuniones Mensuales Equipo Gestor	Reuniones ejecutadas/Reuniones Proyectoadas.	80%	Lista de Asistencia	Establecimiento

INDICADORES ESTRATEGIAS DE PROMOCION COMUNAL

NIVEL	OBJETIVO IMPACTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	ESTRATEGIA	RESPONSABLE
PROMOCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Mejorar la Promoción de Salud en Comunas	Realizar eventos masivos en alimentación saludable	Promover acciones de promoción de estilos de vida saludable	(N° de eventos masivos de alimentación saludable realizados/N° eventos masivos de alimentación saludable programados)*100	100% de eventos de alimentación saludable comprometidos	<p>*Coordinación con la comunidad e intersector para la participación de los eventos masivos tanto en área rural y urbana.</p> <p>*Promocionar y realizar difusión de actividades masivas para lograr amplia participación.</p> <p>*Acudir el equipo de trabajo</p>	EQUIPO PROMOCIÓN APS
PROMOCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Mejorar la Promoción de Salud en Comunas	Realizar eventos masivos en actividad física	Promover los factores psicosociales protectores de la salud mental	N° de eventos masivos en actividad física realizados/N° de eventos masivos en actividad física programados	100% de eventos de actividad física comprometidos realizados	<p>*Coordinación con la comunidad e intersector para la participación de los eventos masivos tanto en área rural y urbana.</p> <p>*Promocionar y realizar difusión de actividades masivas para lograr amplia participación.</p> <p>*Acudir equipo de trabajo comunitario a organizaciones comunitarias</p>	EQUIPO PROMOCIÓN APS

PROMOCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Mejorar la Promoción de Salud en Comunas	Realizar educación grupal en alimentación saludable y actividad física, priorizando el entorno comunal y laboral	Promover los factores psicosociales protectores de la salud mental	Una actividad educativa grupal anual en alimentación saludable y actividad física realizada.	Actividad grupal en alimentación saludable y actividad física realizada	<p>* Talleres a las agrupaciones territoriales y funcionales de la comuna, sector urbano y rural</p> <p>* Participación en Ferias Saludables</p> <p>* Planificación y ejecución de jornada con dirigentes sociales para dar a conocer enfermedades de salud mental, manejo y tratamiento.</p> <p>* Talleres de actividad física a cargo de Monitor de Actividad Física</p>	EQUIPO APS
PROMOCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Mejorar la Promoción de Salud en Comunas	Incorporar el componente intercultural a talleres de gestantes considerando elementos protectores de la salud de los pueblos originarios y/o migrantes	Porcentaje de talleres de gestantes que incorpora el componente intercultural	(N° de talleres de gestantes con componente intercultural / N° total de talleres de gestantes que incorporaron el componente intercultural) *100	Establecer Línea Base	*Planificar y ejecutar talleres de gestantes considerando enfoque intercultural en la temática a tratar.	MAT CHCC Y NTC

III. PLAN DE CAPACITACIÓN

PLAN DE CAPACITACIÓN



PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACION 2018 PERSONAL ESTATUTO ATENCIÓN PRIMARIA (LEY 19.378) SERVICIO DE SALUD VALPARAISO SAN ANTONIO- COMUNA ALGARROBO

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO				ORGANISMO EJECUTOR	COORDINADOR	FECHA DE EJECUCIÓN
			A (Médicos, Odontólogos, QF, etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)	TOTAL		ITEM CAPACITACION (*)	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO			
LE N°1 Fortalecer El Modelo de Atención en Salud, junto con los valores y principios que lo sustentan.	Herramientas en el Modelo de Salud Familiar	Identificar Aspectos conceptuales, principios y valores relacionados con el Modelo de Salud Familiar	3	8	10	1	1	3	26	Min 4		X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero-diciembre
	Abuso Sexual , suicidio y maltrato en niños, niñas y adolescentes, adultos y AM	Identificar Aspectos conceptuales, principios y valores relacionados con los signos y síntomas del abuso y maltrato en el ciclo vital	3	8	10		1	1	23	Min 4		X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero-diciembre
	Salud Mental	Obtener y actualizar los conocimientos técnicos para el diagnóstico y manejo de patologías de Salud Mental; y las herramientas asociadas para el desarrollo de estrategias de intervención dentro del ciclo vital.	3	8	10		1	1	23	Min 4	200.000	X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero-diciembre
	Actualización cariológica, periodontal básico, odontopediatría, rehabilitación oral, urgencia odoontología.	Actualizar y mejorar conocimientos básicos y nociones del que hacer dental en APS	2		3	1			6	Min 4		X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero-diciembre
	Andragogía	Fortalecer y entregar las herramientas y conocimientos para la enseñanza de adultos	1	1	5		1	2	10	Min 4		X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero-diciembre
	Atención integral de niños, adolescente, adultos y AM.	Fortalecer los conocimientos de los profesionales y técnicos de atención primaria, afianzando estrategias de intervención, que permitan trabajar sobre la promoción, prevención y asistencia, para la entrega de una atención integral y de calidad al ciclo vital.	3	8	10		1		22	Min 4		X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero-diciembre

TBC y VIH	actualicen conocimientos y adquieran herramientas y habilidades para la entrega de información y orientación a nuestros/as usuarios/as, contribuyendo a la promoción de la salud sexual y la prevención del VIH/SIDA las ITS y la TBC.	2	4	8		1	1	16	Min 4		X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero-diciembre
Enfermedades Crónicas No Transmisibles y sus complicaciones.	Conocer los aspectos generales de la ECNT, IAM, ACV, sus factores de riesgo y tratamientos. Valorando la importancia de las estrategias de intervención para prevenir esta patología.	2	4	8		1	1	16	Min 4		X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero-diciembre
Manejo enfermedades respiratorias	reconocer signos y síntomas de la patología respiratoria crónica y aguda de infantojuveni y adulto para una pesquisa precoz y su manejo en la Atención Primaria de Salud (inclusive influenza y nac)	1	4	8		1	1	15	Min 4		X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero-diciembre
Nutrición y dietética	Actualizar conocimientos en diversas áreas de nutrición en base al ciclo vital con énfasis en la obesidad, EC, alergias alimentarias y lactancia materna.	1	3	6		1	1	12	Min 4		X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero-diciembre
Promoción y Prevención	Desarrollar, diseñar e implementar estrategias efectivas en salud (estilos de vida, autocuidado, alimentación saludable, ejercicio, oh tabaco y drogas, ssr, sm).	2	4	6		2	2	16	Min 4	200.000	X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero-diciembre
SSR	Actualizar conocimientos y adquieran herramientas y habilidades para la entrega de información y orientación a nuestros/as usuarios/as, contribuyendo a la promoción de la salud sexual	1	2	4				7	Min 4	200.000	X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero-diciembre
Situación de Discapacidad	Conocer los aspectos teóricos, las herramientas de evaluación, el manejo clínico de la personas con situación de discapacidad (física, psicológica, sensorial, cognitiva).	1	2	4		1	3	11	Min 4	200.000	X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero-diciembre

LE N° 2 Consolidar el modelo de Gestión en Red, local, regional y suprarregional (micronefes)	Modelo de Gestión en Red (RISS)	Reconocer las principales características del Modelo de Gestión Red	1	2	4		1	3	11	Min 4		X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero-diciembre
	Gestión Hospitalaria	Conocer la articulación con otras redes para asegurar continuidad de la atención	1	2	4		1	3	11	Min 4		X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero-diciembre
	Sistemas de referencia y contrareferencia	Mejorar la gestión y desarrollo de sistemas de referencia y contrareferencia	1	2	4		1	3	11	Min 4		X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero-diciembre
	Sistemas informáticos en Red	Conocer los módulos de agenda, referencia y contrareferencia e interconsultas en establecimientos de la Red Pública.	1	1	2		1	3	8	Min 4		X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero-diciembre
	Inducción al CHCC y PARN	Contar con los conocimientos básicos y nociones del sistema de protección integral de la primera infancia el trabajo del intersector y la red.	1	2	4		1		8	Min 4		X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero-diciembre
LE N° 3 Fortalecer el Funcionamiento del Sistema de Garantías Explícitas en salud GES en la red del Servicio Público de Salud	Garantías Explícitas en salud	Conocer el marco regulatorio, conceptual y metodológico del Régimen Garantías Explícitas en Salud	1	2	4		1		8	Min 4		X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero-diciembre
	Bioética, principios y valores en el proceso de atención Ges	Conocer y aplicar los principios y valores fundamentales de la Bioética en la atención GES	1	1	2		1		5	Min 4		X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero-diciembre
	IAAS	Conocer los fundamentos técnicos para el desarrollo de estrategias del control de infección asociadas a la atención de salud.	1	1	10		1	3	16	Min 4		X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero-diciembre
	Tamizaje y manejo de neoplasias en el ciclo vital	Actualizar al equipo multidisciplinario de atención primaria en lo referente a la sospecha del cáncer en adultos, su contribución al diagnóstico precoz y a identificar la red asistencial vigente y a los procesos de derivación inmediata.	2	14	6		2	4	28	Min 4		X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero-diciembre

	Manejo de trastornos asociados al uso de sustancias y OH	Actualizar los conocimientos y la información respecto a los riesgos relacionados con el consumo de alcohol y sustancias, comprender el uso de la sustancia y acercarse desde la perspectiva promocional y preventiva a su abordaje en la vida cotidiana o en el campo de la salud.	1	2	2			5	Min 4			X	X		Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero-diciembre
LE N° 4 Mejorar la calidad de la atención y trato al usuario.	Acreditación en Salud	Conocer el marco regulatorio, conceptual y metodológico de la gestión de calidad y gestión de riesgos	4	8	15	1	2	4	34	Min 4	300.000	X	X		Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero-diciembre
	Trato al Usuario	Desarrollar competencias de atención al usuario y solución de problemas.	1	4	8	1	1	3	18	Min 4		X	X		Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero-diciembre
	Ley 20.584	Conocer la Ley 20.584 de Deberes y derechos de los pacientes	1	1	5	1	1	3	12	Min 4		X	X		Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero-diciembre
	Enfoques de Salud	Conocer el enfoque de derecho, cultural, migración y de género en salud	3	5	20	1	1	3	33	Min 4	300.000	X	X		Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero-diciembre
LE N° 5 Generar estrategias de Desarrollo Organizacional para el mejoramiento de la calidad de vida laboral.	Autocuidado y actividad física en el trabajo	Sensibilizar a los(as) funcionarios (as) de la Red Asistencial sobre la importancia de la actividad física y deportiva, en el contexto tanto laboral como personal, colaborando en la promoción de la calidad de vida laboral y bienestar psicosocial, y en la prevención de condiciones de riesgo asociadas al sedentarismo.	3	10	30	1	1	3	48	Min 4		X	X		Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero-diciembre
	Prevención de Riesgos Profesionales	Entregar contenidos pertinentes a los establecimientos asistenciales de salud, en prevención de riesgos profesionales, promoviendo el desarrollo de competencias en los funcionarios, para la participación activa y colaborativa en Comités Paritarios de Higiene y Seguridad.	3	10	30	1	1	3	48	Min 4		X	X		Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero-diciembre

	Riesgos Kinesico	identificación, evaluación y control de estos agentes de riesgo profesional presente en APS	1	5	10	1	1	3	21	Min 4		X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitacion	enero-diciembre
	Riesgos Psicosociales y salud ocupacional	Capacitar en materia de agentes de riesgos psicosociales, promoviendo el desarrollo de competencias en los funcionarios, para la proactiva identificación, control y evaluación de los riesgos presentes en sus ambientes de trabajo, con el propósito de reconocerlos, controlarlos y evitar enfermedades profesionales.	1	4	5	1	1	3	15	Min 4		X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitacion	enero-diciembre
LE N° 6 Incorporar Tecnologías de Información y Comunicaciones TICs, y el uso de tecnología adecuada para apoyar la gestión técnico asistencial en salud.	Ficha ClínicaElectronica	Actualizar conocimientos tecnicos sobre el manejo del sistema de registro electronico	2	2	2		1		7	Min 4		X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitacion	enero-diciembre
	CAS CHILE	Actualizar y adquirir conocimientos tecnicos y administrativos de la gestion financiera, contable, del personal, pago, remuneraciones y activos; mediante el uso eficiente de la informacion.		1	5				6	Min 4		X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitacion	enero-diciembre
	Mercado publico	Adquirir conocimientos sobre la herramienta de adquisicion del estado y su marco normativo		1	5				6	Min 4	200.000	X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitacion	enero-diciembre
	SIAPER	Actualizar y conocer el sistema de informacion y control del personal de la administracion del estado		2	5		1		8	Min 4		X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitacion	enero-diciembre
LE N°7 Desarrollar la gestión Administrativa, física y financiera.	Gestion de Centro de Salud	Valorar la importancia de contar con indicadores financieros y no financieros para establecer el impacto de las actividades de una organización.	1	2	1				4	Min 4	200.000	X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitacion	enero-diciembre
	Modelo de gestion y evaluacion de la capacitacion	Reconocer las etapas del Modelo de Gestión y Evaluación de la Capacitación de la DNSC, identificando el rol de gestor de capacitación en este proceso.		1	2				3	Min 4		X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitacion	enero-diciembre

	Ausentismo laboral	Actualizar los conocimientos de los funcionarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud tendrán sobre el marco normativo que regula sus ausencias por licencia médica curativa, proporcionándoles material de fácil acceso en caso de dudas; y adicionalmente los gestores institucionales en la temática de ausentismo podrán reforzar sus conocimientos y aplicarlos en beneficio de la gestión de calidad de vida laboral de los funcionarios y funcionarias, durante el periodo de ejecución de los Planes de Calidad de Vida Laboral.		1	2			3	Min 4	100.000	X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero-diciembre	
	REAS	Identificar las principales medidas generales y específicas de prevención y precaución en la transmisión de agentes infecciosos, diferenciando las técnicas de higiene, esterilización y desinfección para ser integradas en los distintos momentos en que el personal de salud entra en contacto tanto con el paciente como con su entorno durante la atención de salud.	5	8	20	1	2	4	40	Min 4		X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero-diciembre
LE N° 8 Mejorar la Gestión y desarrollo de las personas.	Inducción e introducción a relaciones laborales en APS, Recursos Humanos APS	Conocer los principios y orientaciones en el ámbito de las relaciones laborales en el sector salud.	1	1	20		1	3	26	Min 4		X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero-diciembre
	Liderazgo y trabajo en equipo	Desarrollo y fortalecimiento del liderazgo y trabajo en equipo.	1	1	20		1	3	26	Min 4	200.000	X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero-diciembre
	Protección Radiológica	Necesidad de entregar herramientas técnicas para optimizar la atención del paciente en odontología	1		1	1			3	Min 4	200.000	X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero-diciembre
	Habilidades blandas	Adquirir conocimiento teórico y las competencias prácticas necesarias para mejorar la atención (calidad y trato)	1	1	5		1	3	11	Min 4		X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero-diciembre

	Esterilizacion/ Operador de autoclave	Necesidad de actualizar conocimientos en materia de esterilizacion y autoclave para su optimizacion			2				2	Min 4		X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitacion	enero- diciembre
LE N° 9 Mejorar la prevencion y manejo de las contingencias, emergencias y catastrofes	Gestion del Riesgo en Emergencias y Desastres	identificar , renocer y evaluar las amenazas, vulnerabilidad y recursos para la preparacion y diseño de planes y medidas para la emergencia y desastres	2	4	15		1	3	25	Min 4		X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitacion	enero- diciembre
	Apoyo a niños y niñas en emergencias y desastres	Contar con los conocimientos necesarios para el trabajo con la poblacion infantil frente a un evento de desastre	2	4	15		1	3	25	Min 4		X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitacion	enero- diciembre
	Salud mental en emergencias y desastres	Prepararse en las distintas etapas de una situación de emergencia o desastre, de modo de reducir los riesgos de daño a la Salud Mental, proponiendo un conjunto de medidas tendientes a organizar y estructurar la respuesta de la comunidad a las condiciones adversas y facilitar así, las acciones para un efectivo y oportuno aviso, control, evacuación y conductas que permitan una restauración lo más pronta posible, tanto física como psicosocial.	2	2	5		1	3	13	Min 4		X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitacion	enero- diciembre
	Radiocomunicacion de emergencia	Conocer los aspectos básicos de las radiocomunicaciones en contextos de emergencias, junto a los protocolos de radiocomunicaciones de la red MINSAL, los equipamientos y lenguajes asociados.		1	5		1	3	10	Min 4		X	X		Universidad es- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitacion	enero- diciembre
Totales			71	164	387	12	42	85	761						2.300.000		

(*) sujeto a valores de mercado y re distribucion según necesidades del servicio

IV. DOTACIÓN



Tabla No 26 Dotación DESAM

DOTACION DESAM		PLANTA		CONTRATA		TOTALES	
CARGO	CATEGORIA	N° JORNADAS	N° HORAS	N° JORNADAS	N° HORAS	N° JORNADAS	N° HORAS
DIRECTOR DE DEPARTAMENTO	B	1	44			1	44
ENC. RECURSOS HUMANOS	C	1	44			1	44
ENC. BODEGA CLINICA	C	1	44			1	44
ENC. SUELDOS Y PAGOS	B			1	44	1	44
ENC. FINANZAS	B			1	44	1	44
ENC. ADQUISICIONES	B			1	44	1	44
SECRETARIA RRHH	C			1	44	1	44
SECRETARIA DEPARTAMENTO	E			1	44	1	44
TOTAL		3	132	5	220	8	352



Tabla No 27 Dotación CESFAM

DOTACION CESFAM		PLANTA		CONTRATA		TOTALES	
CARGOS	CATEGORIA	N° JORNADAS	NUMERO DE HORAS	N° JORNADAS	NUMERO DE HORAS	N° JORNADAS	NUMERO DE HORAS
DIRECTOR ESTABLECIMIENTO	B	1	44		0	1	44
SUB DIRECCION TECNICA	B		0	0,5	22	0,5	22
MÉDICOS CESFAM	A	1,5	66	7,5	330	9	396
ODONTÓLOGOS	A	1	44	2	88	3	132
QUIMICO FARMACEUTICO	A		0	1	44	1	44
ENFERMERAS	B	1,27	55,88	1,5	66	2,77	121,88
ENFERMERAS PSR	B		0	0,5	22	0,5	22
MATRONAS	B	2	88	1	44	3	132
NUTRICIONISTAS	B	0,25	11	2	88	2,25	99
NUTRICIONISTAS PSR	B	0,25	11		0	0,25	11
KINESIOLOGOS CESFAM	B	1	44		0	1	44
KINESIOLOGOS RBC	B	2	88	1	44	3	132
TERAPEUTA OCUPACIONAL	B		0	0,75	33	0,75	33
FONOAUDIOLOGO	B		0	0,75	33	0,75	33
PSICOLOGOS	B	1	44	1	44	2	88
TRABAJADOR SOCIAL	B		0	2	88	2	88
PODOLOGO	C	1	44		0	1	44
TENS	C	15	660	4	176	19	836
TENS RESIDENTE PSR	C		0	2	88	2	88
TANS	C	9	396		0	9	396
INFORMATICO	C		0	1	44	1	44
ASISTENTE DENTAL	D		0	1	44	1	44
ADMINISTRATIVOS	E	2	88		0	2	88
CONDUCTORES	F	1	44	3	132	4	176
AUXILIARES DE SERVICIO	F		0	6	264	6	264
NOCHERO CUIDADOR	F		0	2	88	2	88
AUXILIARES DE SERVICIO PSR	F	2,00	88		0	2	88
TOTAL		41,27	1815,88	41	1782	81,77	3598

Tabla No 28 Dotación DESAM

DOTACION SAPU		PLANTA		CONTRATA		TOTALES	
CARGOS	CATEGORIA	N° JORNADAS	NUMERO DE HORAS	N° JORNADAS	NUMERO DE HORAS	N° JORNADAS	NUMERO DE HORAS
COORDINADOR DE SAPU	B			0,5	22	0,5	22
MEDICOS	A			4	176	4	176
TENS	C	7	308	1	44	8	352
TANS	C	1	44			1	44
ADMINISTRATIVO	E			2	88	2	88
CONDUCTORES	F	5	220	1	44	6	264
TOTAL		13	572	8,5	374	21,5	946
DOTACION TOTAL DEL 2018							
		PLANTA		CONTRATA		TOTAL	
		N° JORNADAS	NUMERO DE HORAS	N° JORNADAS	NUMERO DE HORAS	N° JORNADAS	NUMERO DE HORAS
TOTAL		57,27	2519,88	54,00	2376	111,27	4896
<p>IMPORTANTE: Esta propuesta de dotación corresponde al cálculo de programación para el año 2018 según el proyecto de plan de salud 2018</p>							

V. PRESUPUESTO 2018



La presentación de ingresos para el 2018 responde al comportamiento histórico de los mismos. Se proyecta para el 2018 un presupuesto global de ingresos por \$1.804.000.000, considerando como los principales aportes, el ingreso Percapita, asignaciones para funcionarios, bonos, aporte municipal, ingresos de operación, reembolsos de licencias médicas y otros.

De acuerdo al clasificador presupuestario para el sector municipal, los subtítulos de ingresos que se utilizarán para el presupuesto del sector salud 2018, son los que se indican a continuación:

Justificaciones al presupuesto de Salud Municipal de Algarrobo año 2018

Se presentan las justificaciones del presupuesto año 2018 del área de Salud con la indicación de

los conceptos y la estimación de los montos.

Ingresos salud

La presentación de ingresos para el 2018 responde al comportamiento histórico de los mismos. Se proyecta para el 2018 un presupuesto global de ingresos por \$1.804.000.000, considerando como los principales aportes, el ingreso Percapita, asignaciones para funcionarios, bonos, aporte municipal, ingresos de operación, reembolsos de licencias médicas y otros.

De acuerdo al clasificador presupuestario para el sector municipal, los subtítulos de ingresos que se utilizarán para el presupuesto del sector salud 2018, son los que se indican a continuación:

Tabla No 29

SUBTITULO	CONCEPTO	MONTO
05	TRANSFERENCIAS CORRIENTES	\$1.567.000.000
07	INGRESOS DE OPERACIÓN	\$60.000.000
08	OTROS INGRESOS CORRIENTES	\$77.000.000
15	SALDO INICIAL DE CAJA	\$100.000.000
115	TOTAL INGRESOS	\$1.804.000.000

Trasferencias *corrientes*

Corresponde a los ingresos que se perciben del sector privado, público y externo, sin efectuar contraprestación de bienes y/o servicios por parte de las entidades receptoras. Se destinan a financiar gastos corrientes, es decir, que no están vinculadas o condicionadas a la adquisición de un activo por parte del beneficiario.

De otras entidades públicas: Comprende las transferencias de otras entidades que en la Ley de Presupuestos del Sector Público no tienen la calidad superior que identifica a sus organismos y/o que constituyen fondos anexos con asignaciones globales de recursos.

Las transferencias corrientes de otras entidades públicas presupuestadas para el 2018 son de M\$1.567.000 y, se desagregan en:

Atención primaria ley 19.378 articulo 49 (PERCAPITA)	M\$ 804.000
Asignaciones y financiamiento de remuneraciones (SSVSA)	M\$ 274.500
Aguinaldos y bonos	M\$ 28.500
Aporte municipal	M\$ 460.000

El aporte municipal para el 2018 aumenta en M\$40.000 con respecto al 2017, en atención a la incorporación al presupuesto de salud de, M\$10.000 para la adquisición de un vehículo destinado a visitas domiciliarias a pacientes con dependencia, M\$6.000 para la incorporación de medicina alternativa, M\$5.000 de aumento como aporte al bienestar con respecto al 2017 por el aumento de los asociados, considerando un aporte total para el 2018 de M\$17.000, además de la incorporación a la dotación de dos auxiliares de aseo, dos guardias nocturnos y un técnico en informática según los requerimientos del nuevo edificio.

Ingresos de operación

Comprende los ingresos provenientes de la venta de bienes y/o servicios que son consecuencia de la actividad propia de cada organismo del sector público, o ventas incidentales relacionadas con las actividades sociales o comunitarias habituales de los ministerios y otras reparticiones de gobierno. Dichos ingresos incluirán todos los impuestos que graven las ventas del organismo, como asimismo cualquier otro recargo a que estén sujetas.

Venta de servicios: Comprende los servicios sujetos a tarifas tales como los pasaportes, entradas a parques o instalaciones culturales y recreativas del gobierno, inclusive aquellos servicios que no dan origen a un ticket o documento, como es el caso de la revisión de antecedentes o la validación de expedientes.

Las ventas de servicios presupuestadas para el 2018 responden a la recaudación por el cobro por las atenciones médicas de urgencia, tratamientos y traslados según ley 18.469 por \$M 60.000.

Otros ingresos corrientes

Corresponde a todos los otros ingresos corrientes que se perciban y que no puedan registrarse en las clasificaciones anteriores.

Recuperaciones y reembolsos de licencias médicas: Corresponde a los ingresos provenientes de la recuperación de licencias médicas que, se desagregan como sigue:

Mutual , por accidentes y enfermedades laborales	M\$ 500
Caja de compensación, por funcionarios FONASA	M\$ 60.000

Isapres, por funcionarios con este sistema de salud

M\$ 15.000

Otros: Otros Ingresos Corrientes no especificados en las categorías anteriores. Se incorporan los siguientes:

Devoluciones y Reintegros no Provenientes de Impuestos por M\$1.000.

Otros por M\$500.

Saldo inicial de caja

Corresponde a las disponibilidades netas en cuenta corriente bancaria y en efectivo de los organismos públicos, además de los fondos anticipados y no rendidos, excluyendo los depósitos de terceros, tanto en moneda nacional como extranjera, al 1° de enero.

El saldo inicial de caja presupuestado para el 2018 es de M\$100.000.

Gastos salud

De acuerdo al clasificador presupuestario para el sector municipal, los subtítulos de gastos que se utilizan para el presupuesto de salud 2018 son los que se indican a continuación:

Tabla No 20

SUBTITULO	CONCEPTO	MONTO
21	GASTOS EN PERSONAL	\$1.446.600.000
22	BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	\$223.400.000
29	ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	\$14.000.000
34	DEUDA FLOTANTE	\$20.000.000
35	SALDO FINAL DE CAJA	\$100.000.000
215	TOTAL GASTOS	\$1.804.000.000

Gasto en personal

Comprende todos los gastos que, por concepto de remuneraciones, aportes del empleador y otros gastos relativos al personal, que prestan servicios en Cesfam, postas rurales, Centro de rehabilitación integral en base comunitaria y Modulo dental JUNAEB.

Bajo este subtítulo se contemplan las remuneraciones de planta, plazo fijo, a honorarios, reemplazos y prestaciones de servicio en programas comunitarios.

Personal de planta

Corresponde al gasto de todo el personal con contrato indefinido, con una valorización anual de M\$759.300, destinado a 57.27 jornadas de 44 horas semanales, separado como sigue:

Categoría A: Médicos, cirujano dentista entre otros	2.5	Jornadas
Categoría B: Otros profesionales	9.77	Jornadas
Categoría C: Técnicos de nivel superior	35	Jornadas

Categoría E: Administrativos de salud	2	Jornadas
Categoría F: Auxiliares de servicio y conductores	8	Jornadas

Sueldos y sobresueldos: Sueldo base y asignaciones adicionales, no asociados a desempeño individual o colectivo, asignados a los grados de las dotaciones permanentes fijadas por disposiciones legales generales o especiales vigentes. Presupuestada con un total anual de M\$571.000.

Aportes del empleador: Constituyen los aportes que deben efectuar los organismos del sector público, en su calidad de empleadores, a las instituciones correspondientes, en conformidad a la legislación vigente. Presupuestada con un total anual de M\$32.500.

Asignaciones por desempeño: Considera las asignaciones adicionales al sueldo base, asociadas a desempeño institucional, individual y colectivo, asignadas a las dotaciones permanentes fijadas por disposiciones legales generales o especiales vigentes. Presupuestada con un total anual de M\$87.400.

Remuneraciones variables: Por concepto de trabajos extraordinarios, comisiones de servicio en el país y en el exterior y otras remuneraciones. Presupuestada con un total anual de M\$52.000.

Aguinaldos y bonos: Para el cumplimiento de la normativa legal, cuando sea procedente. Presupuestada con un total anual de M\$16.400.

Personal a contrata

Corresponde al gasto de todo el personal con contrato plazo fijo, con una valorización anual de M\$547.300, destinado a 54 jornadas de 44 horas semanales, separado como sigue:

Categoría A: Médicos, cirujano dentista entre otros	14.5	Jornadas
Categoría B: Otros profesionales	14.5	Jornadas
Categoría C: Técnicos de nivel superior	9	Jornadas
Categoría D: Técnicos de salud	1	Jornadas
Categoría E: Administrativos de salud	3	Jornadas
Categoría F: Auxiliares de servicio y conductores	12	Jornadas

Sueldos y sobresueldos: Sueldos base y asignaciones adicionales, no asociados a desempeño individual o colectivo, asignados a los grados del personal a contrata que se consulten en calidad de transitorio, por mandato expreso de la ley o de la autoridad expresamente facultada para ello. Presupuestada con un total anual de M\$431.500.

Aportes del empleador: Constituyen los aportes que deben efectuar los organismos del sector público, en su calidad de empleadores, a las instituciones correspondientes, en conformidad a la legislación vigente. Presupuestada con un total anual de M\$26.000.

Asignaciones por desempeño: Considera las asignaciones adicionales al sueldo base, asociadas a desempeño institucional, individual o colectivo, asignados al personal a contrata fijadas por disposiciones legales generales o especiales vigentes. Presupuestada con un total anual de M\$55.700.

Remuneraciones variables: Por concepto de trabajos extraordinarios, comisiones de servicio en el país y en el exterior y otras remuneraciones. Presupuestada con un total anual de M\$22.000.

Aguinaldos y bonos: Para el cumplimiento de la normativa legal, cuando sea procedente. Presupuestada con un total anual de M\$12.100.

Otras remuneraciones

Honorarios suma alzada – personas naturales: Honorarios a profesionales, técnicos o expertos en determinadas materias y/o labores de asesoría altamente calificada, de acuerdo con las disposiciones vigentes.

El presupuesto de esta cuneta está destinado principalmente a la contratación de médicos para atención en Cesfam y médicos SAPU en horario adicional al cubierto por el convenio, además de considerarse en este ítem la incorporación de medicina alternativa. Se presupuesta por un total anual de M\$70.000.

Suplencias y reemplazos: Gastos por estos conceptos de acuerdo con las disposiciones legales vigentes. Incluye los sobresueldos correspondientes. El funcionario de planta designado como suplente, dentro de un mismo Servicio, percibirá la remuneración correspondiente al grado de la suplencia, con imputación del gasto a las asignaciones que procedan del ítem 01, del subtítulo 21.

Se considera un gasto anual para esta cuenta de M\$50.000, para la contratación de reemplazos por licencias médicas, vacaciones y otros.

Otros gastos en personal

Prestaciones de servicio en programas comunitarios: Comprende la contratación de personas naturales sobre la base de honorarios, para la prestación de servicios ocasionales y/o transitorios, ajenos a la gestión administrativa interna de las respectivas municipalidades, que estén directamente asociados al desarrollo de programas en beneficio de la comunidad.

Presupuesto inicial destinado de manera exclusiva al pago de médicos que desempeñan sus funciones por el convenio SAPU durante el periodo en que el convenio es tramitado e incorporado a presupuesto, cabe destacar que con la inclusión del convenio al presupuesto se traspa la totalidad de los M\$20.000 a la cuenta Honorarios suma alzada – Personas naturales.

Bienes y servicios de consumo

Comprende los gastos por adquisiciones de bienes de consumo y servicios no personales, necesarios para el cumplimiento de las funciones y actividades de los organismos del sector público. Asimismo, incluye los gastos derivados del pago de determinados impuestos, tasas, derechos y otros gravámenes de naturaleza similar, que en cada caso se indican en los ítems respectivos. Presupuestada con un total anual de M\$233.400.

Textiles vestuario y calzado

Son los gastos por concepto de adquisiciones y/o confecciones de textiles, acabados textiles, vestuarios y sus accesorios, prendas diversas de vestir y calzado.

Textiles y acabados textiles: Son los gastos por concepto de adquisiciones y/o confecciones de hilados y telas de cualquier naturaleza. Incluye, además, los gastos por concepto de teñidos de telas y similares. Se provisiona la cuenta con un total anual de M\$300, destinados a cortinas y frazadas para SAPU.

Combustibles y lubricantes

Son los gastos por concepto de adquisiciones de combustibles y lubricantes para el consumo de vehículos, maquinarias, equipos de producción, tracción y elevación, calefacción y otros usos.

Para vehículos: Para esta cuenta se contempla un gasto anual de M\$20.000, destinados a las cargas de combustible para los móviles del departamento de salud, además de las mantenciones que consideren cambio de aceite u otros lubricantes.

Materiales de uso o consumo

Son los gastos por concepto de adquisiciones de materiales de uso o consumo corriente, tales como materiales de oficina, materiales de enseñanza, productos químicos y farmacéuticos, materiales y útiles quirúrgicos y útiles de aseo, menaje para casinos y oficinas, insumos computacionales, materiales y repuestos y accesorios para mantenimientos y reparaciones, para la dotación de los organismos del sector público.

Provisionados con un total anual de M\$100.100 separados como sigue.

Materiales de oficina: Destinados al trabajo administrativo de las dependencias por un total anual de M\$5.000.

Productos químicos: Destinados a la adquisición de productos como alcohol desnaturalizado por un total anual de M\$500.

Productos farmacéuticos: Presupuestada con un total anual de M\$50.000 destinados a la adquisición de fármacos para farmacia del Cefam.

Materiales y útiles quirúrgicos: Considerada con un monto anual de M\$25.000, destinados a la adquisición de insumos para Cefam, SAPU y postas rurales.

Materiales y útiles de aseo: Presupuestada con un total de M\$10.000, para materiales de aseo destinados a Cesfam SAPU y postas rurales.

Menaje para casino, oficina y otros: Con un presupuesto anual de M\$100, destinados principalmente a la reposición de hervidores.

Insumos repuestos y accesorios computacionales: Presupuestada con M\$5.000 destinados principalmente a la adquisición de tintas y tóner para impresoras.

Materiales para Mantenimiento y Reparaciones de Inmuebles: Presupuesto anual por M\$500.

Repuestos y Accesorios para Mantenimiento y Reparaciones de Vehículos: Presupuesto anual por M\$3.500.

Otros: Destinado principalmente a la compra de pilas y herramientas menores por un total anual de M\$500.

Servicios básicos

Son los gastos por concepto de consumos de energía eléctrica, agua potable, derechos de agua, compra de agua a particulares, gas de cañería y licuado, correo, servicios telefónicos y otros relacionados con la transmisión de voz y datos. Corresponde registrar aquí el interés que corresponda por la mora en el pago, cuando sea procedente.

Provisionados con un total anual de M\$25.000 separados como sigue.

Electricidad: Para las dependencias por M\$10.000 anual.

Agua: Para las dependencias por M\$5.000 anual.

Gas: Para gas licuado para calefacción entre otros por M\$1.000 anual.

Telefonía fija: Destinados a líneas telefónicas por M\$2.000 anual.

Telefonía celular: Destinados teléfonos celulares M\$5.500 anual.

Acceso a internet: Destinado a redes de internet por M\$1.500 anual.

Mantenimiento y reparaciones

Son los gastos por servicios que sean necesarios efectuar por concepto de reparaciones y mantenimiento de bienes muebles e inmuebles, instalaciones, construcciones menores y sus artículos complementarios como cortinajes, persianas, rejas de fierro, toldos y otros similares. En caso de que el cobro de la prestación de servicios incluya el valor de los materiales incorporados, el gasto total se imputará a este ítem, en la asignación que corresponda. Provisionados con un total anual de M\$5.200 separados como sigue.

Mantenimiento y Reparación de Edificaciones: M\$2.000 para mantenimiento de bienes inmuebles.

Mantenimiento y Reparación de Vehículos: M\$2.500 para mantenimiento de vehículos del departamento de salud.

Mantenimiento y Reparación de Maquinarias y Equipos de oficina: M\$700 para mantenimiento de fotocopiadoras.

Servicios generales

Presupuesto total anual de M\$6.200 destinados principalmente a lavandería, limpieza de fosas, retiro de residuos, pago de permisos de circulación y fondo fijo para devolución de pasajes entre otros.

Servicios de Aseo: Cuenta destinada al pago de servicio de lavandería, retiro de residuos y servicio de limpia fosa para postas rurales, por un total anual de M\$3.000.

Pasajes, Fletes y Bodegajes: Son los gastos por concepto de movilización, locomoción, mudanzas, transportes, **pago de permisos de circulación de vehículos y placas patentes para vehículos motorizados**, peajes, embalajes, remesas de formularios, materiales, muebles, útiles, enseres, transporte de correspondencia, reembolso al personal por estos mismos conceptos por pagos efectuados de su propio peculio, gastos de carga y descarga, de arrumaje y otros análogos. Presupuestado por M\$3.200 anual.

Arriendos

Presupuesto responde a arriendo de dependencias de DESAM y vehículo de traslado por M\$11.600.

Arriendo de Edificios: Son los gastos por concepto de arriendo de edificios para oficina, escuela, habitación, etc. Incluye, además, el pago de gastos comunes y las asignaciones para arriendo de locales para oficinas, garantías de arriendo, derechos de llave y otros análogos. M\$5.000 destinados al arriendo de dependencias para DESAM.

Arriendo de vehículos: Son los gastos por concepto de arriendo de vehículos motorizados y no motorizados para cumplimiento de las finalidades de la entidad, ya sean pactados por mes, horas o en otra forma. M\$6.600, destinados al arriendo de vehículo para transporte del personal a postas rurales de San José y El yeco.

Servicios financieros y de seguros

Primas y gastos de seguros: Presupuesto responde a seguros obligatorios para móviles del Departamento de salud Municipal por M\$200.

Servicios técnicos y profesionales

Recursos destinados a cursos de capacitación para funcionarios y exámenes de laboratorio para usuarios por M\$50.500.

Cursos de Capacitación: Corresponde incluir en este rubro los gastos por la prestación de servicios de capacitación o perfeccionamiento necesarios para mejorar la gestión institucional. Tales prestaciones podrán ser convenidas con el personal propio o ajeno al Servicio, o a través de organismos externos de capacitación. Monto anual destinado M\$500.

Otros: Otros servicios técnicos o profesionales no contemplados en las asignaciones anteriores. Destinados a la adquisición de la canasta de exámenes de laboratorio por un monto anual de M\$50.000.

Otros gastos en bienes y servicios de consumo

Presupuesto destinado a fondo fijo para gastos menores, celebración del día de la Atención Primaria Municipal y las multas de Tag que se puedan generar por los móviles, por un total anual de M\$4.300.

Gastos menores: Son los gastos de cualquier naturaleza y de menor cuantía con excepción de remuneraciones, que se giran globalmente y se mantienen en efectivo hasta el monto autorizado de acuerdo con las disposiciones legales vigentes. Destinados a fondo fijo para gastos menores generales y de autocuidado por M\$2.500 anuales.

Gastos de Representación, Protocolo y Ceremonial: Son los gastos por concepto de inauguraciones, aniversarios, presentes, atención a autoridades, delegaciones, huéspedes ilustres y otros análogos, en representación del organismo. M\$1.500 destinado a la celebración del día anual de la Atención Primaria de Salud Municipal.

Intereses, Multas y Recargos: Son los gastos derivados de retrasos o incumplimiento de obligaciones, no incluidos en otros conceptos de gasto. M\$300 destinados a provisionar la cuanta para eventuales multas de Tag.

Adquisición de activos no financieros

Comprende los gastos para formación de capital y compra de activos físicos existentes, que en este ejercicio serán destinados a la compra de un vehículo para visitas domiciliarias a personas con dependencia por M\$10.000, además de provisionar el reemplazo de algún activo. Presupuesto anual M\$14.000.

Vehículos:

Son los gastos por concepto de adquisición de equipos empleados para transportar personas y objetos, e incluye la compra de automóviles, stationwagons, furgones, buses, buques, aeronaves, remolques y semirremolques y/o cualquier otro tipo de vehículos motorizados no ligados a

proyectos de inversión. M\$10.000 destinados a la compra de un vehículo para visitas domiciliarias a personas con dependencia severa.

Mobiliario y otros:

Son los gastos por concepto de adquisición de mobiliario de oficinas y de viviendas, muebles de instalaciones educacionales, hospitalarias, policiales, etc. Asimismo, incluye los gastos en otros enseres destinados al funcionamiento de oficinas, casinos, edificaciones y otras instalaciones públicas. M\$1.000, destinados al mobiliario.

Máquinas y equipos:

Son los gastos por concepto de adquisición de máquinas, equipos y accesorios para el funcionamiento, producción o mantenimiento, que no formen parte de un proyecto de inversión por un total anual de M\$2.000.

Máquinas y Equipos de Oficina: M\$1.000, destinados al reemplazo de fotocopiadora en mal estado.

Maquinarias y Equipos para la Producción: M\$500, provisionados para responder oportunamente ante la eventualidad de algún desperfecto de maquinaria.

Otra: M\$ 500, provisionados para responder oportunamente ante la eventualidad de algún desperfecto de maquinaria.

Equipos informativos

Equipos computacionales y periféricos: Son los gastos por concepto de adquisición de equipos computacionales y unidades complementarias, tales como UPS, lectores de cinta, impresoras, lectoras-grabadoras de CD-ROM, etc.

M\$1.000 destinados a la compra de estos equipos, provisionados para responder oportunamente ante la eventualidad de algún desperfecto en computadores o equipos periféricos.

Servicio de la deuda

Desembolsos financieros, consistentes en amortizaciones, intereses y otros gastos originados por endeudamiento interno o externo. M\$20.000 destinados a provisionar la deuda flotante.

Deuda flotante

Corresponde a los compromisos devengados y no pagados al 31 de diciembre del ejercicio presupuestario, en conformidad a lo dispuesto en los artículos N° 12 y N° 19 del D.L. N° 1.263 de 1975.

Deuda flotante gastos de funcionamiento: M\$ 15.000 destinados a cubrir deuda de arrastre de M\$10.000 APP y provisionar la deuda al 31 de diciembre.

Deuda flotante inversión real: M\$ 5.000 para provisionar la deuda al 31 de diciembre.

Saldo final de caja

Estimación al 31 de diciembre del ejercicio presupuestario. M\$100.000 para el 2018.

Presupuesto de Salud Municipal de Algarrobo año 2018



PRESUPUESTO GLOBAL INGRESOS AÑO 2018

115				DEUDORES PRESUPUESTARIOS	1,804,000,000				
	05			TRANSFERENCIAS CORRIENTES		1,567,000,000			
		03		DE OTRAS ENTIDADES PUBLICAS			1,567,000,000		
			006	DEL SERVICIO DE SALUD			1,078,500,000		
			001	ATENCION PRIMARIA LEY 19.378 ART. 49				812,000,000	
			001	ATENCION PRIMARIA LEY 19.378 ART. 49					804,000,000
			030	DIFERENCIA TANS					8,000,000
			002	APORTES AFECTADOS				266,500,000	
			002	ASIGNACION DESEMPEÑO DIFICIL					45,000,000
			005	P.109 INTEGRACION DIFERENCIAL S.B.M.N.					23,500,000
			007	ASIGNACION LEY N°20.816 ART 8					8,000,000
			032	P.114 SAPU ADDF					22,500,000
			034	P.117 ASIGNACION PARA CONDUCTORES					7,500,000
			035	P.118 BONO DES. COLECTIVO FIJO					60,000,000
			036	P.119 BONO DES COLECTIVO VARIABLE					70,000,000
			046	BONO TRATO AL USUARIO					30,000,000
			099	DE OTRAS ENTIDADES PÚBLICAS				28,500,000	
			001	AGUINALDOS					15,000,000
			002	BONO ESCOLAR					3,500,000
			004	BONOS EXTRAORDINARIO ANUAL					10,000,000
			101	DE LA MUNICIPALIDAD A SERVICIOS INCORP				460,000,000	
	07			INGRESOS DE OPERACIÓN		60,000,000			
		02		VENTA DE SERVICIOS			60,000,000		
			001	COBRO BENEFICIARIO LEY 18.469				60,000,000	
	08			OTROS INGRESOS CORRIENTES		77,000,000			
		01		OTROS INGRESOS			75,500,000		
			001	REEMBOLSO ART. 4 LEY N° 19.345				500,000	
			002	RECUPERACIONES ART. 12 LEY N° 18.196				75,000,000	
			001	LA ARAUCANA C.C.A.F.					60,000,000
			002	ISAPRES					15,000,000
		99		OTROS			1,500,000		
			001	DEVOLUCIONES Y REINTEGROS NO PROV				1,000,000	
			999	OTROS				500,000	
	15			SALDO INICIAL DE CAJA		100,000,000			

PRESUPUESTO GLOBAL EGRESOS AÑO 2018

CODIGO		PLAN DE CUENTAS SECTOR SALUD					
215		ACREEDORES PRESUPUESTARIOS	1,804,000,000				
	21	GASTOS EN PERSONAL		1,446,600,000			
		01 PERSONAL DE PLANTA			759,300,000		
		001 SUELDOS Y SOBRESUELDOS				571,000,000	
		001 PLANTA: SUELDOS BASE					240,000,000
		009 ASIGNACIONES ESPECIALES					10,000,000
		007 PLANTA: ASIGNACIÓN ESPECIAL TRANSITORIA, ART. 45, LEY N° 1					10,000,000
		014 ASIGNACIONES COMPENSATORIAS					5,000,000
		002 PLANTA: BONIFICACIÓN COMP. DE SALUD, ART. 3°, LEY 20.157					5,000,000
		015 ASIGNACIONES SUSTITUTIVAS					13,000,000
		001 PLANTA: ASIGNACIÓN ÚNICA, ART. 4, LEY N° 18.717					13,000,000
		019 ASIGNACION DE RESPONSABILIDAD					10,000,000
		002 PLANTA: ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD DIRECTIVA					10,000,000
		028 ASIGNACION DE DESEMPEÑO EN CONDICIONES DIFÍCILES					48,000,000
		002 PLANTA: ASIGNACION POR DESEMPEÑO EN COND. DIFÍCILES					40,000,000
		004 PLANTA: ASIGNACION LEY 20.816 N°8					8,000,000
		031 ASIGNACIONES DE EXPERIENCIA CALIFICADA					5,000,000
		002 PLANTA: ASIGNACIÓN POST TÍTULO, ART. 42, LEY N° 19.378					5,000,000
		999 PLANTA: OTRAS ASIGNACIONES					240,000,000
		002 APORTES DEL EMPLEADOR					32,500,000
		001 A SERVICIO DE BIENESTAR MUNICIPAL					11,000,000
		002 PLANTA: OTRAS COTIZACIONES PREVISIONALES					21,500,000
		003 ASIGNACIONES POR DESEMPEÑO					87,400,000
		002 DESEMPEÑO COLECTIVO					75,400,000
		002 PLANTA: ASIG VARIABLE POR DES. COLECTIVO					34,800,000
		003 PLANTA: ASIG. AL DESEMPEÑO COLECT FIJO					40,600,000
		003 DESEMPEÑO INDIVIDUAL					12,000,000
		005 PLANTA: ASIGNACIÓN DE MÉRITO, ART. 30, DE LA LEY N° 19.378					12,000,000
		004 REMUNERACIONES VARIABLES					52,000,000
		005 PLANTA: TRABAJOS EXTRAORDINARIOS					50,000,000
		006 PLANTA: COMISIONES DE SERVICIOS EN EL PAÍS					2,000,000
		005 AGUINALDOS Y BONOS					16,400,000
		001 AGUINALDOS					8,100,000
		001 PLANTA: AGUINALDO DE FIESTAS PATRIAS					4,600,000
		002 PLANTA: AGUINALDO DE NAVIDAD					3,500,000
		002 PLANTA: BONOS DE ESCOLARIDAD					2,500,000
		003 BONOS ESPECIALES					5,800,000
		001 PLANTA: BONO EXTRAORDINARIO ANUAL					5,800,000

	02		PERSONAL A CONTRATA			547,300,000			
		001	SUELDOS Y SOBRESUELDOS				431,500,000		
		001	CONTRATA: SUELDOS BASE					182,500,000	
		009	ASIGNACIONES ESPECIALES					14,000,000	
		007	CONTRATA: ASIGN. TRANSIT. ART. 45, LEY N° 1						14,000,000
		013	ASIGNACIONES COMPENSATORIAS					3,000,000	
		002	CONTRATA: BONIF. COMP. SALUD, ART. 3, LEY N° 20.157						3,000,000
		014	ASIGNACIONES SUSTITUTIVAS					13,000,000	
		001	CONTRATA: ASIG. ÚNICA, ART. 4, LEY N° 18.717						13,000,000
		018	ASIGNACION DE RESPONSABILIDAD					6,500,000	
		001	CONTRATA: ASIGN. RESPONSABILIDAD DIRECTIVA						6,500,000
		027	ASIGNACION POR DESEMPEÑO EN CONDICIONES DIFÍCILES					27,500,000	
		002	CONTRATA: ASIG. DESEMPEÑO CONDIC. DIFÍCILES						27,500,000
		030	ASIGNACION DE EXPERIENCIA CALIFICADA					2,500,000	
		002	CONTRATA: ASIG. POST TÍTULO, ART. 42, LEY N° 19.378						2,500,000
		999	CONTRATA: OTRAS ASIGNACIONES					182,500,000	
		002	APORTES DEL EMPLEADOR				26,000,000		
		001	A SERVICIO DE BIENESTAR					6,000,000	
		002	CONTRATA: OTRAS COTIZACIONES PREVISIONALES					20,000,000	
		003	ASIGNACIONES POR DESEMPEÑO				55,700,000		
		002	DESEMPEÑO COLECTIVO					54,600,000	
		002	CONTRATA: ASIG. VARIABLE DESEMPEÑO COLECTIVO						25,200,000
		003	CONTRATA: ASIG. DESEMPEÑO COLECTIVO FIJO						29,400,000
		003	DESEMPEÑO INDIVIDUAL					1,100,000	
		004	CONTRATA: ASIG. DE MÉRITO, ART. 30, LEY N° 19.378						1,100,000
		004	REMUNERACIONES VARIABLES				22,000,000		
		005	CONTRATA: TRABAJOS EXTRAORDINARIOS					20,000,000	
		006	CONTRATA: COMISIONES DE SERVICIOS EN EL PAÍS					2,000,000	
		005	AGUINALDOS Y BONOS				12,100,000		
		001	AGUINALDOS					6,900,000	
		001	CONTRATA: AGUINALDO DE FIESTAS PATRIAS						4,400,000
		002	CONTRATO: AGUINALDO DE NAVIDAD						2,500,000
		002	CONTRATA: BONO DE ESCOLARIDAD					1,000,000	
		003	BONOS ESPECIALES					4,200,000	
		001	CONTRATA: BONO ANUAL EXTRAORDINARIO						4,200,000

	03		OTRAS REMUNERACIONES			140,000,000		
		001	HONORARIOS A SUMA ALZADA – PERSONAS NATURALES			70,000,000		
		005	SUPLENCIAS Y REEMPLAZOS			50,000,000		
		007	ALUMNOS EN PRÁCTICA			0		
	04	004	PRESTACIONES DE SERVICIO EN PROGRAMAS COMUNITARIOS			20,000,000		
22			BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO		223,400,000			
	01		ALIMENTOS Y BEBIDAS			0		
		001	ALIMENTOS Y BEBIDAS PARA PERSONAS			0		
	02		TEXTILES, VESTUARIO Y CALZADO			300,000		
		001	TEXTILES Y ACABADOS TEXTILES			300,000		
		002	VESTUARIO, ACCESORIOS Y PRENDAS DIVERSAS			0		
		003	CALZADO			0		
	03		COMBUSTIBLE Y LUBRICANTES			20,000,000		
		001	COMBUST Y LUBRIC. PARA VEHÍCULOS			20,000,000		
	04		MATERIALES DE USO O CONSUMO			100,100,000		
		001	MATERIALES DE OFICINA			5,000,000		
		003	PRODUCTOS QUIMICOS			500,000		
		004	PRODUCTOS FARMACÉUTICOS			50,000,000		
		005	MATERIALES Y ÚTILES QUIRÚRGICOS			25,000,000		
		007	MATERIALES Y ÚTILES DE ASEO			10,000,000		
		008	MENAJE PARA OFICINA, CASINO Y OTROS			100,000		
		009	INSUMOS, REPUESTOS Y ACCESORIOS COMPUTACIONALES			5,000,000		
		010	MATERIALES PARA MANTENIMIENTO Y REPARACIONES DE IN			500,000		
		011	REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA MANTENIMIENTO Y REPARA			3,500,000		
		012	OTROS MATERIALES Y ÚTILES DIVERSOS			500,000		
	05		SERVICIOS BASICOS			25,000,000		
		001	ELECTRICIDAD			10,000,000		
		002	AGUA			5,000,000		
		003	GAS			1,000,000		
		005	TELEFONÍA FIJA			2,000,000		
		006	TELEFONÍA CELULAR			5,500,000		
		007	ACCESO A INTERNET			1,500,000		
		008	ENLACES DE TELECOMUNICACIONES			0		
		999	OTROS			0		
	06		MANTENIMIENTO Y REPARACIONES			5,200,000		
		001	MANTEN. Y REP. DE EDIFICACIONES			2,000,000		
		002	MANTEN. Y REP. DE VEHÍCULOS			2,500,000		
		003	MANTEN. Y REP. MOBILIARIOS Y OTROS			0		
			MANTEN. Y REP. DE MAQUINARIA Y EQUIPOS					
		005	MANTEN. Y REP. DE MAQUINARIA Y EQUIPOS DE OFICINA			700,000		
		006	MANTEN. Y REP. DE OTRAS MAQUINARIAS Y EQUIPOS					
		007	MANTEN. Y REP. DE EQUIPOS INFORMÁTICOS			0		

	07		PUBLICIDAD Y DIFUSION			0		
		001	SERVICIOS DE PUBLICIDAD			0		
		002	SERVICIOS DE IMPRESIÓN			0		
	08		SERVICIOS GENERALES			6,200,000		
		001	SERVICIOS DE ASEO			3,000,000		
		007	PASAJES, FLETES Y BODEGAJE			3,200,000		
		999	OTROS					
	09		ARRIENDOS			11,600,000		
		002	ARRIENDO DE EDIFICIOS			5,000,000		
		003	ARRIENDO DE VEHÍCULOS			6,600,000		
		004	ARRIENDO DE MOBILIARIO Y OTROS			0		
		005	ARRIENDO DE MÁQUINAS Y EQUIPOS			0		
	10		SERVICIOS FINANCIEROS Y DE SEGURO			200,000		
		002	PRIMAS Y GASTOS DE SEGUROS			200,000		
	11		SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES			50,500,000		
		001	ESTUDIOS E INVESTIGACIONES			0		
		002	CURSOS DE CAPACITACIÓN			500,000		
		003	SERVICIOS Y GASTOS ADECUACION SIST. INFORMATICOS			0		
		099	OTROS SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES			50,000,000		
	12		OTROS GASTOS EN BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO			4,300,000		
		002	GASTOS MENORES			2,500,000		
		003	GASTOS DE REPRESENTACIÓN, PROTOCOLO Y CEREMONIAL			1,500,000		
		004	INTERESES, MULTAS Y RECARGOS			300,000		
	12	999	OTROS GASTOS - CONVENIOS - IMPREVISTOS			0		
		001	GASTOS DE CONVENIOS SSVSA - MUNICIPIO				0	
		002	OTROS GASTOS NO CONSIDERADOS - IMPREVISTOS				0	
	29		ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS		14,000,000			
		01	TERRENOS			0		
		02	EDIFICIOS			0		
		03	VEHICULOS			10,000,000		
		04	MOBILIARIO Y OTROS			1,000,000		
		05	MAQUINAS Y EQUIPOS			2,000,000		
		001	MÁQUINAS Y EQUIPOS DE OFICINA			1,000,000		
		002	MAQUINARIAS Y EQUIPOS PARA LA PRODUCCIÓN			500,000		
		999	OTRAS			500,000		
		06	EQUIPOS INFORMATIVOS			1,000,000		
		001	EQUIPOS COMPUTACIONALES Y PERIFÉRICOS			1,000,000		
		002	EQUIPOS DE COMUNICACIONES PARA REDES INFORMÁTICAS			0		
	34		DEUDA FLOTANTE TOTAL		20,000,000			
		07	DEUDA FLOTANTE			20,000,000		
		001	DEUDA FLOTANTE-PERSONAL			0		
		002	DEUDA FLOTANTE-GASTOS DE FUNCIONAMIENTO			15,000,000		
		003	DEUDA FLOTANTE-INVERSION REAL			5,000,000		
	35		SALDO FINAL DE CAJA		100,000,000			

BIBLIOGRAFIA

Berdegú, Julio. 2014. Comunas Rurales de Chile. Documento de Trabajo N° 60 Programa Dinámicas Territoriales Rurales Rimisp – Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural. Chile Disponible en <http://www.superacionpobreza.cl/wp-content/uploads/2014/03/comunas-rurales-chile.pdf> (Octubre de 2017)

CESFAM Algarrobo 2016. Digóstico sobre la Discapacidad. 2016. Chile

CESFAM Algarrobo. 2015 .Diagnóstico Integral de Salud y Calidad de Vida 2015-2018. Chile

Departamento Estadístico y de Información en Salud. Chile. 2017. Indicadores básicos de Salud. Disponible en <http://www.deis.cl/indicadores-basicos-de-salud/> <http://www.deis.cl/indicadores-basicos-de-salud/> (Octubre de 2017)

Estimacion_pobreza_ingreso_multidimensional_comunal (2015) . Disponible en http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/estimacion_pobreza_ingreso_multidimensional_comunal.pdf (Octubre de 2017

Instituto Nacional de estadística. Chile <http://www.ine.cl/>(Octubre de 2017)

Instituto Nacional de Estadística. 2017. Censo 2017 disponible en http://www.censo2017.cl/wp-content/uploads/2017/01/Cantidad-de-Viv_Precenso-2016_.pdf (Octubre de 2017)

Instituto Nacional de Estadística. Chile Estadísticas laborales. Disponible en <http://www.ine.cl/estadisticas/laborales/ene> (Octubre de 2017)

Instituto Nacional de Estadística. Chile. 2017 Esperanza de Vida Al Nacer. Disponible en http://www.ine.cl/docs/default-source/publicaciones/2017/chile_esperanza_de_vida_nacer_web.pdf?sfvrsn=10 (Octubre de 2017)

Instituto Nacional de Estadística. Chile. 2017. Censos. Disponible en <http://www.ine.cl/estadisticas/censos/censos-de-poblacion-y-vivienda> (Octubre de 2017)

Instituto Nacional de Estadística. Chile. 2017. Compendio Estadístico 2017. Disponible en <http://www.ine.cl/docs/default-source/publicaciones/2017/compendio-estadistico-2017.pdf?sfvrsn=3> (Octubre de 2017)

Instituto Nacional de Estadística. Chile. 2017. Estadísticas Demográficas y vitales. Disponible en <http://www.ine.cl/estadisticas/demograficas-y-vitales> (Octubre de 2017)

Ministerio de Desarrollo Social. Chile. (2017) Datos de pobreza comunal. Disponible en

http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/indicadores/datos_pobreza_comunal.php (Octubre de 2017)

Ministerio de Desarrollo Social. Chile. 2017. Requerimientos de la vivienda. Disponible en http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/mideplan/11_requerimvivienda.pdf (Octubre de 2017)

Ministerio de Vivienda y Urbanismo. Chile. 2017. Indicadores Urbanos. Disponible en (http://www.observatoriourbano.cl/indurb/indicadores.asp?id_user=&id_indicador=88&idComCiu=1http://rssvsa.avislatam.com/modulos/gestion/gestion.cfm?CFID=12722217&CFTOKEN=59856483) (Octubre de 2017)

Municipalidad de Algarrobo. Chile 2017. Plan de Desarrollo Comunal. Disponible en <http://1.municipalidadalgarrobo.cl/transparencia2/2017/municipal/Informe%20Final%20PLADECO%20Algarrobo.pdf> (Octubre de 2017)

Municipalidad de Algarrobo. Chile 2017. Plan de Educación Comunal. Disponible en <http://www.municipalidadalgarrobo.cl/transparencia2/2017/educacion/PADEM%202017.pdf> (Octubre de 2017)

Municipalidad de Algarrobo. Chile 2017. Plan Regulador Algarrobo. Disponible en <http://www.municipalidadalgarrobo.cl/algarrobo/pdf/obras/Plan%20Regulador%20Comunal%20de%20Algarrobo.pdf> (Octubre de 2017)

Servicio de Impuestos Internos. Chile 2017 Estadísticas generales. Disponible en <http://www.sii.cl/estadisticas/> (Octubre de 2017)

Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo. Chile. En Sistema de Información Municipal. Disponible en http://datos.sinim.gov.cl/datos_municipales.php (Octubre de 2017)

Superintendencia de Servicios Sanitarios. Chile. 2017. Coberturas. Disponible en <http://www.siss.gob.cl/577/w3-propertyvalue-3445.html> (Octubre de 2017)