



Plan de **SALUD**  
**Comunal**  
**2019**



# INDICE

---

<b>I. DIAGNÓSTICO DE SALUD CON ENFOQUE EN DETERMINANTES SOCIALES.</b>	<b>3</b>
• <i>Territorio y demografía</i> .....	4
• <i>Indicadores</i> .....	9
<b>1. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD</b> .....	<b>17</b>
• <i>Determinantes Estructurales</i> .....	18
• <i>Condiciones de Vida</i> .....	28
• <i>Estilos de vida y factores psicosociales</i> .....	30
<b>2. SISTEMA DE SALUD</b> .....	<b>38</b>
• <i>Red de Atención</i> .....	38
• <i>Planificación Estratégica</i> .....	39
• <i>Modelo de Atención</i> .....	42
• <i>Gasto público y presupuesto</i> .....	48
• <i>Cobertura</i> .....	51
<b>3. SOLICITUDES CIUDADANAS Y DIAGNÓSTICOS PARTICIPATIVOS</b> .....	<b>63</b>
• <i>Solicitudes Ciudadanas</i> .....	63
• <i>Diagnóstico Integral de Salud y Calidad de Vida Algarrobo</i> .....	64
• <i>Diagnóstico Participativo de Salud 2018</i> .....	67
<b>3.1. RESUMEN DE ÁREAS PROBLEMÁTICAS PRIORIZADAS Y ESTRATEGIAS</b> .....	<b>81</b>
<b>4. ANÁLISIS DEL DIAGNÓSTICO</b> .....	<b>85</b>
<b>II. PLAN DE CUIDADOS A LO LARGO DEL CICLO VITAL</b> .....	<b>89</b>
• <i>Salud Infancia</i> .....	90
• <i>Salud Adolescencia y Juventud</i> .....	108
• <i>Salud Adulto</i> .....	122
• <i>Salud Adulto Mayor</i> .....	136
<b>III. PLAN DE ACTIVIDADES TRANSVERSALES</b> .....	<b>145</b>
• <i>Indicadores estrategias de promoción comunal</i> .....	146
• <i>Indicadores estrategias de fortalecimiento del modelo de atención de salud familiar integral y comunitario</i> .....	149
• <i>Indicadores programa de tuberculosis</i> .....	154
• <i>Indicadores programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa</i> .....	157
• <i>Programa de rehabilitación integral a lo largo del ciclo vital</i> .....	160
• <i>Plan de gestión local</i> .....	164
<b>IV. PLAN DE CAPACITACION</b> .....	<b>178</b>
<b>V. DOTACIÓN 2019</b> .....	<b>189</b>
<b>VI. PRESUPUESTO 2019</b> .....	<b>190</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>209</b>

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 del Censo 2017 y encuesta CASEN, así como el Diagnóstico Participativo 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, así como la misión y visión del Cestfam Algarrobo.

El presente Plan de Salud Comunal contempla además el trabajo en gestión de calidad, un importante desafío comunal que permitirá otorgar estándares de seguridad en las prestaciones otorgadas a nuestros usuarios.



## I. DIAGNÓSTICO DE SALUD CON ENFOQUE EN DETERMINANTES SOCIALES

---



## Centro de Salud Familiar Algarrobo

- ***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 km<sup>2</sup>, abarcando el 11,73% de la superficie de la provincia, la cuarta comuna con mayor territorio después de Santo Domingo, San Antonio y Cartagena;

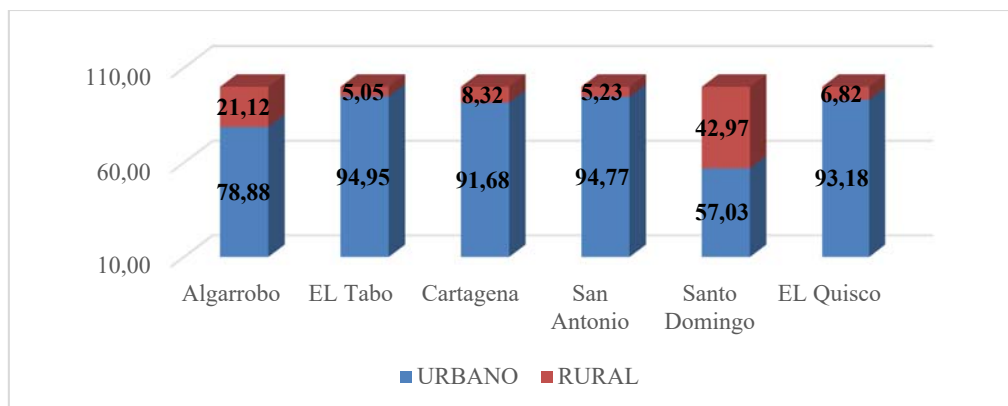
limita por el norte y el oriente con zonas rurales de la comuna de Casablanca, al occidente con el océano pacífico y al sur con la comuna de El Quisco. De acuerdo al Plan Regulador de la Comuna, su superficie se caracteriza por ser ondulada con una altura promedio de 240 m.s.n.m., destacándose las alturas 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 CENSO 2017 la Comuna de Algarrobo cuenta para el año 2017 con **13.817** habitantes, representado un 8,22% de la población de la Provincia. La densidad poblacional indica 78,5 habitantes por kilómetro cuadrado, siendo la tercera densidad poblacional más baja de la provincia, la primera es Santo Domingo con 18 habitantes por km<sup>2</sup> y la de mayor densidad El Quisco con 314,7 habitantes por km<sup>2</sup>.

En cuanto a la distribución de la población en términos de ruralidad la comuna de Algarrobo es la 2da comuna de mayor ruralidad de toda la provincia de San Antonio con un índice de ruralidad de 21,12%, la antecede Santo Domingo con un 42,97%, le siguen Cartagena con un 8,32%, y El Tabo 5,05%.

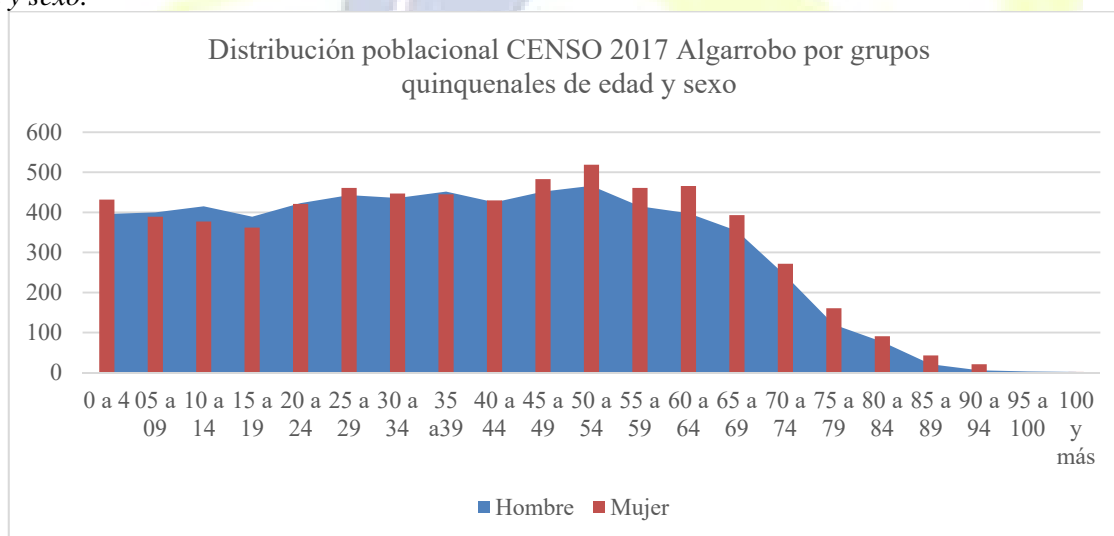
***Grafico No 01 Distribución población Rural-Urbano Provincia de San Antonio***



Fuente: Datos Censo 2017

La Distribución poblacional para la comuna nos muestra una composición del 48,57% de hombres y un 51,3% de mujeres. Representando un **Índice de Masculinidad** de 95,1 hombres por cada 100 mujeres, o **Índice de Feminidad** de 105,2 mujeres por cada 100 hombres. Los índices de masculinidad corresponden a 96,8 a nivel provincial, 94,1 a nivel regional y 95,9 a nivel nacional.

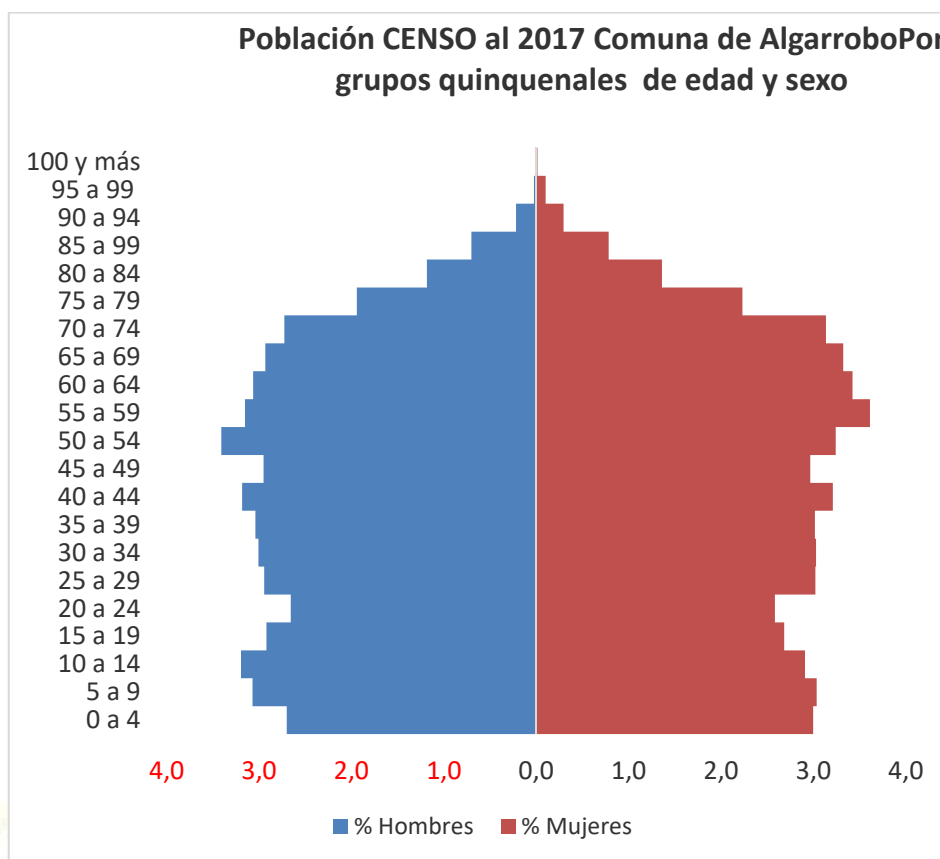
**Grafico No 02** Distribución poblacional CENSO 2017 Comuna de Algarrobo por grupos quinquenales de edad y sexo.



Fuente: Estadísticas INE

La superioridad del número de mujeres respecto al de los hombres se mantiene en casi todos los rangos de edad exceptuando entre los 05 a 19 años en donde son levemente superados por los hombres, a partir de los 45 años la población presenta una composición mayoritariamente femenina, tendencia 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 CENSO 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 (63,1 %), seguidos de la población la población de 65 y más años con un 19,3%, y, finalmente, de la población menor de 15 años con un 17,6 % de la población.

Gracias al CENSO de población y vivienda 2017 podemos acercarnos a la realidad de nuestra comuna y contar con información objetiva para la planificación de políticas que contribuyan al mantenimiento y/o mejoramiento de la salud, teniendo en cuenta rasgos culturales que definen el pensar, sentir y hacer de nuestros usuarios.

En el CENSO 2017 la población comunal que se considera perteneciente a un pueblo indígena u originario llega a un 8,5% siendo un total de 1.113 personas.

**Tabla No 01** Pertenencia a pueblos indígenas, Algarrobo

ETNIA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Mapuche	978	97,8%
Aymara	27	2,4%
Rapa Nui	8	0,7%
Lican Antai	4	2,4%
Quechua	6	0,5%
Colla	1	0,4%
Diaguita	17	1,5%
Kawesaqar	7	0,6%
Yagain	7	0,3%
Otro	62	5,6%
Total	1113	100%

Del desglose de la pertenencia a pueblos indígenas se observa que el 87,9% se considera perteneciente al pueblo mapuche, seguido de un 5,6% que se considera perteneciente principalmente a pueblos originarios de América Latina y, por un 2,4% que se considera perteneciente al pueblo Aymara.

**Cestfam**  
Centro de Salud Familiar Algarrobo



- **Indicadores**

La información presentada a continuación se organiza de acuerdo a los siguientes grupos etáreos, 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: 0 a 14 años - 15 a 64 años - 65 años 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 de edad que realizamos en el presente documento el **Índice de Dependencia** para la comuna de Algarrobo alcanza un a 58,4; es decir que hay 58,4 personas laboralmente inactivas, dependientes, por cada 100 personas activas laboralmente. De ellas se distribuye en dependencia de menores de 15 años del 27,8 por cada 100 habitantes de 15 a 64 años y 30,6 dependientes mayores de 64 años.

**Tabla No 03** Índices de dependencia, Algarrobo

COMUNA ALGARROBO	ÍNDICE DE DEPENDENCIA	Dependencia 0 a 14 años	Dependencia 65 Y +	INDICE DE ENVEJECIMIENTO (personas de 65 +/- menores de 15 años*100)
PAÍS 2017	45,9	16,6	29,3	56,7
REGIÓN 2017	48,6	28,4	20,2	71,2
COMUNA 2017	58,4	27,8	30,6	110,1

Fuente: Estadísticas INE. Elaboración base de datos INE.

El **Índice de Envejecimiento** en la comuna de Algarrobo para el 2017 representa un **110,1** de personas mayores de 65 años por cada 100 menores de 15 años, superando el nivel regional por 40 puntos y el nacional casi por el doble. Ratificando la tendencia de ser una de las regiones y comunas con mayor cantidad de adultos mayores.

Siguiendo los datos del Censo INE 2017, el porcentaje de **Mujeres en Edad Fértil** para la comuna es del **41,5%**, es decir, 2.943 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 (quinquenos)

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 y en 2017 a 1,2 de hijos nacidos vivos por mujer.

De acuerdo a informe del Servicio de Salud Valparaíso –San Antonio 2014, y, los datos emitidos por el Registro Civil 2015 y 2017, 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, 2016 y 2017 **es a la baja**.

**Tabla No 04 Tasa de natalidad Algarrobo**

<b>TASA</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>NATALIDAD</b>	15,2	13,99	11,8	7,02
<b>*1000</b>				
<b>HABITANTES.</b>				
<b>ALGARROBO</b>				

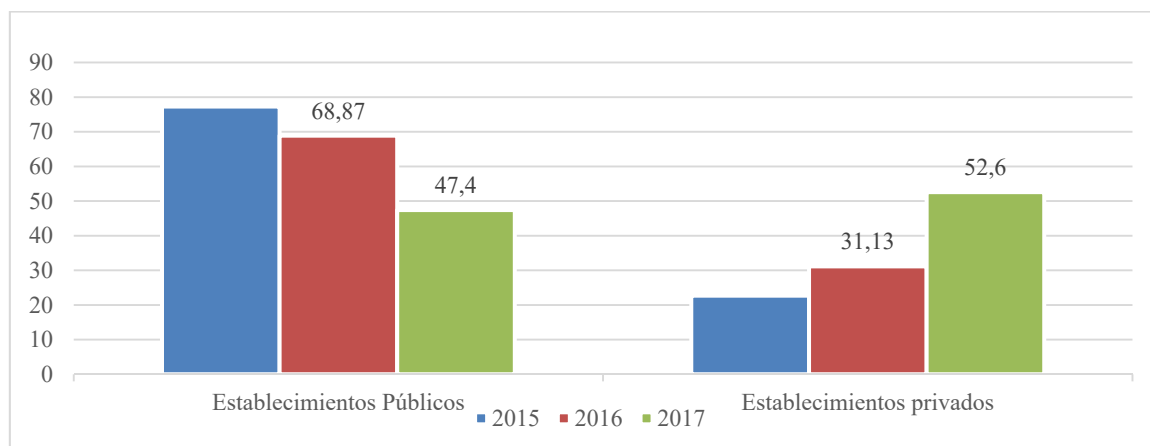
*Fuente: Base de Datos Registro civil de nacimientos Servicio de Salud Valparaíso San Antonio*

Específicamente en la comuna se reportaron en el registro civil en el 2015: 141 nacimientos, en el 2016: 119 nacimientos, y, en el 2017: 97 nacimientos. En el 2015 el 51% correspondía a población masculina y 49% femenina, en el 2016 49,6% masculina, y, en el 2017: 50,4 % femenina y en el 2017 47,2% masculina y 52,8 femenina.

Las atenciones de parto fueron realizadas en establecimientos públicos de salud el 77,3% (2015), 68,87% (2016) y 47,4% (2017); mostrando una clara tendencia de aumento de atenciones en establecimientos privados de salud año a año.

La mayoría de asistencias se realizaron en la ciudad de San Antonio 75,08% en año 2015, 53% en el año 2016, y, 64,9% en 2017.

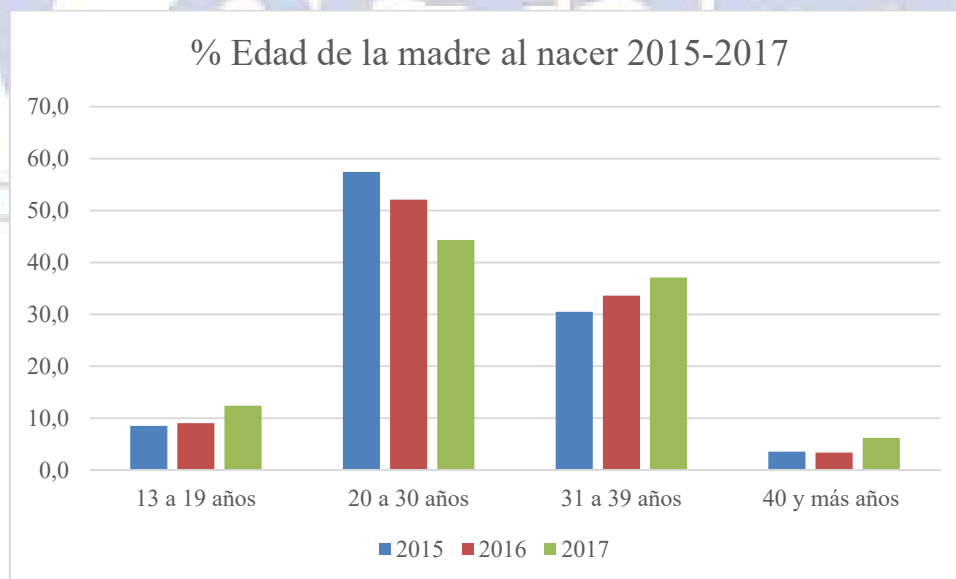
**Grafico No 04:** Atenciones en establecimientos de salud de nacimientos/madres con domicilio en Algarrobo



*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%, para el 2016 un 9,02%, y, un 12,4% para el 2017. La mayor concentración de partos se encuentra para los últimos tres años en mujeres dentro del rango de 20 a 30 años con un 57,5% (2015), 51,6% (2016), y, 44,32% en 2017. El registro también señala partos de mujeres de 40 y más años en 3,5 % (2015), 3,4% (2016) y 6,2% (2017).

**Grafico No 05:** Edad de la madre al nacer 2015-2017. Algarrobo



*Fuente: Base de datos Nacimientos Registro civil 2015-2017*

La **edad gestacional** en el momento del parto corresponde en su mayoría a la clasificación de maduro, es decir entre las 37 y 41 semanas, con un 92,9% de partos de edad gestacional madura en el 2015, 92,4% en el 2016, y, 91,75% 2017; seguido por edad gestacional de prematuro leve (35 y 36 semanas) con 5% (2015), 2,5% (2016), y 7,2% (2017).

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), 83,2% (2016) y 87,6 (2017). 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 y, 7,2% para el año 2017.

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 05:** *Esperanza de vida al nacer*

	<b>AMBOS SEXOS</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>
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

En el año 2017 la Organización Panamericana de la Salud publicó en sus informes nuevos datos de la situación latinoamericana, resaltando a Chile como el país con mayor esperanza de vida al nacer de toda Latinoamérica, específicamente con **80 años** de esperanza de vida para los hombres y **85 años** de esperanza de vida para las mujeres.

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 65 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 65 años 13,6% (CENSO INE), seguida de la Región de la Araucanía 12,6% y la Región del Maule 12,3%. En números netos también representa la región con mayor cantidad de adultos mayores al ser esta región la segunda mayor en concentración poblacional, sólo superada por Santiago.

Al mismo tiempo dentro de la Región La Provincia de San Antonio es la que cuenta con un mayor porcentaje de mayores de 65 años, por encima de Valparaíso. En el caso comunal Algarrobo es la tercera de las seis comunas en proporción de mayores de 65 años (19,3%) antecedidos por El Tabo (20,8%) y El Quisco (21%).

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 06:** Tasa de mortalidad Provincia de San Antonio

COMUNA	Mortalidad (tasa por 1.000 habitantes)				Índice de Swaroop (%)*			
	2014	2015	2016	2017**	2014	2015	2016	2017
ALGARROBO	7,7	7,0	7,5	3,9	80	86,3	73,4	79,6
EL QUISCO	7,3	7,6	7,0	4,1	77,9	77,8	78,5	74,2
EL TABO	7	5,6	7,0	3,1	85,1	80,7	77,8	82,9
SANTO DOMINGO	5,3	4,1	6,1	5,14	84,1	76,3	79,3	85,7
SAN ANTONIO	6,9	7,0	7,2	5,1	77,5	79,6	75,2	79,4
CARTAGENA	7	7,6	7,8	4,5	73,5	77,1	79,9	75,7
PROVINCIA DE SAN ANTONIO	6,7	6,9	7,2	4,67	88,2	79,5	76,4	79,1

\* 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)

\*\*Los cálculos para el 2017 se realizaron con la población contada en CENSO 2017. Los otros años el cálculo se realizó con población estimada.

La **tasa bruta de mortalidad** a nivel provincial entre 2015 y 2016 se mantenía alrededor de 7 fallecimientos por cada 1000 habitantes, misma tendencia reflejaban los datos de la comuna de Algarrobo. Para el año 2017 la tendencia en general parece disminuida en casi todas las comunas de la provincia, excepto Cartagena; ahora bien, esto tiene relación que los datos hasta el 2016 tenían relación a las estimaciones poblacionales realizadas por el INE a partir del CENSO 2002; sin embargo, para el 2017 se utilizan los datos poblacionales del CENSO 2017. Para el caso específico de Algarrobo la estimación de la población estaba por debajo de la real. Por ello al considerar la cifra real de habitantes censados (2017) relacionada con el número de defunciones (relativamente constante) baja el nivel de la tasa.

En la Provincia el **índice de Swaroop** muestra un porcentaje superior al 75% de defunciones de mayores de 60 años con respecto al total de fallecimientos en la provincia, para el caso de Algarrobo nos dice que del total de fallecimientos del 2017 el 79,6% son de personas mayores de 60 años.

**Tabla No 07:** Causas de defunción Algarrobo 2015-2017

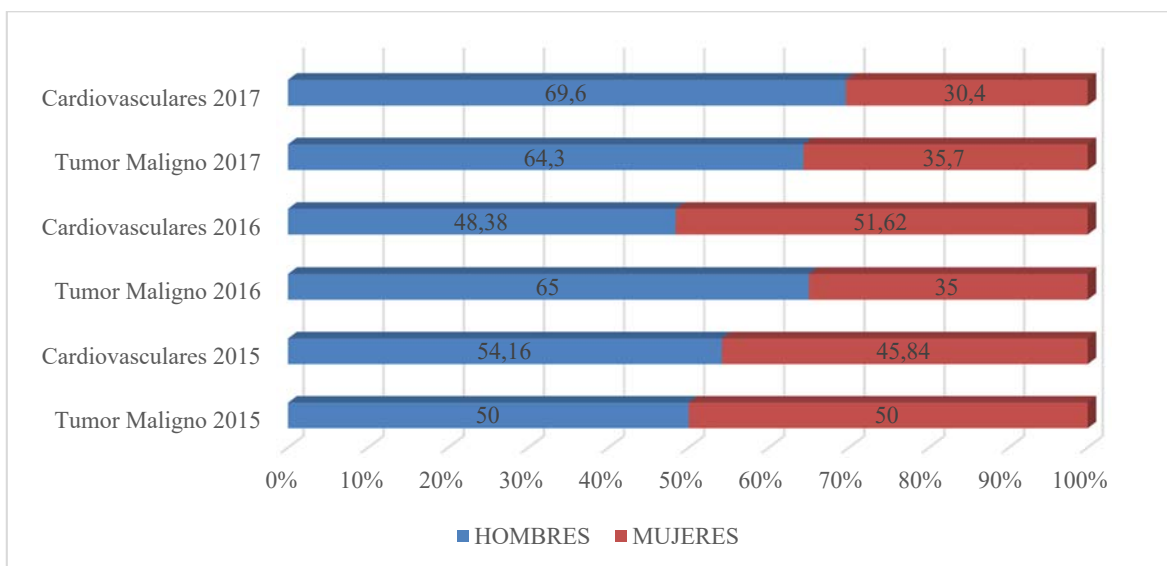
CAUSA DE DEFUNCIÓN	2015	2016	2017
<b>Causas Externas</b>	5,48	1,27	1,9
<b>Tumores malignos</b>	35,62	25,32	25,9
<b>Enfermedades cardiovasculares</b>	32,88	39,24	42,6
<b>Referidas como natural</b>	2,74	1,27	9,3
<b>Otras</b>	12,33	22,78	20,4
<b>Enfermedades del sistema respiratorio</b>	8,22	7,59	0,0
<b>Lesiones auto infligidas</b>	2,74	2,53	1,9

*Fuente: Base de datos Defunciones Registro Civil.*

Específicamente para la comuna de Algarrobo en los años 2015, 2016 y 2017 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.

Es necesario señalar que para el 2016 y 2017 entre la categoría Otras causas de defunciones corresponden de forma importante a cirrosis hepáticas u otras enfermedades del hígado.

**Grafico No 06:** Principales Causas de mortalidad según sexo 2015-2017. Algarrobo



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 en 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, 990,5 para el 2016 y baja a 422,5 en el año 2017. Esta importante reducción en la cantidad de AVPP se da a que nos registraron para el año fallecimientos por accidentes, por lesiones auto infligida y una baja considerable en la cantidad de años que aportaban las defunciones relacionadas a tumores malignos. Por su parte el 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 08:** Años de Vida Potencialmente Perdidos según causa de defunción 2015- 2017

AVPP ALGARROBO/ CAUSA DE DEFUNCIÓN	2015	2016	2017
Accidentes	121	16,5	0
Tumores malignos	275	203	136,5
Enfermedades cardiovasculares	67,5	157	175,5
Otras	79,5	510	15,5
Enfermedades del sistema respiratorio	41,5	31	95
Lesiones auto infligidas	53	73	0
TOTAL AVPP	637,5	990,5	422,5

*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.

Para el año 2017 se observó una concentración de las defunciones relacionadas con padecimientos cardiovasculares y un aumento importante en la categoría otras.

**Cestam**  
Centro de Salud Familiar Algarrobo



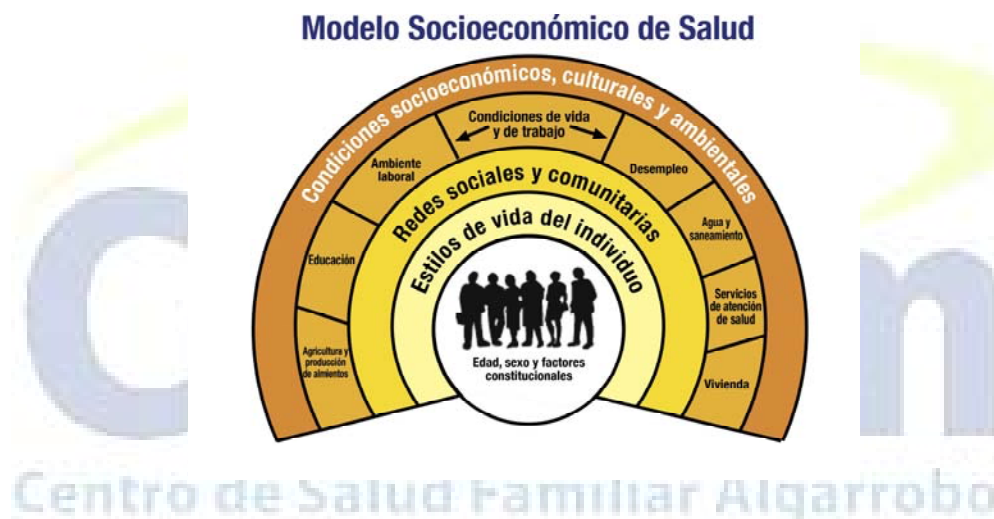
## 1. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

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 el acceso 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*

La medición de la pobreza multidimensional en la encuesta CASEN desde el año 2015 considera además de la pobreza por ingreso, la pobreza multidimensional de acuerdo a 4 y 5 dimensiones:

1. Salud,
2. Educación,
3. Trabajo y seguridad social,
4. Vivienda y entorno
5. Redes y cohesión social

Ingreso-Pobreza

*Tabla No 09: Pobreza Comuna Algarrobo CASEN 2017*

<b>ALGARROBO</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Pobreza por ingresos</b>	0,2	1,7	1,9
<b>Pobreza 4 dimensiones</b>	3,2	3,3	6,5
<b>Pobreza 5 dimensiones</b>	3,7	4,6	8,3

Base de datos CASEN 2017.

Los datos 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, mientras que para el año **CASEN 2017** se reduce a un 3,7% de personas de la comuna que forman parte de hogares cuyo ingreso total mensual es inferior al ingreso mínimo establecido para satisfacer las necesidades básicas alimentarias y no alimentaria, de acuerdo al número de integrantes del hogar.

Por su parte en la medición de la pobreza multifactorial según las 4 dimensiones de; educación, salud, trabajo y seguridad social, y, vivienda y entorno: las cifras de la CASEN 2015 nos habla de un 10,3% de pobreza y en el 2018 disminuye a 4,6. Finalmente al ingresar las variables de redes y cohesión social la pobreza aumenta a un 14,3 en 2015 y 8,3 en 2017.

Es importante señalar que en la encuesta CASEN se cambió la metodología de medición desde el año 2015 y lleva sólo dos aplicaciones, por ello revisamos los datos para acercarnos a la realidad comunal.

Referente al tipo de hogar, el Observatorio del Ministerio de Desarrollo Social define, en primer lugar, hogar como grupo de personas, parientes o no, que habitan la misma vivienda y tienen presupuesto de alimentación común o personas que viven solas. Clasifica los hogares en los siguientes tipos:

Tipología de Hogares: Distribución relativa de los hogares por tipo de hogar definido según la presencia o ausencia de determinados miembros del hogar, de acuerdo a la variable relación de parentesco entre los miembros que lo integran y su relación con la persona identificada como jefe de hogar. Comprende los siguientes tipos:

- Unipersonal: Constituido por una sola persona que es el (la) jefe (a) de hogar,
- Nuclear Biparental: Constituido por matrimonio o unión de hecho sin hijos o hijastros y matrimonio o unión de hecho con hijos o hijastros de cualquier estado civil, siempre y cuando estén solos, esto es, sin cónyuge o conviviente o hijos o hijastros.
- Nuclear Monoparental: Constituido por jefe (a) de hogar con hijos o hijastros de cualquier estado civil, siempre y cuando estén solos, esto es, sin cónyuge o conviviente o hijos o hijastros.
- Extenso Biparental: Constituido por un hogar nuclear biparental más cualquier otro pariente del jefe (a) de hogar no nuclear. No hay presencia de miembros no parientes del jefe de hogar.
- Extenso Monoparental: Constituido por un hogar nuclear monoparental más cualquier otro pariente del jefe (a) de hogar no nuclear. No hay presencia de miembros no parientes del jefe de hogar.
- Compuesto Biparental: Constituido por un hogar nuclear biparental o un hogar extenso biparental más no parientes.
- Compuesto Monoparental: Constituido por un hogar nuclear monoparental o un hogar extenso monoparental más no parientes.
- Hogar sin núcleo: Constituido por un hogar en que no está presente el núcleo familiar primario (hogar nuclear). Puede tomar las formas de jefe (a) de hogar y no pariente (s), jefe (a) de hogar y cualquier otro pariente, jefe (a) de hogar y no pariente (s) y cualquier otro pariente.

**Tabla No 10: Tipo de hogar. Censo 2017**

<b>Hogar Tipo</b>	<b>ALGARROBO</b>	
	<b>CASOS</b>	<b>%</b>
<b>Unipersonal</b>	1189	23,4%
<b>Nuclear monoparental</b>	491	9,7%
<b>Nuclear biparental sin hijos</b>	1045	20,6%
<b>Nuclear biparental con hijos</b>	1115	22,0%
<b>Compuesto</b>	137	2,7%
<b>Extenso</b>	751	14,8%
<b>Sin núcleo</b>	345	6,8%
<b>TOTAL</b>	5037	100%

*Fuente: Censo 2017*

Referente al Tipo de hogar, el CENSO de 2017 nos muestra que dentro de la comuna la mayor cantidad de hogares está representado por el hogar unipersonal, que en conjunto con los hogares biparentales sin hijos y los hogares sin núcleo representan un 50,8% de los hogares de la comuna y nos configura un perfil de la comuna con un importante componente de parejas adultas mayores.

#### 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 2015 reportan que el analfabetismo alcanza un de 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 11: Analfabetismo Algarrobo base de datos Encuesta CASEN 2015 y 2017**

<b>COMUNA 2015</b>	<b>Lee y escribe</b>	<b>Sólo lee</b>	<b>Sólo escribe</b>	<b>No lee ni escribe</b>	<b>Analfabetismo</b>
<b>San Antonio</b>	96,95	0,61	0,08	2,36	3,05
<b>Algarrobo</b>	96,88	0,00	0,00	3,13	3,13
<b>Cartagena</b>	97,59	0,60	0,00	1,81	2,41
<b>El Quisco</b>	98,56	0,57	0,14	0,72	1,44
<b>El Tabo</b>	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Santo Domingo</b>	95,02	1,15	0,38	3,45	4,98

<b>COMUNA 2017</b>	<b>Lee y escribe</b>	<b>Sólo lee</b>	<b>Sólo escribe</b>	<b>No lee ni escribe</b>	<b>Analfabetismo</b>
<b>Algarrobo</b>	97,3	2,1	0,00	0,6	2,7

Por su parte en la Encuesta CASEN 2017 muestra una disminución en el porcentaje de analfabetismo, del 2,7% de analfabetismo reportado en 2017 el 1,8% corresponde a hombres y el 0,9% a mujeres. Siguiendo la distribución de edad sólo un 0,3% corresponde a personas menores de 20 años y el 2,4% personas mayores de 73 años.

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 de 2017, fue de 2318, 174 alumnos más que el año anterior, siendo mayor el porcentaje de número de matrículas en los establecimientos particulares subvencionados que en los establecimientos municipales.

**Tabla No 12 Matrícula Inicial Establecimiento municipales y particulares subvencionados, Algarrobo, EL Quisco, El Tabo 2012-2017**

COMUNA	Matrícula inicial total en establecimientos municipales 2017	Matrícula inicial total en establecimientos particulares subvencionados 2017	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	1334	838	1238	838	838	799
Algarrobo	987	1331	862	1282	1282	1033
El Tabo	995	94	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 13: Resultados promedio SIMCE Media, Algarrobo**

Media	Algarrobo				
	2012	2013	2014	2015	2016
Lectura	229	222	234	190	220
Matemática	220	317	209	194	195

Fuente: PADEM 2016 y 2018

**Tabla No 14: Resultados promedio SIMCE Básica, Algarrobo**

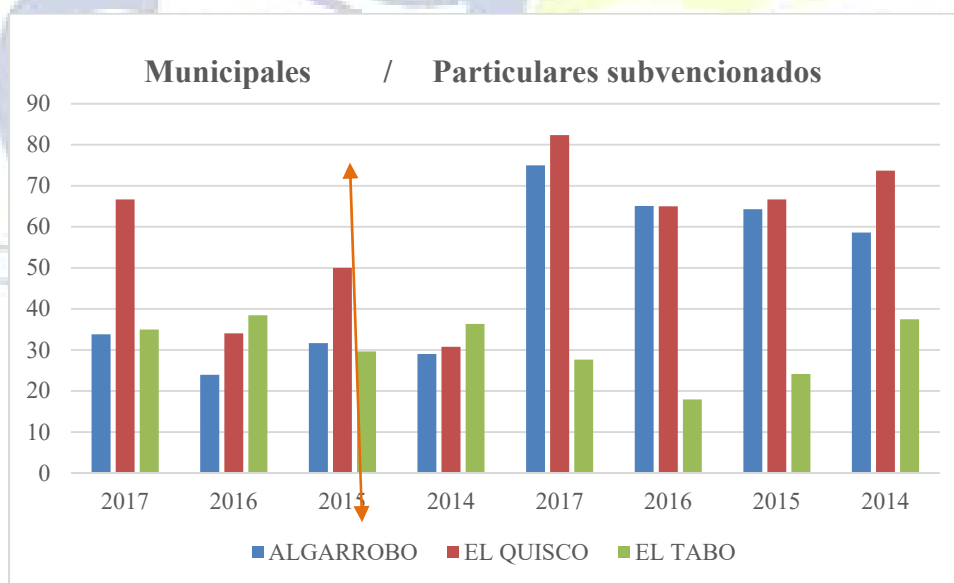
Básica	Algarrobo				
	2012	2013	2014	2015	2016
Comprensión Lectura	227,3	225,1	234	218,18	237
Matemática	242,66	274,25	231,5	220,33	225,8
Ciencias Naturales	-----	245,5	-----	237,5	-----

Fuente: PADEM 2016

Los promedios de los puntajes obtenidos entre los años 2012 a 2016 han presentado fluctuaciones menores en la media con tendencia a la baja y en la básica en el último año mejora en comprensión lectora y a la baja en matemáticas.

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- 2017**



Fuente: [www.datos.sinim.gov.cl](http://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 2017 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 primer trimestre del año en curso, para la Región de Valparaíso los datos de ocupación fueron 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 de 20,6 puntos por debajo de ellos.

Específicamente de la comuna de Algarrobo encontramos una gran fluctuación 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 15:** Porcentaje de empleabilidad OMIL Algarrobo

% TASA DE ENVÍO A EMPLEOS						
2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
15,54	41,67%	No Recepcionado	69,16%	No Recepcionado	11,46%	11,46%

Fuente: [www.datos.sinim.gov.cl](http://www.datos.sinim.gov.cl), (SUBDERE, Ministerio del Interior)



Una de las fuentes que nos acerca a la estructura económica de la comuna es la actividad económica reportada en el CENSO de 2017. En este reporte para la Comuna de Algarrobo se destaca una mayor concentración de rama de actividad económica no declarada, seguida por la rama del comercio, reparación de vehículos y la construcción.

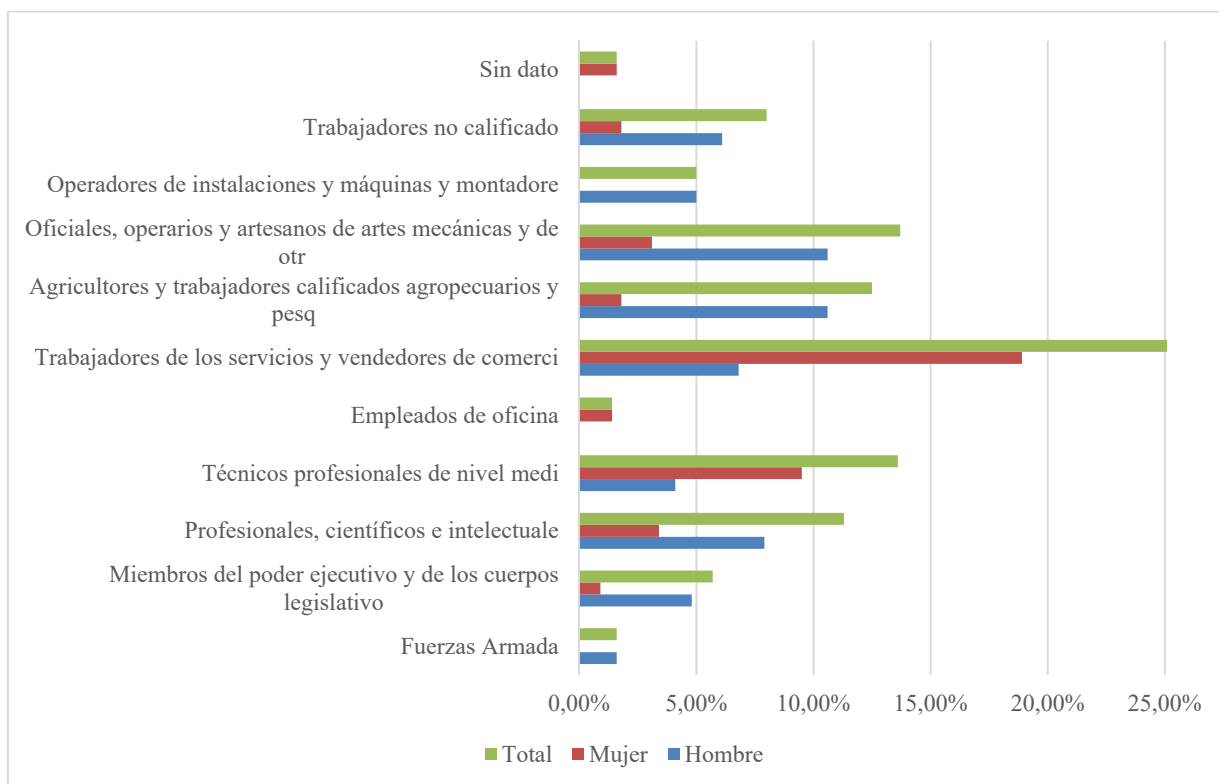
**Tabla No 16. Rama Actividad Económica Algarrobo Censo 2017**

Rama de la actividad económica	%	Acumulado %
A : Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	2,4%	2,4%
B : Explotación de minas y canteras	0,4%	2,8%
C : Industrias manufactureras	3,4%	6,2%
D : Suministro de electricidad, gas, vapor y aire acondicionado	0,5%	6,7%
E : Suministro de agua; evacuación de aguas residuales, gestión de desechos y descontaminación	0,3%	6,9%
F : Construcción	13,7%	20,7%
G : Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos automotores y motocicletas	14,2%	34,9%
H : Transporte y almacenamiento	4,0%	38,8%
I : Actividades de alojamiento y de servicio de comidas	6,9%	45,8%
J : Información y comunicaciones	1,1%	46,8%
K : Actividades financieras y de seguros	0,7%	47,6%
L : Actividades inmobiliarias	1,3%	48,9%
M : Actividades profesionales, científicas y técnicas	2,8%	51,7%
N : Actividades de servicios administrativos y de apoyo	7,0%	58,7%
O : Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria	4,5%	63,3%
P : Enseñanza	4,9%	68,2%
Q : Actividades de atención de la salud humana y de asistencia social	3,6%	71,8%
R : Actividades artísticas, de entretenimiento y recreativas	1,2%	73,0%
S : Otras actividades de servicios	3,9%	76,9%
T : Actividades de los hogares como empleadores; actividades no diferenciadas como productores de bienes y servicios para uso propio	4,1%	81,0%
Z : Rama no declarada	19,0%	100,0%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Reportes CENSO 2017

Representando menos de la mitad del por ciento de las anteriores le siguen las actividades dentro de la rama servicios administrativas y de apoyo y enseñanza. Los datos recogidos de los habitantes de la comuna sobre ocupación y oficio de la base de datos de la encuesta CASEN 2017, se ajusta en cierta forma a la condición de ocupación que se desprende de la información del Censo 2017. En la Encuesta Casen 2017 se destacan con un 25,7% los trabajadores de los servicios y vendedores de comercio, la mayoría de ellos mujeres.

**Grafico No 08: Porcentaje ocupación/oficio base de datos CASEN 2017**



Fuente: Base de datos CASEN 2017

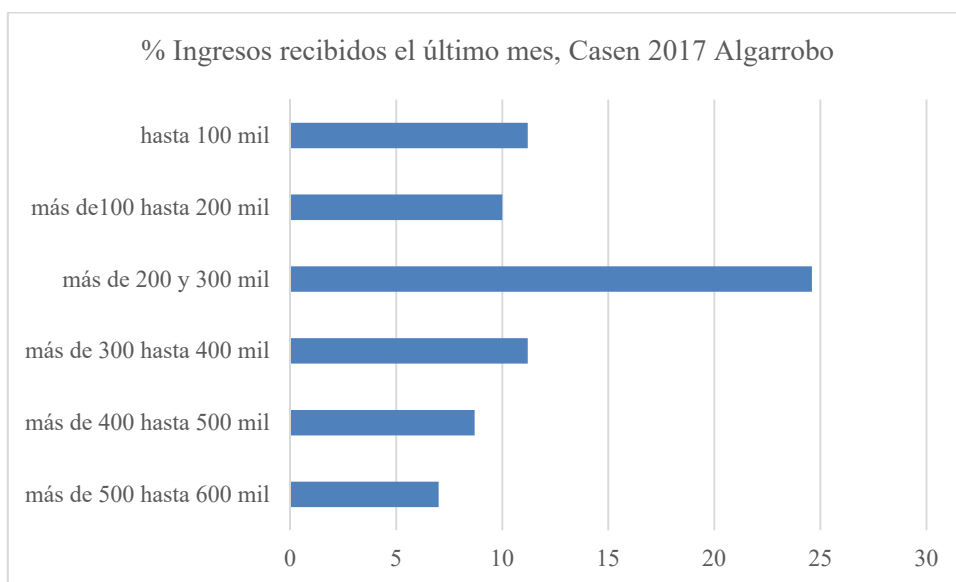
La segunda actividad económica predominante reportada por el Censo 2017 corresponde a técnicos profesionales de nivel medio, igualmente que, en el caso anterior, en su mayoría mujeres. El resto de actividades reportadas 71,6% corresponde principalmente a actividades predominantemente realizadas por hombres, en su orden como oficiales operarios y artesanos, trabajadores agropecuarios, no calificados y profesionales científicos e intelectuales.

Los horarios laborales de acuerdo a la CASEN 2017, se distribuyen principalmente 62,5% trabaja entre 40 a 45 horas. 19,5% trabajan menos de 40 horas y 18% más de 45 horas semanales.

Respecto a la calidad contractual de los trabajadores encuestados en la CASEN 2017, el 80,3% afirmó tener contrato a término indefinido, de ello el 47,3% corresponde a hombres.

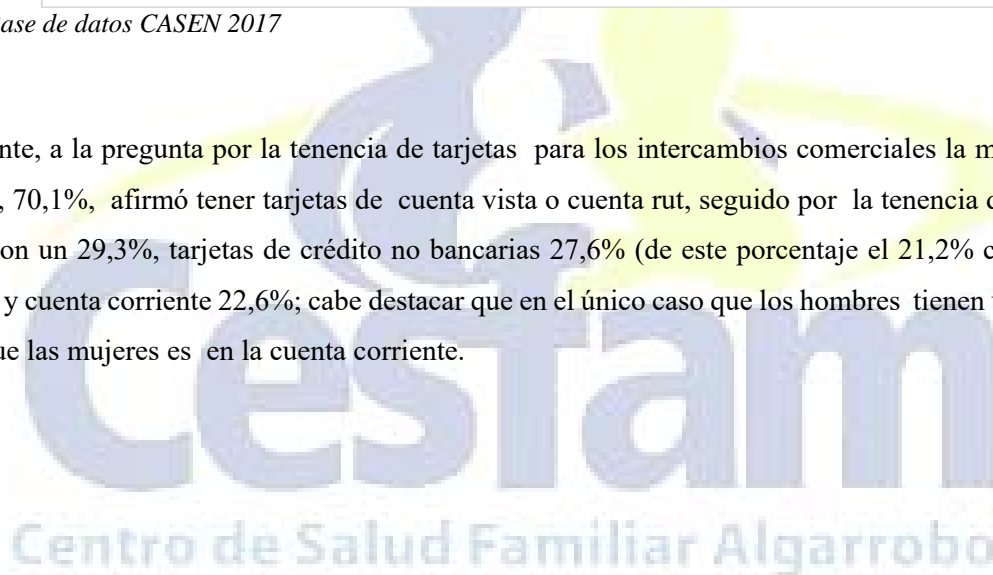
EL horario de trabajo es principalmente diurno 84,3%, el 11,6% turnos rotativos y el 4,1% en horario nocturno. La concentración de los ingresos recibidos en el último mes fue en un 61,5% para aquellos los que perciben 600 mil pesos, principalmente entre 200 y 300 mil pesos (24,6%).

**Grafico No 09:** Ingresos recibidos el último mes base de datos CASEN 2017



Fuente: Base de datos CASEN 2017

Finalmente, a la pregunta por la tenencia de tarjetas para los intercambios comerciales la mayoría de las personas, 70,1%, afirmó tener tarjetas de cuenta vista o cuenta rut, seguido por la tenencia de tarjetas de débito con un 29,3%, tarjetas de crédito no bancarias 27,6% (de este porcentaje el 21,2% corresponde a mujeres) y cuenta corriente 22,6%; cabe destacar que en el único caso que los hombres tienen un porcentaje mayor que las mujeres es en la cuenta corriente.



- **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 2017 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 47,7% de los encuestados, seguida por un 25,1% de viviendas propias pagándose, 15% arrendadas, 10,1% cedida por un familiar y 2,2% cedida por trabajo.

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 2017 presenta un índice de Calidad global de la vivienda del 84,7%, el agua proviene principalmente de la red pública 72% y de pozo en un 27%, sumadas un 99% de agua potable 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). La distribución del agua se realiza en más del 90% con llave dentro de la vivienda y el servicio de eliminación de excretas servicios sanitarios conectados a la red de alcantarillado 64,9% y a fosa séptica 27,9%, es decir en condiciones de eliminación de excretas en marco de saneamiento del 91,8%.

**Tabla No 17:** Condición de la vivienda

<b>Algarrobo CASEN 2017</b>			
<b>Condiciones de la vivienda</b>			
Proviene el Agua	Red pública 72%	Pozo 27%	Camión aljibe 1%
Distribución agua	Llave en vivienda 93,7%	Llave fuera de vivienda 4,2%	No tiene, acarrea 2%
Eliminación excretas	w.c. al alcantarillado 64,9%	w.c fosa séptica 27,9%	No tiene 5,3%
Calidad global de la vivienda	Aceptable 84,7%	Recuperable 14,7%	Sin dato 0,6%

Fuente: CASEN 2017

Por su parte el índice de saneamiento en déficit para la comuna es de 12,5%, siendo condición necesaria para el encasillamiento en déficit el tener una situación deficitaria de disponibilidad de agua (sin distribución dentro de la vivienda), 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 (7,2%).

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 bajo 2,5 a menos de 5 personas por dormitorio, y, hacinamiento medio alto a 5 y más personas por dormitorio.

**Tabla No 18** Porcentaje de hogares en condición de hacinamiento Algarrobo

COMUNA	HOMBRE	MUJER	TOTAL
SIN HACINAMIENTO	42,6	49,9	92,5
HACINAMIENTO MEDIO BAJO	1,5	2,9	4,4
HACINAMIENTO MEDIO ALTO	1,9	0,6	2,5

Fuente: Casen 2017

Específicamente para la comuna de Algarrobo se encuentran un 1,5% de hogares con hacinamiento medio bajo, y un 1,9% con hacinamiento medio alto.

### **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 2017** el 33,2% tienen teléfono fijo y el 99,01% tienen teléfono móvil, de los cuales el 43,5% es prepago y el 45,6% con contrato, el 64,9% cuenta con internet en su teléfono. El 82,8% de las personas paga televisión por cable y un 31,4% posee un Smart tv o televisión conectada a internet. Un 51,1% 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 (61,1%) y que el 94,3% usa el internet por lo menos una vez al día. Las razones por las cuales accedió al internet fueron en su orden: acceso a redes sociales, buscar información, 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 (DISYCV) 2015 y Registros estadísticos mensuales del 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 las mujeres (94,6%) y 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 los examinados refieren ser sedentarios en un 57,5% en 2017 y un 42,3% en 2018 (de un total de 486 personas adultas). En el grupo de las mujeres el sedentarismo alcanza un 58,7% y en el de los hombres 41,3%

### **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 de los 280 examinados en 2017 el 35,35% refiere ser fumador. Siendo un 33,9% de las mujeres fumadoras y un 36,3% de los hombres fumadores. Por su parte en el año 2018 de 486 examinados el 15,4% refiere ser fumador: 50,6% mujeres y 49,4% hombres.

**Cesfam**  
Centro de Salud Familiar Algarrobo

### **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 se reporta un 41,43% de examinados como consumidores de alcohol en el 2017, mientras que en el 2018 sólo se encuentra en registro un 1,7% consumidores de alcohol, de los cuales la mayoría está dentro del rango consumo no perjudicial.

### **Consumos sustancias psicoactivas**

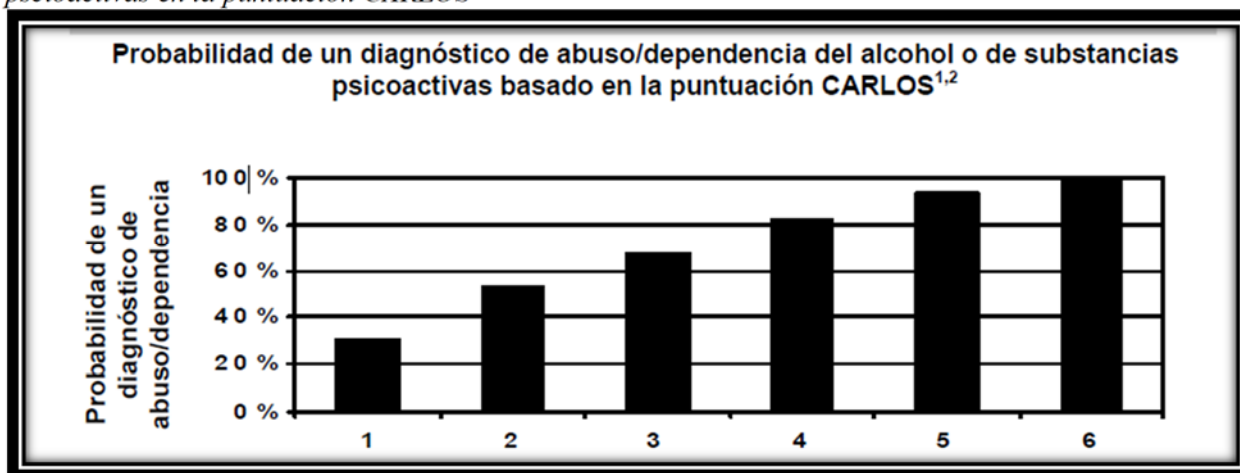
El consumo de prevalencia tipificado en el Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile (2014) nuestra para la región una prevalencia de consumo alguna vez en la vida llega a 32,1% en 2014 (país 31,5%), mientras que la prevalencia de último año y mes está en 13,5% y 6,5%, respectivamente. 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 en 2017, y 125 en 2018, 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 el año 2017 este instrumento fue aplicado a 93 adolescentes entre los 14 y 18 años en establecimientos educacionales de la comuna, los resultados señalan un 48,4% de adolescentes que no presentan consumo, un 8,6% que presentan un consumo de riesgo intermedio y un 43% presentan un consumo de riesgo alto. En el 2018 la aplicación se amplió a 125 adolescentes del mismo grupo de edad y los resultados cambian significativamente a un 76,2% de adolescentes con riesgo bajo, un 11,2% en riesgo intermedio y, un 12,6% con riesgo alto.

Para el caso de los encuestados cuyas respuestas entran dentro del rango de riesgo alto es necesaria 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 en un futuro.

### **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 bajo 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.

## 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 guiadas por un 23,13% de juntas de vecinos y un 8,9% de organizaciones de adultos mayores.

**Tabla No 19: 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 bombero	Juntas de vecinos	Otras organizaciones comunitaria	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](http://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 PLADECO 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.

Para el año 2018 aún no se encuentra información.

### **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 subsecretaría 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° 20: Denuncias por violencia intrafamiliar Comuna de Algarrobo.**

<b>Año</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>%VIF a mujer</b>	77,4	73,8	81,6	78,3	79,4
<b>%VIF a hombre</b>	15,8	20,6	11,3	13,2	11,2
<b>%VIF a niños-niñas</b>	6,0	4,3	5,0	5,4	8,1
<b>%VIF a Anciana- Anciano</b>	0,8	1,4	2,1	3,1	1,3

Fuente: [www.seguridadpublica.gov.cl](http://www.seguridadpublica.gov.cl)

Las **denuncias de mayor connotación social (DMCS)** en la comuna de Algarrobo en los últimos 5 años han estado entre las 682 y 796 denuncias realizadas. Específicamente en el año 2016 se ha presentado el número más bajo de denuncias de los últimos 5 años 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, 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° 21: Denuncias de mayor connotación social Comuna de Algarrobo 2012-2017.**

<b>DELITO/% AÑO</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Robo con violencia o intimidación	3,52	3,68	3,50	5,91	2,93	4,3
Robo con sorpresa	1,13	1,62	1,02	1,44	1,61	1,0
Robo con fuerza	66,76	63,48	69,93	71,52	73,46	1,0
Robo Vehículo motorizado	1,48	2,32	2,51	1,83	1,80	1,0
Accesorios u objeto de o desde vehículo	11,18	12,07	15,03	12,11	10,98	12,6
Lugar habitado o con destino	73,42	73,09	69,10	71,93	71,86	52,3
Lugar no habitado	13,50	11,83	12,53	13,21	14,37	8,8
otros robos con fuerza	0,42	0,70	0,84	0,92	1,00	1,0

Hurtos	17,75	18,26	13,43	12,47	14,66	13,1
Lesiones	10,70	12,81	11,24	8,53	7,18	5,8
Lesiones Leves	80,27	77,02	72,73	63,08	67,35	75,9
Lesiones graves	19,74	22,99	27,27	36,92	32,65	24,1
Homicidios	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Violación	0,14	0,15	0,88	0,13	0,15	0,3
<b>TOTAL</b>		<b>679</b>	<b>685</b>	<b>762</b>	<b>682</b>	<b>796</b>

Fuente: [www.seguridadpublica.gov.cl](http://www.seguridadpublica.gov.cl)

En la tipificación de los delitos de Mayor Connotación Social del año 2017 se encuentra como el más recurrente el robo en lugar no habitado, constituyéndose en el 53,3% 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, pese a que baja significativamente en el año 2017, sigue siendo la principal causa de las denuncias realizados por personas dentro de la comuna.



## 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 sala 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, ubicadas en sectores El Yeco y otra en San José.



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

- ***Planificación Estratégica***

### **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 2012)

### **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**

- Fortalecer el Modelo de Gestión de Calidad en la organización, contribuyendo a la mejora continua de nuestro quehacer.
- Consolidar el Modelo de Salud Familiar y Comunitario en la Comuna de Algarrobo
- Satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios de la Comuna Algarrobo, mediante atención de calidad y otorgando trato humanizado.
- Dar cumplimiento a los indicadores de salud, en concordancia con los Objetivos Sanitarios Nacionales de la década 2011-2020.
- Fortalecer la gestión administrativa financiera del Departamento de Salud Municipal de Algarrobo, orientada a satisfacer los requerimientos de la organización y acorde a las normativas gubernamentales vigentes.
- Fortalecer la gestión del Recurso Humano del Departamento de Salud Municipal de Algarrobo, enfatizando en el desarrollo de las personas y el cumplimiento de las normativas vigentes.

## **POLÍTICA DE CALIDAD**

El CESFAM de la comuna de Algarrobo de acuerdo con su cultura de Calidad y Seguridad de la Atención se compromete a 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, eficaz y basada en la mejor evidencia científica disponible, entregada por un equipo de salud competente, situando a los usuarios como centro de los procesos sanitarios y desarrollando una cultura de aprendizaje permanente y de mejora continua.

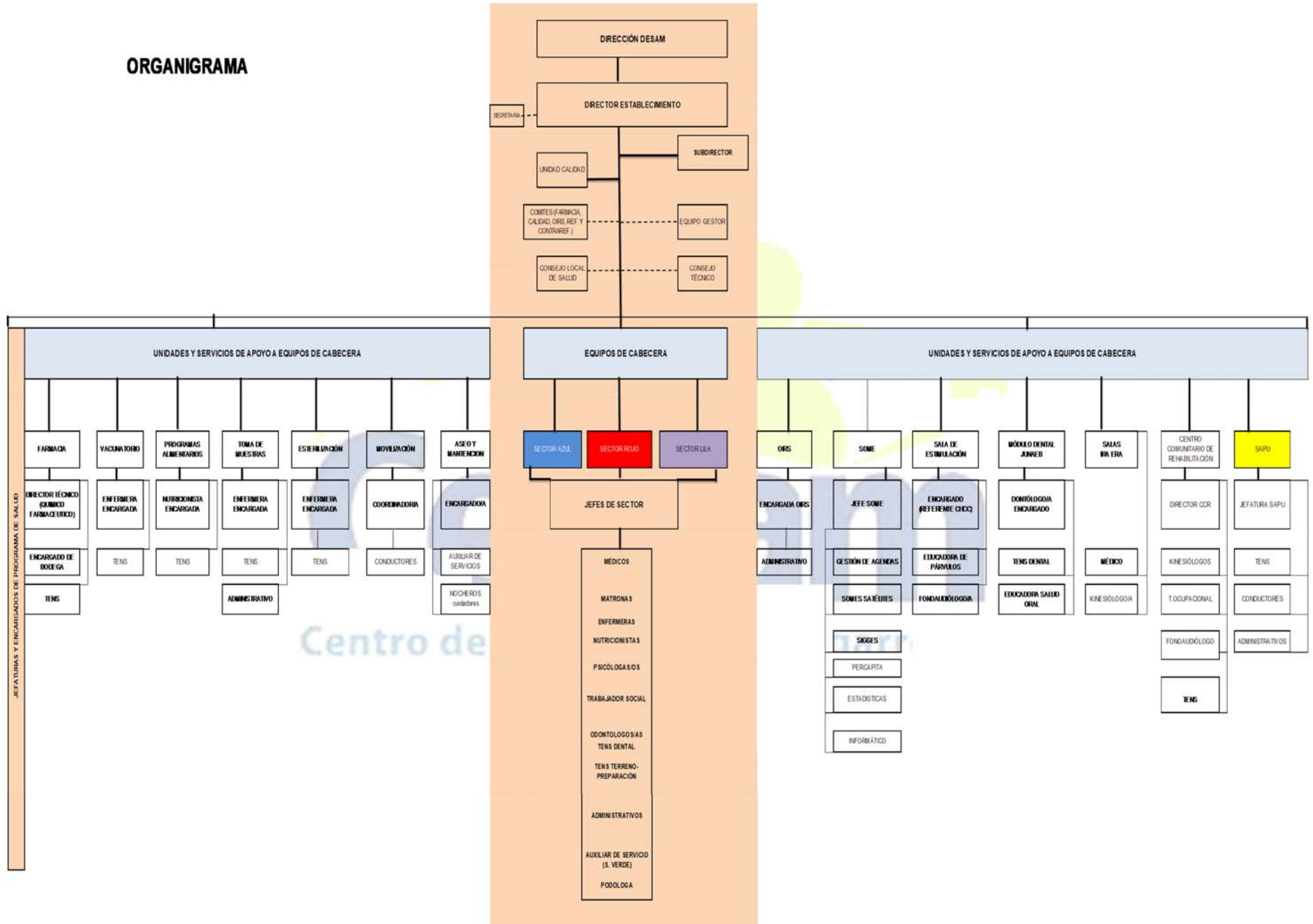
Nuestro establecimiento dará cumplimiento a esta Política a través de la Implementación de un Programa de Calidad que estipula los lineamientos estratégicos y cuyos objetivos están orientados a la atención centrada en el usuario brindando atenciones de salud seguras y de calidad garantizando la mejora continua de los procesos involucrados y basados en el Modelo de Aseguramiento de la Calidad que pone énfasis en la evaluación y monitoreo estableciendo estándares específicos como el Sistema de Acreditación de los Establecimientos de Salud.

Dentro de los objetivos generales de nuestra Política podemos mencionar los siguientes conceptos:

- ✓ Desarrollo y Fortalecimiento de una Cultura de Calidad Institucional
- ✓ Seguimiento, Monitoreo y Mejora continua de la Calidad y Seguridad de las prestaciones
- ✓ Atenciones de salud accesibles, oportunas y equitativas
- ✓ Satisfacción usuaria con base en la participación ciudadana
- ✓ Gestión eficiente de los recursos disponibles
- ✓ Formación Continua de los funcionarios
- ✓ Promoción de la participación de todos los integrantes del establecimiento
- ✓ Cumplimiento de la Normativa Legal y Vigente
- ✓ Lineamiento con Modelo de Atención Integral de Salud.
- ✓ Centro docente Asistencial que protege la seguridad y los derechos de sus pacientes.
- ✓ Fortalecimiento del Autocuidado de los Equipos de trabajo.



# ORGANIGRAMA



- **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 Lila.

Los límites geográficos los siguientes:

**Tabla N° 22: Delimitación geográfica sectores de salud CESFAM Algarrobo.**

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

### 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° 31 del 27 de enero 2017, 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 educativos.

## 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 educativos.

## 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 helicobacter pílori.

#### 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° 23: Exámenes de laboratorio básico.**

Exámenes
<b>HEMATOLOGÍA</b>
HEMATOCRITO
RECuento DE LEUCOCITOS
RECuento DE PLAQUETAS
TIEMPO DE PROTOMBINA
VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN
<b>BIOQUÍMICA</b>
<b>A. SANGRE</b>
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>B. ORINA</b>
CREATINURIA
DETECCIÓN DE EMBARAZO
ORINA COMPLETA/ SEDIMENTO URINARIO/ ALBUMINA
MICROALBUMINURIA CUANTITATIVA
<b>C. DEPOSICIONES</b>
LEUCOCITOS FECALES
SANGRE EN DEPOSICIONES
<b>INMUNOLOGÍA</b>
FACTOR REUMATOIDEO
<b>MICROBIOLOGÍA</b>
<b>A. BACTERIOLOGÍA</b>
ANTIBIOGRAMA CORRIENTE
BACILOSCOPIA ZIEHL NIELSEN (TOMA DE MUESTRA)
EXAMEN DIRECTO AL FRESCO
GONOCOCO, MUESTRA, SIEMBRA, DERIVACIÓN
RPR O DERIVAR PARA VDRL

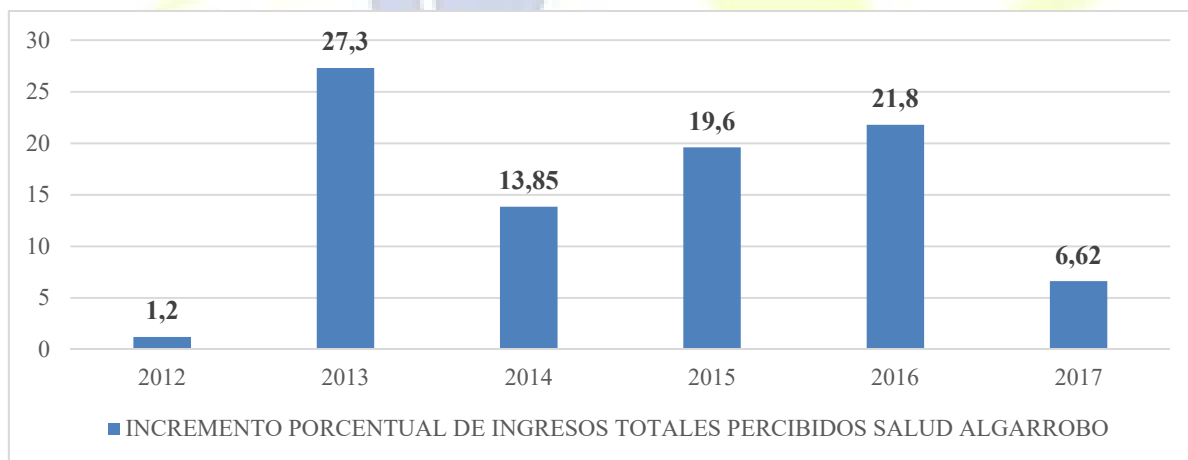
UROCULTIVO, RECUENTO D ECOLONIAS, ANTIBIOGRAMA
<b>B. PARASITOLOGÍA</b>
COPROSITALOGÍCO SERIADO
EX. DIRECTO AL FRESCO C/S TINCÓN
EXAMEN DE GRAHAM
EXAMEN GUSANOS, MACROSCOPICO
TRICOMONA VAGINALIS /EX DIRECTO)

- ***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 1:1** Incremento porcentual anual de ingresos totales percibidos por Salud Algarrobo



Fuente: [www.datos.sinim.gov.cl](http://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 el último año el incremento porcentual de los ingresos en salud disminuyó significativamente, en comparación con los incrementos de los 4 años anteriores. En general no podemos trazar una tendencia clara en los aportes de ingresos para salud.



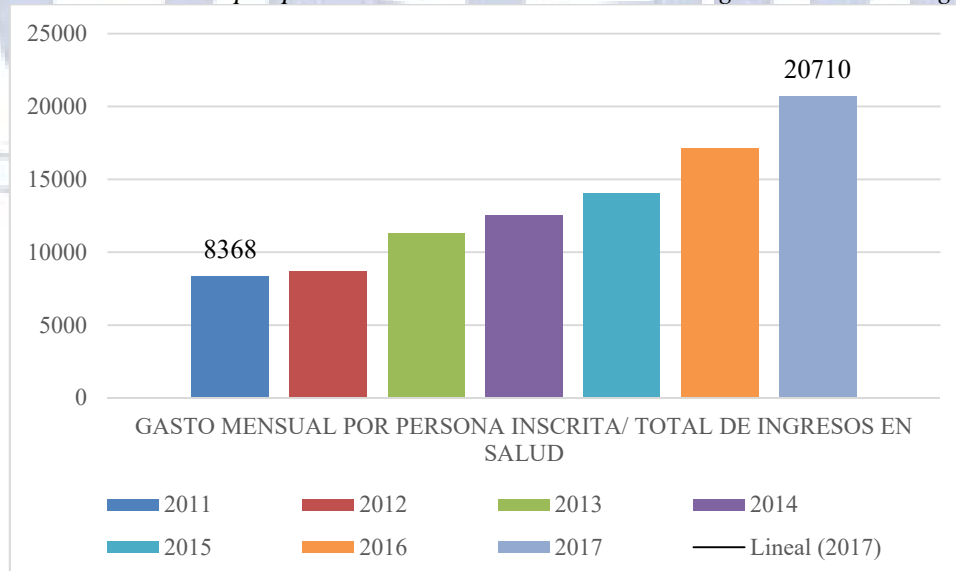
**Tabla N° 24 : Discriminación Ingresos Salud 2011-2013.**

	% 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
<b>2017</b>	52,54	18,92	6,40	22,14	2208649	1454300
<b>2016</b>	54,80	25,06	8,51	20,14	2.071.497	1.341.484
<b>2015</b>	58,27	20,77	6,34	20,96	1.701.073	1.236.999
<b>2014</b>	37,10	34,91	10,94	27,99	1.422.285	1.167.701
<b>2013</b>	37,99	36,01	7,67	26,00	1.253.570	1.033.712
<b>2012</b>	44,73	20,48	4,11	34,79	984.862	926.574
<b>2011</b>	40,35	22,60	4,85	37,05	973.347	1.193.000

Fuente: [www.datos.sinim.gov.cl](http://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 \$5.940 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 20,710 en el 2017.

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



Fuente: [www.datos.sinim.gov.cl](http://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 7 años el gasto de funcionamiento ha variado entre un 14,06% a 17,27% del total de gasto de Salud, sin presentar alguna tendencia significativa.

**Tabla N° 25:** Discriminación Gasto Salud 2011-2017.

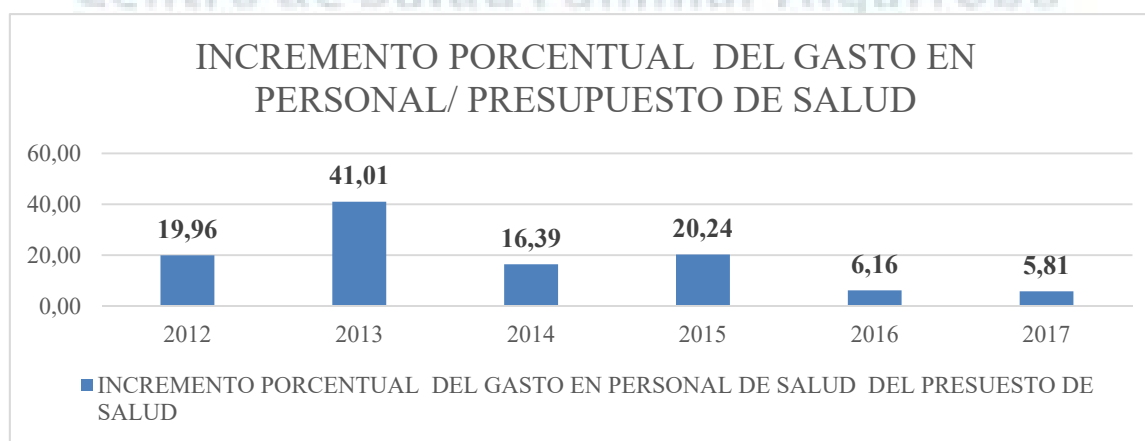
	Gastos Salud (Gasto Total Devengado)	Porcentaje de Gasto de Funcionamiento Sobre el Gasto Total de Salud	Porcentaje de Gasto en Capacitación de Recursos Humanos del Área Salud	Porcentaje del Gasto en Personal de Salud Sobre el Gasto Total de Salud
<b>2017</b>	2136865	17,27%	0,60%	78,66%
<b>2016</b>	1.846.785	14,06%	0,09%	83,01%
<b>2015</b>	1.819.044	15,81%	0,38%	79,39%
<b>2014</b>	1.436.472	15,95%	0,33%	83,61%
<b>2013</b>	1.247.246	15,10%	0,17%	82,73%
<b>2012</b>	936.629	17,20%	0,23%	78,13%
<b>2011</b>	890.204	16,56%	0,02%	68,52%

Fuente: [www.datos.sinim.gov.cl](http://www.datos.sinim.gov.cl), (SUBDERE, Ministerio del Interior)

El gasto en capacitación del recurso humano ha fluctuado desde de \$ 95.000 pesos anuales hasta \$1.282.011 millones de pesos en 2017.

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 1:3** Incremento porcentual del gasto en personal/ presupuesto de Salud Algarrobo

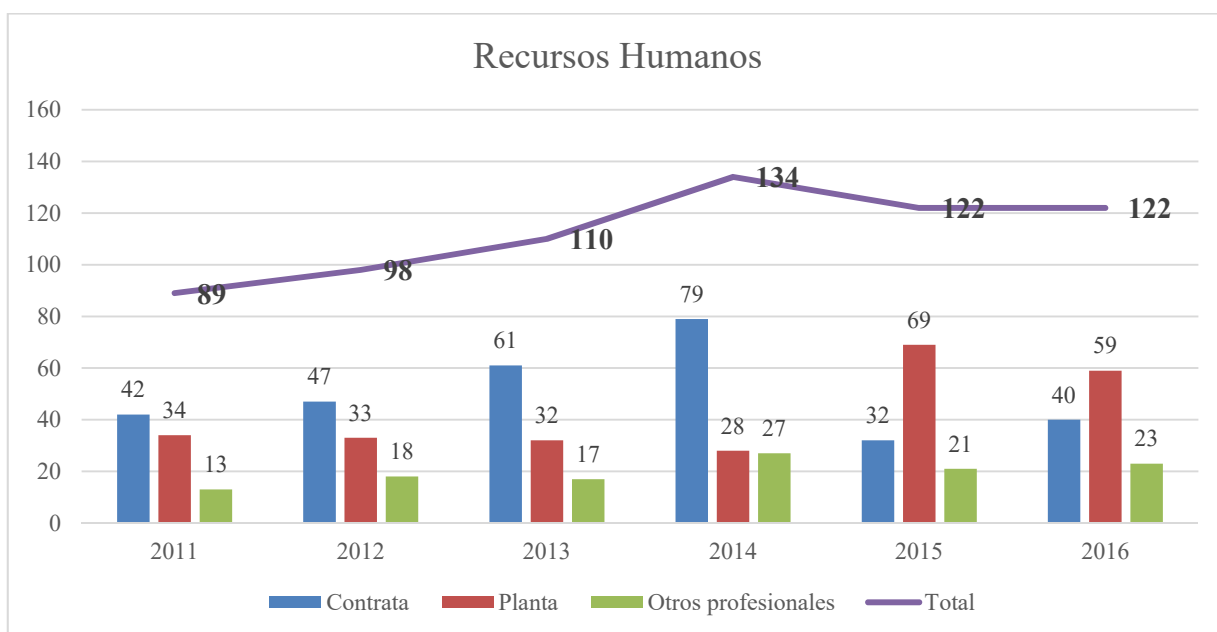


Fuente: [www.datos.sinim.gov.cl](http://www.datos.sinim.gov.cl), (SUBDERE, Ministerio del Interior)

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 (año 2017 sin reporte en SINIM)



Fuente: [www.datos.sinim.gov.cl](http://www.datos.sinim.gov.cl), (SUBDERE, Ministerio del Interior)

En seguimiento del concurso público y la aplicación de la LEY 20.858, 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 17y 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. No obstante, esta cobertura era realizada con las estimaciones poblacionales del Censo 2002 que para el caso de Algarrobo estaba por debajo de la cantidad poblacional que demostró el CENSO 2017, de allí la población comunal se incrementó notablemente y, por ello para 2019 la cobertura se calcula en el 82%.

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

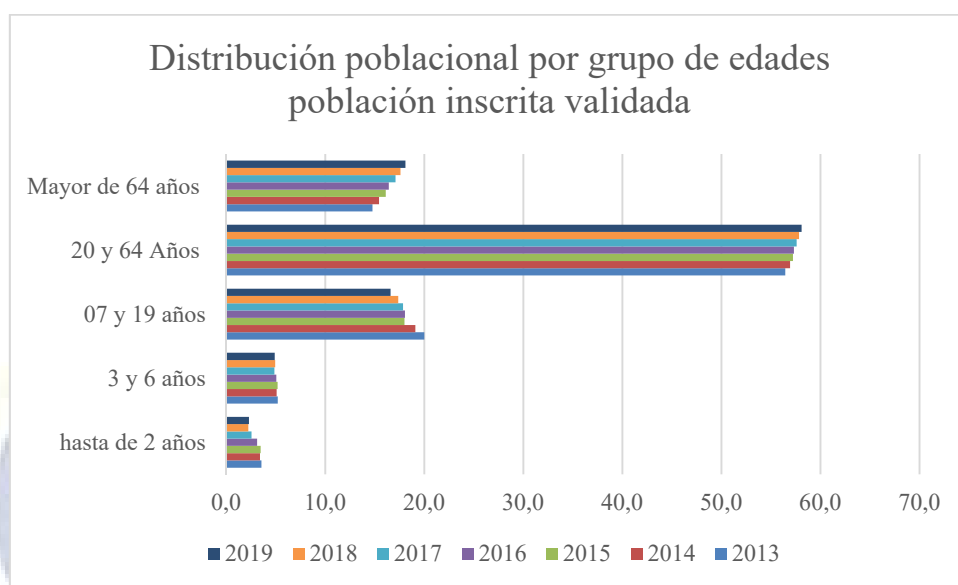


Fuente: [www.datos.sinim.gov.cl](http://www.datos.sinim.gov.cl), (SUBDERE, Ministerio del Interior)

La distribución de edades de la población inscrita validada por FONASA nos muestra en los últimos 6 años una concentración de la población en las personas entre los 20 a 64 años dentro del 56,5% a 58,1% del total de la población. El segundo grupo mayoritario se ha modificado del rango de los 07 a 19 años que ha disminuido en un 3,4% en este periodo de tiempo constituyendo el 16,6% del total de la población, a el rango de mayores de 64 años que ha aumentado en este periodo en un 3,3% constituyéndose en el 18,1% de la población inscrita validada a la fecha.

**Tabla No 26** Distribución por edades población inscrita validada CESFAM Algarrobo.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Total /%	9224	9483	10076	10084	10065	10560	11324
hasta de 2 años	328	324	350	315	258	236	256
3 y 6 años	481	484	523	511	490	523	557
07 y 19 años	1846	1812	1814	1821	1798	1836	1876
20 y 64 Años	5207	5399	5766	5781	5798	6108	6584
Mayor de 64 años	1362	1464	1623	1656	1721	1857	2051



Fuente: Reportes FONASA Población Inscrita Validada

Las tendencias en la distribución de las poblaciones muestran una disminución en el porcentaje de las personas de hasta 02 años y, de 3 a 6 años y de 7 a 19 años, un leve aumento en el porcentaje de personas de 20 a 64 y el aumento más significativo en los mayores de 64 años. Tendencias consecuentes con la lectura de poblacional que realizó el CENSO de 2017.

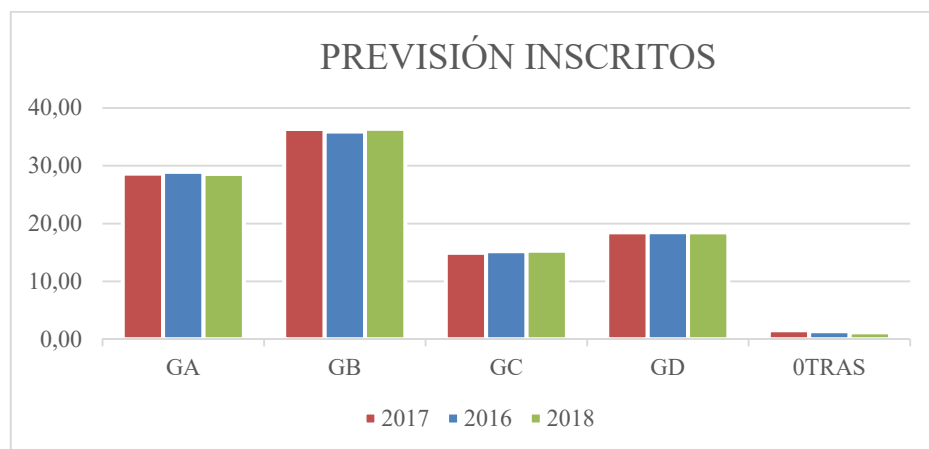
La población inscrita en el CESFAM de Algarrobo muestra una distribución de los grupos de FONASA similar al nivel nacional, siendo mayoritaria la participación del Grupo B en la composición de los inscritos, seguida por el grupo A, D y C.

Las mayores concentraciones de inscritos pertenecen a los grupos A y B de FONASA y constituyen alrededor del 65% del total de los inscritos en el CESFAM.

Encontramos una minoría que no alcanza el 1,5% 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, o sin previsión. Lo destacable en este punto es que pese a la continua inscripción de nuevos inscritos la tendencia parece de forma casi invariable, pese a cambios sociales que están reconfigurando la realidad de la comuna, por ejemplo, los más de 300 extranjeros inscritos.

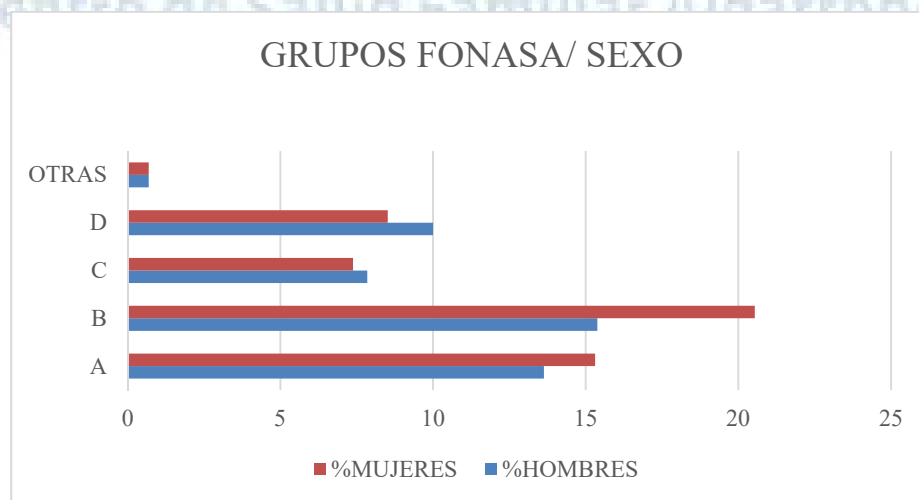
**Grafico No 16:** Porcentaje grupo previsional de inscrito 2016 a 2018



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, o 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 2018 alcanzan un total de 338 personas inscritas con otra nacionalidad. Las primeras inscripciones datan de 1998, un 1,7% del total, entre 2000 y 2010 un 22,6% y después del 2010 un 75,7% de los inscritos extranjeros.

La procedencia de los extranjeros inscritos a la salud comunal es de 32 países de los 5 continentes. La mayor variedad de países es de procedencia latinoamericana (11), seguidos de 9 países europeos.

**Tabla N° 28: Datos 2018 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	4	5	1,48	0,59	0,89	0,89	0,30	0,30	0,00
ASIATICOS	2	13	3,85	1,78	2,07	0,89	2,37	0,30	0,30
CARIBEÑOS	2	44	13,02	7,40	5,62	1,48	4,73	3,85	2,96
EUROPEOS	9	26	7,69	4,44	3,25	2,66	3,55	0,00	1,48
LATINOAMERICANOS	11	192	56,80	25,74	31,07	13,31	19,53	13,61	10,36
NORTEAMERICANOS	2	56	16,57	9,17	7,40	3,85	6,80	2,96	2,96
OCEANIA	2	2	0,59	0,30	0,30	0,30	0,00	0,00	0,30
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>338</b>	<b>100,00</b>	<b>49,41</b>	<b>50,59</b>	<b>23,37</b>	<b>37,28</b>	<b>21,01</b>	<b>18,34</b>

Fuente :[www.rssvsa.avislatam.gestión](http://www.rssvsa.avislatam.gestión)

Respecto a la cantidad de personas la mayoría son Latinoamericanas (56,8%), y en segundo lugar están las personas provenientes de Norteamérica (18,86%), el tercer lugar es para las personas provenientes del caribe (1 dominicano y 43 haitianos) que representan el 13,02% de los extranjeros inscritos.

De los países latinoamericanos el mayor número de inscritos corresponde a personas con nacionalidad peruana (26,04%), seguida de colombianos (23,42) y venezolanos (19,8%).

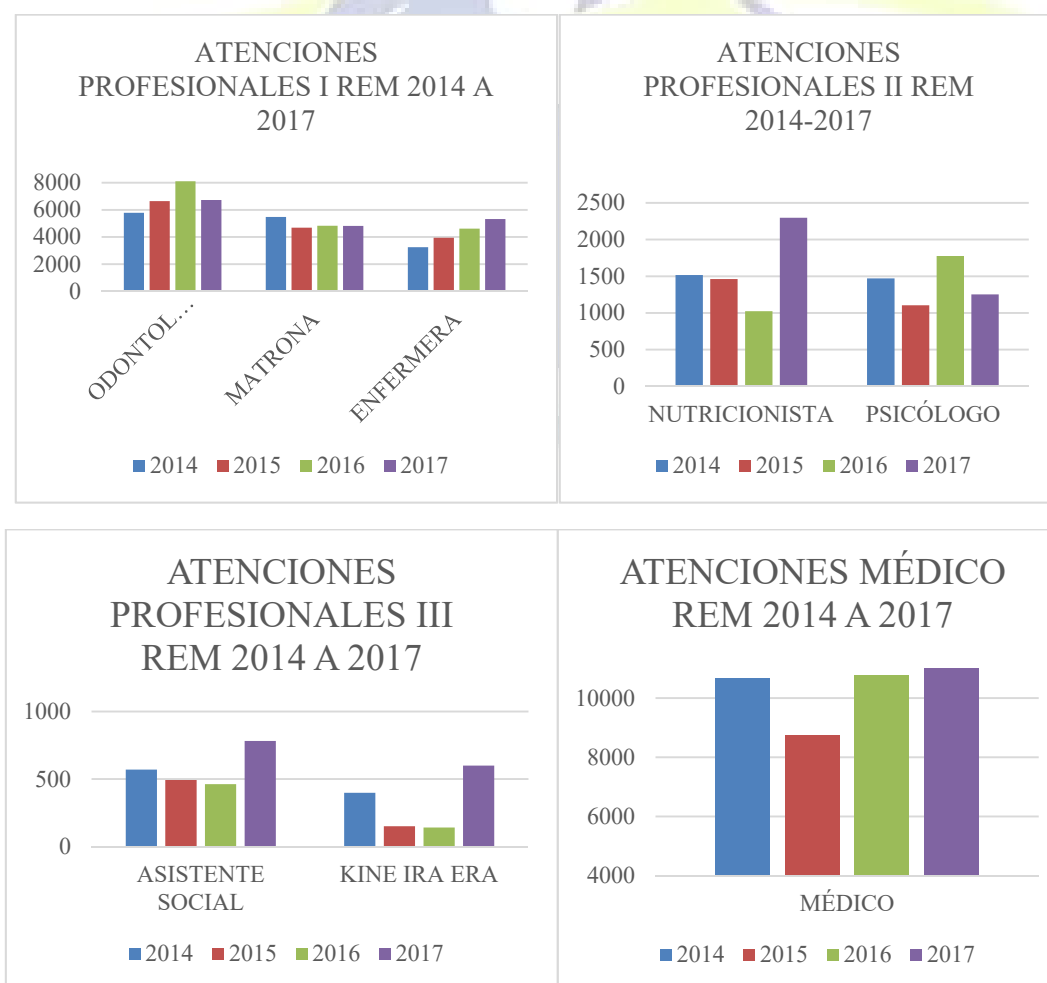
En cuanto a la distribución en grupos de FONASA la población extranjera inscrita en el CESFAM sigue la misma tendencia de la comuna, la región y el país, concentrando la mayor población en el grupo B (37,28%) y grupo A (23,375).

## Prestaciones de Salud

- **Atenciones profesionales**

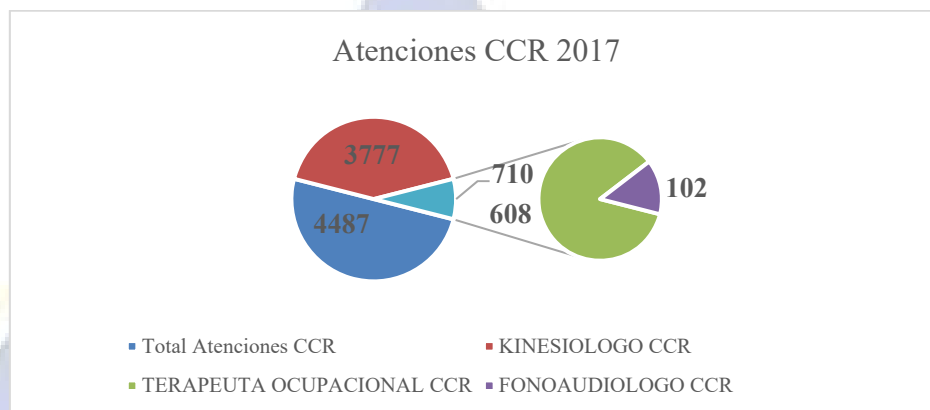
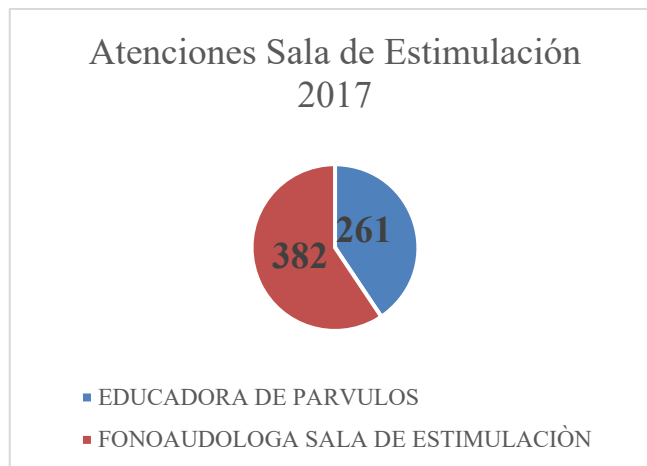
Las prestaciones que se desprenden de los Reportes Estadísticos Mensuales (REM) de los últimos cuatro años, nos muestran que la mayor concentración de atenciones que se realizan son de profesionales médicos con alrededor de 10 mil atenciones al año. En todos los años casi el 50% de estas atenciones corresponden a consultas por morbilidades, dado por su mayor rendimiento por hora. La segunda prestación mayoritaria realizada por los profesionales médicos corresponde a las atenciones para la población perteneciente al Programa de Salud Cardiovascular. La siguiente categoría profesional que más atenciones genera es la de odontología, llegando en el último año a las 6730 atenciones; no obstante, se presenta una disminución respecto al 2016 donde se realizaron 8109 atenciones, lo cual se debe a cambio en el enfoque de sus atenciones según orientaciones técnicas, disminuyendo los rendimientos y enfocándose en actividades de control en lugar de consultas.

**Grafico No 18:** Atenciones Profesionales 2014-2017





Fuente: REM 2014-2015-2016-2017



En los otros casos observamos pequeñas fluctuaciones en el número de atenciones, destacándose un descenso en las atenciones de kinesiología respiratoria (programa IRA- ERA) durante los años 2015 y 2016, a menos de la mitad (194 atenciones) respecto del año 2014 (384 atenciones). Para el año 2017 la cifra se eleva muy por encima de los anteriores años alcanzando un total de 600 atenciones.

Se consolida la información de atenciones del Centro Comunitario de Rehabilitación año 2017 y Sala de Estimulación, mostrando de forma preliminar un importante flujo de atenciones prestadas en estos servicios transversales a la comunidad.

Durante el 2018 se incorporaron dos nuevas prestaciones con financiamiento municipal que corresponde a la atención de médico psiquiatra para, análisis de casos clínicos de pacientes bajo control en programa de salud mental junto al equipo de cabecera, atención clínica conjunta de psiquiatra con equipo de cabecera tratante de pacientes seleccionados y atención individual. Y medicina complementaria con terapia de acupuntura para pacientes en tratamiento de salud mental y con dolores crónicos.

En relación a la revisión de datos de pacientes que **no se presentan** a citas agendadas observamos que alcanzan un número entre 7 mil a 10 mil inasistencias por año, lo que, relacionado al total de citas agendadas, alcanza un porcentaje promedio de inasistencia para los últimos 4 años de:

2014: 18,9% - 2015: 17,3% - 2016: 18,7% - 2017: 19,94%.

**Grafico No19:** Número de no presentados a citaciones y asistencias a citaciones 2014-2017



Fuente: Reportes Pacientes no presentados AVIS 2014-2016

En cifras netas las inasistencias más recurrentes corresponden a citaciones con profesional no médicos.

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 2014-2017



Fuente: Reportes Pacientes Inasistentes AVIS 2014-2016

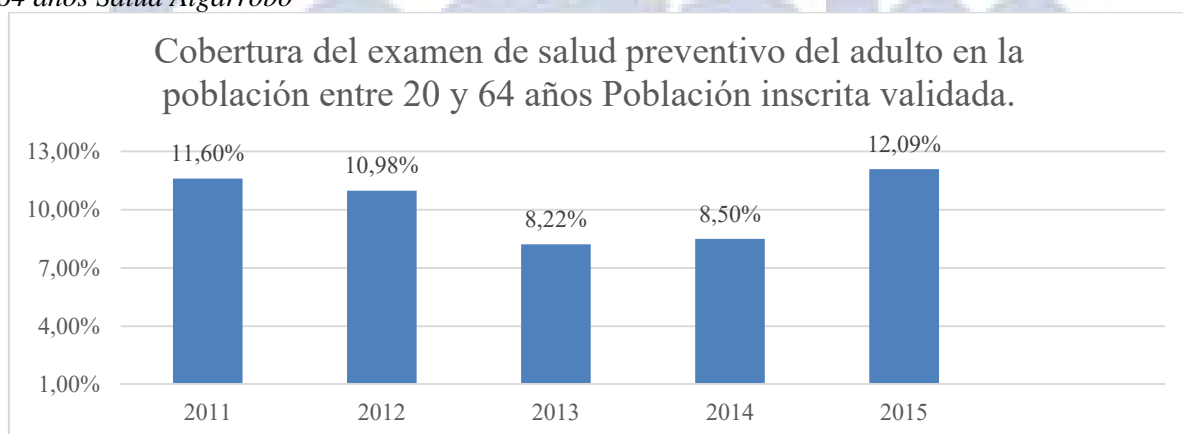
Por su parte las inasistencias a controles médicos corresponden entre un 50% a 80% a prestaciones para pacientes a programa cardiovascular, seguido de las inasistencias a prestaciones médicas al programa respiratorio.

Ahora bien, al revisar los porcentajes de inasistencias respecto del total de atenciones, observamos para el caso de nutricionista que aumentó considerablemente el número de atenciones de 1024 en 2016 a 2298 en 2017 la inasistencia bajó porcentualmente de un 53% a un 31%. Caso contrario ocurre con las atenciones de kinesiología IRA ERA, las cuales subieron a 600 atenciones en 2017 respecto a las 104 del 2016, pero la inasistencia aumentó de un 8% a un 37%. Misma situación ocurre con las atenciones de Trabajadora social que aumentaron, pero también aumentó el porcentaje de inasistencias. Por el contrario, es importante destacar la disminución en las inasistencias de las prestaciones de psicología.

- **Otras prestaciones de salud**

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 morbimortalidad, 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](http://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.

Los datos del año 2016 y 2017 no han sido recepcionados a la fecha por el Sistema de Información Municipal, no obstante, de acuerdo a los reportes del establecimiento la cobertura del examen de medicina preventiva alcanza:

-Cobertura examen de medicina preventiva en hombres de 20 a 64 años:

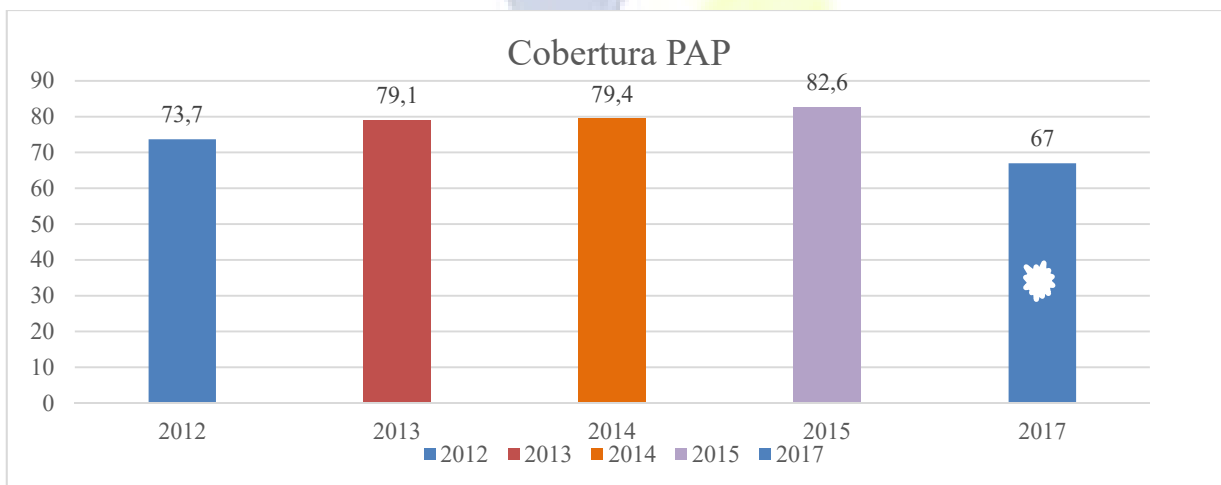
15.6% (2016) - 16% (2017)

-Cobertura examen de medicina preventiva en mujeres de 45 a 64 años:

26% (2016) - 25,1% (2017)

En la misma dirección preventiva encontramos la Pesquisa precoz de Cáncer Cervicouterino, mediante la realización del Papanicolau en mujeres entre los 25 y 64 años.

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

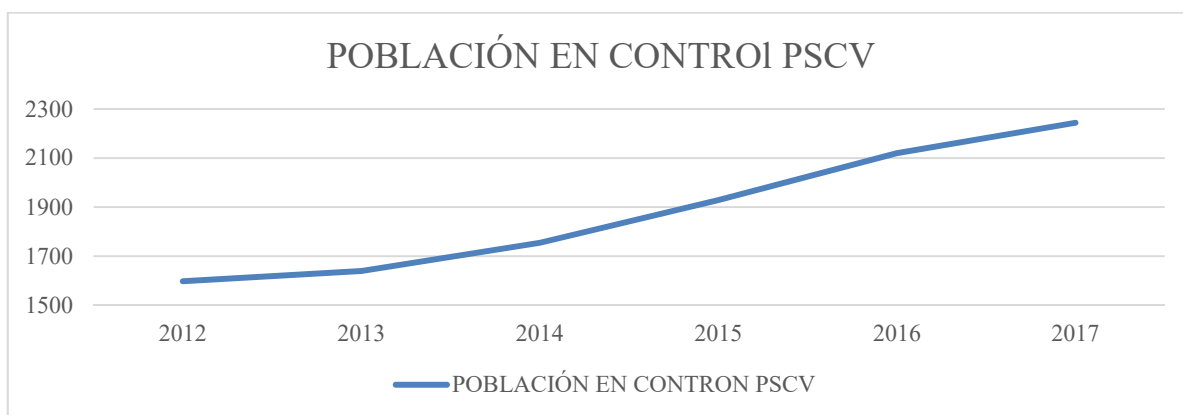


Fuente: [www.datos.sinim.gov.cl](http://www.datos.sinim.gov.cl), (SUBDERE, Ministerio del Interior) y evaluación CESFAM 2017

La cobertura de mujeres entre 25 y 64 años con Papanicolau vigente ha ido en aumento en los últimos años, estando siempre sobre el 70%, según datos del Sistema de Información Municipal (SINIM), sin embargo, los años 2016 y 2017 la información de la Comuna de Algarrobo no fue recepcionada, por lo que se grafica en el 2017, corresponde a información extraída de reportes de Registros Estadísticos Mensuales del Centro de Salud.

En el programa Cardiovascular del establecimiento observamos un aumento de la población en control entre los años 2012 y 2017, con un incremento porcentual del 32,66% de la población bajo control en el programa de salud cardiovascular desde el año 2012 al año 2017. En cifras netas de 1598 a 2127 personas bajo control por padecimiento de hipertensión arterial, diabetes mellitus y/o dislipidemia.

**Grafico No23** Población bajo control Programa de Salud Cardiovascular 2012-2017



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. Para el año 2017 la cantidad de exámenes se reducen en 366, pero manteniéndose sobre los 40 mil exámenes anuales, esto como consecuencia de estrategias de ahorro de costos implementadas.

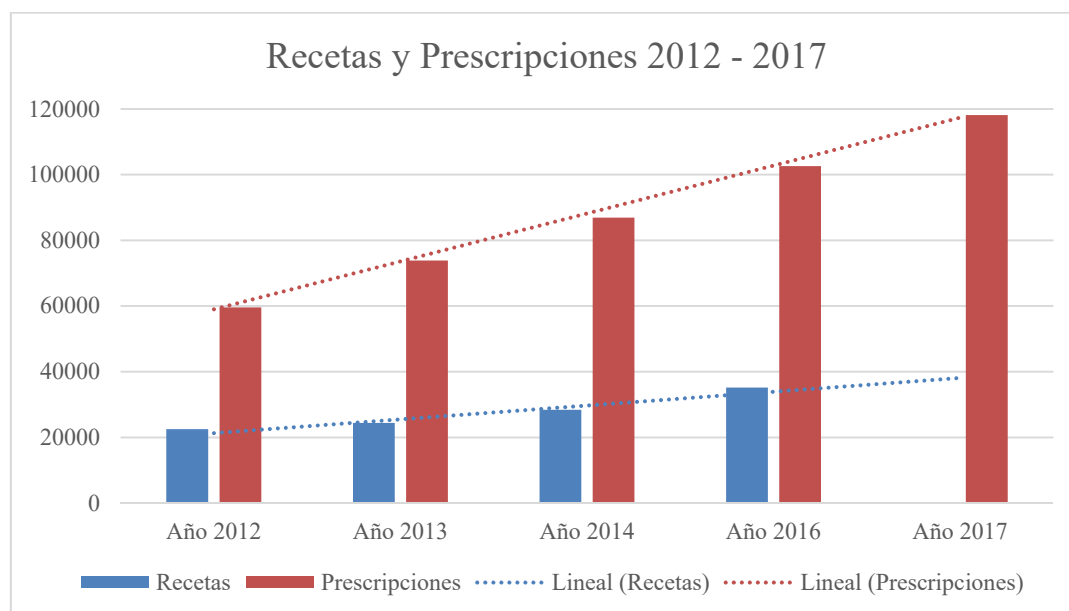
**Grafico No 24:** Exámenes de laboratorio año 2012-2017



Fuente: Informe Técnico CESFAM 2017

En la entrega de medicamentos en los establecimientos, 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 2012-2017**



*Fuente: Informe Técnico CESFAM 2017*

El incremento porcentual referido a las recetas emitidas entre los años 2012 y 2017 alcanzan un 56,3%. Por su parte el incremento porcentual de prescripción de medicamentos entre los años 2012 a 2017 alcanza un 98,3%, de mayor prescripción, asociado también al aumento de fármacos en el arsenal de APS.

**Cestam**  
Centro de Salud Familiar Algarrobo

### 3. SOLICITUDES CIUDADANAS Y DIAGNÓSTICOS PARTICIPATIVOS

La Participación Social en Salud por parte de la comunidad, es uno de principios del Modelo de Salud Familiar, necesario para avanzar en los indicadores de salud, considerando lo importante de las determinantes sociales en el impacto en la salud de las personas.

Figura 1. Principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario



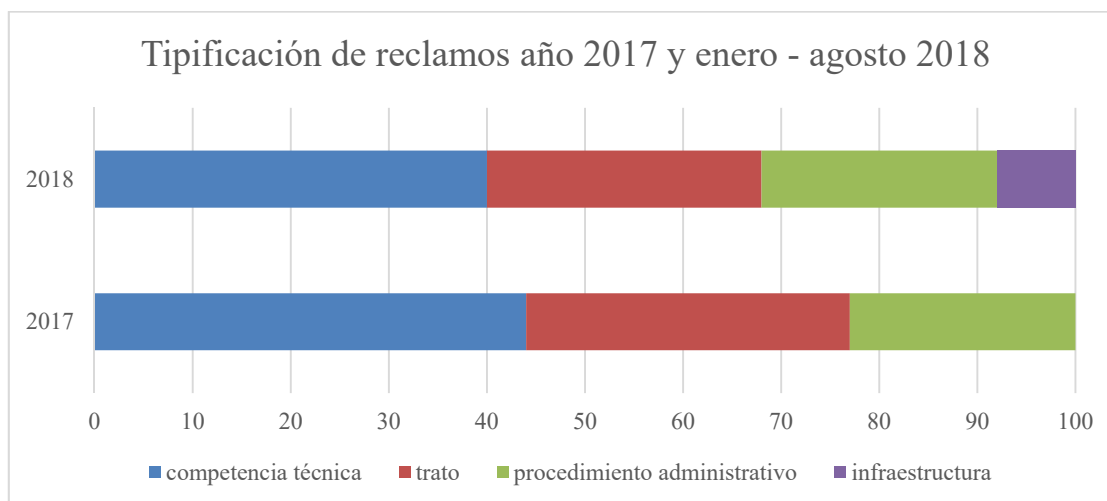
Como comuna disponemos de cinco fuentes principales de información: las solicitudes ciudadanas presentadas en la Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias del propio establecimiento, el Diagnóstico Integral de Salud y de Calidad de Vida Algarrobo 2015-2018, el Diagnóstico Participativo sobre Discapacidad 2016, el Plan de Desarrollo Comunal 2017-2020 y, principalmente, el diagnóstico de salud participativo realizado en el año 2018.

- *Solicitudes Ciudadanas*

Las **solicitudes ciudadanas de 2017** nos presentan un acumulado de 43 felicitaciones, 4 sugerencias y 34 reclamos, de un total de más de 80.000 atenciones profesionales de salud, lo que corresponde al 0.042%. Para el periodo comprendido entre **enero y agosto de 2018**, el acumulado que se registra alcanza 25 reclamos, 54 sugerencias y 47 felicitaciones. Para ambos años sólo contamos con la tipificación de los reclamos, de los cuales para el 2017 el 44,4% son de competencia técnica, el 33,3% por trato y el 22,3% a procedimientos administrativos.

Para el 2018 el 40% de los reclamos corresponde a competencia técnica, el 28% al trato, el 24% a procesos administrativos y el 8% a infraestructura.

**Grafico No 26: Tipificación Reclamos 2017 y 2018**



Fuente: Reportes Estadísticos Mensuales REM 2017 y 2018

### • **Diagnóstico Integral de Salud y Calidad de Vida Algarrobo**

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.

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 existencias, 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.*



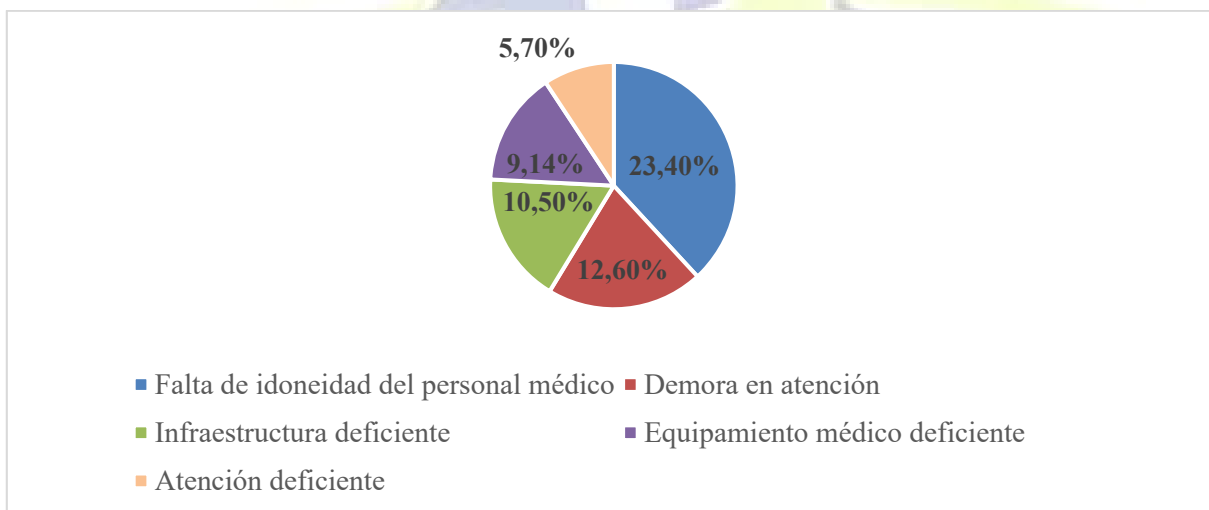
*Fuente: Participativo sobre Discapacidad 2016*

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 27:** 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.

- ***Diagnóstico Participativo de Salud 2018***

EL Diagnóstico participativo de Salud se realiza por todo el territorio comunal y abarcando las diferentes etapas del ciclo vital con el fin de construir con las voces de los propios actores sociales el discurso referido a la situación de salud de los pobladores comunales. La fidelidad de la presente investigación está precisamente sustentada en dialogar con todas las voces que conforman la comuna, de una forma representativa por grupos de edades, de acuerdo a sexo, ocupación, individuo organizado o no; diferentes perspectivas con quienes construir una descripción de la realidad de la salud comunal, sus diversas perspectivas, la búsqueda de la esencia, la estructura, la incidencia, las corresponsabilidades, etc, de tal modo consolidar una interpretación de la salud por la cual debemos trabajar como comunidad.

Entonces el ejercicio de investigación referida a la salud comunal rescata las apreciaciones y percepciones individuales, la tenencia o no de la salud, la calidad y satisfacción del servicio de salud. Todo ello para identificar las necesidades y problemáticas sobre las cuales se debe trabajar para optimizar la situación de salud.



### Marco contextual y metodológico

Ahora bien, el entorno del diagnóstico se presenta en la Comuna de Algarrobo, provincia de San Antonio, Región central del país, con un total de 13.287 habitantes, siendo realizada entre los meses de septiembre y octubre de 2018.

El equipo de trabajo se distribuyó por los propios sectores de salud para acercarse con un enfoque territorial a la población con la cual trabajan directamente. La técnica de trabajo en reuniones con los pobladores previamente organizadas con el equipo de cada sector y según disponibilidades. Logrando su desarrollo en sedes vecinales, establecimientos educacionales, lugares de trabajo y en las distintas instalaciones de salud. Así el universo **de esta investigación** se conformó por todos/as los/as habitantes de la comuna que: participaron en las convocatorias abiertas, participaron en las reuniones convocadas en organización social, lugar de trabajo, o establecimiento educacional.

El diseño muestral de esta investigación de carácter cualitativo se realizó mediante el procedimiento de selección:

1. Territorial: que abarcara los distintos territorios en que se divide la comuna respecto a salud.
2. Ciclo vital: se seleccionan lugares en los cuales se encuentren agrupadas personas en diferentes etapas del ciclo vital, pudiendo representar problemáticas e intereses de acuerdo a su edad.
3. Interés de participación: Corresponde a las personas que atendieron a las convocatorias abiertas y participaron en el proceso.

La muestra, quedó conformada de la siguiente manera por:

1. 171 participantes
2. 20 mesas de discusión.
  - 2.1 Colegio Pukalan
  - 2.2 Colegio Carlos Alessandri
  - 2.3 Colegio Santa Teresa
  - 2.4 Gimnasio Municipal: Adultos mayores organizados y no organizados.
  - 2.5 Complejo residencial San Alfonso del Mar
  - 2.6 Posta de Salud Rural EL Yeco
  - 2.7 Posta de Salud Rural San José
  - 2.8 Centro Comunitario de Rehabilitación Algarrobo

Las entrevistas grupales realizadas se realizaron con una oscilación de tiempo de más menos una hora, los grupos se conformaron por 5 o más personas, las necesarias con el fin de garantizar que cada uno de los participantes pueda emitir su opinión abiertamente al grupo y así discutir por razones, causas, impacto, etc. Y, que finalmente se planteen directrices de trabajo alrededor de la construcción compartida de la problemática.

En la realización de cada entrevista se compartieron **aspectos éticos** para clarificar los objetivos de la actividad, la utilización de la información exclusivamente para los fines de la investigación, la voluntariedad del proceso, la posibilidad de abstenerse a responder si es el caso y la irrestricta confidencialidad de las opiniones emitidas.

Las fuentes de información utilizada en esta investigación se detallan a continuación:

- Entrevistas grupales: Apuntes sobre las entrevistas grupales realizadas, con matriz de señalamientos y de priorización.
- Fuentes de información secundaria:
  - Datos de reportes estadísticos del establecimiento de salud comunal.
  - Plan de Desarrollo Comunal
  - Plan de Educación Comunal
  - Plan regulador Comunal
  - CENSO 2017
  - CASEN 2017
  - Informes Sistema de Información Municipal

El instrumento metodológico utilizado en esta investigación fue una matriz decisional referente a las problemáticas, necesidades o intereses, expresadas por los participantes en el diagnóstico de salud. Dicho instrumento constituyó la carta de navegación del moderador en cada una de las entrevistas grupales. El Contenido de esta carta de navegación se remite a la siguiente pregunta:

**¿Qué problemas, necesidades o intereses referentes a la salud se pueden identificar en su comunidad?**

Cada una de las respuestas fueron registradas y a partir de ellas, de forma conjunta, se priorizó estableciendo un puntaje de acuerdo a los siguientes tres parámetros:

1. Magnitud: ¿Qué parte de la población afecta?
2. Impacto: ¿En qué grado afecta la vida cotidiana?

3. Factibilidad: ¿Qué tan posible es solucionarlo?

Se discutieron en los grupos las causas, las estrategias de solución y los responsables para las diferentes problemáticas.

El análisis de la información se ejecuta por medio del **análisis de contenido** de las entrevistas grupales, informativos y fuentes que se registraron, basado en la combinación de categorías, recuento de menciones y calificaciones emitidas por participantes.

### **Presentación y análisis de información**

El diagnóstico de salud comunal de 2018 representó un proceso enriquecedor tanto para el equipo de salud como para los participantes en el proceso, así como para la construcción mancomunada del discurso comunal de salud. Gracias a la intencionada heterogeneidad de la muestra de 171 personas de distintos lugares de la comuna, de cada etapa de ciclo vital y de variados intereses, que conformaron las 20 entrevistas grupales, la discusión conllevó aun total de 127 problemáticas mencionadas en respuesta a la pregunta de los problemas, intereses /o necesidades que afectan la salud propia y/o comunal.

Dada la gran cantidad de problemáticas mencionadas se realiza el análisis de la información mediante el **análisis de contenido** de las entrevistas grupales, basado en la combinación de categorías, recuento de menciones y calificaciones emitidas por participantes. De allí se desprenden dos grandes unidades de análisis:

1. Problemáticas referidas al intersector (23 menciones)
2. Problemáticas del sector salud. (104 menciones)

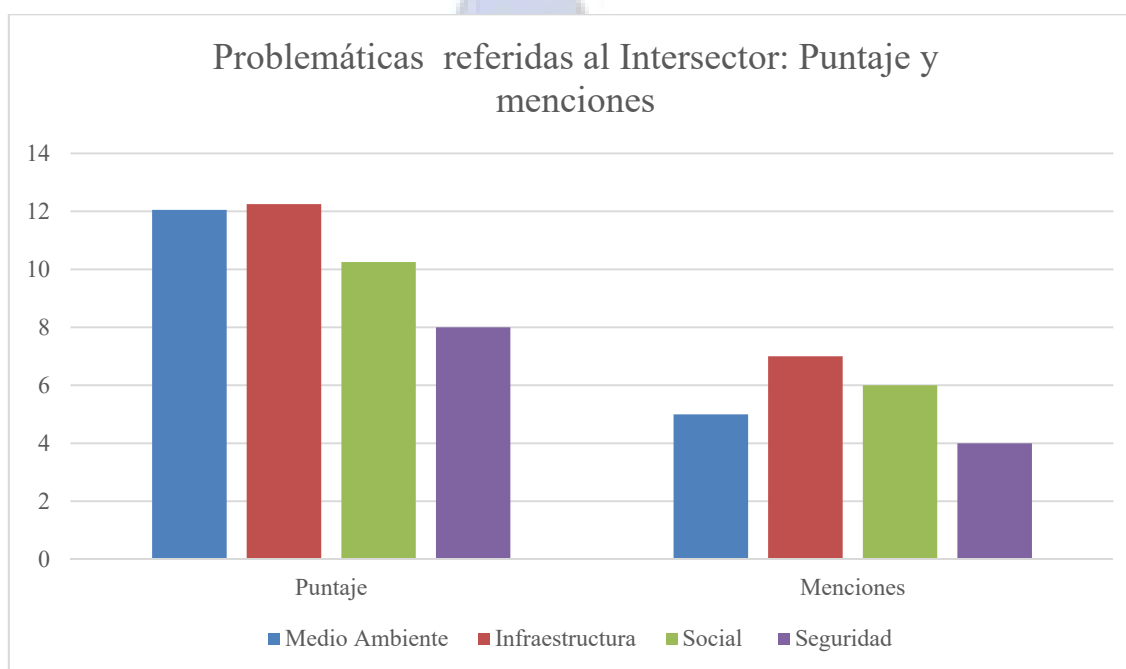
Cada una de estas unidades de análisis abarca varias categorías:

<b>I. PROBLEMÁTICAS REFERIDAS AL INTERSECTOR</b>
Medio Ambiente
Seguridad
Locomoción
Estructura
Social
<b>II. PROBLEMÁTICAS DEL SECTOR SALUD.</b>
Prevención
Administrativos
Accesibilidad
Trato
Infraestructura
Salud
Extrasistema

Como recurso metodológico realizamos esta categorización de las problemáticas reconociendo que las problemáticas referidas al intersector son mencionadas por los actores sociales debido a la incidencia en su pensar, sentir y hacer como incidente en la calidad de vida y, por ende, a su salud. Así mismo se destaca en esta categorización la necesidad de trabajar de forma intersectorial y sin perder el foco de los determinantes sociales como principales tejedores de la situación de salud de los individuos.

### I. Problemáticas referidas al intersector

Dentro de las problemáticas referidas al intersector encontramos 5 categorías con 23 menciones de un total de 104, es decir el 18,1% de menciones. EL puntaje promedio mayor es el referido a las problemáticas de infraestructura que, a su vez, es la problemática en esta dimensión de análisis más nombrada en las entrevistas grupales (7 veces).



**Las problemáticas del medio ambiente** engloban dos categorías los perros de situación de abandono (3 menciones y 11,6 de puntaje) y la basura en el entorno (2 menciones y 12,5 de puntaje). Respecto al perfil de la problemática estas fueron discutidas en las mesas de las postas rurales de El Yeco y San José y en la reunión con adultos mayores en el gimnasio municipal.

De los perros en situación de abandono se discutió como causa el continuo abandono de estos por personas ajenas a la comunidad, y básicamente a la tenencia irresponsable de estas personas. Como soluciones se plantea seguir y reforzar los operativos de esterilización, así como realizar jornadas de adopción y promover

la proyección de un canil municipal. Por su parte el manejo de la basura es acusado por el sector rural y se enfoca básicamente en la falta de contenedores para acopiar la basura.

La corresponsabilidad alrededor de estas problemáticas como comunidad y equipo de salud van enfocadas a informar al área municipal y generar el nexo con la comunidad.

Las **problemáticas de infraestructura** enmarcan el estado y acceso a las calles, la falta de agua potable e iluminación en San José. Los grupos que hicieron referencia a estas problemáticas fueron de las postas rurales, adultos mayores y adultos trabajadores de San Alfonso del Mar.

Sobre el mal estado de las calles se argumenta sobre la necesidad de realizar las mantenciones de forma periódica y cerrar para garantizar que los arreglos sean de mejor calidad. Así mismo para el sector rural se resalta la dificultad que representa una calle tan angosta, sin vereda y mal iluminada. EL agua potable en San José se plantea la necesidad de mejorar la sanitización del agua, realizar educación sobre el consumo y manejo del agua, y, fiscalizar a los proveedores de agua de la zona. El puntaje de priorización más alto lo constituye el acceso de agua potable. Al igual que en la dimensión del medio ambiente es importante informar y crear el nexo a la autoridad competente en esta área.

Es importante señalar que dentro de las soluciones la comunidad se plantea como objetivo organizarse y poder postular como comunidad a proyectos participativos, mostrando un empoderamiento frente a los mecanismos participativos; no obstante, acusan para este empoderamiento ser orientados.

Las **problemáticas referidas al área social** encierra aspectos disímiles como el enfoque y accesibilidad de la educación y a espacios recreativos. Los grupos que hicieron referencia a estas problemáticas son del sector rural, específicamente en el tema del analfabetismo que debido al aislamiento las posibilidades de alfabetizar resultan más complejas y es necesario adoptar otro tipo de estrategia. Los adultos mencionan la necesidad de encontrar espacios de recreación en los que pueda reunirse toda la familia y realizar acorde a las diferentes edades. Este mismo grupo muestra la preocupación del enfoque en la educación de los niños y jóvenes, debido a que se centra sólo en los derechos que tienen como menores, pero no en los deberes y responsabilidades. Por su parte los adolescentes muestran como problemática la falta de acceso a la educación superior y específicamente muestran su interés por el acceso a estudiar carreras relacionadas con la salud.

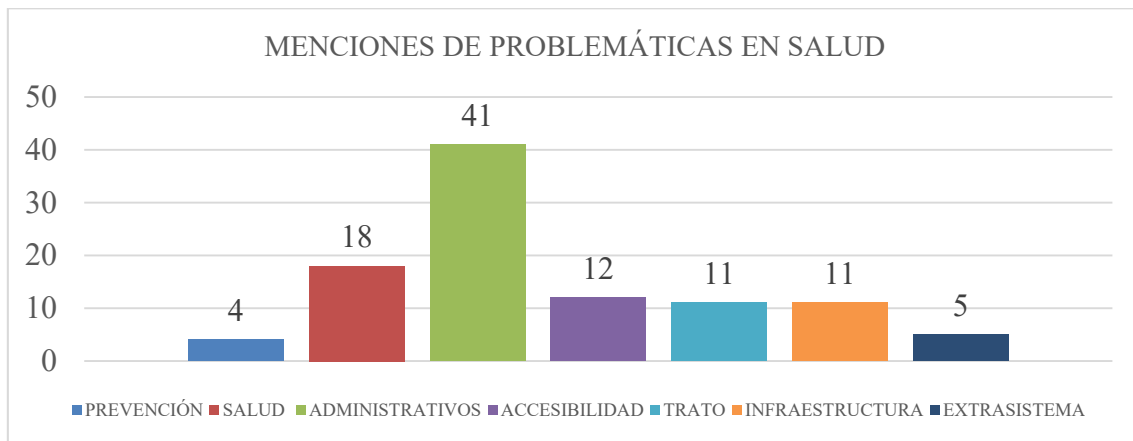
Finalmente, las **problemáticas de seguridad** fueron mencionadas en 8 mesas de discusión, específicamente en mesas del sector rural, adultos mayores y adultos, en todos los casos refiriéndose a la delincuencia causada por el abandono que los niños tienen en su crianza, la falta de oportunidades laborales de los padres,



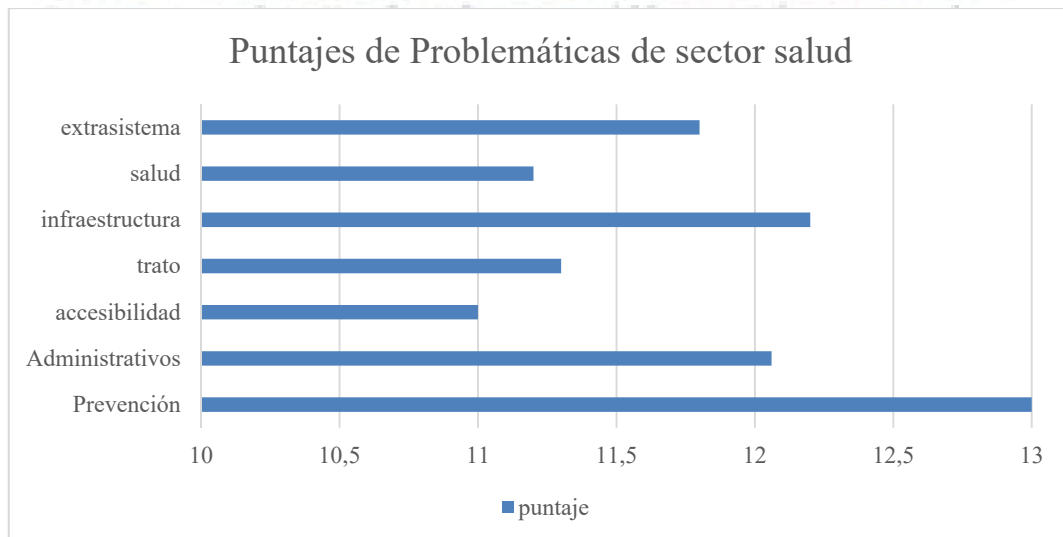
el consumo de drogas y la falta de fiscalización. Pese a esta gran gama de causas como estrategias de solución las planteadas se refieren al aumento de fiscalización y de condenas.

## II. Problemáticas del Sector Salud.

Las problemáticas mencionadas en el sector salud (104) representan el 81,9% del total de las menciones registradas dentro del diagnóstico. La mayoría de las menciones hacen referencias a problemáticas del ámbito administrativo seguidas por menos de la mitad por problemáticas propias de afectaciones de salud.



En la priorización realizada teniendo en cuenta la magnitud, impacto y factibilidad de cada uno de los problemas los puntajes oscilaron alrededor de los 11,2 a los 13 puntos siendo el de mayor puntaje el referido a los problemas de prevención y posteriormente los problemas administrativos y de infraestructura, todos con puntajes muy cercanos.



El puntaje de priorización más bajo corresponde al de accesibilidad y obedece a la complejidad de la viabilidad de la mejora de la locomoción en lugares apartados.

## II.1 Prevención

La problemática en el área de prevención fue manifestada por 4 de las mesas de discusión del diagnóstico, específicamente aquellas compuestas por adolescentes y la de adultos mayores. El enfoque expresado es la necesidad de aumentar el compromiso con la comunidad y mejorar la difusión de actividades, realizando actividades preventivas de salud por lo menos una vez al mes con la comunidad con la suficiente difusión para que tenga un gran alcance. Proponen realizar salidas pedagógicas al CESFAM y crear más charlas en los colegios.

Las estrategias discutidas como estrategias para la mejora de los aspectos de prevención manifestados por la comunidad se resumen 3n:

- Coordinación con colegios de visitas pedagógicas durante 1 día, dando inicio a partir del 2019 entre mayo y noviembre. Realizar coordinación tres veces al año.
- Ampliar difusión de redes sociales mediante el aumento de enlaces en página de Facebook, creación de perfil en Instagram, vincular grupos de Whatsapp de representantes de curso y presidentes de grupos de apoderados.

## II.2 Salud

La problemática de la categoría de salud reúne temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, la malnutrición por exceso, el consumo problemático de alcohol y drogas y problemas propios de los adultos mayores. La problemática de la salud sexual y reproductiva tuvo la mayor cantidad de menciones y el mayor puntaje de priorización.

**La salud sexual y reproductiva** la preocupación fue presentada por los propios adolescentes y por las mesas conformadas por adultos. En ella abordan la presencia de infecciones y enfermedades de transmisión sexual, compañeros con VIH, el difícil acceso a preservativos, el embarazo adolescente y la falta de orientación. El discurso construido postula como causas de la problemática el inicio temprano de la actividad de los niños y jóvenes, la falta de educación junto con las conductas de riesgo asumido por ellos, la falta de

acceso a preservativos y los horarios de atención con matrona no accesibles con el calendario escolar al ser necesario ir en la mañana para asignación de cupo.

Las estrategias generadas para dar solución a estas problemáticas se articulan de la siguiente manera:

- Sobre las Infecciones y enfermedades de transmisión sexual, el inicio de la vida sexual y la prevención del embarazo, se plantea la entrega de información dirigida en educaciones y tamizajes que el CESFAM realiza en los establecimientos educacionales.
- Respecto a la preocupación referida al contagio de VIH se destaca que el Servicio de Salud Valparaíso\_San Antonio establecerá el plan piloto de acceso al Test rápido de VIH en la comuna de Algarrobo, el cual será implementado desde el próximo año.
- El acceso a atención de matrona para adolescentes se realizará con la reserva de cupos entre lunes y viernes para después de las 17:00 horas.

**La malnutrición por exceso** es un problema dilucidado por tres mesas de adolescentes de los establecimientos educacionales. Las causas que relacionan a la problemática son la genética, los malos hábitos alimenticios, el sedentarismo y, asociado a este, la falta de acceso de programas de actividad física para adolescentes. Las alternativas de solución destacan la propuesta de realizar actividades familiares, maratones, alianzas, cicletadas, en todas ellas llama la atención el fondo de la propuesta de los adolescentes en que plantean estas actividades desde lo social y específicamente en el ámbito familiar, evidenciando desde su realidad que el problema del sedentarismo más que una conducta individual es una tendencia social- familiar y que su adecuado abordaje sea desde esta perspectiva.

Otro punto importante a destacar en las intervenciones alrededor de este tema es la educación emocional alrededor de la resistencia al cambio, esta necesidad surge alrededor de propuesta de adolescentes que plantean como estrategia “educar de muy niños pues ya a los 14 años no se puede cambiar”. Teniendo en cuenta esta propuesta, la dificultad que presentan cambios de hábitos a nivel individual y, sobretudo, cultural, se hace imprescindible abordar desde una perspectiva integral la problemática; específicamente en principio a nivel emocional con un abordaje general de la resistencia al cambio, y, seguidamente hacia los cambios de hábitos alimenticios, de combatir el sedentarismo, etc.

Como estrategia general de equipo se plantea realizar derivaciones asistidas en las consejerías de salud. Para ello es necesario coordinar con el intersector, específicamente con el área de educación y deportes para poder hacer una intervención integral y con seguimiento de las derivaciones realizadas por salud.

**El consumo de drogas y alcohol** como problemática de salud es planteada por cuatro de las 20 mesas de discusión: postas rurales, mesa de adultos y de escolares. No se encuentra de forma clara un acercamiento

real de las causas, sino que se discuten planteamientos referidos al abandono estatal y la falta de acceso a centros de rehabilitación, fiscalización para el microtráfico, temor a denunciar, legislación poco efectiva al tener penas muy reducidas, estimulando la reincidencia, y, escasas estrategias de reinserción social.

Dentro de las estrategias discutidas se resalta que el programa SENDA Previene cuenta con un Plan de intervención y el desafío es el fortalecimiento de las actividades en coordinación con el intersector.

La **salud de los adultos mayores** es planteada como problemática por los grupos de discusión de las postas rurales y la mesa de adultos de San Alfonso. Su discusión se da en un total de tres de las 20 mesas y su puntaje de priorización es de 10,5. La problemática es ubicada de forma contextual en la condición como comuna de albergar una gran Cantidad de adultos mayores que habitan en la comuna sin redes de apoyo, por opción propia o por abandono de familiares. Así mismo la gran demanda de atención en salud por esta población no compatibiliza con la capacidad de los establecimientos de la salud. Siendo agravada esta accesibilidad por temas de recursos, movilidad, depresiones e indiferencia que se genera en el adulto mayor debido a la sensación de soledad y abandono.

Como estrategias discutidas se plantea la necesidad de apoyar la creación de organización comunitaria de voluntariado de agentes de salud para generar una red de apoyo y la inserción a nivel de organización de los adultos mayores. Así mismo se destaca la reciente implementación del programa Más adultos mayores autovalentes el cual acercará por todo el territorio a la comunidad adulta mayor.

### **II.3 Administrativas.**

Dentro de la categoría de problemáticas administrativas recopilamos problemas de difusión de la información, de entrega de horas, de atención y del personal de salud. La principal reiteración en mención como problemática corresponde a la entrega de horas, seguida por los problemas relacionados con el personal y la atención brindada. Los puntajes de priorización asignados por los participantes de las mesas se encuentran entre los 11 y 13 puntos siendo en su orden la mayor puntuación de la difusión de la información, la atención, la entrega de horas y del personal.

**La problemática de la difusión de la información administrativa** es nombrada en 7 de las 20 mesas de discusión: en la mesa de adultos, en 2 de adultos mayores, en tres de las postas y en una de adolescentes. Las falencias son referidas a información sobre horarios de atención, letreros, y prestaciones; todas ellas en relación al desconocimiento de los usuarios tanto por interés propio como por no utilizar canales diversos para que la información sea efectivamente recibida.

Las estrategias discutidas alrededor de estas falencias se remiten a:

- Horarios de postas señalados en carnet de control.
- Entrega de tríptico y/o catálogo informativo de prestaciones en inscripción y contar constantemente como informativo para los usuarios.
- Incluir en la página web las prestaciones.
- Gestionar la Señalética de Postas con el departamento de tránsito.

La problemática referida a **la entrega de horas** es la problemática que se discutió en la mayor cantidad de mesas (17), tanto por los grupos de usuarios del CCR, adultos mayores, postas rurales y adolescentes. Para el caso de las postas los horarios de médico de morbilidad no son compatibles con la cotidianidad de muchos usuarios que trabajan y/o estudian fuera. Por ello también plantean la necesidad de médico de urgencia en postas. A nivel de CESFAM la problemática se enmarca en escasez de horas médicas de morbilidad, y dificultades en atenciones de psicóloga y matrona para adolescentes. Las soluciones discutidas referidas a estas problemáticas las desglosamos como sigue:

- El acceso a atención de médico de urgencia en las postas rurales se discute la necesidad de educar en definición y prestaciones de posta rural, y se dilucida que la necesidad de atención se refiere a médicos de morbilidad en horario de extensión para las personas que trabajan o estudian y no pueden asistir en el horario oficial de las postas. Para ello se acuerda realizar una extensión de médico a la semana en las postas rurales.
- Sobre las atenciones de psicólogo y matrona para adolescentes la discusión se centra en dos objetivos: primero proteger cupos de atenciones profesionales para población adolescente en horarios extra-curriulares, en segundo lugar se discute sobre la petición de posibilidad de atención sin el conocimiento de sus padres, se aclara que esta opción no es posible al ser menores de edad pero se plantea la necesidad de que el profesional de la salud genere el vínculo y aconseje para asegurar el proceso de la atención del menor.

**Las problemáticas referidas a la atención** fueron mencionadas en cada uno de los grupos que participaron en el diagnóstico: adultos, adultos mayores, adolescentes, postas rurales, y usuarios del CCR, siendo discutida en 7 mesas. Las molestias expresadas en este ámbito son debidas a l tiempo de espera en el servicio de urgencias, el difícil acceso a médico de urgencias en posta rural, falta de privacidad en la atención y tiempos muy breves de consultas.

- En el ámbito de tiempo de espera en urgencia se plantea como causa el no respetar el orden de llegada, evidenciando un desconocimiento del uso de la urgencia y la relación entre la

categorización de la consulta de “urgencia” y los tiempos de espera. Para ello se traza como estrategia realizar educación en categorización tanto por trípticos como con las visitas guiadas planteadas para los colegios. No obstante, a lo anterior, y debido a discusión en la que se plantea riesgos de tiempo entre recepción de administrativo de urgencias y atención de técnico paramédico sin conocer y/o prestar atención a síntomas como un accidente cardiovascular, se acuerda solicitar a personal de urgencia realizar capacitación en Uvirtual “Tiempo es cerebro”.

- La privacidad como problemática se discute y resalta el hecho de ser el único servicio público existente en la comuna y estar muy íntimamente ligado a ella debido el pequeño tamaño de la comuna. Por ello se acuerda realizar y difundir un instructivo interno referente al manejo de información sensible. Considerar esta temática dentro de la capacitación Sobre la Ley de Derechos y Deberes de los usuarios de salud.

La problemática referida al **personal de salud** fue citada en las mesas de Postas, adultos, Adultos Mayores, adolescentes y CCR. Básicamente hacen hincapié en la problemática generada por la rotación constante de profesionales y la selección de ello poco eficientes al no estar calificados para afrontar la realidad de envejecimiento de la comuna. Como estrategia viable para suplir las falencias señaladas se discute y acuerda incorporar en el Plan de Capacitación: capacitaciones en el área de la geriatría para el personal de salud.

#### **II.4 Accesibilidad**

Dentro de la problemática de accesibilidad a la salud la comunidad nos plantea dificultad en dos aristas: insumos y movilización. Cada uno de los grupos hizo referencia a esta problemática sumando 12 mesas de discusión a esta problemática.

En la **accesibilidad a insumos** se plantea la falta de botiquín en el colegio, medicamentos que no entregan el CESFAM, órtesis, agujas para exámenes, otro electrocardiograma, examen de antígeno prostático. No obstante que en la discusión se dirime que, en los casos de las agujas, electrocardiogramas han sido situaciones puntuales, si se discute la importancia de apoyar e incentivar al municipio en el proceso de implementación de la farmacia popular.

De la toma de examen de antígeno prostático es necesario informar que, en la Atención Primaria de Salud, nivel al que pertenece el CESFAM, no se encuentra dentro de la canasta de prestaciones, pero que existe la posibilidad de realizarlo en el centro con pago al laboratorio que presta el servicio.

Respecto a la queja de acceso **a locomoción para movilización** para los traslados sector rural, CCR y CESFAM se discute sobre la complejidad de como salud abordar el tema y se insta a informar al Municipio sobre problemática y soluciones expuestas de convenios con el sector privado de locomoción.

### **III.5 Trato**

El mal trato que se discute en las mesas va en dos direcciones, tanto el maltrato de funcionarios a usuarios y viceversa. Se discute en 11 de las 20 mesas de trabajo de diagnóstico y se atribuye al maltrato de usuarios a funcionarios falta de paciencia e información del usuario y en el caso de los funcionarios a los usuarios falta de empatía con el dolor del usuario, entrega de información de una forma brusca.

Como estrategias se plantea insistir en canalizar información sobre prestaciones, funcionamiento y Ley de Derechos y Deberes en Organizaciones sociales. También mantener capacitaciones sistemáticas a funcionarios sobre trato al usuario.

### **III.6 Infraestructura**

Los problemas referidos a infraestructura fueron mencionados por cada uno de los grupos participantes en el diagnóstico en un total de 11 mesas y con un puntaje de priorización promedio de 12,2 puntos. En un solo caso se trató de la accesibilidad al 2do piso del CESFAM, en todos los otros casos los problemas de infraestructura hacían referencia a otras dependencias: posta el Yeco, San José y CCR. Las quejas específicas son respecto a la iluminación en perímetro de posta El Yeco, Mantención baño CCR, distribución de los espacios CCR e infraestructura inadecuada para atención de podología en San José. El plan de mejora para estos planteamientos es:

- Programa de Mejoramiento de la Infraestructura 2018 consideró la iluminación de la posta de San José, la tarea es velar por el cumplimiento.
- Mantenimiento Baños del CCR por falta de papel higiénico: colocar fecha de inicio y término de rollo para llevar un control para su reposición.
- Distribución de espacios en CCR, se aboga por el cambio al edificio nuevo en donde se redirigirán algunas prestaciones.
- Espacio inadecuado para atención de podología en Posta de San José: Se informa que en gestión se autoriza procedimientos de podologías en espacio existente bajo el cumplimiento de protocolo de aseo terminal.

### **III.7 Extra-sistema APS**

Los problemas referidos al extra-sistema de salud hacen referencia a prestaciones que no son otorgadas por el CESFAM, pero que usuarios de este esperan contar con nexos, información o, en definitiva, resolución a su problema. Específicamente la demora en las interconsultas al hospital y oftalmología junto a la imposibilidad económica de acudir a consultar repetidas veces. Se plantea la necesidad que las coronas y puentes dentales se entreguen por el CESFAM y no por programas en el hospital solo para algunos.

Las soluciones discutidas abordan el informar a los usuarios que mediante el mesón de atenciones de OIRS del CESFAM puede ocuparse de canal para saber e estado de la interconsulta realizada. Respecto a la atención oftalmológica y atenciones especiales del área dental se conviene informar al intersector para realizar las gestiones necesarias para operativos específicos en estas áreas.





### 3.1.RESUMEN DE ÁREAS PROBLEMÁTICAS PRIORIZADAS Y ESTRATEGIAS

*Tabla N°29: Áreas problemáticas priorizadas y estrategias definidas.*

<b>ÁREA PROBLEMÁTICA</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>RESPONSABLE</b>
<b>PREVENCIÓN</b>	<p>Coordinar con colegios visitas pedagógicas a CESFAM tres veces al año.</p> <p>Difusión de información de prevención en redes sociales, grupos de whatsapp con representantes de curso y de apoderados, vincular a más grupos y personas a página de Facebook y crear perfil de instagram.</p>	<p>Jefatura Técnica</p>
<p><b>SALUD</b></p> <p>ITS- ETS- VIH</p> <p>Malnutrición por exceso</p> <p>Consumo alcohol y drogas</p>	<p>Entrega de información de ITS y ETS de forma dirigida en educaciones y tamizajes en los colegios.</p> <p>Informar y coordinar programa piloto de test rápido de VIH</p> <p>Coordinar con el intersector, deporte y educación la derivación asistida desde las consejerías, de pacientes de malnutrición por exceso para talleres deportivos, estableciendo vías de seguimiento y retroalimentación.</p> <p>Coordinar, apoyar y fortalecer las actividades del plan realizado por SENDA Previene.</p>	<p>Encargada adolescente</p> <p>Matrona encargada</p> <p>Nutricionista encargada</p> <p>Encargado de Salud Mental</p>

## ADMINISTRATIVOS

Difusión

Pegar letrero con horario de Postas Rurales y calendario de días de estadística.  
Gestionar con departamento de tránsito señalética de Postas.  
Incluir cartera de prestaciones en página web.  
Entregar en inscripción y tener disponibles en informaciones tríptico y catálogo de prestaciones.

Jefatura técnica

Entrega de horas

Realizar extensión de médico de morbilidad 1 vez por semana en postas rurales.  
Proteger cupos de psicólogo y matrona para población adolescente en horario de extensión.  
Educar en categorización a usuarios mediante visitas guiadas y trípticos

Encargada SOME

Encargada SAPU

Atención

Instruir a personal de urgencia a realizar capacitación en Uvirtual de “El tiempo es cerebro”  
Realizar y difundir instructivo interno sobre manejo de información sensible.  
Considerar capacitación sobre Ley de Derechos y deberes.  
Incorporar en Plan de Capacitación temáticas sobre geriatría.

Encargada SOME y OIRS

Comité de Capacitación

<p><b>ACCESIBILIDAD</b></p> <p>Insumos</p> <p>Mobilización</p>	<p>Informar a área municipal sobre la necesidad de implementación de botiquín en colegio.</p> <p>Informar a usuarios que examen Antígeno Prostático no hace parte de canasta de APS.</p> <p>Gestionar operativos de toma de examen de antígeno prostático con el intersector.</p> <p>Comunicar a municipio para que revisen la posibilidad de mejora en locomoción comunal.</p>	<p>Jefatura Técnica</p>
<p><b>TRATO</b></p>	<p>Establecer calendario de difusión de prestaciones y Ley de Derechos y Deberes con Organizaciones comunitarias y comunidad.</p> <p>Mantener capacitaciones a funcionarios sobre buen trato al usuario.</p>	<p>Encargada SOME</p> <p>Comité de capacitación</p>
<p><b>INFRAESTRUCTURA</b></p> <p>Postas Rurales</p> <p>CCR</p>	<p>Iluminación Posta El Yeco dentro del Programa de Mejoramiento de infraestructura.</p> <p>Posibilidad para el uso de podología de espacio en posta de San José siguiendo el protocolo de aseo terminal.</p>	<p>Jefatura Técnica Jefe de Postas</p> <p>Encargada CCR</p>

	Realizar seguimiento de reposición de papel higiénico para tener control del tiempo de duración.	
<b>EXTRASISTEMA APS</b>	Informar a usuarios que Oficina de informaciones, reclamos y sugerencias (mesón OIRS), es un canal para hacerle seguimiento a las interconsultas en el segundo nivel.	Encargada OIRS



#### 4. ANÁLISIS DEL 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.

El Censo de población y vivienda de 2017 nos acercó de forma más exacta la caracterización demográfica y territorial de la comuna. De ella se sigue su componente de ruralidad importante, continuando como desafío territorial el garantizar el acceso a la salud a toda la población; También nos describe un giro de la paridad de número de hombres y mujeres que se leían de las proyecciones a un componente comunal de superioridad femenina en cuanto hay 105,1 mujeres por cada 100 hombres, disparidad que se mantiene durante todo el ciclo vital (excepto en las personas de 05 a 19 años) y afirmándose como superioridad en mujeres 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 de 110,1 de adultos mayores por cada 100 menores de 15 años, con una proyección de aumento significativo de los niveles de dependencia por adultos mayores. La tasa de natalidad sigue la tendencia a la disminución disminuyendo a la mitad en los últimos 4 años. Además, la proyección de la estructura poblacional nos muestra una tendencia a la disminución de la tasa de fecundidad (1,6 hijos por mujer 2016) y ahora con el conteo real de la población esta tasa global de fecundidad se traduce en un 1,2 hijos por mujer en edad productiva (2017). La edad de las madres continúa la tendencia de aplazar cada vez más la maternidad disminuyendo el porcentaje de madres entre 20 y 30 años y aumentando proporcionalmente a la edad.

En términos sencillos la comuna se describe como mayoritariamente femenina, envejecida, con pocos nacimientos de madres cada vez mayores. Perfil al cual deben proyectarse las políticas de salud.

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 mayoritaria de la población que recibe ingresos menores a 300mil pesos, y con una concentración de actividades económicas no declaradas, del comercio y relacionadas a lo automotriz y al comercio. En el ámbito de la educación las evaluaciones de la PSU persisten en demostrar la brecha entre la educación municipal y la particular subvencionada con puntajes superiores a 450 de esta última en un 40% más que la municipal.

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 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, mientras que en el C y el D la supremacía del hombre es la constante. La incorporación de extranjeros se ha incrementado en los últimos 10 años llegando a 338 inscritos en el presente año, principalmente de origen latinoamericano y de habla hispana.

En los últimos cuatro años las atenciones profesionales se han incrementado de 46.176 a 61.877 siendo consecuente con el crecimiento de la población de la comuna adulta y adulta mayor, la cantidad de prestaciones ofrecidas por la APS y el desafortunado y cada vez más temprano aumento de pacientes con enfermedades no transmisibles. El porcentaje de inasistencia a controles se ha mantenido entre el 14% y 16%, importante brecha teniendo en cuenta las necesidades reales de la comuna.

La cobertura en indicadores de salud nos muestra una tendencia a la mantención del examen preventivo de salud el adulto entre los 20 y 64 años, el aumento en los últimos de personas en el programa cardiovascular, aumento en la cobertura de Papanicolau (el dato de 2017 muestra disminución pero ha cambiado la fuente) 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 cuatro fuentes que recogen las percepciones de la población respecto a las problemáticas en salud: Solicitudes ciudadanas 2017 y 2018, Diagnóstico Promoción de Salud 2015-2018, Pladeco 2017 y el diagnóstico de Participativo de Salud de 2018. Las tres primeras 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 la problemática relacionada 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 las cifras de la pobreza en la comuna.

Por su parte el diagnóstico participativo de salud de 2018 muestra un cambio en el discurso de los pobladores de la comuna en el cual se marca de forma importante una diferenciación de las problemáticas propiamente de salud y las adscritas a otras áreas municipales. Tal diferenciación se evidencia en la disminución muy significativa de otras menciones en las mesas de discusión. Otro cambio significativo en el discurso de la comuna es el conocimiento y responsabilidad de la participación comunitaria para la generación de cambios. Por ello en las propuestas de soluciones se enfatizan el papel de organizarse para postulación a proyectos, así como realizar organizaciones de voluntariado para crear red con los adultos mayores.

La mayoría de las problemáticas son referidas al área administrativa y tiene directa relación con la entrega de información para aclarar los procesos, responsables y tiempos. Y se hace presente la cantidad de canales por los cuales hacer llegar el mensaje, teniendo en cuenta no sólo el mensaje entregado sino a quién se le entregará para establecer la forma y el canal en el que se transmita.

En general el manejo y entrega de la información se comporta, siguiendo la teoría de sistemas, como el eje central para la coordinación entre las distintas áreas. En el área de la prevención de la salud con la difusión en redes sociales imperantes, en los adultos llegando al dialogo en sus organizaciones, en niños y adolescentes con visitas guiadas al CESFAM. En el área de la salud la información dirigida sobre ITS y ETS en colegios, la protección de cupos de atención con matrona y la información de la existencia de estos cupos. En el problema de malnutrición por exceso la información y derivación efectiva con el intersector con la retroalimentación necesaria para el seguimiento efectivo. Así mismo para el manejo de consumos problemáticos de drogas y alcohol con el fortalecimiento de las actividades planificadas de SENDA.

En el área administrativa se hace imprescindible que la información sobre la categorización llegue tanto al funcionario y usuario direccionada hacia los síntomas en el primero y sobre los tiempos de espera en el segundo. En esta misma área se hace indispensable el manejo de la privacidad de la información sensible que maneja el personal, estableciendo los mecanismos para que sean resguardados.

Finalmente, y en este proceso participativo se propone realizar un comité de seguimiento desde las organizaciones comunitarias para que monitoree las actividades calendarizadas durante el año que obedecen a este plan de mejora, haciéndose responsables y partícipes en la construcción de una comuna saludable.





## II. 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.	Educar 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 56.6%	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 trasmisibles 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. Numero 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 educativos a través de talleres interactivos de alimentación saludable	Porcentaje de participación en talleres educativos	Numero 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 5° mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir del 6° mes, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	Porcentaje de niños y niñas con consulta nutricional al 5° mes	(Población con consulta nutricional al 5° 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	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	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

	protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.	alimentación y/o normativas vigentes.				
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	(N° 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 de desarrollo infantil	Aumentar el número de padres (hombres) que participan en el control de salud de sus hijos	Controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre.	Porcentaje de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre.	(N° de controles de salud entregados a los niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre/ N° de controles de salud entregados a menores de 4 años )x 100	25%	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	(N° 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

<b>PREVENCIÓN</b>	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	$(N^{\circ} \text{ de niños/as eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente} / N^{\circ} \text{ de niños/as eutróficos bajo control, en cada control correspondiente}) * 100$	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	$(N^{\circ} \text{ de madres, padres o cuidadores(as) de niños(as) menores de 5 años que ingresan a talleres Nadie es Perfecto} / \text{Población bajo control de niños(as) menores de 5 años}) * 100$	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	$(N^{\circ} \text{ de niños/as inasistentes a control de salud en el grupo etario} / \text{total de niños/as bajo control en el grupo etario}) * 100$	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 6° 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. (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
	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	ESTABLE CER 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	(N° de controles de salud de niñas/os de 24 a 71 meses / N° 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)	(N° 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	(Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 18 a 23 meses (Primera evaluación) en el control de salud de los 18 meses / N° total de niñas y niños de 18 a 23 meses bajo control)* 100	94%	REM
	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)	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de 24 a 47 meses (Primera evaluación) / N° total control sano de niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control)*100	50%	REM
	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	(Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 24 a 47 meses(Primera evaluación) en el control de salud de los 36 meses / N° total control sano de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control)*100	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	$(\text{N}^\circ \text{ de talleres realizados (año vigente) (MENOS) N}^\circ \text{ de talleres realizados (año anterior)} / \text{N}^\circ \text{ de talleres realizados (año anterior)}) * 100$	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	$(\text{N}^\circ \text{ de talleres realizados (año vigente) (MENOS) N}^\circ \text{ de talleres realizados (año anterior)} / \text{N}^\circ \text{ de talleres realizados (año anterior)}) * 100$	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	(Nº de controles de salud de niños/as de 48 a 71 meses con evaluación visual / Nº 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	(Nº de niños/as de 1 año con primera dosis de vacuna Trivírica administrada / Nº 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 4º básico	(Nº de niñas con primera dosis de vacuna VPH que cursan 4º básico/Nº de niñas matriculadas en 4º 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° de niños de 1° año básico con dosis de vacuna SRP administrada/ Matricula niños 1° 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° de niños de 1° año básico con dosis de vacuna dtp(a)administrada/ Matricula niños 1° 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° de niñas y niños menores de 7 años con registro ceod/ N° 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	Educación grupal a madres, padres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año, acerca de prevención de	Porcentaje de niños menores de 1 año cuyas madres, padres y/o cuidadores ingresan a educación	(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

		prevalentes en la infancia	IRA en época de baja circulación viral	grupal en prevención de IRA			
	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	(Nº de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave que recibe visita domiciliaria integral / Nº 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	(Nº de auditorías clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas menores de 9 años fallecidos por neumonía / Nº de niños y niñas de 0 a 9 años que fallecen en domicilio por neumonía)*100	100%	Plataforma PVS
<b>TRATAMIENTO</b>	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	(Nº de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a niños/as con cáncer, dolor y dependencia moderada y/o severa/ Nº de población infantil bajo control por dependencia moderada y/o severa))*100	A lo menos 1 visitas domiciliarias 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	$(N^{\circ} \text{ de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño o niña con déficit de DSM} / N^{\circ} \text{ total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor}) * 100$	100%	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	$(N^{\circ} \text{ de casos presentados en consultoría de salud mental de personas ( año vigente) / número de personas ingresadas por trastornos mentales (año vigente) (menos) Número de casos presentados en consultoría de salud mental de personas ( año anterior) / N^{\circ} de personas ingresadas por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior) } * 100$	Mantener o aumentar número de casos de personas presentados en consultoría de salud mental respecto al año anterior.	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	$(N^{\circ} \text{ de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) en la reevaluación} / N^{\circ} \text{ de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de 8, 18 y 36 meses}) * 100$	90%	REM

	<p>Disminuir la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas</p>	<p>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</p>	<p>Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de población con patología respiratoria crónica (síndrome bronquial obstructivo recurrente y asma bronquial) en la atención primaria de salud.</p>	<p>Porcentaje de niños y niñas bajo control con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años</p>	<p>(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</p>	<p>Aumentar en un 5%</p>	<p>REM</p>
	<p>Disminuir la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas</p>	<p>Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.</p>	<p>Optimizar el tratamiento de asmáticos de 0 a 9 años bajo control en Programa IRA</p>	<p>Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente)</p>	<p>(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: (Nº de personas asmáticas controladas de 0-9 años bajo control /Nº de personas asmáticas de 0-9 años bajo control)*100</p>	<p>Incrementar en 20%</p>	<p>REM</p>



	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	$(N^{\circ} \text{ de niños y niñas menores de 10 años incluidos en programa PAD local con alta integral odontológica} / N^{\circ} \text{ total de niñas/os menores de 10 años inscritos y validados, incluidos en programa PAD local}) * 100$	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	$(N^{\circ} \text{ de casos presentados en consultoría de salud mental de personas (año vigente)} / N^{\circ} \text{ de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)}) - N^{\circ} \text{ de casos presentados en consultoría de salud mental de personas (año anterior)} / N^{\circ} \text{ de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior)} * 100$	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	$((\text{N}^\circ \text{ de controles de Salud Mental totales realizados (año vigente)} / \text{N}^\circ \text{ de personas bajo control en el programa por trastornos mentales (año vigente)}) * 100$	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.	$(\text{N}^\circ \text{ de niños y niñas ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente)} (\text{MENOS}) \text{N}^\circ \text{ de personas ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior)} / \text{N}^\circ \text{ de niñas y niños ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior)}) * 100$	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	50% de ingresos y consultas respiratorios con consejería	REM

					atenciones agudas de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años))* 100		
	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
<b>PREVENCIÓN</b>	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 vida.	Primer control de salud de la puérpera 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	(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
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 puérpera 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	(Nº de control de salud integral a puérperas y recién nacido entre los 11 y 28 días de vida / Nº 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	(Nº de gestantes 10 a 24 años con riesgo de parto prematuro derivadas al nivel secundario / Nº 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	(Nº de gestantes de 10 a 24 años con riesgo biomédico derivadas al nivel secundario / Nº 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	Porcentaje de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo	(Nº de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo aplicada a los 2 meses postparto/Nº total de mujeres	90%	REM

			Pauta Edimburgo (EPDS)	(EPDS) aplicada a los 2 meses de postparto	adolescentes en los últimos 2 meses post parto y en control de RF)*100		
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 postparto	(Nº de madres adolescentes con escala aplicada a los 6 meses de postparto / Total de madres adolescentes con controles realizados a los 6 meses postparto 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	(N° 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 del VIH-SIDA e ITS y Promover el uso del condón en adolescentes	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, con entrega de condones	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 condones	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 integral *100	90%	REM P9
	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	(N° de adolescentes de 10 a 19 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad/ N° 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	Control de regulación de	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años en regulación de fertilidad con	(N° de adolescentes de 10 a 19 años en control de regulación de la fertilidad con “método de regulación de fertilidad más preservativo”) / N° de adolescentes	100% de adolescentes de 10 a 19 años	REM

		regulación de fertilidad efectivo más preservativo) en adolescentes)	fertilidad en adolescentes.	método de regulación más preservativo	de 10 a 19 años en control de regulación de la fertilidad) *100		
	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	(Nº total de exámenes VIH realizados por demanda espontánea a adolescentes y jóvenes de 15-24 años (año vigente) (MENOS) (Nº total de exámenes VIH realizados por demanda espontánea a adolescentes y jóvenes de 15-24 años (año anterior) /Nº 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 4º año básico	Porcentaje de adolescentes con segunda dosis de vacuna VPH.	(Nº de adolescentes con segunda dosis de vacuna VPH que cursan 5º básico y que recibieron una primera dosis durante 4º año básico/Nº de adolescentes matriculadas en 5º 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	Porcentaje de jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas con 28 semanas y más de	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	95 % de cobertura	RNI

			con 28 semanas y más de gestación	gestación más vacunados con dtpa	embarazadas de 28 y más semanas de gestación) *100.		
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 (+)	Nº de personas entre 18 y 24 años VIH (+) con vacuna hepatitis A administrada/ Nº 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.	(Nº de auditorías realizadas a casos de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº 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	(Nº de EMPA realizados a jóvenes de 20 a 24 años (año vigente) (MENOS) Nº de EMPA realizados a jóvenes de 20 a 24 años (año anterior)/ Nº 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 Alcohol y Drogas	Fomentar la Prevención de consumo problemático Alcohol y drogas de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	A través de talleres preventivos entregar herramientas para la prevención en consumo problemático de alcohol y drogas en personas usuarias de la Atención Primaria en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	3 Talleres preventivos de salud mental y prevención el consumo problemático de alcohol y drogas en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	(N° de talleres realizados / N° de talleres Programados)*100	100%	REM 19
	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	(N° de talleres realizados / N° de talleres Programados)*100	100%	REM 19
<b>TRATAMIENTO</b>	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: (N° de población 10 a 24 años controlada bajo control	Incrementar en 10%	REM

					/Nº de personas de 10 a 24 años asmáticas años bajo control)*100		
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 adolescentes y jóvenes con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	Realizar visitas domiciliarias integrales a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años con dependencia moderada y/o severa	(Nº de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a adolescentes y jóvenes con cáncer, dolor y dependencia moderada y/o severa/ Nº de población adolescente y joven bajo control por dependencia moderada y/o severa))*100	A lo menos 1 visitas domiciliarias integrales mensuales a adolescentes y jóvenes con dependencia moderada y/o severa	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, en relación a población estimada según prevalencia	(Nº de personas hipertensas de 20-24 años bajo control / Nº 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.	(Nº de personas hipertensas de 20-24 años bajo control con (PA <140/90)/Nº de personas hipertensas de 20-24 años según prevalencia.)*100	Mantener 54% de cobertura efectiva en población hipertensa	REM	
Disminuir la mortalidad prematura por	Aumentar la cobertura de tratamiento de	Optimizar el tratamiento de la	Cobertura de personas diabéticas de 20-24 años bajo control, en relación a población	(Nº de personas diabéticas de 20-24 años bajo control/Nº de personas diabéticas de 20-24 años estimados en	Mantener o incrementar	REM, ENS 2009 (10%)	

	(asociada a) Diabetes mellitus	diabetes en jóvenes.	diabetes en personas de 20-24 años	estimada según prevalencia	la población inscrita validada según prevalencia )	respecto al año anterior	
	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	Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente, a través de medidas promocionales,	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

	en los más vulnerables.	preventivas y recuperativas.					
	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 domiciliaria 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 domiciliaria	(N° de adolescentes incluidos en programa PAD local con consulta de morbilidad odontológica domiciliaria/ 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	$((N^{\circ} \text{ de controles de Salud Mental totales realizados (año vigente) / } N^{\circ} \text{ de personas bajo control en el programa por trastornos mentales (año vigente)}) * 100$	Establecer Línea Base	REM
	Disminuir la 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	$(N^{\circ} \text{ de casos presentados en consultoría de salud mental (año vigente) / } N^{\circ} \text{ de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)}) - N^{\circ} \text{ de casos presentados en consultoría de salud mental (año anterior) / } N^{\circ} \text{ de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior)} * 100$	Mantener o aumentar el número de casos de personas presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior	REM
	Disminuir la 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	$N^{\circ} \text{ de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente)}$	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	$\text{Población bajo control por trastorno mental en población adulta de 10 a 24 años (año vigente) / Población adulta de 10 a 24 años inscrita validada} \times \text{prevalencia de } 22\%$	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.	(Nº 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
<b>REHABILITACION</b>	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 Adulto**

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO 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	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes que ingresan a educación grupal Preparación para el parto y crianza / N}^\circ \text{ total gestantes que ingresan a control prenatal}}{100} * 100$	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	$\frac{\text{Número de gestantes adultas bajo control Prenatal portadora Streptococo Grupo B / Número de gestantes adultas bajo control Prenatal}}{100} * 100$	Mantener lo realizado el año anterior	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)	(Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA) (año vigente) (MENOS) (Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA) (año anterior)/ Nº 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 P01
	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	(Nº 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	(Nº de gestantes adultas con riesgo psicosocial son derivadas al equipo psicosocial / Nº 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 puerpera 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 puerperas y recién nacido dentro de los 10 días de vida / Nº total de ingresos de RN * 100	70%	REM A01 Y REM A05
	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 posparto	$(\text{N}^\circ \text{ de madres adultas con escala aplicada a los 6 meses de posparto} / \text{N}^\circ \text{ total controles a mujeres adultas realizados a los 6 meses posparto en RF}) \times 100$	100%	REM
	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)	$(\text{N}^\circ \text{ total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA) (año vigente) (MENOS) (N}^\circ \text{ total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA) (año anterior) / N}^\circ \text{ total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA) (año anterior)}) \times 100$	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	$(\text{N}^\circ \text{ total de población mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad} / \text{mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años inscritas}) \times 100$	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	$(\text{N}^\circ \text{ de gestantes adultas con riesgo psicosocial son derivadas al equipo psicosocial} / \text{N}^\circ \text{ total de gestantes adultas con riesgo psicosocial}) \times 100$	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 púérpera y su recién nacido dentro de los 10 días de vida.	Porcentaje de controles madre/hijo dentro de los 10 días de vida	$\text{N}^\circ \text{ de controles de salud integral a púérperas y recién nacido dentro de los 10 días de vida} / \text{N}^\circ \text{ total de ingresos de RN}) \times 100$	70%	REM A01 Y REM A05

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 2° control prenatal.	Porcentaje de gestantes adultas que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal	(N° de gestantes adultas que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal / N° 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	(N° de madres adultas con Pauta de Edimburgo aplicada a los 2 meses postparto/N° 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 posparto	(N° de madres adultas con escala aplicada a los 6 meses de posparto / N° total controles a mujeres adultas realizados a los 6 meses posparto 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	(N° de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año vigente) (MENOS) N° de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año anterior/ N° 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	Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en gestantes adultas con malnutrición por exceso	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso	Porcentaje de gestantes adultas con malnutrición por exceso con consulta nutricional	N° de gestantes adultas con malnutrición por exceso con consulta nutricional/N° total de gestantes adultas bajo control con malnutrición por exceso*100	Línea base	

	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
	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 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 o aumentar	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 2018	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	(N° de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente en los últimos 3 años / N° de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas)* 100	80%	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	Aumentar a 2%	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
		reproductivas	reproductivas, dentro de 15 días del alta y entregar consejería en RF	derivadas del servicio de ginecología obstetricia	ginecología y obstetricia)*100		



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)	Mantener	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


  
**Cestam**
  
 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	$(N^{\circ} \text{ de casos presentados en consultoría de salud mental de personas (año vigente) / } N^{\circ} \text{ de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)})(\text{MENOS } N^{\circ} \text{ de casos presentados en consultoría de salud mental de personas (año anterior) / } N^{\circ} \text{ de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior)}) * 100$ (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

	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
<b>PROMOCION</b>	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
<b>PREVENCIÓN</b>	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 10%	REM

<b>TRATAMIENTO</b>	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
<b>REHABILITACION</b>	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
<b>TRATAMIENTO</b>	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
<b>PREVENCIÓN</b>	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 Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto en hombres de 25 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.	N° de EMPA realizados a hombres de 25 a 64 años (año vigente)/ N° de EMPA realizados a hombres de 25 a 64 años (año anterior))*100  Calculo de proporción: (N° de EMPA realizados en hombres 25-64 años/ N° 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 sobrevida 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	(N° 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 /N° 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 sobrevida 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	(N° de pacientes ingresados al PSCV que participan en taller educativo /N° total de ingresos al PSCV)* 100	20% 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 en control PSCV al menos una vez al año.	Porcentaje de personas adultas de 25 – 64 años en PSCV clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.	(N° de adultos hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de adultos bajo control en PSCV al corte* 100	Lograr 90% de las personas en PSCV 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.	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	87% de las personas de 25-64 años con diabetes con evaluación y plan de manejo	REM P04
	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de pacientes con patologías crónicas en personas de 25 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%	
<b>TRATAMIENTO</b>							

	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 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	Aumentar 5% respecto al año anterior	REM Población estimada según estudio Fasce 2007 (15,7%)
	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años	Cobertura de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control con PA <140/90.	(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 57,2% de cobertura efectiva en población hipertensa	REM P04
	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años.	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 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 inscritas en PSCV.)*100	Línea base	
	Disminuir la mortalidad prematura por	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas	Cobertura de personas diabéticas de 25 a 64 años bajo control en relación a	(N° de personas diabéticas de 25 a 64 años bajo control/N° de personas diabéticas de 25-	Mantener o incrementar respecto al	REM, ENS 2009 (10%)
<b>PREVENCIÓN</b>	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
	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	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 inscrita en PSCV)*100	Línea de base	

	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 5%.	REM
	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 25 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 25 a 64 años bajo control en el PSCV que cuentan con fondo de ojo vigente	(N° de personas de 25 - 64 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente / (N° total de personas de 25 - 64 años y más (MAS) ingresos a PSCV por diabetes) (MENOS) (egresos a PSCV por diabetes))*100	Lograr un 85 % de cobertura en pacientes diabéticos en control en el PSCV que cuentan con un fondo de ojo vigente.	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.	85 % 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.	85 % 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	85 % de cobertura	RNI

					más semanas de gestación) *100.		
	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 (+)	Nº de personas entre 25 y 40 años VIH (+) con vacuna hepatitis A administrada/ Nº Total de personas entre 25 y 40 años VIH (+) en control *100.	Línea base	RNI

• **Salud Adulto Mayor**

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE
PREVENCIÓN	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	(Nº de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Neumocócica /Nº Total de personas de 65 años inscritos y validados)*100	cobertura 95% en usuarios de 65 años según población inscrita y validada	RNI
	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	(Nº de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza/Nº Total de personas de 65 años y más inscritos y validados)*100	90 % de cobertura	RNI



	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Mejorar la Detección Precoz de la TBC	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis en población mayor de 65 años	Porcentaje de consultas de morbilidad de personas con 65 años y más con baciloscopia	(N° de baciloscopias realizadas a población mayor de 65 años / N° de consultas de morbilidad en población mayor de 65 años)*100	Aumentar en 5%	REM
<b>REHABILITACION</b>	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 mas que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar	(Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año vigente) (MENOS) Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior) / Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior))*100	ESTABLECER LINEA DE BASE	REM A 23
<b>ATENCIÓN INTEGRAL</b>	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	tamizar las familias	Aplicación de la Encuesta/Cartola Familiar	Porcentaje de familias de riesgo	N° de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar /N° de familias inscritas/ X 100	Mantener o aumentar Línea Base 2017	REM p7
	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4	Porcentaje de familias de riesgo intervenidas	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4/N° de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar	Mantener o aumentar Línea Base 2018	REM p7
<b>PREVENCIÓN</b>	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	(Nº de mujeres de 65 a 69 años con mamografía vigente en los últimos 3 años/ Nº 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	(Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más (año vigente) (MENOS) Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más (año anterior)/Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más, ( año anterior))*100	Mantener línea de base 2018	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	(Nº total de personas mayores de 65 años que reciben consejería para la prevención del VIH/SIDA e ITS(año vigente) MENOS Nº total de personas mayores de 65 años que reciben consejería para la prevención del VIH/SIDA e ITS(año anterior) / Nº total de personas mayores de 65 años que reciben consejería para la prevención del VIH/SIDA e ITS(año anterior))*100	Mantener línea de base 2018	REM
<b>TRATAMIENTO</b>	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.	(Nº de personas adultas mas 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	$(\text{N}^\circ \text{ de controles de Salud Mental totales realizados (año vigente)} / \text{N}^\circ \text{ de personas bajo control en el programa por trastornos mentales(año vigente)}) * 100$	Mantener línea de base establecida 2018	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)	$(\text{N}^\circ \text{ total de consultas de morbilidad odontológica en adultos mayor} / \text{N}^\circ \text{ de adultos mayores inscritos y validados en el establecimiento}) * 100$	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	$(\text{N}^\circ \text{ de personas diabéticas de 65 años y más en control PSCV en tratamiento odontológico de morbilidad} / \text{N}^\circ \text{ Total de personas diabéticas de 65 años y más en control PSCV})$	Mantener cobertura 5%	REM
	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 cobertura 55%	REM A02
<b>PREVENCIÓN</b>							

<b>TRATAMIENTO</b>	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	MANTENER LINEA DE BASE 2018	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))	Mantener cobertura 2018	REM 16
	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 de personas hipertensas de 65 y más años bajo control	(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de Metas de compensación (año anterior)) Calculo proporción de compensación de metas 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 bajo control en PSCV	Mantener cobertura 2018 de hipertensos de 65 años y más bajo control con PA <140/90 mmhg en personas de 65 a 79 años y PA < 150/90 mmhg en personas de 80 y más años, hasta alcanzar una compensación de al menos 70% los años siguientes	P 04

	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%)	(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior)/ Proporción de Metas de compensación (año anterior)) Calculo proporcion de compensación de metas N° de diabeticos con HbA1<7 en personas de 65 a 79 años y diabeticos con HbA1<8 en personas de 80 y más años/N° de diabeticos de 65 y mas años bajo control en PSCV	Incrementar en un 5% la proporción de diabeticos de 65 años y mas bajo control con HbA1<7 en personas de 65 a 79 años y HbA1<8 en personas de 80 y más años, hasta alcanzar una compensacion de al menos 80% los años siguientes.	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.	Aumentar cobertura a 100%	P 4
	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 65 años y más en control en el PSCV.	Pacientes diabéticos en el PSCV cuentan con un examen de Fondo de ojo vigente	Porcentaje de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente	(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 65 años y más (MAS) ingresos a PSCV por diabetes) (MENOS) (egresos a PSCV por diabetes))*100	Mantener porcentaje 2018.	P 4

	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	Mantener porcentaje año 2018.	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 mas años asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control de 65 y mas años asmática controlada año (anterior) / Proporción de población bajo control de 65 y mas años asmática controlada (año anterior))	Mantener porcentaje 2018.	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 mas años que logran control adecuado (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control de 65 y mas años EPOC que logran control adecuado (año anterior) / Proporción de población bajo control de 65 y mas años EPOC que logran control adecuado (año anterior))	Mantener cobertura obtenida 2018.	P3
<b>PREVENCIÓN</b>	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	95% cobertura	RNI

	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	$(\text{N}^\circ \text{ de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza} / \text{N}^\circ \text{ Total de personas de 65 años y más inscritos y validados}) * 100$	90 % de cobertura	RNI
	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Mejorar la Detección Precoz de la TBC	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis en población mayor de 65 años	Porcentaje de consultas de morbilidad de personas con 65 años y mas con baciloscopia	$(\text{N}^\circ \text{ de baciloscopias realizadas a población mayor de 65 años} / \text{N}^\circ \text{ de consultas de morbilidad en población mayor de 65 años}) * 100$	Aumentar en 5%	REM
<b>PROMOCION</b>	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	$\text{N}^\circ \text{ de actividades realizadas} / \text{N}^\circ \text{ de ferias programadas}$	Mantener el número de actividades en Feria programas 2018.	REM 19
<b>TRATAMIENTO</b>	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 64 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%	100% cobertura	REM

PREVENCIÓN	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	(Nº de talleres realizados / Nº de talleres PROGRAMADOS)*100	Determinar línea de base	REM 19
TRATAMIENTO	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 64 años y más	Casos presentados en consultoría de Salud Mental de Población adulta mayor de 64 años	(Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de personas mayores de 64 años (año vigente) / Nº de personas mayores de 64 años ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)(MENOS) Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de personas mayores de 64 años (año anterior) / Nº de personas mayores de 64 años ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))* 100 (población adulta mayor de 64 años)	Mantener el número de casos presentados en consultorias para 2019.	REM



### III. PLAN DE ACTIVIDADES TRANSVERSALES

---



• **Indicadores estrategias de promoción 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 comunitario a organizaciones comunitarias.</p> <p>*Entrega de suvenir y/o colación saludable.</p>	<p><b>EQUIPO</b></p> <p><b>PROMOCIÓN</b></p> <p><b>APS</b></p>

<p><b>PROMOCION</b></p>	<p>Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud</p>	<p>Mejorar la Promoción de Salud en Comunas</p>	<p>Realizar actividades de prevención de obesidad en población infanto-juvenil</p>	<p>Promover acciones de promoción de estilos de vida saludable</p>	<p>(N° actividades de prevención de obesidad en población infanto-juvenil / n° actividades de prevención de obesidad en población infanto-juvenil programadas) *100</p>	<p>100% de actividades de prevención de obesidad comprometido s</p>	<p>*Coordinación con comunidad e intersector para realizar actividades en conjunto y lograr buena convocatoria.</p> <p>* coordinar con colegios municipales y particulares para realizar intervenciones escolares.</p> <p>*realizar actividades lúdicas acorde al grupo etáreo (teatro foro, cuenta cuentos, juegos de roles)</p>	<p><b>EQUIPO PROMOCIÓN APS</b></p>
<p><b>PROMOCION</b></p>	<p>Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud</p>	<p>Mejorar la Promoción de Salud en Comunas</p>	<p>Realizar eventos masivos sobre prevención de ECNT</p>	<p>Promover acciones de promoción de estilos de vida saludable</p>	<p>(N° de eventos masivos sobre prevención de ECNT realizados / n° de eventos masivos sobre prevención de ECNT programados) * 100</p>		<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>*participación de equipo de salud en organizaciones comunitarias</p> <p>*Entrega de suvenir v/o</p>	<p><b>EQUIPO PROMOCIÓN APS</b></p>

<p style="text-align: center;"><b>PROMOCION</b></p>	<p>Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud</p>	<p>Mejorar la Promoción de Salud en Comunas</p>	<p>Realizar educación grupal en alimentación saludable y actividad física, priorizando el entorno comunal y laboral</p>	<p>Promover acciones de promoción de estilos de vida saludable</p>	<p>Una actividad educativa grupal anual en alimentación saludable y actividad física realizada.</p>	<p>Actividad grupal en alimentación saludable y actividad física realizada</p>	<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 cardiovasculares, manejo y tratamiento.</p> <p>* Mantener talleres de Alimentación Saludable a</p>	<p>EQUIPO APS</p>
<p style="text-align: center;"><b>PROMOCION</b></p>	<p>Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud</p>	<p>Mejorar la Promoción de Salud en Comunas</p>	<p>Incorporar el componente intercultural a talleres de gestantes considerando elementos protectores de la salud de los pueblos originarios y/o migrantes</p>	<p>Porcentaje de talleres de gestantes que incorpora el componente intercultural</p>	<p>(N° de talleres de gestantes con componente intercultural / N° total de talleres de gestantes que incorporaron el componente intercultural) *100</p>	<p>Establecer Línea Base</p>	<p>*Planificar y ejecutar talleres de gestantes considerando enfoque intercultural en la temática a tratar.</p>	<p>MAT CHCC Y NTC</p>

- *Indicadores estrategias de fortalecimiento del modelo de atención de salud familiar integral 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)	Mantener meta del 22%	REM (sumatoria REM A26-A28 SA9-112 (CCR) y B44 (rural)) y población inscrita per cápita Fonasa	Establecimiento y Comuna

<p style="text-align: center;"><b>PREVENCIÓN</b></p>	<p>Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de personas , familias y comunidades</p>	<p>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 pueden determinar factores de riesgo a nivel familiar</p>	<p>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 categorizar el o los riesgos a los que se encuentren expuestos, y así consensuar y adoptar intervenciones ad hoc a sus necesidades.</p>	<p>Familias evaluadas según riesgo Familiar</p>	<p>Porcentaje de familias evaluadas según riesgo Familiar (N° de familias evaluadas según riesgo familiar/N° total de familias inscritas (población inscrita/3,3)</p>	<p>Mantener 30%</p>	<p>REM serie P y población inscrita per cápita Fonasa</p>	<p>Establecimiento y Comuna</p>
<p style="text-align: center;"><b>PROMOCIÓN</b></p>	<p>Orientar a los usuarios y/o familias sobre aspectos educativos claves en cada ciclo vital.</p>	<p>Promover el autocuidado en las familias.</p>	<p>Entregar y registrar guías anticipatorias en embarazadas, 5to mes y EMPA.</p>	<p>Usuarios que reciben guías anticipatorias</p>	<p>Porcentaje de entrega de guías anticipatorias / N° de usuarios atendidos según población objetivo.</p>	<p>Línea base</p>	<p>Ficha clínica AVIS.</p>	<p>Establecimiento</p>

<b>PREVENCIÓN</b>	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
<b>SALUD FAMILIAR</b>	Mantener homeostasis de familias que cursan por alguna crisis familiar entregándoles herramientas de cuidado para su salud.	Identificar el tipo de crisis por la que está cursando la familia para apoyarlos.	Asistencia a familias que están atravesando crisis normativas y no normativas.	Usuarios que reciben asistencia en crisis normativas y no normativas.	Porcentaje de atenciones realizadas a familias con crisis normativas y no normativas	6 familias con intervención.	Carpeta familiar y/o Ficha clínica de cada miembro de la familia.	Establecimiento
	Promover empoderamiento del paciente en base al conocimiento de sus patologías cardiovasculares	Promover el autocuidado de los pacientes con patologías crónicas cardiovasculares.	Realizar talleres para personas con patología cardiovascular.	Usuarios con patología crónica cardiovasculares que asisten a talleres.	Porcentaje de pacientes que asisten a talleres cardiovasculares/ Pacientes que son citados para taller cardiovascular.	2 talleres anuales (1 por semestre por sector urbano y rural).	REM 27	Establecimiento

<b>CALIDAD</b>	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.	Nº de usuarios poli consultantes/ Nº de poli consultantes con plan de trabajo instaurado	Documento con análisis y seguimiento de casos revisados.	Planilla con registro de DAPUS 2018	Establecimiento
	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 en enfermedades respiratorias y cardiovasculares.	100% ejecutado	Documento	Establecimiento
<b>TERRITORIALIDAD DE INTERSECTORIALIDAD</b>	Desarrollar trabajo colaborativo con el intersector	Desarrollar Planes de trabajo con el intersector	Realizar plan de trabajo con temáticas relevantes para alguna institución comunal.	Un Proyecto comunitario ejecutado	Proyectos comunitarios finalizados/total de Proyectos comunitarios	Mantener 100%	Listas Asistencia/Fotos	Comuna



<b>PARTICIPACIÓN SOCIAL</b>		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 Proyectadas.	Mantener 80%	Lista de Asistencia	Comuna
<b>MODELO SALUD FAMILIAR</b>		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 Proyectadas.	Mantener 80%	Lista de Asistencia	Establecimiento



• **Indicadores programa de tuberculosis**

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
<b>PREVENCIÓN</b>	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	<b>COMUNAL</b>
		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	(Nº de contactos estudiados < de 15 / Nº de contactos < de 15 censados) *100	100%	Informe de Evaluación del programa	
<b>TRATAMIENTO</b>	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	(Nº de pacientes con score de riesgo identificados/ Nº de pacientes ingresados a tratamiento)*100	100%	Tarjeta de tratamiento	<b>COMUNAL</b>
		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	(Nº de pacientes ingresados a tratamiento /Nº 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	(Nº de controles médicos realizados y registrados en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente)/ Nº 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	(Nº de consulta de enfermera realizadas y registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente)/ Nº 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.	
<b>PREVENCIÓN</b>	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

• **Indicadores 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 A26
	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.	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 26

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.	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.	Pocentaje 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	REM P03
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.	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 P03
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.	Entregar a cuidadoras(es) y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral de la persona en situación de	Porcentaje de cuidadores(as) de personas en situación de dependencia severa Capacitados (as)para prevenir el síndrome de	(N° de Cuidadores(as) de personas en situación de dependencia severa capacitados / N° Total de cuidadores de personas en situación de dependencia severa *100	75 % de los cuidadores de personas en situación de dependencia severa capacitados.	REM P

			dependencia severa para prevenir el síndrome de sobrecarga del cuidador(or)	sobrecarga del cuidador(or)			
<b>TRATAMIENTO</b>	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.	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 con indicación de NED y evaluación nutricional en domicilio.	N° de personas del programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa con indicación de NED y evaluación nutricional en domicilio/ N° de personas de atención domiciliaria para personas con dependencia severa con indicación de NED * 100.	El 100% de las personas Dependientes severas con indicación de NED, reciben atención nutricional en domicilio.	REM A

• *Programa de rehabilitación integral a lo largo del ciclo vital*

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
	Contribuir a la generación de redes comunitarias e intersectoriales para el logro de la participación en comunidad e inclusión social de las personas atendidas en el programa que lo requieren	Conocer las redes locales y articularse con el intersector para el apoyo de la inclusión	Realizara actividades de diagnostico y planificación participativa con la comunidad	% de actividades de diagnostico y planificación participativa	(N° total de actividades de diagnostico o planificación participativa/ Total de actividades y participación) x 100	20% del total de las actividades y participación corresponden a actividades de Diagnostico o y planificación participativa	REM	CCR Y COMUNIDAD
			Realizar el diagnostico participativo cada dos años	Diagnostico participativo	Cuenta con diagnostico actualizado si/no	100%	Informe	CCR Y COMUNIDAD
			Realizar plan de trabajo anual con las organizaciones de discapacidad	Plan de trabajo en forma participativa	Cuenta con plan de trabajo anual con organizaciones de discapacidad	100%	Informe	CCR Y COMUNIDAD
			Gestiones realizadas por el equipo de rehabilitación para el logro de la inclusión laboral/educacional	% de personas ingresadas al programa que logran participación en la comunidad	(N° de personas que logran participación en la comunidad /Total de ingresos) x 100	10% de las personas ingresadas al programa logran la participación en comunidad	REM	CCR Y COMUNIDAD



<b>REHABILITACION</b>	Prevención de problemas de funcionamiento y/o retardar la discapacidad	Entregar herramientas para prevenir y/o retardar la discapacidad	Estimular la realización de actividades de educación grupal a personas que ingresan con patologías crónicas	% de personas que ingresan a educación grupal	$(\text{N}^\circ \text{ total de personas ingresadas a taller grupal} / \text{N}^\circ \text{ total de personas ingresadas a RBC}) \times 100$	35% de PsD ingresadas al programa reciben educación grupal	REM	CCR
			Estimular la realización de actividades destinadas a fortalecer conocimientos y destrezas personales de los cuidadores	% de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales que se orientan al trabajo con cuidadores	$(\text{N}^\circ \text{ de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales a cuidadores} / \text{total de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales}) \times 100$	50% de las act. De actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales se orientan a los cuidadores	REM	CCR
	Mejorar el funcionamiento para el logro de la participación en comunidad	Estimular la atención de personas con problemas de salud de origen neurológico	Mantener al menos un 20% de personas con Dg de Parkinson, ACV, TEC, TRM, Otros déficit secundarios a compromiso neurológico	% de las personas que ingresan al programa con Dg de Parkinson, ACV, TEC, TRM, Otros déficit secundarios a compromiso neurológico	$(\text{N}^\circ \text{ de personas ingresadas en Parkinson, secuela AVE, TEC, TRM u otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular} / \text{N}^\circ \text{ total de ingresos}) \times 100$	20% de los ingresos corresponden a Dg de Parkinson, secuela AVE, TEC, LM u otros déficit secundarios a compromiso neuromusc	REM	CCR

						ular en control		
Abordar a las PsD y/o sus familias, con consejería individual o familiar para resolver crisis normativas y no normativas	Intervenir las crisis. Entregar herramientas que faciliten la resolución de problemas	Realizar Consejerías individuales y familiares	% de personas ingresadas al programa que reciben Consejerías individuales o familiares	(N° total de actividades de consejería individuales y/o familiares/3 / N° total de ingresos) x 100	20% de las personas ingresadas al programa reciben consejerías individuales y/o familiares	REM	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 VDI realizadas en relación al total de visitas domiciliarias	(N° total de Visitas domiciliarias Integrales/ Total de Visitas domiciliarias Integrales+ Visitas de procedimientos) x100	50% de las Visitas son Integrales	REM	Comunidad	
Favorecer que las personas atendidas en el programa logren el máximo de autonomía e independencia	Ingresar al programa a las personas con objetivos definidos en el plan de tratamiento integral y que puedan egresar posterior al cumplimiento de ellos	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	60% de PsD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo	REM	CCR Y COMUNIDAD	

	Promover el trabajo en rehabilitación de acuerdo a la medicina basada en evidencia	Disminuir los procedimientos de fisioterapia. Aumentar la movilización activa de personas ingresadas al programa.	Realizar mayoritariamente actividades con énfasis en movilización activa y utilizar fisioterapia solo en casos necesarios	% de procedimientos de fisioterapia	$(N^{\circ} \text{ procedimientos de fisioterapia} / N^{\circ} \text{ total de procedimientos en RBC}) \times 100$	30% o menos de los procedimientos corresponden a fisioterapia	REM	CCR
	Dar atención integral a PsD	Dar cobertura	Personas atendidas en rehabilitación	Cobertura	$(N^{\circ} \text{ de personas ingresadas en RBC} / \text{Meta anual RBC}) \times 100$	60% de la cobertura según meta anual RBC: 466	REM	CCR

• **Plan de gestión local**

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS LOCALES	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META
Consolidar el Modelo de Salud Familiar y Comunitario en la Comuna de Algarrobo	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%
		Jornada de salud familiar 2019	Jornada realizada con participación de comunidad en mayor número que el 2017.	N° de personas de la comunidad, que asiste a jornada de SF 2019 / N° de personas de la comunidad, que asiste a jornada de SF 2017	Aumentar un 10%
Fortalecer el Modelo de Gestión de Calidad en la organización, contribuyendo a la mejora continua de nuestro quehacer	Dar cumplimiento a la política de calidad de la institución, enfocándose en la mejora continua	Identificar brechas e implementar plan de mejora en unidad SOME	Informe de diagnóstico local y plan de mejora	Dicotómico	SI
		Ejecución Programa Anual de Calidad	Porcentaje de cumplimiento del Programa Anual de Calidad	(N° de actividades programadas realizadas / N° total de actividades programadas) *100	80%
		Diagnóstico local y plan de mejora anual de los programas de salud: Infancia, PSCV, Salud Mental	Informe de diagnóstico local y plan de mejora	Dicotómico	SI

<b>Dar cumplimiento a los indicadores de salud, en concordancia con los Objetivos Sanitarios Nacionales de la década 2011-2020.</b>	Generar estrategias de gestión local que permitan dar cumplimiento de los objetivos estratégicos.	Monitoreo periódico del avance en cumplimiento de metas IAAPS-sanitarias 2019 y programación en salud.	Informes de monitoreo abril - julio-septiembre-Diciembre.	Los correspondientes a las metas.	Sobre 90%
		Monitoreo periódico del avance en cumplimiento de PRAPS 2019	Informes de monitoreo: Marzo, junio, agosto, octubre, diciembre	Los correspondientes a los convenios respectivos.	Sobre 90%
		Reuniones mensuales de equipos de trabajo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reuniones Programas de salud</li> <li>• Reuniones estamentos</li> <li>• Reuniones ampliadas</li> <li>• Reuniones clínicas</li> <li>• Reuniones intersector</li> <li>• Reuniones técnicas: consejo técnico y equipo gestor.</li> <li>• Reuniones de comités</li> </ul>	Porcentaje de cumplimiento de reuniones programas	$(N^{\circ} \text{ de reuniones realizadas} / N^{\circ} \text{ de reuniones programadas}) * 100$	80%
<b>Fortalecer la gestión del Recurso Humano del Departamento de Salud Municipal de Algarrobo, enfatizando en el desarrollo de las personas y el cumplimiento de las normativas vigentes</b>	Fortalecer el autocuidado del personal de salud	Ejecución Plan de Autocuidado 2019	Porcentaje cumplimiento Plan de Autocuidado 2019	$(N^{\circ} \text{ de actividades programadas realizadas} / N^{\circ} \text{ total de actividades programadas}) * 100$	80%

<b>Satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios de la Comuna Algarrobo, mediante atención de calidad y otorgando trato humanizado.</b>	Dar cumplimiento a las estrategias emanadas del diagnóstico participativo en salud	Ejecución estrategias definidas del Diagnóstico participativo 2018 -2020	Porcentaje de cumplimiento de estrategias	(N° de actividades programadas realizadas / N° total de actividades programadas) *100	40%
	Fomentar el empoderamiento de la comunidad en temas de salud, de manera que sean agentes activos en su autocuidado	Entrega catálogo de Prestaciones del Cesfam Algarrobo, a las familias inscritas durante el año 2019	Porcentaje de Catálogo de prestaciones entregados a familias inscritas en Cesfam Algarrobo	(N° de catálogos entregados año 2018 /N° de familias inscritas en Cesfam Algarrobo año 2018) *100	80%
		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

- ***Plan de autocuidado del personal de salud***

Este plan Anual de Autocuidado, se genera ante la necesidad de cuidar los equipos de salud municipal, en atención a que nos encontramos expuestos a estrés laboral, altos niveles de exigencia y presión, lo que afecta las relaciones interpersonales que se generan al interior de los equipos, también afecta nuestro rendimiento laboral, incluso nuestra salud física y psicológica.

**OBJETIVO GENERAL DEL PLAN AUTOCUIDADO 2019:**

-Fortalecer el autocuidado de todos los funcionarios y funcionarias de Atención Primaria de la Comuna de Algarrobo, a través de acciones y estrategias de promoción del Bienestar y la salud en el trabajo, que permita mejorar la calidad de vida laboral de todos y todas y con ello mejorar aún más nuestra calidad de servicio.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Promover las actividades de Capacitación relacionadas al autocuidado físico y mental.
- Promover las actividades de Capacitación que permitan mejorar la calidad de vida laboral.
- Fortalecer las relaciones interpersonales con el fin de enriquecer el clima laboral.
- Aumentar el compromiso y la satisfacción laboral de los funcionarios de APS.
- Mejorar la calidad de servicio entregada a los usuarios y aumentar la satisfacción usuaria.

**FINANCIAMIENTO:**

El Plan de Autocuidado del año 2019, considera actividades de capacitación, charlas educativas, premios y obsequios, con las siguientes entidades, lo que no generará gasto al Departamento de Salud:

- Organismo administrador MUTUALIDAD
- Cooperativas Coopeuch y Capual
- Dirección Jurídica de la Ilustre Municipalidad de Algarrobo
- Comercios de la comuna

Como no existe financiamiento para las actividades recreativas y el presupuesto de capacitación es insuficiente para cubrir todas las actividades del plan, se solicitará al apoyo económico al Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, para el financiamiento de algunas actividades.

## **JUSTIFICACION DEL PLAN DE AUTOCUIDADO 2019:**

Nuestro Plan de Autocuidado, se basa en los LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS PARA GESTIÓN DE LA CAPACITACIÓN EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPAL, entregada por el MINSAL. Este documento entrega orientaciones y un marco de referencia para elaborar planes y programas de capacitación que incorporen las prioridades y ámbitos en los que podrían identificarse requerimientos de capacitación y perfeccionamiento, a través de nueve Lineamientos Estratégicos (LE).

El Plan de Trabajo de Autocuidado 2019, se enfocará principalmente en los siguientes ejes estratégicos:

-Eje estratégico N° 7 Institucionalidad del Sector Salud (Impacto N° 5 “Gestión del Personal de Salud”).

-Eje estratégico N° 8 Calidad de la Atención (impacto N° 1 “Más seguridad de la atención” e impacto N° 3 “Mayor satisfacción usuaria”)

## **DEFINICIÓN:**

La integración de los servicios de salud, es una condición ineludible para el buen funcionamiento de las RISS (Redes Integradas de los Servicios de Salud). Las personas que laboran en el ámbito de la salud contribuyen a consolidar este atributo, a través del grado de compromiso e identificación con el sistema, incorporando este enfoque en procesos concretos de planeación, gestión y gobernanza de los establecimientos que componen la red asistencial. Para el logro de los objetivos de calidad, continuidad y oportunidad de la atención y el buen trato al usuario, a la familia y a la comunidad, se requiere contar con equipos de salud comprometidos, motivados, en ambientes laborales saludables, con factores protectores psicosociales que propicien la participación, entendiendo que las personas como RR.HH, son el pilar fundamental para el logro de los objetivos organizacionales. En este sentido, la preocupación por la satisfacción, el mejoramiento de la calidad de vida laboral, el entorno laboral y el desarrollo personal, se convierten en elementos estratégicos para el fortalecimiento de las personas de la organización, así como la promoción de oportunidades para el desarrollo de un trabajo decente y productivo. Estos constituyen principios orientadores del Instructivo Presidencial sobre Buenas Prácticas Laborales en Desarrollo de Personas en el Estado, del 26.01.15. En este marco, las estrategias de desarrollo organizacional, calidad de vida laboral, de salud ocupacional y de prevención de riesgos laborales en salud, contribuyen sustantivamente al logro de los ejes estratégicos señalados.

**Este Plan de Autocuidado, contendrá capacitación y actividades recreativas, que se gestionarán para los equipos de acuerdo a las necesidades y prioridades, abordando las orientaciones entregadas por el MINSAL e incluirá el fortalecimiento de 5 ÁMBITOS, entre ellos se encuentran: Buenas prácticas organizacionales, relaciones laborales, calidad de vida laboral, salud ocupacional y gestión ambiental.**

### **a) Buenas Prácticas Organizacionales. Organizaciones saludables y resilientes.**

**1. Contar con Programas y proyectos de promoción de factores psicosociales protectores de los Equipos de Trabajo. Clima Laboral.**



2. Gestión para la adecuación óptima y eficiente de funciones, cargas de trabajo en los Equipos de Trabajo.
3. Gestión del cuidado en las relaciones interpersonales de los Equipos de Trabajo.
4. Gestión de diseños participativos en los Equipos de Trabajo: Liderazgo positivo. Desarrollo de Competencias Transversales para la gestión estratégica, toma de decisiones, trabajo en equipo, mejoramiento de las relaciones internas, comunicación efectiva, motivación.
5. Desarrollo de programas con normativa vigente sobre trabajo decente: Estatuto Administrativo y el Código de Trabajo, Acoso sexual y relación de trabajo, Ley N° 20.005.
6. Ley N° 20.607, sanción de las prácticas de acoso laboral.
7. Instructivo Presidencial Sobre Buenas Prácticas en el Desarrollo de Personas en el Estado.

#### **b) Relaciones Laborales**

1. Gestión y diálogo social con Organizaciones Gremiales.
2. Negociación y acuerdos.

#### **c) Calidad de Vida laboral**

1. Programas o proyectos enfocados a potenciar promoción de los recursos personales y organizacionales en post de la salud de las personas que se desempeñan en el SNSS: Cuidado de la salud mental de los equipos, promoción de conductas saludables de los equipos de trabajo, autocuidado de la salud física y psíquica de los funcionarios y de las funcionarias. Políticas de prevención del consumo de alcohol y drogas en el ambiente laboral.
2. Programas y proyectos enfocados en potenciar buen trato laboral, disminución de la violencia organizacional, la prevención del mal trato laboral, del acoso laboral y sexual.
3. Programas y proyectos orientados a potenciar la promoción de la conciliación de la vida, personal, familiar y laboral.

#### **d) Salud Ocupacional y Prevención de Riesgos.**

1. Desarrollo de competencias para la identificación, evaluación y control de los riesgos profesionales. Responsabilidad legal básica en Salud Ocupacional y Prevención de Riesgos.
2. Comités Paritarios, Ley 16.744, Protección Radiológica.
3. Equipos Críticos, Derecho a saber. Análisis de procesos y de prácticas asociadas de trabajo. Promoción, desarrollo, difusión e intercambio de buenas prácticas.
4. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo.

5. Colaboración Implementación de los Protocolos de Vigilancia Sanitaria en Salud Ocupacional, Trastornos Músculo Esqueléticos Relacionados al Trabajo TMERT, Riesgos Psicosociales ISTAS-21, Citostáticos, Riesgos Biológicos.

**e) Gestión Ambiental.**

1. Responsabilidad legal básica: Decreto REAS, Residuos Líquidos, Fuentes Contaminantes Atmosféricas fijas, entre otros.

**METODOLOGÍA DE TRABAJO:**

Para llevar a cabo la organización y coordinación de estas actividades tanto de capacitación y de recreación es necesario contar con reuniones trimestrales, con las jefaturas encargadas de cada sector y/o equipo, con el fin de conocer las necesidades de cada equipo de trabajo.

**COMITÉ AUTOCUIDADO:**

Con el Objetivo de lograr la realización de la mayoría de las actividades de nuestro Plan de autocuidado, en el año 2019, se conformará el COMITÉ DE AUTOCUIDADO, el que será responsable de supervisar la ejecución de este Plan.

El Comité de Autocuidado estará conformado por:

- ✓ Dirección del Departamento de Salud
- ✓ Dirección del Cesfam Algarrobo
- ✓ Encargada de Recursos Humanos
- ✓ Encargada de Capacitación
- ✓ Responsables de cada equipo de trabajo

**PLANIFICACION:**

Con el fin de fortalecer los equipos, en el año 2018, se implementó la realización de actividades de autocuidado por equipos de trabajo, lo que ha significado más participación por parte de los funcionarios.

Los equipos quedaron formados de la siguiente forma:

- 1.- Equipo Sapu
- 2.- Equipo Sector Azul
- 3.- Equipo Sector Rojo
- 4.- Equipo Sector Lila
- 5.- Equipo Desam

Todos los funcionarios de áreas transversales, fueron incorporados en los equipos señalados

## PLANIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES AUTOCUIDADO AÑO 2019

### 1. BUENAS PRÁCTICAS ORGANIZACIONALES.

Ámbito	Actividad	Objetivo de la actividad	Fecha	Lugar	Financiamiento	Monto	Responsables
1. Contar con Programas y proyectos de promoción de factores psicosociales protectores de los Equipos de Trabajo. Clima Laboral.	Aplicación de instrumento de medición Clima laboral	Conocer la realidad de nuestro clima laboral para trabajar en la mejora continua	1° Trimestre 2019	Todas las dependencias	EASM Algarrobo	200.000	Dirección Departamento y Establecimiento
2. Gestión para la adecuación óptima y eficiente de funciones, cargas de trabajo en los Equipos de Trabajo.	Entregar y realizar la inducción a los funcionarios nuevos, según protocolo vigente	Inducir al nuevo funcionario respecto a la organización y funcionamiento de los establecimientos de la Red de Salud Municipal de la Comuna de Algarrobo favoreciendo el proceso de incorporación y adaptación tanto al puesto de trabajo como a la Institución.	Según protocolo	-	EASM Algarrobo	-	Dirección de establecimiento
	Entregar junto con cada precalificación las funciones de cada funcionario	Que cada funcionario tenga claridad de cuáles son las funciones que debe cumplir, para el óptimo desempeño de sus tareas	Abril y septiembre 2019	-	EASM Algarrobo	-	Dirección de establecimiento
3. Gestión del cuidado en las relaciones interpersonales de los Equipos de Trabajo, a través de actividades de capacitación	Actividad de Capacitación "Relaciones Interpersonales" y "Trabajo en Equipo"	Fortalecer las relaciones interpersonales al interior de los equipos, además de fortalecer el Trabajo en equipo	1 vez al año 14:00 a 17:00 Hrs.	Por definir	Se espera contar con el financiamiento del SSVSA	\$1.000.000	Comité Autocuidado
4. Gestión de diseños participativos en los Equipos de Trabajo: Liderazgo positivo. Desarrollo de Competencias Transversales para la gestión estratégica, toma de decisiones, trabajo en equipo, mejoramiento de las relaciones internas, comunicación efectiva, motivación.	Capacitación Liderazgo Positivo	Generar competencias en las jefaturas sector, con el fin de fortalecer el rol de las jefaturas	1° Trimestre 2019	Reunión de jefaturas	Convenio Capacitación SSVSA	\$300.000	Encargada de Capacitación
	Actividad de Capacitación "Comunicación Efectiva" y "Motivación en el equipo"	Fortalecer la comunicación efectiva y la motivación al interior de los Equipos de Trabajo	1 vez al año 14:00 a 17:00 Hrs.	Por definir	Se espera contar con el financiamiento del SSVSA	\$1.000.000	Jefe de sector o jefe del equipo
5. Desarrollo de programas con normativa vigente sobre trabajo decente: Estatuto Administrativo y el Código de Trabajo, Acoso sexual y relación de trabajo, Ley N° 20.005.	Capacitación Ley 19.378 D.S. 1.889 Reglamento Carrera Funcionaria	Entregar conocimientos sobre derechos, obligaciones y prohibiciones del personal regido por la Ley 19.378	1 vez al año	Reunión Ampliada	Municipalidad de Algarrobo	\$100.000	Recursos Humanos
	Capacitación Acoso Sexual	Entregar conocimientos sobre la Ley N° 20.005	1 vez al año	Reunión Ampliada	Municipalidad de Algarrobo	\$100.000	Recursos Humanos
6. Ley N° 20.607, sanción de las prácticas de acoso laboral.	Capacitación Acoso laboral	Entregar conocimientos sobre la Ley N° 20.607	1 vez al año	Reunión Ampliada	Municipalidad de Algarrobo	\$100.000	Recursos Humanos
7. Instructivo Presidencial Sobre Buenas Prácticas en el Desarrollo de Personas en el Estado.	Difundir el Instructivo	Toma de conocimiento de Instructivo	1 vez al año	Por definir	EASM Algarrobo	-	Recursos Humanos

## PLANIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES AUTOCUIDADO AÑO 2019

### 2. RELACIONES LABORALES

Ámbito	Actividad	Objetivo de la actividad	Fecha	Lugar	Financiamiento	Monto	Responsables
1. Gestión y dialogo social con Organizaciones Gremiales.	Reuniones con Dirigentes Gremiales	Conocer las opiniones de los dirigentes gremiales, planteamiento de inquietudes por parte de los gremios	1 vez por semestre	Desam	EASM Algarrobo	-	Dirección Departamento y Establecimiento
2. Negociación y acuerdos.	Reuniones con Dirigentes Gremiales	Buscar soluciones y acuerdos con el fin de manejar los conflictos.	1 vez por semestre	Desam	EASM Algarrobo	-	Dirección Departamento y Establecimiento

## PLANIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES AUTOCUIDADO AÑO 2019

### 3. CALIDAD DE VIDA LABORAL

Ámbito	Actividad	Objetivo de la actividad	Fecha	Lugar	Financiamiento	Monto	Responsables
1. Programas o proyectos enfocados a potenciar promoción de los recursos personales y organizacionales en post de la salud de las personas que se desempeñan en el servicio. Cuidado de la salud mental de los equipos, promoción de conductas saludables de los equipos de trabajo, autocuidado de la salud física y psíquica de los funcionarios y de las funcionarias. Políticas de prevención del consumo de alcohol y drogas en el ambiente laboral.	Capacitación manejo de finanzas y recursos personales	Entregar herramientas para lograr un buen manejo de las finanzas y la eficiencia en los recursos personales de cada funcionario	1 vez al año	Reunión Ampliada	Cooperativa de Ahorro Coopeuch y/o Capual	100.000	Comité Autocuidado
	Charlas educativas alcohol y drogas	Sensibilizar e informar sobre el marco normativo y legal de consumo de drogas y/o alcohol en espacios laborales	1 vez al año	Reunión Ampliada	Municipalidad de Algarrobo	\$100.000	Recursos Humanos
	Talleres de cocina saludable	Promover la cocina y la alimentación saludable	1 vez al año 14:00 a 17:00 Hrs.	A definir por el equipo	Se espera contar con el financiamiento del SSVSA	\$100.000 (\$20.000) Por Equipo	Comité Autocuidado

	Actividades Físicas: -Caminata al aire libre -Entrenamiento funcional -Juegos deportivos	Promover la actividad física en los funcionarios de atención primaria	2 veces al año 14:00 a 17:00 Hrs.	A definir por el equipo	EASM Algarrobo	\$100.000 (\$20.000) Por Equipo	Comité Autocuidado
	Actividades recreativas: -Juegos y actividades lúdicas -Paseos y visitas culturales -Visitas zonas turísticas de la comuna o provincia.	Salir de rutina compartiendo otros espacios con los miembros del equipo, lo que fortalece las relaciones interpersonales del mismo.	2 veces al año 14:00 a 17:00 Hrs.	A definir por el equipo	EASM Algarrobo	\$100.000 (\$20.000) Por Equipo	Comité Autocuidado
2. Programas y proyectos enfocados en potenciar buen trato laboral, disminución de la violencia organizacional, la prevención del mal trato laboral, del acoso laboral y sexual según OT técnicas emanadas por el nivel central, y la normativa vigente.	Campaña de sensibilización del Buen Trato Laboral	Sensibilizar a la comunidad funcionaria respecto a prácticas de buen trato en el ámbito laboral, a través de mensajes comunicacionales claves	1 vez al año	Todas las dependencias	EASM Algarrobo	\$30.000	Comité Autocuidado
	Crear y/o acordar canales de comunicación y coordinación entre las Unidades que están involucradas cuando existe una denuncia de trato laboral	Mejorar la comunicación y coordinación ante la existencia de una situación de denuncia de situación de trato	1° trimestre 2019	Reunión Comité Autocuidado	EASM Algarrobo	-	Comité Autocuidado
	Concurso "Creación de Afiche sobre la No Violencia Contra la Mujer"	Sensibilizar a la comunidad funcionaria respecto de la no violencia contra la mujer	Noviembre 2019	Todas las dependencias	EASM Algarrobo	\$30.000	Comité Autocuidado
	Capacitación Buen Trato Laboral y resolución de conflictos	Desarrollo de Competencias para jefaturas y funcionarios con énfasis en la intervención y resolución de conflictos interpersonales en el ámbito laboral	1 vez al año	Por definir	Convenio Capacitación SSVSA	\$300.000	Encargada de Capacitación
	Reconocimiento por Estudio	Estímulo a los funcionarios que se encuentran capacitándose en alguna carrera técnica o profesional	1 vez al año	Por definir	Se gestionará apoyo con comercios de la comuna	\$50.000	Comité Autocuidado
3. Programas proyectos orientados a potenciar la promoción de la conciliación de la vida, personal, familiar y laboral.	Reconocimiento mejor "Equipo de trabajo"	Promover el reconocimiento de los equipos de trabajo y valor la exitosa gestión de los equipos, que se caracterizan	Bimestralmente	Por definir	Se gestionará apoyo con comercios de la comuna	\$300.000	Comité Autocuidado

		por responsabilidad, unidad, motivación, eficiencia, etc.					
	Reconocimiento mejor "Compañero de trabajo"	Promover el reconocimiento de parte del equipo, cuando los funcionarios se distinguen por ser solidarios, empáticos, respetuosos, optimistas, etc.	Bimestralmente	Por definir	Se gestionará apoyo con comercios de la comuna	\$120.000	Equipo de Trabajo
	Celebraciones Día de la APS, Fiestas Patrias y Navidad	Sociabilizar con compañeros de trabajo, en otras instancias, con el fin de lograr un espacio de recreación y distracción	Septiembre y diciembre	Por definir	EASM Algarrobo	\$1.500.000	Comité Autocuidado

## PLANIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES AUTOCUIDADO AÑO 2019

### 4. SALUD OCUPACIONAL Y PREVENCIÓN DE RIESGOS

Ámbito	Actividad	Objetivo de la actividad	Fecha	Lugar	Financiamiento	Monto	Responsables
1. Desarrollo de competencias para la identificación, evaluación y control de los riesgos profesionales. Responsabilidad legal básica en Salud Ocupacional y Prevención de Riesgos.	Difusión y aplicación del Programa de control de Riesgos Laborales	Conocer y aplicar el programa de control de riesgos laborales, con el fin de proponer estrategias para disminuir los riesgos.	Según pauta de acreditación	Cesfam	EASM Algarrobo	-	Comité Autocuidado
	Difusión y aplicación del Plan de manejo de accidentes relacionados con sangre o fluidos corporales de riesgo	Conocer el adecuado procedimiento que debe ser aplicado en caso de accidentes relacionados con sangre o fluidos corporales de riesgo	Según pauta de acreditación	Cesfam	EASM Algarrobo	-	Comité Autocuidado
	Capacitación Riesgos Profesionales en Salud (material corto punzante, riesgo musculoesqueléticos, etc.)	Desarrollo de competencias para la identificación, evaluación y control de los riesgos profesionales	1 vez al año	Por definir	Mutualidad	300.000	Encargada de Capacitación Recursos Humanos
	Salud Funcionaria "Prevención en Salud"	Fortalecer la gestión de la aplicación del Examen Médico Preventivo en los funcionarios	1 vez al año	Cesfam	Dirección Departamento	-	Comité Autocuidado
2. Comités Paritarios, Ley 16.744, Protección Radiológica.	Capacitación Ley 16.744	Entregar conocimientos sobre los Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, en la forma y condiciones establecidas en la ley	1 vez al año	Reunión Ampliada	Mutualidad	300.000	Encargada de Capacitación Recursos Humanos

3. Equipos Críticos, Derecho a saber. Análisis de procesos y de prácticas asociadas de trabajo. Promoción, desarrollo, difusión e intercambio de buenas prácticas.	Creación de un monitor para que realice las pautas activas	Contar con personal preparado para la realización de las pausas activas	1 vez al año	Por definir	Mutualidad	300.000	Prevencioncita de Riesgos I.M.A
	Creación de pausas activas al interior de los equipos de trabajo	Reducir la fatiga laboral, el estrés y prevenir lesiones originadas por la exposición a riesgo biomecánico.	Cada día	Lugar de Trabajo	EASM	-	Jefe de sector o Jefe de Equipo
	Reiki, Thai chi, Biodanza, Musicoterapia, yoga, etc. Para los equipos de trabajo	Promover el autocuidado a través de ejercicios y técnicas que nos permita fortalecer nuestro cuerpo en términos físicos y de energía, descargar tensiones y principalmente, recuperar sensaciones, destrezas y movimiento, desarrollando conciencia y una actitud corporal que nos permita no solo hacer frente al desgaste profesional y en términos generales al estrés, sino que además sentirnos saludables, con mayor seguridad y fortaleza.	2 veces al año 14:00 a 17:00 Hrs.	A convenir por cada Equipo	Se espera contar con el financiamiento del SSVSA	\$ 900.000 (\$10.000 por funcionario)	Comité Autocuidado
4. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo.	Difusión del RIOHS de la I. Municipalidad de Algarrobo	Conocer el Reglamento de Orden, Higiene y Seguridad, elaborado en el año 2018.	Al ingreso y cuando hayan modificaciones que informar	Por definir	EASM Algarrobo	-	Prevencioncita de Riesgos I.M.A Comité Autocuidado
5. Colaboración Implementación de los Protocolos de Vigilancia Sanitaria en Salud Ocupacional, Trastornos Músculo Esqueléticos Relacionados al Trabajo TMERT, Riesgos Psicosociales ISTAS-21, Citostáticos, Riesgos Biológicos.	Solicitar la aplicación de la Encuesta Suceso ISTAS 21	Conocer los riesgos psicosociales asociados a nuestro trabajo, y que puedan afectar nuestra salud.	Según norma	Todas las dependencias	Mutualidad	-	Comité Autocuidado Comité Paritario
	Solicitar la aplicación de matriz de Trastornos Músculo Esqueléticos relacionados al trabajo	Conocer los riesgos asociados a nuestro puesto trabajo, y que puedan afectar nuestra salud.	1 vez al año	Por definir	Mutualidad	-	Comité Autocuidado Comité Paritario

## PLANIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES AUTOCUIDADO AÑO 2019

### 5. GESTION AMBIENTAL

Ámbito	Actividad	Objetivo de la actividad	Fecha	Lugar	Financiamiento	Monto	Responsables
1.Responsabilidad legal básica: Decreto REAS, Residuos Líquidos, Fuentes Contaminantes Atmosféricas fijas, entre otros.	Capacitación REAS	Conocer el reglamento del manejo de residuos de Establecimientos de Atención Primaria	1 vez al año	Reunión Ampliada	EASM Algarrobo U. Virtual Minsal	-	Comité Autocuidado Dirección de Establecimiento
	Capacitación Aseo Terminal	Entregar herramientas al personal auxiliar de servicios menores, quienes se encargan de la eliminación de residuos y del aseo de las instalaciones	1 vez al año	Por definir	Convenio Capacitación (Se solicitará al SSVSA que sea incluida en cursos y diplomados 2019)	300.000	Encargada de Capacitación

Costo estimado total del Plan de Autocuidado 2019

\$ 7.730.000 (siete millones setecientos treinta mil pesos)

**Cestam**  
Centro de Salud Familiar Algarrobo



## **EVALUACIÓN:**

La Evaluación del Plan de Autocuidado, se realizará en el mes de octubre del año 2019, con el fin de identificar las experiencias exitosas y las que se requiere fortalecer, junto con ello incorporar nuevas actividades y/o dar prioridad a las que no se alcanzaron a realizar, para que sean incorporadas en el plan de autocuidado del año siguiente.

## **MODIFICACIONES:**

Cualquier modificación del Plan de Autocuidado, requerirá de la aprobación del comité y estas podrán ser solo respecto de actividades similares a las planteadas en el Plan, los presupuestos podrán ser modificados, solo si existiere disponibilidad presupuestaria.

## **AUTORIZACIÓN PARA ASISTIR A CADA ACTIVIDAD:**

Cada Jefe de Sector o de Equipo, será el responsable de que su equipo, emita la correspondiente solicitud de autorización de "Cometido Funcionario", para cada actividad de autocuidado, la que deberá ser autorizada por la Dirección del Establecimiento o Departamento, según corresponda. Esta autorización es muy importante de realizar, ya que debe emitirse un acto administrativo, en virtud de que estas actividades se realizan durante la jornada laboral.

## **MEDIOS DE VERIFICACION Y CUMPLIMIENTO DEL PLAN:**

Los medios de verificación de las actividades, serán fotografías, nóminas de asistencia, actas de reuniones, etc. Y el cumplimiento del Programa, se medirá con los siguientes indicadores en la siguiente proporción, (se deberá completar en agosto y diciembre el informe del Plan de Autocuidado):

<b>Indicador</b>	<b>Meta</b>	
	31 de Agosto	31 de Diciembre
Porcentaje de actividades de capacitación realizadas en el Plan de autocuidado	<b>30%=&lt;</b>	<b>60%=&lt;</b>
Porcentaje de funcionarios que aprueban actividades de capacitación incluidas en el Plan de Autocuidado	<b>30%=&lt;</b>	<b>60%=&lt;</b>
Porcentaje de actividades realizadas del Plan de Autocuidado	<b>30%=&lt;</b>	<b>60%=&lt;</b>

# IV. PLAN DE CAPACITACION

## PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACION 2019 PERSONAL ESTATUTO ATENCIÓN PRIMARIA (LEY 19.378) SERVICIO DE SALUD VALPARAISO SAN ANTONIO- COMUNA ALGARROBO

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA					NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO				ORGANISMO EJECUTOR	COORDINADOR	FECHA DE EJECUCION	
			A (Médico, Odont, OF, etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)		TOTAL	ITEM CAPACITACION (*)	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS				TOTAL PRESUPUESTO O ESTIMADO
EJE ESTRATEGICO 1: Enfermedades Transmisibles.	Actualizar conocimientos, adquirir herramientas y habilidades para la entrega de información y detección temprana de ECT 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.	TBC y VIH	2	4	8	1	1	16	Min 3		X	X		Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019
	Reconocer signos y síntomas de la patología respiratoria de niños, infante juvenil y adulto para una pesquisa precoz y su manejo en la Atención Primaria de Salud (inclusive influenza y nac) y promover el autocuidado frente a las enfermedades respiratorias en la comunidad.	Manejo y prevención enfermedades respiratorias	1	4	8	1	1	15	Min 3		X	X		Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019
	Prevención, control, manejo y vigilancia de Enfermedades Zoonóticas y vectoriales	Control, manejo y vigilancia de Enfermedades Zoonóticas y vectoriales (Chagas, Malaria, Dengue, Rabia Humana transmitida por el perro).	1	3	2	1		7	Min 3		X	X		Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019



(Asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica)																
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.	Salud Mental	3	8	10	1	1	23	Min 3	200.000	X	X		Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019	
Conocer los aspectos teóricos, las herramientas de evaluación, herramientas de comunicación y el manejo clínico de las personas con situación de discapacidad (física, psicológica, sensorial, cognitiva).	Situación de Discapacidad	1	2	4	1	3	11	Min 3	200.000	X	X		Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019	
Actualizar y mejorar conocimientos básicos y nociones del que hacer dental en APS, prevención de caries y promoción de la salud bucal en niños y niñas	Actualización cardiológica, periodontal básico, odontopediatría, rehabilitación oral, urgencia odontología en niños y niñas	2		3			5	Min 3		X	X		Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019	
Fortalecer los sistemas de rescate en la APS, ante un accidente de tránsito	Rescate vehicular en accidentes de tránsito			5	1	5	11	Min 3		X	X		Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019	
Identificar Aspectos conceptuales, principios y valores relacionados con los signos y síntomas del abuso y maltrato en el ciclo vital, para su detección y prevención	Violencia de género, Abuso Sexual, suicidio y maltrato en niños, niñas y adolescentes, adultos y AM	3	8	10	1	1	23	Min 3		X	X		Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019	

EJE ESTRATEGICO 3: Hábitos de vida.	Desarrollar, diseñar e implantar estrategias efectivas en salud (estilos de vida, autocuidado, alimentación saludable, ejercicio, oh, tabaco y drogas, ssr, sm).	Promoción y prevención del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas y promoción de alimentación saludable y de estilos de vida saludables	2	4	6	2	2	16	Min 3	200.000	X	X	Universid ades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitac ión	enero a diciemb re 2019	
	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.	Manejo de trastornos asociados al uso de sustancias y OH	1	2	2			5	Min 3			X	X	Universid ades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitac ión	enero a diciemb re 2019
	Actualizar conocimientos en diversas áreas de nutrición en base al ciclo vital con énfasis en la obesidad, EC, alergias alimentarias y lactancia materna.	Nutrición y dietética	1	3	6	1	1	12	Min 3			X	X	Universid ades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitac ión	enero a diciemb re 2019
	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.	Autocuidado y actividad física en el trabajo	3	10	30	1	3	47	Min 3			X	X	Universid ades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitac ión	enero a diciemb re 2019
	Actualizar conocimientos y adquirir herramientas y habilidades para la entrega de información y orientación a nuestros/as usuarios/as, contribuyendo a la promoción de la salud sexual	Promoción Salud sexual reproductiva	1	2	4			7	Min 3	200.000		X	X	Universid ades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitac ión	enero a diciemb re 2019
EJE ESTRATEGICO 4: Cuidado	Prevenir, detectar, abordar y controlar enfermedades perinatales y difundir ley 21.030, despenalización del aborto.	Riesgos perinatales y Ley 21.030		2	4	1		7	Min 3		X	X	Universid ades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitac ión	enero a diciemb re 2019	

Contar con los conocimientos básicos y nociones del sistema de protección integral de la primera infancia el trabajo del intersector y la red.	Inducción al CHCC y PARN	1	2	4	1		8	Min 3			X	X	Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019
Conocer el marco regulatorio, conceptual y metodológico del Régimen Garantías Explicitas en Salud	Garantías Explicitas en salud	1	2	4	1		8	Min 3			X	X	Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019
Disminuir el suicidio en niños, adolescentes y adultos	Prevención, vigilancia y control del suicidio	1	2	2	1		6	Min 3			X	X	Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019
Actualizar conocimientos y adquirir herramientas y habilidades para la entrega de información y orientación a nuestros/as usuarios/as para disminuir el embarazo adolescente, y contribuir a la promoción de la salud sexual	Embarazo adolescente	1	2	4			7	Min 3	200.000		X	X	Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019
Entregar contenidos pertinentes a los establecimientos asistenciales de salud, en prevención de riesgos profesionales, para cuidar la salud del funcionario. Promover el desarrollo de competencias en los funcionarios, para la participación activa y colaborativa en Comités Paritarios de Higiene y Seguridad.	Prevención de Riesgos Profesionales	3	10	30	1	3	47	Min 3			X	X	Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019
Identificación, evaluación y control de estos agentes de riesgo profesional presente en APS	Riesgos Kinésicos	1	5	10	1	3	20	Min 3			X	X	Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019
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.	Riesgos Psicosociales y salud ocupacional	1	4	5	1	3	14	Min 3			X	X	Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019
Necesidad de entregar herramientas técnicas para optimizar la atención del paciente en odontología	Protección Radiológica	1		1			2	Min 3	200.000		X	X	Universidades- U Virtual	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019

																		Minsal OTEC		
	Aumentar la salud y calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Detección, control y atención a mujeres en edad de climaterio	1	4	5			10	Min 3				X	X				Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019
	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 adulto mayor	Atención integral de adultos mayores	3	8	10	1		22	Min 3				X	X				Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019
EJE ESTRATEGICO 5: Equidad y salud en todas las políticas.	Conocer la importancia de la intersectorialidad para su abordaje practico en el territorio	Equidad en salud		2	1			3	Min 3				X	X				Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019
	Conocer el enfoque de derecho, cultural, migración y de género en salud e inclusión	Enfoques de Salud	3	5	20	1	3	32	Min 3	300.000			X	X				Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019
	Actualizar los conocimientos de los profesionales y técnicos de atención primaria, afianzando estrategias de comunicación que permitan trabajar sobre la promoción, prevención y asistencia, para la entrega de una atención integral y de calidad al ciclo vital a inmigrantes	Atención integral de niños, adolescente, adultos y AM inmigrantes	2	4	5	2	2	15	Min 3					X	X			Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019
EJE ESTRATEGICO 6: Medio ambiente.	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.	REAS y aseo terminal	5	8	20	2	4	39	Min 3				X	X				Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019

	Vigilar y fiscalizar todas las intoxicaciones por Enfermedades Transmitidas por alimentos	Enfermedades Transmitidas por alimentos	2	2	2	1		7	Min 3			X	X	Universid ades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitac ión	enero a diciemb re 2019
EJE ESTRATEGICO 7: Institucionalidad del Sector Salud.	Actualizar conocimientos técnicos sobre el manejo del sistema de registro electrónico	Ficha Clínica Electrónica	2	2	2	1		7	Min 3			X	X	Universid ades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitac ión	enero a diciemb re 2019
	Actualizar y adquirir conocimientos técnicos y administrativos de la gestión financiera, contable, del personal, pago, remuneraciones y activos; mediante el uso eficiente de la información.	CAS CHILE		1	5			6	Min 3			X	X	Universid ades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitac ión	enero a diciemb re 2019
	Adquirir conocimientos sobre la herramienta de adquisición del estado y su marco normativo	Mercado publico		1	5			6	Min 3	200.000		X	X	Universid ades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitac ión	enero a diciemb re 2019
	Actualizar y conocer el sistema de información y control del personal de la administración del estado	SIAPER		2	5	1		8	Min 3			X	X	Universid ades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitac ión	enero a diciemb re 2019
	Fortalecer los mecanismos de participación ciudadana en APS	Participación Social		2	3	1	1	7	Min 3			X	X	Universid ades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitac ión	enero a diciemb re 2019
	Mejorar el manejo de los servicios generales del establecimiento, alimentación, aseo, transporte, electricidad, lavandería, gasfitería, calderas, manejo de basuras y residuos, etc.	Gestión General del Centro de Salud	1	2	1			4	Min 3	200.000		X	X	Universid ades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitac ión	enero a diciemb re 2019
	Necesidad de actualizar conocimientos en materia de esterilización y autoclave para el adecuado manejo de instrumental médico y odontológico	Esterilización/ Operador de autoclave			2			2	Min 3			X	X	Universid ades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitac ión	enero a diciemb re 2019
	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.	Modelo de gestión y evaluación de la capacitación		1	2			3	Min 4			X	X	Universid ades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitac ión	enero a diciemb re 2018



Conocer los principios y orientaciones en el ámbito de las relaciones laborales en el sector salud.	Inducción e introducción a relaciones laborales en APS, Recursos Humanos APS	1	1	20	1	3	26	Min 3			X	X		Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019
Desarrollo y fortalecimiento del liderazgos y trabajo en equipo.	Liderazgo y trabajo en equipo	1	1	20	1	3	26	Min 3	200.000		X	X		Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019
Adquirir conocimiento teórico y las competencias practicas necesarias para mejorar la atención (calidad y trato)	Comunicación efectiva, Habilidades blandas	1	1	5	1	3	11	Min 3			X	X		Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019
Entregar conocimientos sobre derechos, obligaciones y prohibiciones del personal regido por la Ley 19.378	Capacitación Ley 19.378 D.S. 1.889 Reglamento Carrera Funcionaria	5	10	20	6	10	51	Min 3			X	X		Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019
Entregar conocimientos sobre la Ley N° 20.005	Capacitación Acoso Sexual	5	10	20	6	10	51	Min 3			X	X		Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019
Entregar conocimientos sobre la Ley N° 20.607	Capacitación Acoso laboral	5	10	20	6	10	51	Min 3			X	X		Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019
Toma de conocimiento de Instructivo	. Instructivo Presidencial Sobre Buenas Practicas en el Desarrollo de Personas en el Estado	5	10	20	6	10	51	Min 3			X	X		Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019

	Desarrollar las competencias para realizar una adecuada gestión, recaudación, manejo y custodia de bienes fiscales, además de conocer las responsabilidades administrativas que implica.	Gestión, Recaudación, manejo y custodia de bienes fiscales		4	6	3	10	23	Min 3			X	X	Universid ades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitac ión	enero a diciemb re 2019
	Reconocer las principales características del Modelo de Gestión Red	Modelo de Gestión en Red (RISS)	1	2	4	1	3	11	Min 3			X	X	Universid ades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitac ión	enero a diciemb re 2019
	Conocer la articulación con otras redes para asegurar continuidad de la atención	Gestión Hospitalaria	1	2	4	1	3	11	Min 3			X	X	Universid ades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitac ión	enero a diciemb re 2019
	Mejorar la gestión y desarrollo de sistemas de referencia y contra referencia. Conocer los módulos de agenda, referencia y contra referencia e interconsultas en establecimientos de la Red Pública.	Sistemas de referencia y contra referencia y Sistemas informáticos en Red	1	2	4	1	3	11	Min 3			X	X	Universid ades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitac ión	enero a diciemb re 2019
	Conocer y aplicar los principios y valores fundamentales de la Bioética en la atención GES	Bioética, principios y valores en el proceso de atención Ges	1	1	2	1		5	Min 3			X	X	Universid ades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitac ión	enero a diciemb re 2019
EJE ESTRATEGICO 8: Calidad de la atención.	Conocer el marco regulatorio, conceptual y metodológico de la gestión de calidad y gestión de riesgos	Acreditación en Salud	4	8	15	2	4	33	Min 3	300.000		X	X	Universid ades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitac ión	enero a diciemb re 2019
	Identificar Aspectos conceptuales, principios y valores relacionados con el Modelo de Salud Familiar	Herramientas en el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar y comunitario	3	8	10	1	3	25	Min 3			X	X	Universid ades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitac ión	enero a diciemb re 2019
	Fortalecer los conocimientos de los profesionales y técnicos de atención primaria, afianzando estrategias de intervención, que permitan trabajar sobre la promoción,	Atención integral de niños, adolescente, adultos y AM.	3	8	10	1		22	Min 3			X	X	Universid ades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitac ión	enero a diciemb re 2019

	prevención y asistencia, para la entrega de una atención integral y de calidad al ciclo vital.																
	Desarrollar competencias de atención al usuario, solución de problemas y contención en situación difíciles.	Trato al Usuario	1	4	8	1	3	17	Min 3			X	X		Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019
	Conocer los fundamentos técnicos para el desarrollo de estrategias del control de infección asociadas a la atención de salud.	IAAS	1	1	10	1	3	16	Min 3			X	X		Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019
	Contribuir a que los profesionales y técnicos puedan adquirir las competencias necesarias para responder adecuadamente a las necesidades de la población a cargo a través de una adecuada gestión de farmacia, con eficacia, eficiencia y seguridad en todo los procesos, incorporando estrategias, modelos o acciones innovadoras y que incluya la participación de los equipos y los usuarios.	Gestión de farmacia	1	1	2			4	Min 3			X	X		Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019
	Fortalecer la atención de la OIRS, implementando nuevas estrategias, con el fin de mejorar la satisfacción usuaria	OIRS		1	1			2	Min 3			X	X		Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019
	Conocer la Ley 20.584 de Deberes y derechos de los pacientes	Ley 20.584	1	1	5	1	3	11	Min 3			X	X		Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019
EJE ESTRATEGICO 9: Emergencias, desastres y contingencias	identificar , reconocer y evaluar las amenazas, vulnerabilidad y recursos para la preparación y diseño de planes y medidas para la emergencia y desastres	Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres	2	4	15	1	3	25	Min 3			X	X		Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019
	Contar con los conocimientos necesarios para el trabajo con la población infantil frente a un evento de desastre	Apoyo a niños y niñas en emergencias y desastres	2	4	15	1	3	25	Min 3			X	X		Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019

	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.	Salud mental en emergencias y desastres	2	2	5	1	3	13	Min 3		X	X		Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019
	Realizar una revisión de conceptos, simulación de manejo de vehículos con el fin de lograr una conducción segura.	Curso conductores de vehículos de Emergencia APS Municipal						0	Min 3		X	X		Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019
	Mejoran la calidad de la atención del trauma y disminuir la mortalidad	PHTLS (Soporte Vital de Trauma Pre hospitalario)			3			3	Min 3		X	X		Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019
	Conocer y actualizar los conocimientos en técnicas útiles para salvar vidas en muchas emergencias, entre ellas, un ataque cardíaco o casi ahogamiento.	RCP (Reanimación Cardiopulmonar)	3	5	10	3	6	27	Min 3		X	X		Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019
	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.	Radiocomunicación de emergencia		1	5	1	3	10	Min 3		X	X		Universidades- U Virtual Minsal OTEC	Comité Capacitación	enero a diciembre 2019
Totales			105	244	529	79	145	1102		M\$2.400						

# V. DOTACIÓN 2019

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
PREVENCIONISTA DE RIESGO	B			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 - C	1	44	1	44	2	88
<b>TOTAL</b>		<b>3</b>	<b>132</b>	<b>6</b>	<b>264</b>	<b>9</b>	<b>396</b>

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	0,5	22		0	0,5	22
MÉDICOS CESFAM	A	1,5	66	7,5	330	9	396
ODONTÓLOGOS	A	0,5	22	2,75	121	3,25	143
QUIMICO FARMACEUTICO	A		0	1	44	1	44
ENCARGADO DE CALIDAD	A	0,50	22			0,5	22
ENFERMERAS	B	1,27	55,88	3	132	4,27	187,88
ENFERMERAS PSR	B		0	0,5	22	0,5	22
MATRONAS	B	2	88	1	44	3	132
NUTRICIONISTAS	B		0	2	88	2	88
NUTRICIONISTAS PSR	B	0,50	22		0	0,5	22
KINESIOLOGOS CESFAM	B	0,5	22	1	44	1,5	66
KINESIOLOGOS RBC	B	2	88	0,5	22	2,5	110
TERAPEUTA OCUPACIONAL	B		0	1	44	1	44
FONOAUDIOLOGO	B		0	0,75	33	0,75	33
PSICOLOGOS	B	1	44	1	44	2	88
TRABAJADOR SOCIAL	B	1,00	44	1	44	2	88
EDUCADORA	B			0,5	22	0,5	22
PODOLOGO	C	1	44	0,5	22	1,5	66
TENS	C	11	484	5	220	16	704
TENS RESIDENTE PSR	C		0	1	44	1	44
TANS	C	8	352		0	8	352
TONS	C	3	132	3	132	6	264
INFORMATICO	C		0	1	44	1	44
ADMINISTRATIVOS	E	1	44	2	88	3	132
CONDUCTORES	F	2	88	3	132	5	220
AUXILIARES DE SERVICIO	F		0	7	308	7	308
AUXILIARES DE SERVICIO PSR	F	1	44		0	1	44
NOCHERO CUIDADOR	F		0	2	88	2	88
<b>TOTAL</b>		<b>39,27</b>	<b>1727,88</b>	<b>48</b>	<b>2112</b>	<b>87,27</b>	<b>3840</b>

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	3	44			3	44
ADMINISTRATIVO	E			1	44	1	44
CONDUCTORES	F	4	176	2	44	6	220
<b>TOTAL</b>		<b>14</b>	<b>528</b>	<b>8,5</b>	<b>330</b>	<b>22,5</b>	<b>858</b>

DOTACION TOTAL DEL 2018	PLANTA		CONTRATA		TOTAL	
	N° JORNADAS	NUMERO DE HORAS	N° JORNADAS	NUMERO DE HORAS	N° JORNADAS	NUMERO DE HORAS
<b>TOTAL</b>	<b>56,27</b>	<b>2387,88</b>	<b>62,50</b>	<b>2706</b>	<b>118,77</b>	<b>5094</b>

**IMPORTANTE:** Esta propuesta de dotación corresponde al cálculo de programación para el año 2019 según el proyecto de plan de salud 2019

# VI. PRESUPUESTO 2019

---

## Ingresos salud

---

La presentación de ingresos para el 2019 responde al comportamiento histórico de los mismos. Se proyecta para el 2019 un presupuesto global de ingresos por \$2.013.800.000, 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 utilizaran para el presupuesto del sector salud 2019, son los que se indican a continuación:

SUBTITULO	CONCEPTO	MONTO
05	TRANSFERENCIAS CORRIENTES	\$1.720.800.000
07	INGRESOS DE OPERACIÓN	\$75.000.000
08	OTROS INGRESOS CORRIENTES	\$118.000.000
15	SALDO INICIAL DE CAJA	\$100.000.000
<b>115</b>	<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>\$2.013.800.000</b>

### *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 2019 son de M\$1.720.800 y, se desagregan en:

≈	Atención primaria ley 19.378 artículo 49 (PERCAPITA)	M\$ 919.000
≈	Asignaciones y financiamiento de remuneraciones (SSVSA)	M\$ 291.700
≈	Aguinaldos y bonos	M\$ 30.100
≈	Aporte municipal	M\$ 480.000

El aporte municipal para el 2019 aumenta en M\$20.000 con respecto al 2018, en atención al incremento de jornada de enfermera, y la incorporación de prevencionista de riesgo. Además del aumento de M\$3.000 como aporte al bienestar por el aumento de los asociados. Considerando además la contratación de dos auxiliares de aseo y dos guardias nocturnos 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 2019 responden a la recaudación por el cobro por las atenciones médicas de urgencia, tratamientos y traslados según ley 18.469 por \$M 75.000.

### ***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\$ 70.000
≈	ISAPRE, por funcionarios con este sistema de salud	M\$ 45.000

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

≈	Devoluciones y Reintegros no Provenientes de Impuestos por M\$2.500.
---	--

### ***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 2019 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 2019 son los que se indican a continuación:

<b>SUBTITULO</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>MONTO</b>
21	GASTOS EN PERSONAL	\$1.613.500.000
22	BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	\$276.300.000
29	ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	\$4.000.000
34	DEUDA FLOTANTE	\$20.000.000
35	SALDO FINAL DE CAJA	\$100.000.000
<b>215</b>	<b>TOTAL GASTOS</b>	<b>\$2.013.800.000</b>

### ***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 Cestam, postas rurales, Centro Comunitario de rehabilitación, Modulo dental JUNAEB y Departamento de Salud.

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\$806.800, destinado a 56.27 jornadas de 44 horas semanales, separado como sigue:

- ≈ Categoría A: Médicos, cirujano dentista entre otros 2.5 Jornadas
- ≈ Categoría B: Otros profesionales 10.77 Jornadas



≈	Categoría C: Técnicos de nivel superior	35	Jornadas
≈	Categoría E: Administrativos de salud	1	Jornadas
≈	Categoría F: Auxiliares de servicio y conductores	7	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\$114.000.000.

**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\$62.000.

**Aguinaldos y bonos:** Para el cumplimiento de la normativa legal, cuando sea procedente. Presupuestada con un total anual de M\$27.300.

#### *Personal a contrata*

Corresponde al gasto de todo el personal con contrato plazo fijo, con una valorización anual de M\$706.700, destinado a 62.50 jornadas de 44 horas semanales, separado como sigue:

≈	Categoría A: Médicos, cirujano dentista entre otros	15.25	Jornadas
≈	Categoría B: Otros profesionales	16.8	Jornadas
≈	Categoría C: Técnicos de nivel superior	14	Jornadas
≈	Categoría E: Administrativos de salud	3	Jornadas
≈	Categoría F: Auxiliares de servicio y conductores	14	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\$577.500.

**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\$29.000.

**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\$52.000.

**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\$27.000.

**Aguinaldos y bonos:** Para el cumplimiento de la normativa legal, cuando sea procedente. Presupuestada con un total anual de M\$21.200.

#### *Otras remuneraciones*

---

**Honorarios sumaalzada – 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 establecido por el Servicio de Salud con el objetivo de mantener servicio de urgencia 24 horas, además de considerarse en este ítem la incorporación de medicina alternativa. Se presupuesta por un total anual de M\$70.000.

#### *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 al pago de médicos que desempeñan sus funciones por el convenio SAPU y profesionales de otros convenios, durante el periodo en que los convenios son tramitados e incorporados a presupuesto, cabe destacar que con la inclusión del convenio al presupuesto se traspa la totalidad de los M\$30.000 a la cuenta Honorarios sumaalzada – 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\$276.300.

---

### *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\$25.000, 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\$108.500 separados como sigue.

**Materiales de oficina:** Destinados al trabajo administrativo de las dependencias por un total anual de M\$9.000.

**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\$48.000 destinados a la adquisición de fármacos para farmacia del Cesfam.

**Materiales y útiles quirúrgicos:** Considerada con un monto anual de M\$25.000, destinados a la adquisición de insumos para Cesfam, 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\$500, 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\$5.000.

**Repuestos y Accesorios para Mantenimiento y Reparaciones de Vehículos:** Presupuesto anual por M\$5.000.

**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\$33.000 separados como sigue.

**Electricidad:** Para las dependencias por M\$15.000 anual.

**Agua:** Para las dependencias por M\$7.000 anual.

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

**Telefonía fija:** Destinados a líneas telefónicas por M\$2.500 anual.

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

**Acceso a internet:** Destinado a redes de internet por M\$2.000 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\$7.700 separados como sigue.

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

**Mantenimiento y Reparación de Vehículos:** M\$5.000 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\$23.000 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\$20.000 anual.

### *Arriendos*

---

Presupuesto responde a arriendo de dependencias de DESAM y vehículo de traslado principalmente, por M\$13.500.

**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 y locales para capacitaciones.

**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\$8.500, destinados al arriendo de vehículo para transporte del personal a postas rurales de San José y El yeco, y arriendo de grúa para traslado de vehículos con desperfectos.

### *Servicios financieros y de seguros*

---

**Primas y gastos de seguros:** Presupuesto responde a seguros obligatorios y seguros de cobertura completa para móviles del Departamento de salud Municipal por M\$10.000.

### *Servicios técnicos y profesionales*

---

Recursos destinados a cursos de capacitación para funcionarios y exámenes de laboratorio para usuarios, además del pago por evaluación de acreditación 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\$4.800.

**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\$3.000 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 mobiliario, y maquinarias y equipos. Presupuesto anual M\$4.000.

#### *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 fotocopidora 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, destinado a la adquisición de radios para comunicaciones del personal que asiste emergencias con la central radial de SAPU.

#### *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.

#### *Servicios 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 2019.

PRESUPUESTO GLOBAL INGRESOS AÑO 2019

115		DEUDORES PRESUPUESTARIOS	2.013.800.000				
05		TRANSFERENCIAS CORRIENTES		1.720.800.000			
03		DE OTRAS ENTIDADES PUBLICAS			1.720.800.000		
	006	DEL SERVICIO DE SALUD				1.210.700.000	
	001	ATENCION PRIMARIA LEY 19.378 ART. 49					927.200.000
		001 ATENCION PRIMARIA LEY 19.378 ART. 49					919.000.000
		030 DIFERENCIA TANS					8.200.000
	002	APORTES AFECTADOS					283.500.000
		002 ASIGNACION DESEMPEÑO DIFICIL					50.000.000
		005 P.109 INTEGRACION DIFERENCIAL S.B.M.N.					24.000.000
		007 ASIGNACION LEY N°20.816 ART 8					8.500.000
		032 P.114 SAPU ADDF					19.000.000
		034 P.117 ASIGNACION PARA CONDUCTORES					9.000.000
		035 P.118 BONO DES. COLECTIVO FIJO					66.000.000
		036 P.119 BONO DES COLECTIVO VARIABLE					77.000.000
		046 BONO TRATO AL USUARIO					30.000.000
	099	DE OTRAS ENTIDADES PÚBLICAS				30.100.000	
		001 AGUINALDOS					15.000.000
		002 BONO ESCOLAR					5.000.000
		004 BONOS EXTRAORDINARIO ANUAL					10.100.000
	101	DE LA MUNICIPALIDAD A SERVICIOS INCORP				480.000.000	
07		INGRESOS DE OPERACIÓN		75.000.000			
	02	VENTA DE SERVICIOS			75.000.000		
		001 COBRO BENEFICIARIO LEY 18.469				75.000.000	
08		OTROS INGRESOS CORRIENTES		118.000.000			
	01	OTROS INGRESOS			115.500.000		
		001 REEMBOLSO ART. 4 LEY N °19.345				500.000	
		002 RECUPERACIONES ART. 12 LEY N° 18.196				115.000.000	
		001 LA ARAUCANA C.C.A.F.					70.000.000
		002 ISAPRES					45.000.000
	99	OTROS			2.500.000		
		001 DEVOLUCIONES Y REINTEGROS NO PROV				2.500.000	
	999	OTROS					
15		SALDO INICIAL DE CAJA		100.000.000			



## PRESUPUESTO GLOBAL EGRESOS AÑO 2019

CODIGO		PLAN DE CUENTAS SECTOR SALUD						
215		ACREEDORES PRESUPUESTARIOS	2.013.800.000					
	21	GASTOS EN PERSONAL		1.613.500.000				
		01 PERSONAL DE PLANTA			806.800.000			
		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					5.500.000	
		002 PLANTA : BONIFICACIÓN COMP. DE SALUD, ART. 3º, LEY 20.157						5.500.000
		015 ASIGNACIONES SUSTITUTIVAS					13.000.000	
		001 PLANTA: ASIGNACIÓN ÚNICA, ART. 4, LEY N° 18.717						13.000.000
		019 ASIGNACION DE RESPONSABILIDAD					8.000.000	
		002 PLANTA: ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD DIRECTIVA						8.000.000
		028 ASIGNACION DE DESEMPEÑO EN CONDICIONES DIFICILES					48.500.000	
		002 PLANTA: ASIGNACION POR DESEMPEÑO EN COND. DIFICILES						40.000.000
		004 PLANTA: ASIGNACION LEY 20.816 N°8						8.500.000
		031 ASIGNACIONES DE EXPERIENCIA CALIFICADA					6.000.000	
		002 PLANTA: ASIGNACION POST TÍTULO, ART. 42, LEY N° 19.378						6.000.000
		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				114.000.000		
		002 DESEMPEÑO COLECTIVO					95.000.000	
		002 PLANTA: ASIG VARIABLE POR DES. COLECTIVO						51.000.000
		003 PLANTA: ASIG. AL DESEMPEÑO COLECT FIJO						44.000.000
		003 DESEMPEÑO INDIVIDUAL					19.000.000	
		005 PLANTA: ASIGNACIÓN DE MÉRITO, ART. 30, DE LA LEY N° 19.378						19.000.000
		004 REMUNERACIONES VARIABLES				62.000.000		
		005 PLANTA: TRABAJOS EXTRAORDINARIOS					60.000.000	
		006 PLANTA: COMISIONES DE SERVICIOS EN EL PAIS					2.000.000	
		005 AGUINALDOS Y BONOS				27.300.000		
		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					16.700.000	
		001 PLANTA: BONO EXTRAORDINARIO ANUAL						16.700.000

	02		PERSONAL A CONTRATA			706.700.000			
		001	SUELDOS Y SOBRESUELDOS				577.500.000		
		001	CONTRATA: SUELDOS BASE					250.000.000	
		009	ASIGNACIONES ESPECIALES					17.000.000	
		007	CONTRATA: ASIGN. TRANSIT. ART. 45, LEY N° 1						17.000.000
		013	ASIGNACIONES COMPENSATORIAS					3.500.000	
		002	CONTRATA: BONIF. COMP. SALUD, ART. 3, LEY N 20.157						3.500.000
		014	ASIGNACIONES SUSTITUTIVAS					13.500.000	
		001	CONTRATA: ASIG. ÚNICA, ART. 4, LEY N° 18.717						13.500.000
		018	ASIGNACION DE RESPONSABILIDAD					12.000.000	
		001	CONTRATA: ASIGN. RESPONS. DIRECTIVA						12.000.000
		027	ASIGNACION POR DESEMPEÑO EN CONDICIONES DIFÍCILES					29.000.000	
		002	CONTRATA: ASIG. DESEMP. COND. DIFÍCILES						29.000.000
		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					250.000.000	
		002	APORTES DEL EMPLEADOR				29.000.000		
		001	A SERVICIO DE BIENESTAR					9.000.000	
		002	CONTRATA: OTRAS COTIZACIONES PREVISIONALES					20.000.000	
		003	ASIGNACIONES POR DESEMPEÑO				52.000.000		
		002	DESEMPEÑO COLECTIVO					48.000.000	
		002	CONTRATA: ASIG. VARIABLE DESEM. COLECTIVO						26.000.000
		003	CONTRATA: ASIG. DESEM. COLECTIVO FIJO						22.000.000
		003	DESEMPEÑO INDIVIDUAL					4.000.000	
		004	CONTRATA: ASIG. DE MÉRITO, ART. 30, LEY N° 19.378						4.000.000
		004	REMUNERACIONES VARIABLES				27.000.000		
		005	CONTRATA: TRABAJOS EXTRAORDINARIOS					25.000.000	
		006	CONTRATA: COMISIONES DE SERVICIOS EN EL PAIS					2.000.000	
		005	AGUINALDOS Y BONOS				21.200.000		
		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					13.300.000	
		001	CONTRATA: BONO ANUAL EXTRAORDINARIO						13.300.000
		03	OTRAS REMUNERACIONES			70.000.000			
		001	HONORARIOS A SUMA ALZADA - PERSONAS NATURALES				70.000.000		
		04	OTROS GASTOS EN OPERACIONAL			30.000.000			
		004	PRESTACIONES DE SERVICIO EN PROGRAMAS COMUNITARIOS				30.000.000		

22			BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO		276.300.000				
	01		ALIMENTOS Y BEBIDAS			0			
		001	ALIMENTOS Y BEBIDAS PARA PERSONAS						
	02		TEXTILES, VESTUARIO Y CALZADO			300.000			
		001	TEXTILES Y ACABADOS TEXTILES				300.000		
	03		COMBUSTIBLE Y LUBRICANTES			25.000.000			
		001	COMBUST Y LUBRIC. PARA VEHICULOS				25.000.000		
	04		MATERIALES DE USO O CONSUMO			108.500.000			
		001	MATERIALES DE OFICINA				9.000.000		
		003	PRODUCTOS QUIMICOS				500.000		
		004	PRODUCTOS FARMACÉUTICOS				48.000.000		
		005	MATERIALES Y ÚTILES QUIRÚRGICOS				25.000.000		
		007	MATERIALES Y ÚTILES DE ASEO				10.000.000		
		008	MENAJE PARA OFICINA, CASINO Y OTROS				500.000		
		009	INSUMOS, REPUESTOS Y ACCESORIOS COMPUTACIONALES				5.000.000		
		010	MATERIALES PARA MANTENIMIENTO Y REPARACIONES DE IN				5.000.000		
		011	REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA MANTENIMIENTO Y REPARA				5.000.000		
		012	OTROS MATERIALES Y UTILES DIVERSOS				500.000		
	05		SERVICIOS BASICOS			33.000.000			
		001	ELECTRICIDAD				15.000.000		
		002	AGUA				7.000.000		
		003	GAS				1.000.000		
		005	TELEFONÍA FIJA				2.500.000		
		006	TELEFONÍA CELULAR				5.500.000		
		007	ACCESO A INTERNET				2.000.000		
	06		MANTENIMIENTO Y REPARACIONES			7.700.000			
		001	MANTEN. Y REP. DE EDIFICACIONES				2.000.000		
		002	MANTEN. Y REP. DE VEHICULOS				5.000.000		
		005	MANTEN.Y REP. DE MAQUINARIA Y EQUIPOS DE OFICINA				700.000		
	08		SERVICIOS GENERALES			23.000.000			
		001	SERVICIOS DE ASEO				3.000.000		
		007	PASAJES, FLETES Y BODEGAJE				20.000.000		
	09		ARRIENDOS			13.500.000			
		002	ARRIENDO DE EDIFICIOS				5.000.000		
		003	ARRIENDO DE VEHICULOS				8.500.000		
	10		SERVICIOS FINANCIEROS Y DE SEGURO			10.000.000			
		002	PRIMAS Y GASTOS DE SEGUROS				10.000.000		
	11		SERVICIOS TÉCNICOS Y PROFESIONALES			50.500.000			
		001	ESTUDIOS E INVESTIGACIONES				0		
		002	CURSOS DE CAPACITACIÓN				500.000		
		099	OTROS SERVICIOS TÉCNICOS Y PROFESIONALES				50.000.000		

	12		OTROS GASTOS EN BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO			4.800.000			
		002	GASTOS MENORES				3.000.000		
		003	GASTOS DE REPRESENTACION, PROTOCOLO Y CEREMONIAL				1.500.000		
		004	INTERESES, MULTAS Y RECARGOS				300.000		
	29		ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS		4.000.000				
		01	TERRENOS				0		
		02	EDIFICIOS				0		
		03	VEHICULOS				0		
		04	MOBILIARIO Y OTROS				1.000.000		
		05	MAQUINAS Y EQUIPOS				2.000.000		
		001	MAQUINAS Y EQUIPOS DE OFICINA				1.000.000		
		002	MAQUINARIAS Y EQUIPOS PARA LA PRODUCCION				500.000		
		999	OTRAS				500.000		
		06	EQUIPOS INFORMATIVOS				1.000.000		
		001	EQUIPOS COMPUTACIONALES Y PERIFERICOS				1.000.000		
	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				


  
**Cestam**
  
 Centro de Salud Familiar Algarrobo

## • **Financiamiento**

### Ingresos por recaudación

<b>PRESTACIONES</b>	<b>VALOR</b>
CONSULTA MEDICA CESFAM 08 <sup>oo</sup> A 20 <sup>oo</sup>	\$20000.-
CONSULTA MEDICA SAPU	\$20000.-
CONSULTA DENTAL URGENCIA	\$20000.-
CONSULTA OTRO PROFESIONAL	\$20000.-

<b>PROCEDIMIENTOS CLINICOS SAPU</b>	<b>VALOR</b>
CURACION SIMPLE	\$7.000
CURACION MEDIANA	\$10.000
CURACION COMPLEJA	\$15.000
CURACION AVANZADA C/HIDROCOLOIDES O APOSITOS ESPECIALES	\$20.000
CURACION QUEMADURA SIMPLE	\$7.000
CURACION QUEMADURA EXTENSA O COMPLEJA	\$15.000
TAPONAMIENTO NASAL POSTERIOR	\$10.000
TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR	\$5.000
INMOBILIZACION FERULA DIGITAL	\$5.000
INMOBILIZACION YESO	\$15.000
PUNCION VENOSA O ARTERIAL	\$7.000
PUNCION INTRAMUSCULAR	\$5.000
VENDAJE SIMPLE	\$7.000
TOMA PRESION ARTERIAL	\$3.000
EXTRACCION DE PUNTOS < 10 CMS	\$7.000
RETIRO DE YESO	\$5.000
INSTALACION DE VIA(no incluye suero)	\$7.000
GLICEMIA CAPILAR O HEMOGLUCOTEST	\$5.000
APLICACIÓN EXAMEN UROTEST	\$5.000
OXIGENOTERAPIA <30 MINUTOS	\$8.000
OXIGENOTERAPIA >30 MINUTOS	\$10.000
NEBULIZACION 3 procesos s/ medicamentos	\$12.000
COLOCACION DE SONDA FOLEY C/REC	\$20.000
RETIRO SONDA FOLEY	\$5.000
LAVADO DE OIDOS	\$8.000
LAVADO GASTRICO	\$20.000
LAVADO OCULAR Y SELLO	\$7.000
INSTALACION SONDA NASOGRASTICA	\$12.000
EXTRACCION SONDA NASOGASTRICA	\$5.000
ELECTROCARDIOGRAMA DE URGENCIA	\$10.000
MONITOREO CARDIO RESPIRATORIO	\$10.000

<b>ATENCION DENTAL</b>	<b>VALOR</b>
OBTURACION SIMPLE DE AMALGAMA	\$40.000
OBTURACION COMPUESTA DE AMALGAMA	\$50.000
OBTURACION SIMPLE COMPOSITE	\$55.000
OBTURACION COMPUESTA COMPOSITE	\$60.000
DESTARTRAJE SUPRAGINGIVAL Y PROFILAXIS	\$25.000
PULPOTOMIA	\$25.000
EXODONCIA DIENTES TEMPORALES	\$30.000
EXODONCIA SIMPLE	\$35.000
EXODONCIA COLGAJO O COMPLICADA	\$45.000

<b>MEDICAMENTOS INYECTABLES</b>	<b>VALOR</b>
EPINEFRINA	\$3.000
ATROPINA	\$3.000
FLUMAZENIL	\$4.000
BETAMETASONA(CIDOTEN)	\$3.000
BENCILPENICILINA	\$2.500
BENZATINA BENCILPELICILINA	\$2.500
CLOXACILINA	\$3.000
HIDROCORTIZONA(SUCCINATO)	\$4.000
ACIDO TRANEXAMICO	\$5.000
FITOMENODIONA	\$5.000
PROPANOLOL	\$4.000
AMIORADONA	\$4.000
LANATOSIDO C	\$4.000
LIDOCAINA	\$2.000
SUXAMETORIO CLORURO	\$5.000
DICLOFENACO SODICO	\$2.000
CLONIXINATO DE LISINA	\$4.000
METAMIZOL	\$2.000
TRAMADOL	\$5.000
VIADIL COMP	\$4.000
KETOPROFENO	\$5.000
NEFERSIL	\$5.000
CLORFENAMINA	\$2.000
GENTAMICINA	\$3.000
VERAPAMILO	\$5.000
FUROSEMIDA	\$3.000
GLUCAGON	\$5.000
INSULINA HUMANA CRISTALINA	\$4.000
RANITIDINA	\$2.000
METOCLOPRAMIDA	\$3.000
TIELTILPERAZINA	\$4.000
PARGEVERINA	\$3.000
CLORPROMAZINA(CLORHIDRATO)	\$2.000
HALOPERIDOL	\$5.000
LORAZEPAM	\$3.000

MIDOZOLAM	\$3.000
AMINOFILINA	\$4.000
CALCIO(GLUCONATO)	\$4.000
MAGNESIO(SULFATO)	\$4.000
POTASIO CLORURO	\$2.000
BICARBONATO DE SODIO	\$2.000
CLORURO DE SODIO	\$2.000
TIAMINA	\$3.000
AGUA DESTILADA	\$1.000
MEDICAMENTOS EN COMPRIMIDOS, GOTAS Y SUPOSITORIOS POR CADA APLICACIÓN	\$1.000

MEDICAMENTOS NO INYECTABLES NO INCLUIDOS	VALOR	
PROPINIXATO GOTAS	\$800	
SALBUTAMOL-DOSIS SOL P/NEBULIZACION		
IPATROPIO SOL. PARA NEBULIZACION		
ACICLOVIR COMP		
OSELTAMIVIR CAPSULA		
ZANAMIVIR SUSP. ORAL		
PROPARACAINA GTS. OFTAL. POR APLICACIÓN		
ASPIRINA(ac. Acetilisalicinico) COMP.		
PARACETAMOL COMP. O SUPOSITORIO		
PREDNISONA COMP		
CARBON ACTIVO SUSP. ORAL		
AMOXACILINA SUSP. ORAL		
AMOXACILINA/Ac. CLAVULANICO SUSP. ORAL.		
AMOXACILINA/Ac. CLAVULANICO COMP.		
CLARITROMICINA SUSP. ORAL		
CLARITROMICINA COMP.		
AZITROMICINA COMP.		
ERITROMICINA SUSP. ORAL		
ERITROMICINA COMP.		
COTRIMOXAZOL SUSP. ORAL		
COTRIMOXAZOL COMP.		
NITROFURANTOINA COMP.		
GENTAMICINA GOTAS		
GENTAMICINA UNGÜENTO		
NITROGLICERINA COMP.		
LEVONORGESTREL COMP.		\$1.000
VASELINA LIQUIDA		
SALES REHIDRATANTES		
CAOTOPRIL COMP.		
ENALAPRIL COMP.		

<b>SUEROS EN MATRACES</b>	<b>VALORES</b>
CLORURO DE SODIO	\$6.000
SOL. RINGER LACTATO	\$1.000
GLUCOSA	\$8.000
GUCOSA+SODIO CLORURO	\$8.000

<b>TRASLADOS EN AMBULANCIA</b>	<b>VALORES</b>
ALGARROBO A SAN ANTONIO	\$40.000
ALGARROBO A VALPARAISO	\$100.000
ALGARROBO A SANTIAGO	\$180.000
SAN ANTONIO A SANTIAGO	\$150.000
SAN ANTONIO A VALPARAISO	\$120.000
VALPARAISO A SANTIAGO	\$150.000
TRASLADO LOCAL/COMUNAL	\$ 10.000





## 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)

CASEN 2017 Algarrobo 2017. Plan de salud 2018. Chile

CESFAM Algarrobo 2017. Plan de salud 2018. Chile

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](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/estimacion_pobreza_ingreso_multidimensional_comunal.pdf) (Octubre de 2017)

Instituto Nacional de estadística. CENSO 2017. Microdatos [https://redatamine.ine.cl/redbin/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=CENSO\\_2017&lang=esp](https://redatamine.ine.cl/redbin/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=CENSO_2017&lang=esp)

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](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](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.avislata.com/modulos/gestion/gestion.cfm?CFID=12722217&CFTOKEN=59856483](http://www.observatoriourbano.cl/indurb/indicadores.asp?id_user=&id_indicador=88&idComCiu=1http://rssvsa.avislata.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 2018. Plan de Educación Comunal. Disponible en (<http://www.municipalidadalgarrobo.cl/transparencia2/2018/municipal/PADEM%202018.pdf>)

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)

Observatorio Ministerio de desarrollo social 2018. Base de datos Encuesta CASEN 2017. Disponible en <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/basedatos.php>

Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo. Chile. En Sistema de Información Municipal. Disponible en <http://datos.sinim.gov.cl/>

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

[https://www.paho.org/chi/index.php?option=com\\_content&view=article&id=956:nuevo-informe-salud-en-las-americas-2017-de-la-ops-en-chile-la-esperanza-de-vida-al-nacer-es-de-80-anos-para-los-hombres-y-85-anos-para-las-mujeres&Itemid=1005](https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=956:nuevo-informe-salud-en-las-americas-2017-de-la-ops-en-chile-la-esperanza-de-vida-al-nacer-es-de-80-anos-para-los-hombres-y-85-anos-para-las-mujeres&Itemid=1005)

Centro de Salud Familiar Algarrobo