



SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA
HOSPITAL DR. LEONARDO GUZMAN DE ANTOFAGASTA
SUBDIRECCION GESTION Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS
PUL/BOR/RGR/RIP/

CIRCULAR N° 054

MAT.: COMPLEMENTA CIRCULAR N°22 SOBRE
SOLICITUD JORNADAS DE
AUTOCUIDADO.

ANTOFAGASTA, 05 MAY 2025

A : JEFES Y/O SUPERVISORES DE UNIDADES CLINICAS, ADMINISTRATIVAS Y DE APOYO.
DE : DIRECTOR, HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA.

Por medio del presente y con la finalidad de continuar desarrollando estrategias de cuidado y resguardo de la salud mental, que permitan prevenir la ocurrencia de problemas y/o trastornos en funcionarios(as), la dirección del establecimiento determino autorizar para el segundo semestre del presente año, la realización de una segunda jornada de autocuidado de equipos, sin que esto interrumpa la continuidad del servicio y velando en todo momento por el cumplimiento de nuestras funciones.

Para hacer efectiva esta jornada, se mantendrá lo instruido en la Circular N°22, la cual indicaba que cada unidad o servicio deberá cumplir con las siguientes condiciones:

- Presentar a la dirección del establecimiento, **proyecto de autocuidado**, el cual deberá estar visado por jefatura directa de la unidad y/o servicio, además de la subdirección correspondiente. Para este fin se adjunta formato de proyecto, el cual debe indicar propuesta de trabajo, actividades, participantes, lugar y fecha de ejecución.
- Se autorizará una segunda jornada entre los meses de julio - diciembre, **en media jornada de trabajo**. En caso de que, por continuidad de servicios, nos sea factible dentro de la jornada de trabajo, el tiempo invertido será devuelto en horas compensatorias, cumpliendo con los respaldos que se indican.
- Posterior a la autorización por parte de la dirección del establecimiento, el Dpto. Administración del Personal, dictará los actos administrativos por participación y asistencia a la actividad. Sobre este punto, se deja establecido que **los funcionarios/as no podrán participar en más de una jornada de autocuidado**, en caso de depender o cumplir funciones en más de una unidad o servicio.
- Una vez realizada la jornada de autocuidado, se deberá emitir un informe de ejecución o cierre de actividad, según formato adjunto, incorporando verificadores como registro fotográfico. Este informe deberá ser remitido a la dirección del establecimiento con copia al Dpto. Calidad de Vida Laboral, para este efecto las unidades o servicios que hayan desarrollado una jornada de autocuidado en el primer semestre **y no hayan cumplido con el debido reporte**, no se le autorizará la realización de otra actividad durante el segundo semestre.

Estas jornadas de autocuidado cobran especial sentido, ya que para esta autoridad es preciso favorecer la generación de espacios, para que los integrantes de los equipos de trabajo, cuenten con una instancia de bienestar físico y mental, que inevitablemente impactará favorablemente en la atención que brindamos a nuestros usuarios y usuarias.

Sin otro particular, atte.



PEDRO USEDLO LOPEZ
DIRECTOR (S)

HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA

DISTRIBUCION:

- **La Indicada.**
- Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas.
- Depto. Administración de Personal.
- Dpto. Calidad de Vida Laboral



SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA
HOSPITAL DR. LEONARDO GUZMAN DE ANTOFAGASTA
SUBDIRECCION GESTION Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS

PROYECTO JORNADA DE AUTOCUIDADO DE EQUIPOS DE TRABAJO

1.- Nombre Unidad/Servicio/Departamento:

1.- Nombre Actividad

2.- Fundamento Actividad

3.- Objetivo Actividad

4.- Programa

| JORNADA | ACTIVIDADES DESARROLLAR | A | FECHA EJECUCION | LUGAR EJECUCIÓN |
|------------------|----------------------------|---|-----------------|-----------------|
| Segundo Semestre | | | | |

5.- Participantes

| NOMBRES APELLIDOS | RUN | ESTAMENTO |
|-------------------|-----|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |



SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA
HOSPITAL DR. LEONARDO GUZMAN DE ANTOFAGASTA
SUBDIRECCION GESTION Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS

INFORME EJECUCION JORNADA DE AUTOCUIDADO

1.- Nombre Unidad/Servicio/Departamento:

1.- Nombre Actividad:

4.- Programa Ejecutado:

| JORNADA | ACTIVIDADES DESARROLLADAS (Detallar actividades realizadas) | FECHA EJECUCION | LUGAR EJECUCIÓN |
|---------|--|-----------------|-----------------|
| | | | |

5.- Medios de Verificación: (Registro fotográfico)

6.- Participantes Actividad:

| NOMBRES y APELLIDOS | RUN | ESTAMENTO |
|---------------------|-----|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

NOTA: Se solicita remitir fotografías de las actividades realizadas al siguiente correo electrónico:
roxana.ibacache.p@redsalud.gob.cl