



Plan de Salud 2013





INTRODUCCION

Bajo el alero de la Dirección de Salud de Renca, se encuentran 4 Centros de Salud, 3 Servicios de Urgencia de atención Primaria y 3 Centros de Salud Mental, los que se encuentran bajo la Dependencia de la Corporación Municipal de Renca, cuya Secretaria General (I) es la Sra. Virginia Pizarro Le Roy.

La Dirección de Salud, es la Encargada de operacionalizar y entregar las directrices emanadas desde la primera Autoridad de la Comuna, Dra. Vicky Barahona Kunstmann, cuya gestión se encuentra orientada a entregar servicios de calidad en la atención clínica, asistencial y de satisfacción al usuario, Además de responder a los requerimientos de la realidad social, demográfica y epidemiológica actual.

El equipo de Profesionales, técnicos, auxiliares y administrativos de la Dirección de Salud de La Corporación Municipal de Renca ha desarrollado un trabajo mancomunado para responder a los requerimientos de gestión entregados por la Sra. Alcaldes Dra. Vicky Barahona Kunstmann, quien a través de una política de desarrollo comunal ha generado estrategias para entregar calidad de vida y niveles de satisfacción a su población, motivo por el cual este documento se orienta a plasmar como propósito esencial entregar atención de salud a las familias de la comuna de Renca, con el objeto de que hombres, mujeres, adultos mayores, jóvenes y niños puedan disponer de bienestar y de crecientes niveles de vida. En el desarrollo de esta labor, debe destacarse el concurso de la comunidad organizada, a través del Consejo de Desarrollo Local que con un accionar desinteresado y motivado por el desarrollo comunal quienes han contribuido a identificar y concordar nuestros afanes con las necesidades, expectativas y requerimientos de las familias usuarias. Asimismo no se puede dejar de mencionar el importante rol gestor de la Sra. Alcaldesa, quien bajo una marcada inspiración social está permanentemente preocupada del cumplimiento de los lineamientos y políticas por ella impulsada y la calidad de la atención y trato al usuario, concretando para ello en el año 2012 un aporte de 900 millones, monto que ha permitido sostener la prestación de servicios al suplir el déficit que genera un monto per cápita inferior a lo que se requiere en la realidad.

Para el cumplimiento del rol de actor esencial en la salud óptima de los renquinos se ha elaborado un Plan de Salud, de acuerdo a las exigencias y normativa vigente. Este Plan de Salud tiene como principal propósito avanzar en la consolidación del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario de manera tal de poner a disposición de las familias de Renca todas las potencialidades de administrar y proporcionar salud a los beneficiarios de la red pública de esta comuna.

Para lo anterior este Plan de Salud ha surgido del trabajo coordinado y conjunto de Directivos, funcionarios y comunidad, realizándose una jornada de 5 días para la planificación en conjunto, el cual definió la orientación y gestión a desarrollar durante el año 2013 para la optimización del uso de los recursos humanos, tecnológicos y financieros y la aplicación de las estrategias trazadoras planteadas en las orientaciones programáticas

El Plan de Salud es una herramienta de gestión que contiene elementos diagnósticos de contexto local y su comportamiento en relación a la región y país según corresponda. Se incluyen varias perspectivas como aspectos demográficos, estadísticas vitales, el estado de salud de los habitantes de la comuna, determinantes sociales de la salud, descripción de los recursos comunales tanto financieros como de RRHH disponibles para atender a la población inscrita y algunos contenidos de participación comunitaria que permiten avanzar sobre bases sólidas en el diagnóstico participativo de salud.

Este documento no solo tiene el objetivo de responder a un requerimiento legal, sino también en constituirse en una herramienta de consulta y análisis de sus equipos a fin de contar con elementos objetivos para una discusión y desarrollo crítico, sustentable y real del área. En ese entendido la atención primaria en salud, entrega constantes desafíos a la gestión municipal, estableciéndose procesos de sinergia para que esta se transforme en una instancia de planificación comunal, que a mediano y largo plazo tendrá efecto en la población de salud.

Por último mencionar que un desafío aún en evolución es una red comunal más efectiva para que los recursos lleguen a quienes tienen que llegar, ofrecer respuestas o intervenciones en forma oportuna, desarrollar más aún herramientas útiles que apoyen estas tareas como la tecnología en la información en salud u otras. A su vez la red local

debe enlazarse con otras redes de salud para la resolución de situaciones más complejas, concretándose una dinámica y una sinergia permanente en cada uno de los actores de la red.

PROPUESTA DOTACION DE SALUD PARA EL AÑO 2013
Dotación de Salud para el año 2013

CARGO	DOTACION	
	HORAS	CARGOS
DIRECTOR	176	4
MEDICO	1892	43
ODONTOLOGO	968	22
ENFERMERA	748	17
MATRONA	968	22
NUTRICIONISTA	440	10
KINESIOLOGO	638	14.5
ASISTENTE SOCIAL	594	13.5
PSICOLOGO	638	14.5
EDUCADORA DE PARVULOS	264	6
TECNICO DE NIVEL SUPERIOR	3080	70
ADMINISTRATIVOS	2948	67
AUXILIAR PARAMEDICOS	2112	48
OTROS	704	16
TOTAL	16170	367,5

La propuesta en cuestión, continúa en los lineamientos estratégicos definidos por la primera autoridad comunal, en cuanto a proveer servicios oportunos y de calidad a la población de la comuna.



PRESUPUESTO AREA "SALUD 2013"

INGRESOS M\$

SUB TITULO	ITEM	ASIGNACION	SUB ASIGNACION	DENOMINACION	PPTO
05				TRANSFERENCIAS CORRIENTES	7.620.000
05	01			DEL SECTOR PRIVADO	
05	03			DE OTRAS ENTIDADES PUBLICAS	7.620.000
05	03	002		De la Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo	60.000
05	03	006		Del Servicio de Salud	6.060.000
05	03	006	001	Atención Primaria Ley N° 19.378 Art. 49	4.860.000
05	03	006	002	Aportes Afectados	1.200.000
05	03	101		De la Municipalidad a Servicios Incorporados a su Gestión	1.500.000
07				INGRESOS DE OPERACIÓN	30.000
07	02			VENTA DE SERVICIOS	30.000
					-
08				OTROS INGRESOS CORRIENTES	135.000
08	01			RECUPERACIONES Y REEMBOLSOS POR LICENCIAS MEDICAS	135.000
08	01	002		Recuperaciones Art. 12 Ley N° 18.196	135.000
15				SALDO INICIAL DE CAJA	15.000
				TOTAL INGRESOS.....M\$	7.800.000



PRESUPUESTO AREA "SALUD 2013"

GASTOS M\$

SUB TITULO	ITEM	ASIGNACION	SUB ASIG.	SUB SUB ASIG.	DENOMINACION	TOTAL
21					GASTOS EN PERSONAL	4.951.000
21	01				PERSONAL DE PLANTA	2.400.000
21	02				PERSONAL A CONTRATA	1.800.000
21	03				OTRAS REMUNERACIONES	751.000
21	03	001			Honorarios a Suma Alzada - Personas Naturales	600.000
21	03	005			Suplencias y Reemplazos	55.000
21	03	999			Otras	96.000
22					BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	2.383.000
22	01				ALIMENTOS Y BEBIDAS	36.000
22	01	001			Para Personas	36.000
22	03				COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	10.000
22	03	003			Para Calefacción	10.000
22	04				MATERIALES DE USO O CONSUMO	1.205.000
22	04	001			Materiales de Oficina	35.000
22	04	004			Productos Farmacéuticos	650.000
22	04	005			Materiales y Utiles Quirúrgicos	120.000
22	04	999			Otros	400.000
22	05				SERVICIOS BASICOS	171.000
22	05	001			Electricidad	65.000
22	05	002			Agua	35.000
22	05	003			Gas	25.000
22	05	004			Correo	1.000
22	05	005			Telefonía Fija	45.000
22	06				MANTENIMIENTO Y REPARACIONES	265.000
22	06	001			Mantenimiento y Reparación de Edificaciones	240.000
22	06	006			Mantenimiento y Reparación de Otras Maquinarias y Equipos	25.000
22	07				PUBLICIDAD Y DIFUSION	15.000
22	07	002			Servicios de Impresión	15.000
22	08				SERVICIOS GENERALES	275.000
22	08	001			Servicios de Aseo	270.000
22	08	008			Salas Cunas y/o Jardines Infantiles	5.000
22	09				ARRIENDOS	191.000
22	09	002			Arriendo de Edificios	11.000
22	09	003			Arriendo de Vehiculos	180.000
22	10				SERVICIOS FINANCIEROS Y DE SEGUROS	20.000
22	10	002			Primas y Gastos de Seguros	20.000
22	11				SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES	195.000
22	11	002			Cursos de Capacitación	100.000
22	11	003			Servicios Informáticos	95.000
24					TRANSFERENCIAS CORRIENTES	316.000
24	01				AL SECTOR PRIVADO	316.000
34					SERVICIO DE LA DEUDA	150.000
34	07				DEUDA FLOTANTE	150.000
35					SALDO FINAL DE CAJA	-
					TOTAL GASTOSM\$	7.800.000

**ANTECEDENTES GENERALES DEL AREA SALUD
CORPORACION MUNICIPAL DE SALUD Y EDUCACION DE RENCA**

ALCALDESA	DRA. VICKY BARAHONA KUNSTMANN
DIRECCION	BLANCO ENCALADA 1335
TELEFONO	(2) 6856600 – 6856602
FAX	(2) 685600
WEB	WWW.RENCA.CL
EMAIL	ALCALDIA@RENCA.CL

SECRETARIA GENERAL (I) Y DIRECTORA DE SALUD	SRA. VIRGINIA PIZARRO LE ROY ENFERMERA
DIRECCION	BLANCO ENCALADA 1335
TELEFONO	(2) 6856600 - 3523802
FAX	(2) 6412828
WEB	WWW.CORMUREN.CL
EMAIL	SGENERAL@CORMUREN.CL

DISPOSITIVOS DE SALUD RED LOCAL

CENTRO DE SALUD RENCA

DIRECTOR (S)	Dra. Deysi Sánchez Zavaleta
DIRECCIÓN	Balmaceda 4420
FONO	6419289
FONO FAX	6410231

CENTRO DE SALUD DR. HERNÁN URZÚA MERINO

DIRECTOR (S)	Sra. Marina Cornejo León. Matrona
DIRECCIÓN	Total Bajo 1011
FONO	6421400
FONO FAX	7674750

CENTRO DE SALUD HUAMACHUCO

DIRECTOR (S)		Sra. Mariluz Aguilar Enfermera
DIRECCIÓN		Los Tulipanes 2465. Huamachuco II
FONO SALUD		6411020
FONO FAX		6463611

CENTRO DE SALUD FAMILIAR DEL BICENTENARIO

DIRECTOR (S)		Dr. Luis Japaz Lucio. Odontólogo
DIRECCIÓN		Av. Brasil 8005
FONO CELULAR		6425842-6425579

CENTRO DE SALUD MENTAL "PORTAL DE LA ALEGRÍA"

DIRECTOR		Dr. Nelson Cuturrufo Aracena Psiquiatra
DIRECCIÓN		Av. Brasil 8005
FONO CELULAR		6425492

CENTRO DE ATENCION PROGRAMA DE REHABILITACION INTENSIVO DE ALCOHOL Y DROGAS

COORDINADOR		Srta. Alicia Veloso. Psicólogo
DIRECCIÓN		Angamos 1641
FONO FAX		6469877

CENTRO DE SALUD MENTAL ADOLESCENTE

COORDINADOR		Sra. Magaly Carrasco Martínez. Psicólogo
DIRECCIÓN		Los Aromos 3330
FONO FAX		6419308

SERVICIO DE URGENCIA SAPU 24 HRS.

COORDINACIÓN		Dr. Miguel Castro Nogales Médico
DIRECCIÓN		Balmaceda 4012
FONO FAX		6415830

SERVICIO DE URGENCIA SAPU CENTRO DE SALUD HUAMACHUCO

COORDINACION ADMINISTRATIVA		Sra. Mariluz Aguilar Enfermera
DIRECCIÓN		Los Tulipanes 2466
FONO FAX		6467370

SERVICIO DE URGENCIA SAPU CENTRO DE SALUD DEL BICENTENARIO

COORDINACION ADMINISTRATIVA		Dr. Luis Japaz Lucio
DIRECCIÓN		Av. Brasil 8005
FONO CELULAR		61932858 - 6425579

UNIDAD DE TOMA DE MUESTRAS

COORDINACIÓN		Sr. Renato Estay Cabrera Matrón
DIRECCIÓN		Balmaceda 4012
FONO FAX		6415565

Diagnóstico salud epidemiológico



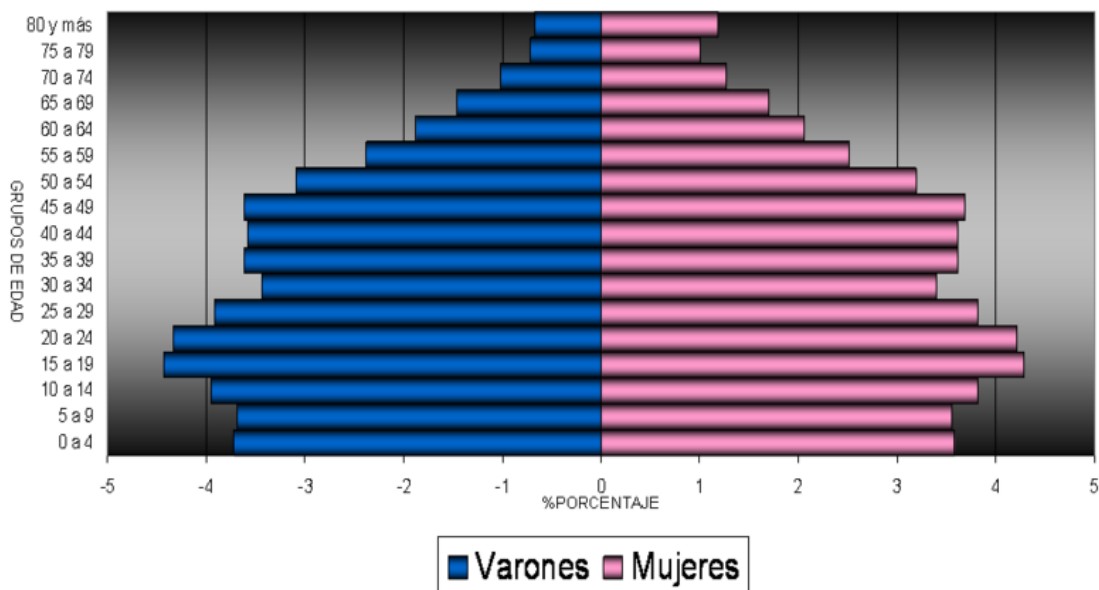
INDICADORES GENERALES DE SALUD A NIVEL NACIONAL

Indicador	Número	Valor Relativo	Fuente	Año
Población	17.094.270			2010
Hombres	8.461.322		1	2010
Mujeres	8.632.948		1	2010
Tasa global de fecundidad (hijos por mujer)		1,90	2	2008
Nacidos vivos y natalidad (por 1.000 habts.)	248.366	14,82	2	2008
Atención profesional del parto (%)	246.186	99,84	2	2008
Nacidos vivos con bajo peso al nacer (%)	14.612	5,93	2	2008
Nacidos vivos de madres menores de 20 años de edad (%)	40.927	16,60	2	2008
Años de vida potencial perdidos (AVPP) (por 1.000 personas residentes)	1.254.056	76,13	2	2008
Defunciones totales y mortalidad general (por 1.000 habts.)	90.168	5,38	2	2008
Defunciones de menores de 1 año y mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)	1.948	7,84	2	2007
Tasas de mortalidad (por 100.000 habts.):				
Ambos sexos de 20 a 44 años	7.212	114,32	2	2007
Hombres	5.219	164,71	2	2007
Mujeres	1.993	63,47	2	2007
Ambos sexos de 45 a 64 años	18.617	536,96	2	2007
Hombres	11.647	688,13	2	2007
Mujeres	6.970	392,77	2	2007
Cobertura de Inmunizaciones (%):				
BCG (Recién nacido)		99,14	3	2008
Pentavalente (3ra. dosis)		94,93	3	2008
Trivírica (12 meses)		91,92	3	2008

1. Estructura de la Población por Edad y Sexo

Como ya se ha mencionado la evolución de los fenómenos demográficos en el país ha tenido consecuencias en la distribución de la población por edades. El aumento de la esperanza de vida a expensas De la disminución de la mortalidad¹ que ha llevado a la población chilena a que la esperanza de vida en las mujeres sobrepase los 81 años y en los hombres los 75 (período 2004-2006), lo que evidencia la feminización del proceso de envejecimiento en Chile.

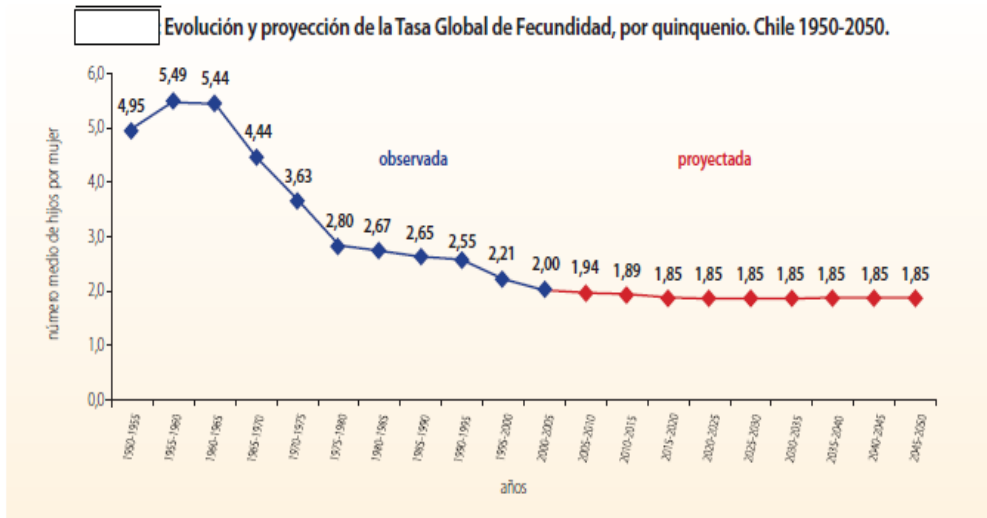
PIRÁMIDE POBLACIONAL – CHILE PROYECCIÓN AÑO 2010



FUENTE: I.N.E.

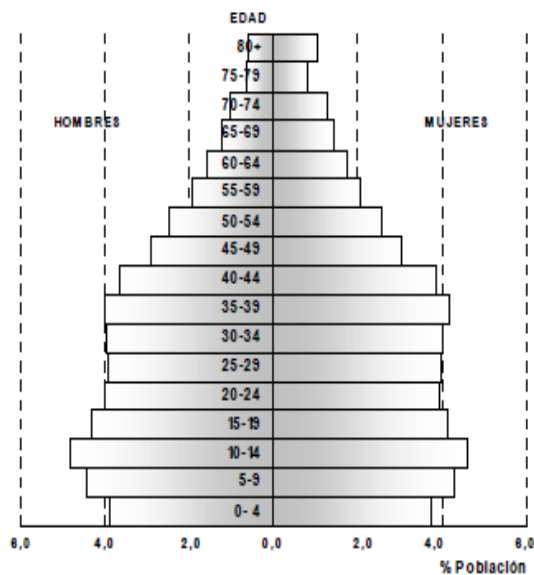
¹ Registro De Defunciones DEIS-MINSAL

CHILE: Distribución porcentual de la población por sexo,

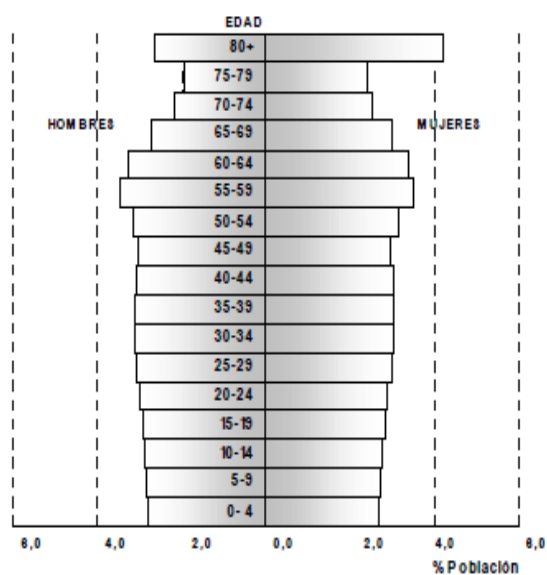


Según grupos quinquenales de edad. Censo 2002 y estimada al 2050

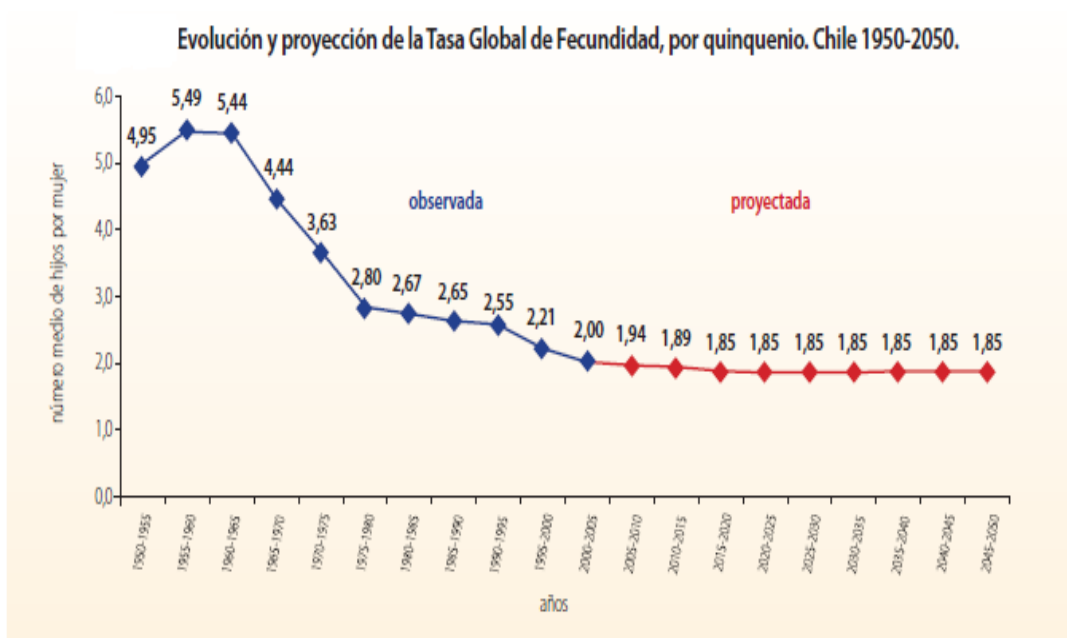
Censo 2002



Proyección 2050



2. **Fecundidad.:** Desde la segunda mitad del siglo XX la fecundidad ha sufrido importantes transformaciones. Entre 1950 y 1965 aproximadamente, la fecundidad aumentó de 5 a 5,4 hijos promedio por mujer. Sin embargo a partir de ese momento sufre una significativa baja, y hacia 1980 el promedio de hijos sólo alcanza a 2,7 por mujer. Posteriormente esta baja sostenida fue mas lenta, alcanzando a inicios del este decenio un 1,9, lo que corresponde a un valor nivel de reemplazo de la población, ésta tendencia se mantendría, según las proyecciones hacia mediados del siglo presente.



TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD POR GRUPOS DE EDAD 1950-2002

AÑO	15 a 19 años	20 a 24 Años	25 a 29 años	30 a 34 años	35 a 39 años	40 a 44 años	45 a 49 años
1950	72,7	195,4	197,8	161,3	131,1	55,8	16,9
1979	60,0	143,0	125,0	87,0	49,0	19,0	3,0
1988	60,9	142,1	138,1	96,6	51,9	14,2	2,0
1998	65,4	105,8	108,1	85,4	48,7	13,2	0,8
1999	63,2	99,8	106,4	84,0	48,5	13,1	0,7
2000	62,4	96,7	106,0	83,0	49,0	13,0	0,8
2001	60,2	93,5	103,4	83,7	49,8	13,7	0,8
2002	57,3	92,0	99,0	88,3	49,0	10,0	1,0
2003	54,7	94,0	100,6	88,6	51,7	14,9	0,8

FUENTE: INE. Anuarios de Estadísticas Vitales. Años respectivos.

(1) Tasa por mil mujeres

3. Mortalidad

La mortalidad en Chile inició su descenso durante la primera mitad del siglo XX, no obstante, los cambios más importantes se producen desde la década de 1950.

En el cuadro, se muestra la distribución porcentual de muertes según grupos de edad, observando una concentración progresiva de las defunciones en los grupos de mayor edad.

EVOLUCIÓN DE LAS DEFUNCIONES, SEGÚN GRANDES GRUPOS DE CAUSAS DE MUERTE. (número y porcentaje) 1960, 1989 Y 2004.

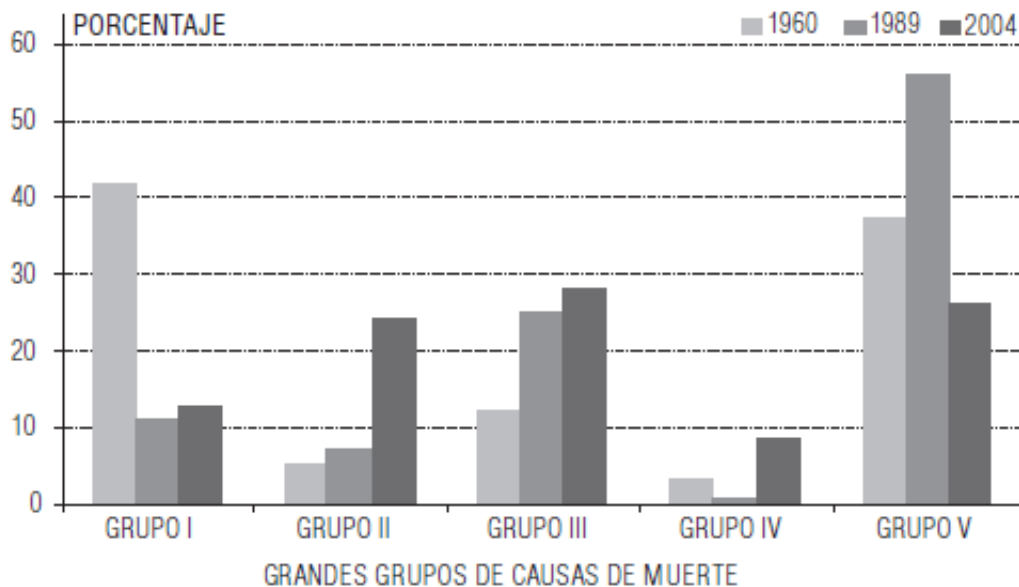
Grupos de causas de muerte	Defunciones			Porcentaje		
	1960	1989	2004	1960	1989	2004
País	95,486	75,453	86,138	100,00	100,00	100,00
Grupo I	39,901	8,322	11,012	41,79	11,03	12,78
Grupo II	4,921	5,325	20,773	5,15	7,06	24,12
Grupo III	11,781	18,851	24,268	12,34	24,98	28,17
Grupo IV	3,178	614	7,508	3,33	0,81	8,72
Grupo V	35,705	42,341	22,577	37,39	56,12	26,21

FUENTE: INE, Anuarios Estadísticas Vitales 1960, 1989 y 2004

Definición de grupos de causas de muerte.

Causas de muerte	
GRUPO I	Enfermedades infecciosas y parasitarias, enfermedades del aparato respiratorio, gripe, neumonía y bronquitis.
GRUPO II	Cáncer
GRUPO III	Enfermedades Cardiovasculares
GRUPO IV	Muertes Violentas
GRUPO V	Restantes causas de muerte.

Porcentaje de Defunciones según grupos de causas de Muerte. 1960, 1989, 2004



Fuente- INE. Anuario Estadístico Años 1960-1980-2004

Las modificaciones anteriormente expuestas en la mortalidad han provocado un incremento importante en el número medio de años por vivir, de los recién nacidos. Es así que a fines del siglo XX, la esperanza de vida al nacer era de 76 años, 5 décadas atrás, sólo alcanzaba a 55 años, lo que representa un 38% de aumento. Este aumento progresivo fue mucho más marcado hasta fines de los años 70, luego de lo cual se ralentiza.

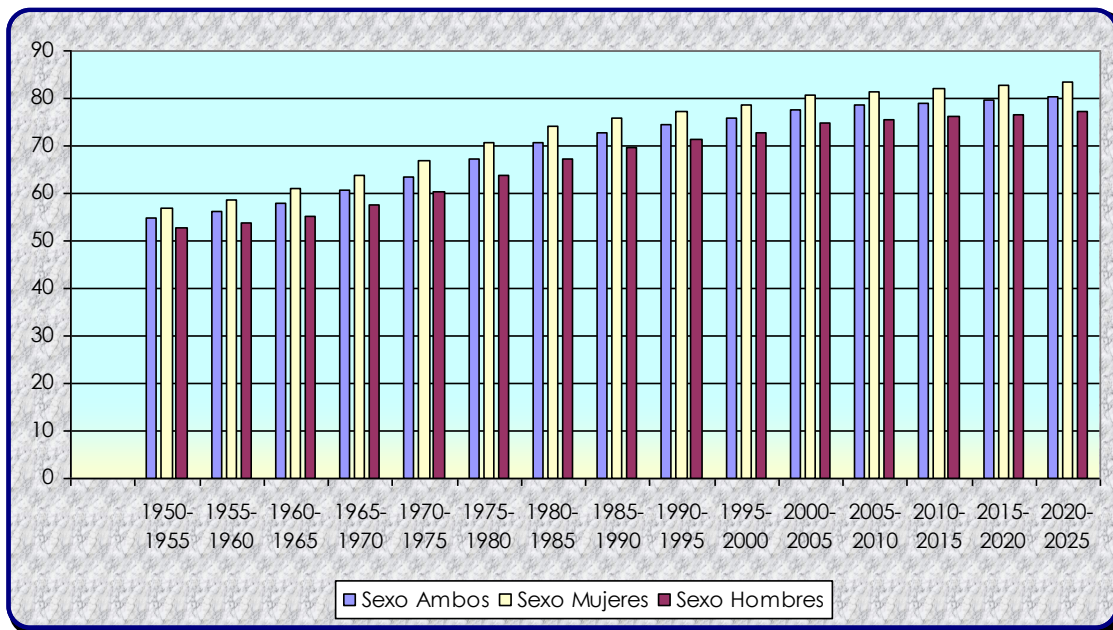
Esperanza de vida al Nacer en Años por período y Sexo

Chile 1950-2050

Periodo	Sexo		
	Ambos	Hombres	Mujeres
	Sexos		
1950-1955	54,8	52,91	56,77
1955-1960	56,2	53,81	58,69
1960-1965	58,05	55,27	60,95
1965-1970	60,64	57,64	63,75
1970-1975	63,57	60,46	66,8

1975-1980	67,19	63,94	70,57
1980-1985	70,7	67,38	74,16
1985-1990	72,68	69,59	75,89
1990-1995	74,34	71,45	77,35
1995-2000	75,71	72,75	78,78
2000-2005	77,74	74,8	80,8
2005-2010	78,45	75,49	81,53
2010-2015	79,1	76,12	82,2
2015-2020	79,68	76,68	82,81
2020-2025	80,21	77,19	83,36

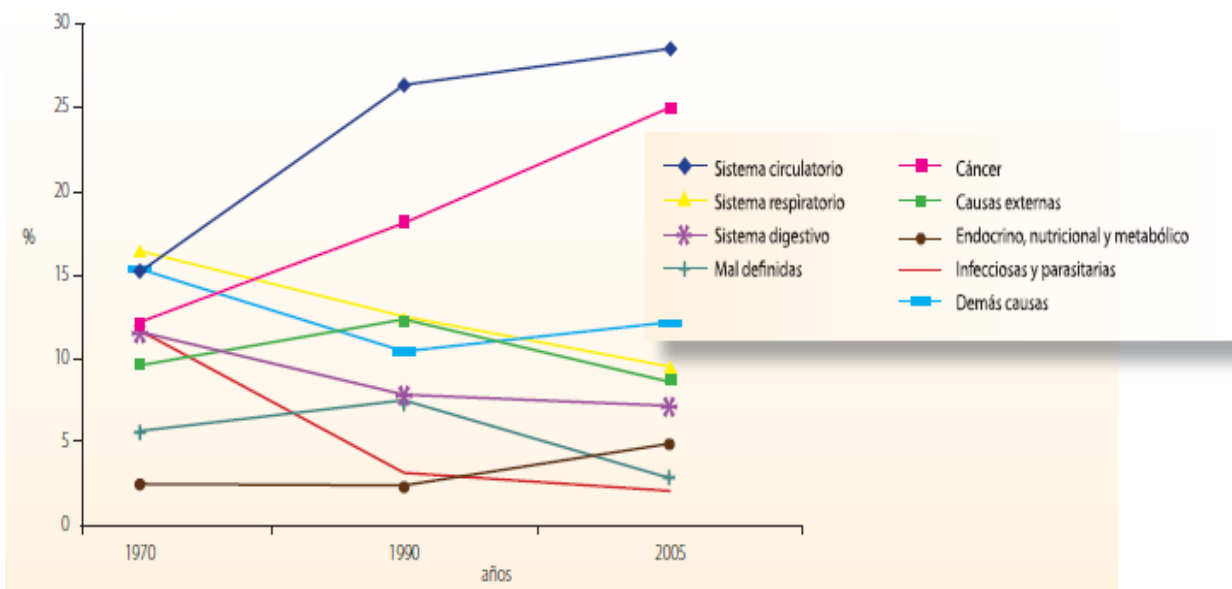
Fuente: INE, Proyecciones y Estimaciones de Población, total País 2004



Asimismo, el riesgo de muerte ha disminuido en todas las edades desde 1955, sin embargo, la disminución más significativa se ha registrado en los menores de 1 año, lo que también afecta la esperanza de vida.

Lo que lleva corrido del siglo XXI ha continuado el descenso general del riesgo de muerte, trayendo consigo un aumento del número medio de años que se espera viva la población de todas las edades, femenina y masculina.

Tendencias en la distribución porcentual de causas de muerte. Chile 1970, 1990 y 2005



4. MORTALIDAD

La transición demográfica se refiere a los cambios desde niveles altos a bajos de la mortalidad y de la fecundidad, experimentados en Chile y cuya consecuencia más inmediata es el cambio en la estructura por edad de la población, que influye en la disminución del porcentaje de población joven y el aumento de la concentración porcentual en las edades más avanzadas, que ocurre en un plazo mayor.

En un país donde la migración internacional no ha sido un factor demográfico importante, los cambios demográficos globales se explican en mayor medida por la evolución del crecimiento natural de la población (natalidad menos mortalidad).

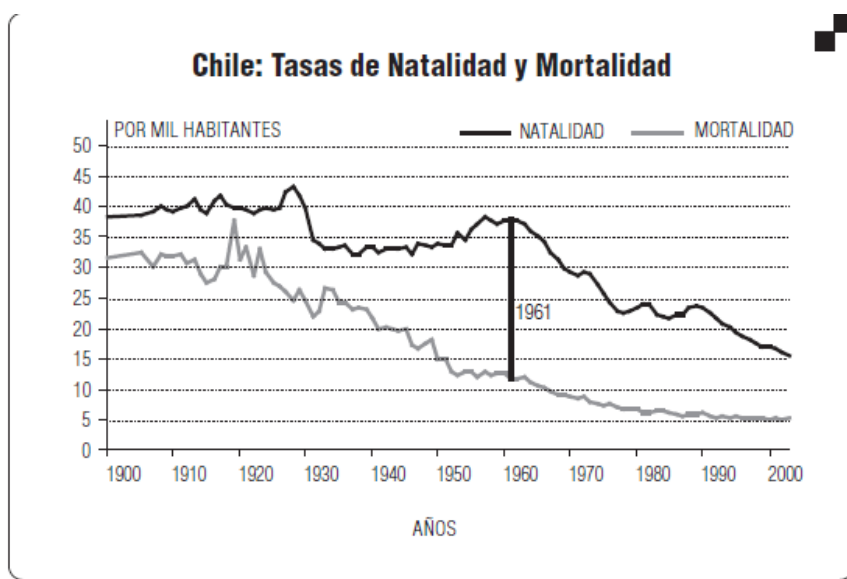
Durante el siglo XX y lo que se lleva del XXI, se produjeron dos cambios importantes en las tendencias demográficas: primero, desde los años 20 se produce un descenso en la tasa de mortalidad, y luego, en la década del 60, a este descenso se le suma una disminución en la tasa de natalidad, con que comienza la transición demográfica que

actualmente está en curso. En el siguiente gráfico se mostrará la evolución del crecimiento natural de la población, desde el año 1900.

Entre 1900 y 1930, la natalidad osciló alrededor de 40 nacimientos por cada mil personas y la mortalidad tuvo mayores oscilaciones, bajando a alrededor de 25 muertes por cada mil habitantes hacia 1930. El fuerte aumento de la mortalidad en 1918-1920 se debió a dos epidemias de influenza (Laval, 2003), que afectaron con mayor intensidad a las personas adultas, a aquellas en edades avanzadas y a los menores de 15 años. En 1920, por cada mil nacidos vivos, fallecían 256 niños antes de su primer cumpleaños. Un recién nacido en Chile en 1920 tenía una expectativa de vida de solo 31,5 años; de 32 si era mujer y de 31 si era hombre.

Después de 1961 hubo un sostenido descenso de la mortalidad y de la natalidad, esta última con oscilaciones en torno a 23 nacimientos por mil habitantes (años 80 y 90), para luego bajar hacia el 2004, a valores cercanos a 15 nacimientos por cada mil habitantes. En la actualidad la natalidad se mantiene baja, llegando, en el año 2001 a una cifra inferior a la necesaria para el reemplazo de la población (una tasa de fecundidad inferior a los 2,1 hijos por mujer).

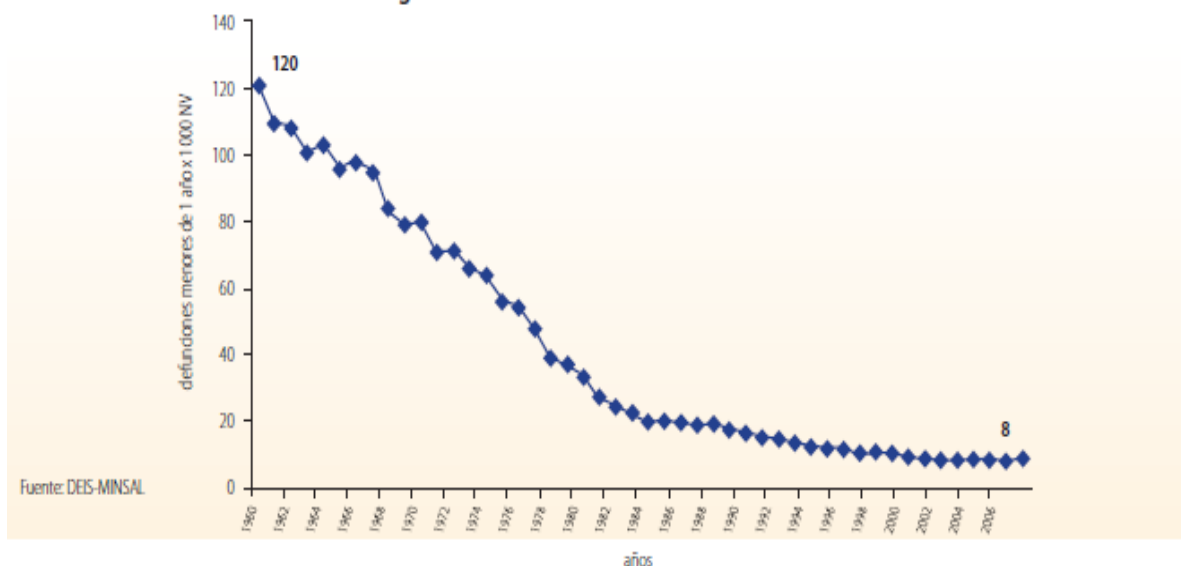
Esta evolución desde niveles altos a bajos de la mortalidad y de la natalidad que se produjo durante el siglo XX, da cuenta del proceso de transición demográfica avanzada en que se encuentra Chile en la actualidad en la región latinoamericana, junto a Argentina, Brasil, y Costa Rica (INE, 2007). Todo indica que esta tendencia se mantendrá, tal como lo señalan las proyecciones de población



Años	Ambos Sexos		Hombre		Mujer	
	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)
1990	78.434	6,0	43.626	6,7	34.808	5,2
1991	74.862	5,6	41.377	6,2	33.485	4,9
1992	74.090	5,4	40.267	6,0	33.823	4,9
1993	76.261	5,5	41.703	6,1	34.558	4,9
1994	75.445	5,3	41.463	5,9	33.982	4,8
1995	78.531	5,5	43.418	6,1	35.113	4,8
1996	79.123	5,4	43.799	6,1	35.324	4,8
1997	78.472	5,3	43.284	5,9	35.188	4,7
1998	80.257	5,4	43.695	5,9	36.562	4,8
1999	81.984	5,4	44.424	5,9	37.560	4,9
2000	78.814	5,1	42.970	5,6	35.844	4,6
2001	81.871	5,3	44.616	5,8	37.255	4,7
2002	81.080	5,1	44.346	5,7	36.734	4,6
2003	83.672	5,3	45.482	5,8	38.190	4,8
2004	86.138	5,4	46.549	5,8	39.589	4,9
2005	86.102	5,3	46.369	5,8	39.733	4,8
2006	85.639	5,2	45.987	5,7	39.652	4,8
2007	93.000	5,6	49.753	6,1	43.247	5,2
2008	90.168	5,4	48.588	5,9	41.580	4,9

Es importante destacar la evolución descendente de mortalidad infantil, se ha visto reflejada en los menores de 5 años, similar a lo que sucede con otros indicadores.

Fig. 8: Mortalidad infantil. Chile 1960 a 2007





Diagnóstico social



ANÁLISIS HISTÓRICO COMUNAL

El historiador Alberto Medina, afirma que las tierras de Renca, junto con las de Conchalí, fueron ampliamente y por muchos años disputadas entre españoles e indígenas. Estos últimos valiéndose de diversas argucias, cambiaron las situaciones de los españoles de fundar Santiago al lado norte del río Mapocho. Dicho lugar era considerado por los indios, como la tierra fértil y militarmente estratégico por contar con barreras de tipo natural para defenderse de los españoles; los cuales eran: el cerro de Renca, el cerro San Cristóbal y el río Mapocho.

Las tierras pertenecían al curaca (señor de la tierra), Quilacan, el que con su gente fue uno de los principales opositores a Pedro de Valdivia, participando en las huestes que el 11 de septiembre de 1541 destruyeron la nascente ciudad de Santiago a sangre y fuego.

Quilatan, junto a Batucura (llamado también Vitacura) fue de los jefes nativos que degolló Inés de Suárez en la en la infernal noche de la destrucción de Santiago.

Con el correr de los años, Valdivia, adjudicó partes de las tierras de Renca a varios de sus soldados, entre los primeros dueños se cuenta: Fernán Rojas y Hernando Vallejos. Posteriormente, en las actas del cabildo de Santiago, el escribano Luis Cartagena consignó que se le entregaron tierras de Renca a Ortiz Jerez; García Hernández; Rodrigo de Araya; Gaspar de Orense y otros más. Este reparto fue entre los años 1541 y 1547.

En los albores de la colonia, Renca ya era un lugar de agrado para los españoles y criollos adinerados. Las quintas y chacras proveían frutas y verduras de gran calidad y en mucha abundancia.

En las tierras de Renca se establecieron las primeras encomiendas, pero los españoles no tenían mucho interés en explotarla y sólo querían indios para buscar oro, pese a que los indios no se dejaban dominar, Inés de Suárez, mujer con mucha historia en esta región (la tradición índica que unos viejos olmos en la calle Balmaceda y Domingo

Santa María, fueron plantados por la española) contribuyó a su pacificación, a través de la evangelización, apoyada por los jesuitas, que se establecieron en Renca. Esta labor se vio realizada por la veneración que se hizo del "Señor crucificado", un tronco de espino con la exacta forma de Cristo en la cruz, que unos indígenas encontraron cerca de Quilpué.

En el lugar donde hoy funciona el actual edificio municipal, los colonizadores incásicos habían establecido un tambo (especie de posada), donde los viajeros que venían del Cuzco o del otro lado de la cordillera de los Andes, podían comercializar, abastecerse de víveres y hasta contaban con un curandero que atendía a los enfermos.

En el lugar denominado la punta, se estableció un predio de la compañía de Jesús, que aparte del monasterio, fue una verdadera escuela de artesanos, donde salieron: ornamentos, cuadros, imágenes religiosas y estructuras metálicas, como campanas y rejas, en 1700 la chacra de San José, fue sede del lazareto, que se erigió para los apestados de cólera y tifus, lo que puso una nota ingrata a la región.

Con el correr de los años, dichas mercedes de tierra se transformaron en chacras de veraneo de españoles y criollos, que atraídos por la belleza natural del paisaje y por las bondades de la tierra, que gracias a un abundante regadío y a los canales construidos por los indígenas, numerosos rancheríos se iban formando en torno a estas villas, las que aumentaron en forma significativa al construirse el puente cal y canto, en 1779, que conectó el área norte con Santiago.

Anteriormente, el paso era a través del río, a pie, o a caballo; previo pago de un peaje. Esta facilidad en el acceso abrió una nueva etapa de crecimiento aún más con la construcción del ferrocarril a Valparaíso en 1863 y que dio lugar a núcleos importantes de viviendas que rodearon la estación.

La Municipalidad de Renca nació legalmente el 24 de diciembre de 1891, fecha en que apareció publicado en el diario oficial un decreto del ministerio del interior, que creaba, entre otros la Municipalidad de Renca. La historia de Renca como comuna, parte a la una de la tarde de un día 06 de mayo de 1894, cuando se celebró la primera sesión ordinaria, o sea, más de dos años después de la creación legal del municipio, bajo la presidencia del sub. - delegado de gobierno, don Javier Gómez. En dicha sesión se procedió a elegir a las autoridades municipales, siendo elegido como primer Alcalde don Fernando Olivares, en esta oportunidad también fueron elegidos algunos regidores.

Al nacer como comuna, la villa de Renca, así designada por ley en 1895, registraba 2.451 habitantes y sus límites eran: al norte: el estero el membrillo, por el este línea férrea de Valparaíso y callejón las hornillas (actual Vivaceta): por el sur el río Mapocho y al oeste prolongación del estero el membrillo.

De acuerdo al rol de avalúo de 1896, la comuna poseía más de cien propiedades agrícolas, de las cuales 34 eran de un valor que superaban los sesenta mil pesos cada una, esto significaba que era de gran importancia.

Su nexo con la ciudad capital era el ferrocarril y el camino a Renca, que salía desde la cañadilla (actualmente independencia), callejón las hornillas y luego de unos 5 kilómetros se encontraba Renca.

El carácter agrícola de la zona se fue perdiendo a medida que avanzaban las obras de canalización del río Mapocho y los agricultores se fueron replegando hacia el interior del valle, con lo que Renca adquiere características de "comuna dormitorio".

Para 1930 el rol de avalúo registraba 1.603 propiedades de las cuales 1.474 eran urbanas y sólo 129 rurales. En treinta años se había producido un cambio notable en la fisonomía comunal. En cuanto a su población ésta se elevaba a 11.507 habitantes, cinco veces más, de lo que tenía al crearse la comuna.

La agricultura proporcionaba todo tipo de hortalizas, verduras y frutas, también existían viñas y se cultivaban flores, como gladiolos y crisantemos. Tres de las viñas más importantes era: Santa Teresa de lo Boza, propiedad de los padres de Balmaceda, Santa Juana (actual j. a. ríos 1 y 2), y el Carmen (actualmente poblaciones Huamachuco 1, 2 y 3).

Hasta antes de la organización Portaliana. Renca mantuvo una gran extensión colonial, vale decir, un territorio definido por la iglesia como campo de operaciones de la parroquia y que abarcaba: Casablanca, Quilpué, Quilicura, Colina, Pudahuel y Quinta Normal.

Entre los hitos históricos de la comuna se cuenta el hecho que en su parroquia fue bautizado Manuel Rodríguez. Otro prócer que recibió a los santos óleos y crismas fue José Manuel Balmaceda, bautizado en la capilla del fundo Santa Teresa de lo Boza, y que llegó a ser presidente de Chile.

Algunos pueblos que vivieron en la gran región de Renca fueron: Colina (agua caliente); Quilicura (piedra torcida); Lampa (arena blanca); Quilpué (palo hueco); Curacaví (varias piedras), entre varios pueblos que se desarrollaron en este sector.

La plaza mayor de Renca estaría construida sobre un cementerio precolombino, que se extendía en el sector que abarca la plaza.

Donde hoy está ubicado el colegio Juana Atala de Hirmas, se encontraba la chacra "el Pinar de Viteri", que era un cementerio de los muertos del cólera.

La chacra el paraíso, estaba ubicada donde hoy se encuentra la población infante. Esta chacra pertenecía a un francés que criaba chanchos y en una subida del río Mapocho se llevó toda la crianza, el francés se subió a su coche tirado por caballos y salió en busca de sus animales, murió arrastrado por las aguas.

El autor de la primera canción nacional, era un vecino de Renca llamado Manuel Robles Gutiérrez. De su canción actual se conserva el estribillo, puesto que la canción debió ser cambiada por ser considerada una ofensa a los españoles.

La bandera de Renca es idéntica a la bandera de Polonia, tiene el mismo color, la misma dimensión, sólo varía el escudo de armas. Siendo las únicas dos en el mundo.

ANTECEDENTES FISICO-ESPACIALES

La superficie territorial de la comuna se encuentra emplazada al Norponiente de la cuenca de Santiago, la que corresponde a una Peniplanicie Geológica del periodo Terciario, de depósitos aluviales del río Mapocho y ceniza volcánica, lo cual es resultado de un estado de evolución avanzada del relieve del valle de Santiago.

La comuna tiene una superficie de 22,8 km², lo que equivale al 0,15% de la superficie regional (15.554,51 km²) y al 1,14 % de la Provincia de Santiago (2.000 km²). Hacia el Poniente, limita con la comuna de Pudahuel; hacia el Oriente, con las comunas de Conchalí e Independencia, hacia el norte con las altas cumbres de los Cerros de Lo Ruiz, Renca y Colorado que limitan con la Comuna de Quilicura, y al Sur con el eje del Río Mapocho que separa su territorio de las comunas de Santiago, Quinta Normal y Cerro Navia.

De la superficie comunal, los cerros antes mencionados ocupan 3,20 Km². A su vez el Parque Las Palmeras, considerado Parque Intercomunal en el Plan Regulador Metropolitano, posee una superficie marginal respecto del total, pero significativa como aporte de área verde comunal y de fuerte proyección intercomunal.

ANTECEDENTES GEOLOGICOS

La geología de la comuna se inserta en un sistema de orden regional y metropolitano, por lo tanto su referencia corresponde a este nivel. Al respecto se debe señalar que los procesos que dieron origen a la actual depresión intermedia y la formación cordillerana comienzan a sucederse en el Cretáceo y en la época Terciaria con el solevantamiento de dos *horst* (orogénesis cordillerana, de Los Andes y de La Costa), y la generación de un graven tectógeno (el hundimiento de la cuenca de Santiago).

Sobre este plano sedimentario de la cuenca de Santiago de poco más de 3.000 Km², los procesos tectónicos que han generado la actual conformación del área central, junto a episodios de erosión, sedimentación fluvio-glacio-volcanica, dan forma a la configuración del relieve que hoy se puede observar.

LÍMITES NATURALES DE LA COMUNA DE RENCA

La Comuna de Renca posee límites naturales muy claros. Por el norte se encuentra la cadena montañosa denominada Cerros de Renca que está compuesta por los cerros Renca, Ruiz y Colorado. Las líneas de cumbre de este fenómeno geográfico sirven de límite entre Renca y la Comuna de Quilicura.

Por el sur se encuentra el cauce del Río Mapocho, que constituye una barrera natural entre Renca y las comunas de Cerro Navia y Quinta Normal.

Los otros dos límites, a pesar de ser artificiales, en tanto son límites viales, poseen tal fuerza por la magnitud de la infraestructura, que se asemejan a los límites naturales descritos.

LÍMITES ADMINISTRATIVOS ACTUALES DE LA COMUNA DE RENCA

Oriente: Panamericana Norte, desde el Puente Bulnes hasta el cruce con Camino Lo Ruiz.

Occidente: Américo Vespucio

Sur: Río Mapocho, desde el Puente Bulnes hasta el Puente Mapocho de Américo Vespucio.

Norte: Cerros de Renca (Lo Ruiz, Renca y Colorado), considerando desde la cumbre de éstos hacia el sur de los mismos.

CARACTERIZACIÓN SOCIAL COMUNA RENCA

De acuerdo a la expansión urbana que se está produciendo en la comuna, al año 2008 Renca cuenta con una población total de 141.013 habitantes, correspondiendo el 49.5% a varones (69.802) y el 50.5% a mujeres (71.21), representando el 2,04% de la población regional con un 100% de población urbana.

La población infantil de 0 – 14 años representa el 24,3% (34.266) y, la población adulta, 15 y más años de edad, corresponde al 75,7% del total de la población (100.904 personas).

Respecto a la estructura etárea de la población comunal, tenemos que el 24,3% corresponde a población infantil (0-14 años), el 25,2% a población juvenil (15-29 años), el 38,8% a población adulta (30-59 años), y el 13,5% a adultos mayores (60 y más años).

Si bien en Chile la población menor de 15 años aún supera a la mayor de 60 años, en los últimos diez años los adultos mayores han aumentado significativamente, mientras los menores de 15 años han disminuido.

En Renca, el porcentaje menor de 15 años en comparación al Censo 2002, disminuyó de un 26,3 % a un 24,3%, mientras que el porcentaje de personas de 60 años y más aumentó desde un 9,3% a un 11,7%. No obstante, la población comunal sigue siendo eminentemente joven con un 49,5% de población infanto-juvenil, esto significa 69.801 niños y jóvenes de 0 – 29 años.

La proyección de la población comunal del Censo 2002 (133.518) al 2008 (141.013), registra un incremento de un 5,6%, fundamentalmente en la población de 30 y más años de edad. Sin embargo, para la población en general existe un factor importante a considerar. Este factor es el relativo al crecimiento por expansión urbana que ya está enfrentando la comuna de Renca, estimándose para el año 2012 una población de 185.350 habitantes, con 120 hectáreas en el sector poniente con un uso de suelo apto para la vivienda.

A continuación se presenta una caracterización de la comunidad a través de un análisis de la ficha de protección social

FICHA DE PROTECCIÓN SOCIAL – (FPS)

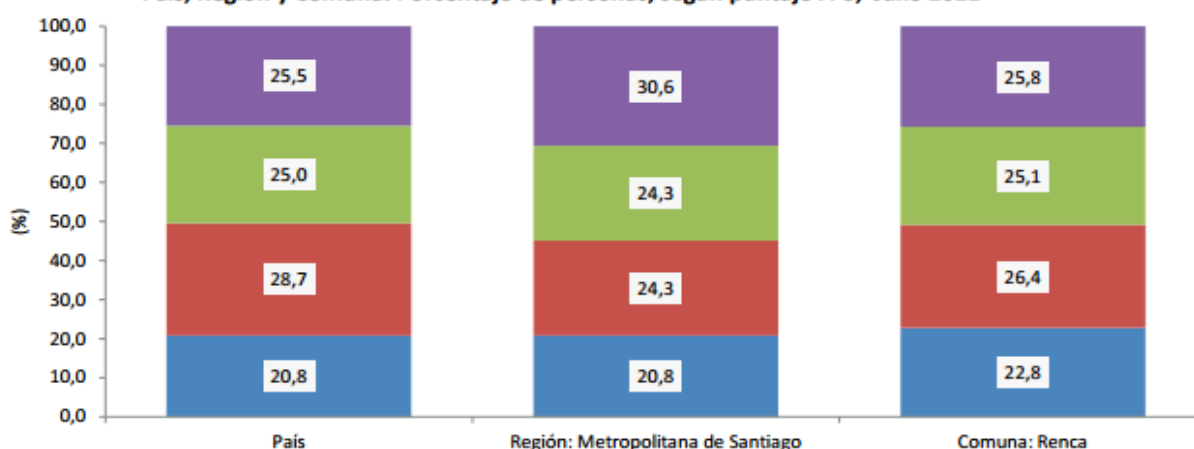
La Ficha de Protección Social (FPS) permite identificar a las familias vulnerables, con una concepción más dinámica de la pobreza. Entiende esta condición como un estado presente o potencial y, al mismo tiempo, entrega una mejor caracterización de la pobreza "dura". Mide los recursos económicos, las necesidades de las familias y los riesgos que enfrentan. Así mismo, pretende proveer información para dar respuestas más pertinentes de protección social y seleccionar de modo más justo a quienes tienen mayores vulnerabilidades, para hacer efectivos, algunos beneficios sociales, especialmente subsidios monetarios y habitacionales. Por lo que este instrumento de estratificación social, se constituye en la puerta de acceso al Sistema de Protección Social

NÚMERO DE PERSONAS ENCUESTADAS A JULIO DE 2011 SEGÚN PUNTAJE FPS¹

PUNTAJE FPS	<= 4.213	4.214 - 8.500	8.501 - 11.734	> 11.734	Total
Personas (Número)					
País	2.191.041	3.024.710	2.628.966	2.682.726	10.527.443
Región: Metropolitana de Santiago	761.373	886.907	889.234	1.117.668	3.655.182
Comuna: Renca	23.627	27.316	25.963	26.737	103.643

Fuente: Elaboración propia en base a Ficha de Protección Social, Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social.

País, Región y Comuna: Porcentaje de personas, según puntaje FPS, Julio 2011



1. Con el fin de evaluar adecuadamente la o las vulnerabilidades que pueda presentar una familia, el puntaje resultante de la aplicación de la Ficha de Protección Social combina tres elementos centrales: a) La capacidad generadora de ingresos (CGI) de cada uno de los integrantes de la familia. b) Los ingresos económicos de la familia, que se obtienen de la suma de aquellos recursos que provienen de jubilaciones, pensiones, montepíos (ingresos permanentes) y de los ingresos declarados por las personas. c) El índice de necesidades de la familia según su tamaño y composición: la edad de sus miembros y su situación de autovalencia o dependencia, para lo que se utilizan las preguntas relativas a salud y discapacidad presentes en la ficha.

SUBSIDIO A LA CÉDULA DE IDENTIDAD: N° DE EMISIONES POR AÑO Y MONTO ANUAL TRANSFERIDO - 2009 – 2011.

(En M\$ de Septiembre 2011)

Subsidio a la Cédula de Identidad	2009		2010		Acumulado a Septiembre 2011	
	N° emisiones	(M\$)	N° emisiones	(M\$)	N° emisiones	(M\$)
País	66.405	209.325	62.894	200.847	26.361	81.601
Región: Metropolitana de Santiago	14.602	46.182	15.205	48.559	6.705	20.733
Comuna: Renca	597	1.902	539	1.721	184	570

Fuente: Elaboración propia según información de la Unidad de Prestaciones Monetarias - Secretaría Ejecutiva de Protección Social, Ministerio de Desarrollo Social.

SUBSIDIO A LA CÉDULA DE IDENTIDAD	Destinado a los miembros de las familias adscritas a Chile Solidario, ya sea que se encuentren en la fase de apoyo psicosocial (Programa Puente) o en la fase de seguimiento (Vínculos, Personas en Situación de Calle y Abriendo Caminos).
--	---

BONO CHILE SOLIDARIO: N° DE EMISIONES POR AÑO Y MONTO ANUAL TRANSFERIDO - 2009 - 2011

(En M\$ de Diciembre 2011)

Bono Chile Solidario	2009		2010		2011	
	N° Emisiones (promedio anual)	(M\$)	N° Emisiones (promedio anual)	(M\$)	N° Emisiones (promedio anual)	(M\$)
País	218.222	20.848.234	216.483	20.666.360	211.223	20.357.533
Región: Metropolitana de Santiago	47.854	4.587.264	46.764	4.483.491	46.617	4.538.408
Comuna: Renca	2.520	224.630	2.210	203.890	1.772	163.956

Fuente: Elaboración propia según información de la Unidad de Prestaciones Monetarias - Secretaría Ejecutiva de Protección Social, Ministerio de Desarrollo Social.

BONO CHILE SOLIDARIO	El Bono Chile Solidario considera tanto al bono de protección que reciben las familias que participan en el Programa Puente como el bono de egreso que lo reciben las familias que han cumplido el compromiso de trabajo durante el período de 24 meses. Pueden ser titulares: La madre de los hijos menores o inválidos o de los que pudieren causar el Subsidio Familiar que establece la Ley N° 18.020, la mujer, sea ésta la jefa de familia o la pareja del jefe de familia, la mujer que desempeña la función de dueña de casa, siempre que sea mayor de 18 años. Sólo en los casos de familias donde ningún adulto sea de sexo femenino mayor de 18 años, el Bono de Protección podrá ser asignado a un miembro de la familia adulto de sexo masculino.
-----------------------------	--

PENSIÓN BÁSICA SOLIDARIA: N° DE BENEFICIARIOS Y MONTO MENSUAL TRANSFERIDO – MES DE DICIEMBRE PARA EL 2010 Y 2011

(En M\$ de Diciembre 2011)

Pensión Básica Solidaria	2010 – Mes de Diciembre		2011 – Mes de Diciembre	
	N° benef	(M\$)	N° benef	(M\$)
Pais	622.955	49.342.734	618.365	48.510.116
Región: Metropolitana de Santiago	180.052	14.261.476	179.155	14.054.531
Comuna: Renca	4.627	366.493	4.616	362.121

Fuente: Elaboración propia según información de la Unidad de Prestaciones Monetarias - Secretaría Ejecutiva de Protección Social, Ministerio de Desarrollo Social.

PENSIÓN BÁSICA SOLIDARIA	VEJEZ: Tener 65 años o más (hombres y mujeres). No estar recibiendo ningún tipo de pensión. Haber vivido en Chile al menos 20 años. Debe estar encuestado con Ficha de Protección Social (FPS) y pertenecer al 60% más vulnerable de la población.
	INVALIDEZ: Las personas calificadas como inválidas, que no estén recibiendo ningún tipo pensión y que cumplan con los demás requisitos que pide la ley. Las personas que tengan entre 18 y menos de 65 años. Debe estar encuestado con Ficha de Protección Social (FPS) y pertenecer al 60% más vulnerable de la población.

APORTE PREVISIONAL SOLIDARIO: N° DE BENEFICIARIOS Y MONTO MENSUAL TRANSFERIDO – MES DE DICIEMBRE PARA EL 2010 Y 2011

(En M\$ de Diciembre 2011)

Aporte Previsional Solidario	2010 – Mes de Diciembre		2011 – Mes de Diciembre	
	N° benef	(M\$)	N° benef	(M\$)
Pais	268.301	8.662.744	459.073	21.810.298
Región: Metropolitana de Santiago	94.803	3.041.532	174.338	8.210.591
Comuna: Renca	1.707	54.646	3.528	169.855

Fuente: Elaboración propia según información de la Unidad de Prestaciones Monetarias - Secretaría Ejecutiva de Protección Social, Ministerio de Desarrollo Social.

APORTE PREVISIONAL SOLIDARIO	VEJEZ: Tener 65 años o más (hombres y mujeres). Recibir una pensión (IPS, AFP, Compañía de Seguros o pensión de sobrevivencia) menor a \$255.000 mensuales (en régimen). Haber vivido en Chile al menos 5 años. Debe estar encuestado con Ficha de Protección Social (FPS) y pertenecer al 60% más vulnerable de la población.
	INVALIDEZ: Recibir una pensión de invalidez menor al monto mensual de la Pensión Básica Solidaria. Tener entre 18 y 65 años (hombres y mujeres). Haber vivido en Chile al menos 5 años. Debe estar encuestado con Ficha de Protección Social (FPS) y pertenecer al 60% más vulnerable de la población.

**SUBVENCIÓN PRO RETENCIÓN ESCOLAR: N° DE CAUSANTES POR AÑO Y MONTO ANUAL TRANSFERIDO -
2009 – 2011**

Subvención Pro Retención Escolar	2009 (En M\$ de Diciembre 2011)		2010 (En M\$ de Diciembre 2011)		Acumulado a Julio 2011 (En M\$ de Julio 2011)	
	N° causantes	(M\$)	N° causantes	(M\$)	N° causantes	(M\$)
País	94.641	10.465.263	123.890	13.906.935	113.817	12.744.485
Región: Metropolitana de Santiago	17.200	1.906.758	22.077	2.473.509	24.174	2.646.872
Comuna: Renca	548	62.041	782	78.131	1.067	113.537

Fuente: Elaboración propia según información de la Unidad de Prestaciones Monetarias - Secretaría Ejecutiva de Protección Social, Ministerio de Desarrollo Social.

SUBVENCIÓN PRO RETENCIÓN ESCOLAR	Destinado a la población escolar de familias Chile Solidario. Este bono es entregado a los sostenedores de establecimientos educacionales a los cuales asisten alumnos que pertenecen a familias Chile Solidario.
---	---

**BONO POR HIJO NACIDO VIVO: N° DE BONOS HIJOS NACIDO VIVOS Y MONTO TRANSFERIDO –
ACUMULADO A SEPTIEMBRE 2011
(En M\$ de Septiembre 2011)**

Bono por Hijo nacido vivo	N° Bonos Hijos Nacido Vivo	(M\$)
País	166.319	54.486.104
Región: Metropolitana de Santiago	58.428	19.141.013
Comuna: Renca	1.142	374.119

Fuente: Elaboración propia según información de la Unidad de Prestaciones Monetarias - Secretaría Ejecutiva de Protección Social, Ministerio de Desarrollo Social.

BONO POR HIJO NACIDO VIVO	Es un beneficio que incrementará el monto de la pensión de la mujer a través del otorgamiento de un bono por cada hijo nacido vivo o adoptado. Se otorgará a todas las mujeres que cumplan con los requisitos legales y se pensionen a contar del 1° de julio de 2009 por el sistema de pensiones solidarias o D.L. 3.500, beneficiarias de Pensión Básica Solidaria (PBS) de vejez, a las mujeres que sin estar afiliadas a un régimen previsional perciban una pensión de sobrevivencia del Decreto Ley N° 3500, y a las mujeres que sin estar afiliadas a un régimen previsional perciben una pensión de sobrevivencia del IPS, Capredena o Dipreca.
----------------------------------	---

SUBSIDIO A LA CÉDULA DE IDENTIDAD: N° DE EMISIONES POR AÑO Y MONTO ANUAL TRANSFERIDO - 2009 – 2011.

(En M\$ de Septiembre 2011)

Subsidio a la Cédula de Identidad	2009		2010		Acumulado a Septiembre 2011	
	N° emisiones	(M\$)	N° emisiones	(M\$)	N° emisiones	(M\$)
País	66.405	209.325	62.894	200.847	26.361	81.601
Región: Metropolitana de Santiago	14.602	46.182	15.205	48.559	6.705	20.733
Comuna: Renca	597	1.902	539	1.721	184	570

Fuente: Elaboración propia según información de la Unidad de Prestaciones Monetarias - Secretaría Ejecutiva de Protección Social, Ministerio de Desarrollo Social.

SUBSIDIO A LA CÉDULA DE IDENTIDAD	Destinado a los miembros de las familias adscritas a Chile Solidario, ya sea que se encuentren en la fase de apoyo psicosocial (Programa Puente) o en la fase de seguimiento (Vínculos, Personas en Situación de Calle y Abriendo Caminos).
--	---

BONIFICACION AL INGRESO ETICO FAMILIAR: N° DE BENEFICIARIOS Y MONTO TRANSFERIDO – MES DE NOVIEMBRE 2011

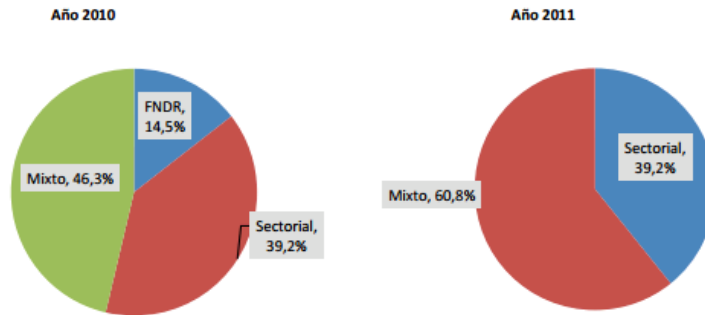
(En M\$ de Noviembre 2011)

Bonificación al Ingreso Ético Familiar	Nº beneficiarios	(M\$)
País	133.444	3.066.410
Región: Metropolitana de Santiago	31.085	710.633
Comuna: Renca	962	20.865

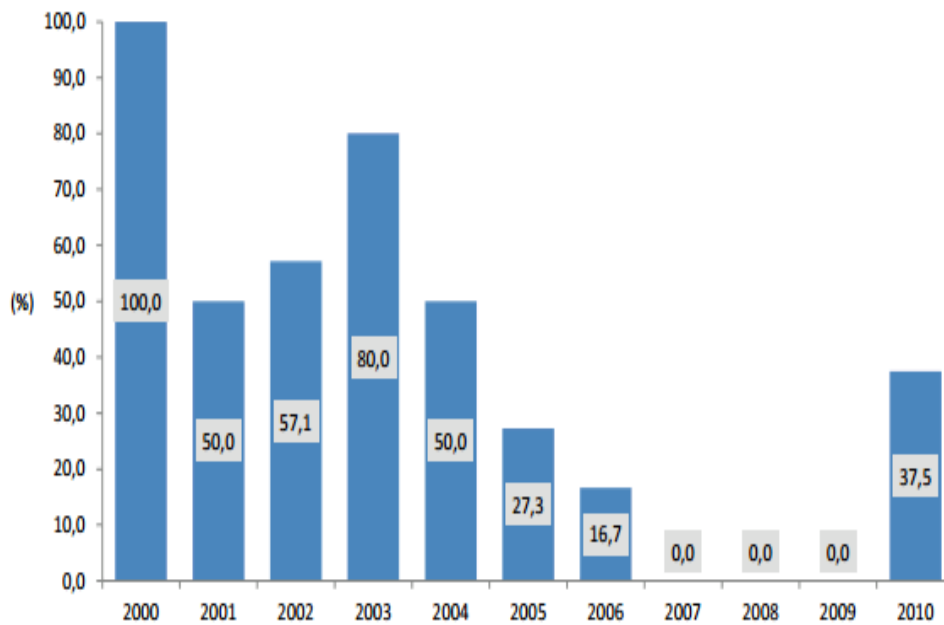
Fuente: Elaboración propia según información de la Unidad de Prestaciones Monetarias - Secretaría Ejecutiva de Protección Social, Ministerio de Desarrollo Social.

BONIFICACIÓN INGRESO ÉTICO FAMILIAR	Es un beneficio, que ayudará a combatir las dificultades básicas de las familias más vulnerables del país, premiando el esfuerzo familiar y el de aquellas madres que buscan salir adelante a través de su trabajo, asegurando una educación y salud de calidad para sus hijos. Este beneficio se compone de una Asignación base y de bonificaciones adicionales que premian el esfuerzo de cada familia beneficiaria.
--	--

Comuna: Renca - Estructura porcentual del gasto devengado según SIGFE, por fuente financiera – AÑO 2010 - 2011 (M\$)



Comuna: Renca – Indicador de Eficiencia Comunal (IEC)¹⁰, 2000 – 2010 (% de proyectos presentados por el municipio que postulan a financiamiento FND y que obtienen RATE - RS)



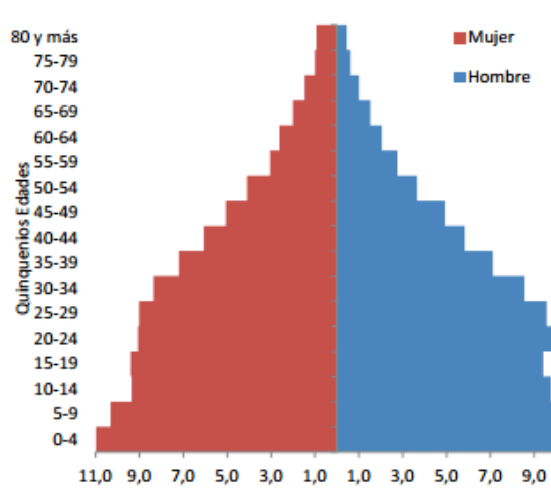
Fuente: Elaboración propia, basado en información del Sistema Nacional de Inversiones, Ministerio de Desarrollo Social.

Vivienda	24.169.141	18.313.448	5.555.633	2.967.964	0	0
Total	1.407.017.763	966.256.887	177.536.242	106.896.046	5.077.501	5.077.501

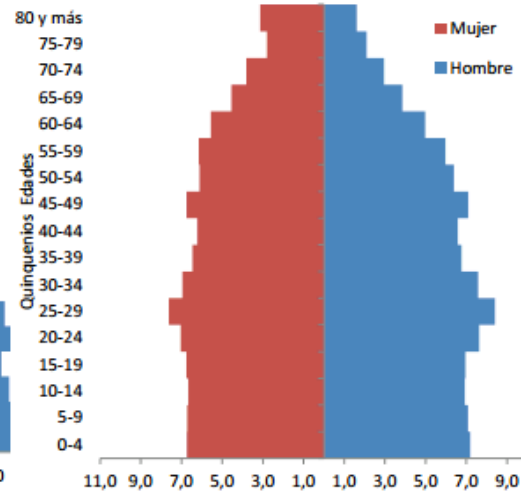
Fuente: Elaboración propia según información del Sistema Nacional de Inversiones, Ministerio de Desarrollo Social.

PROYECCIÓN DE POBLACIÓN¹¹ POR SEXO. AÑOS 1992. 2002. 2011 Y 2020

Comuna: Renca- Pirámide Poblacional 1992



Comuna: Renca- Pirámide Poblacional 2020

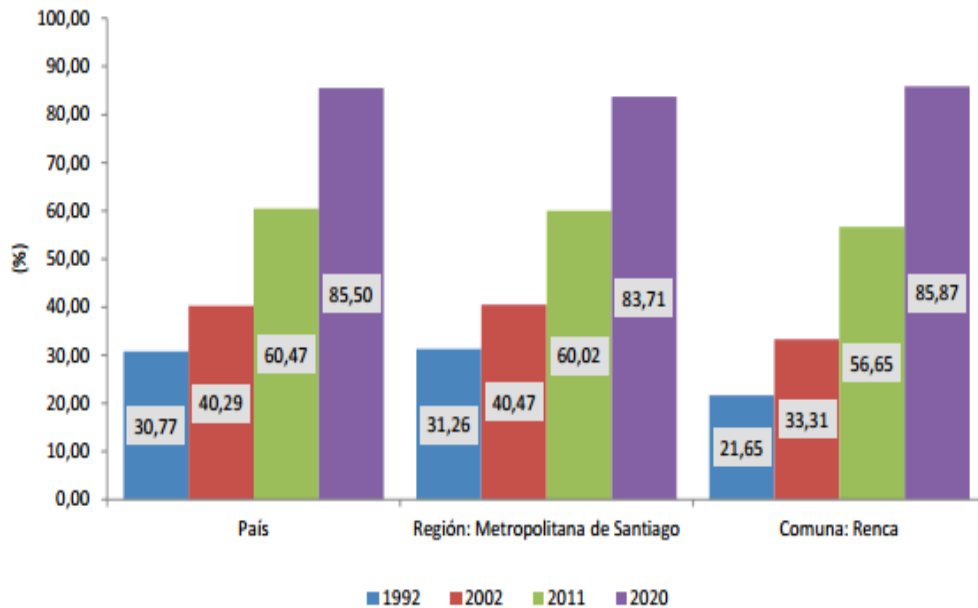


ÍNDICE DE FEMINIDAD¹² Y VEJEZ¹³, 1992 – 2020

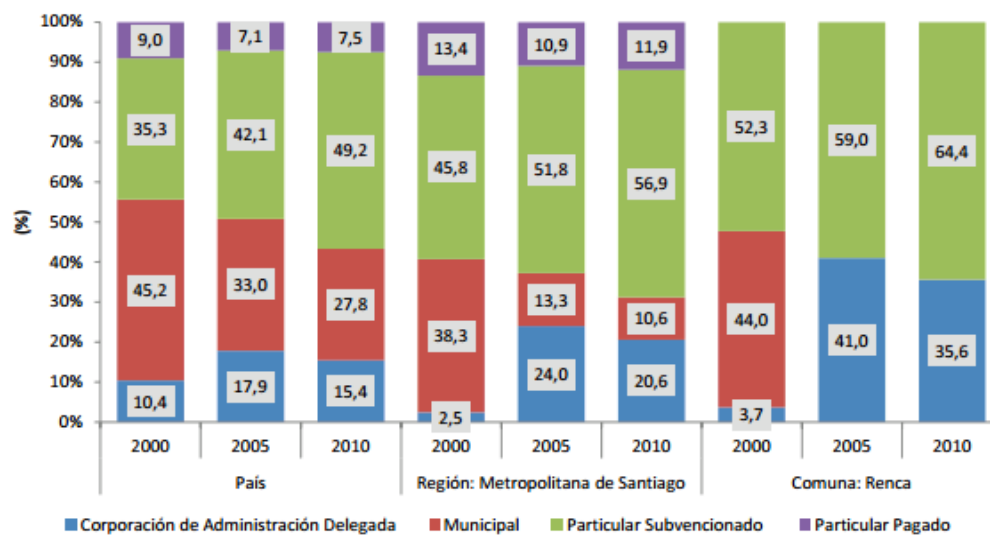
Años	Índice Feminidad			Índice Vejez		
	País	Región: Metropolitana de Santiago	Comuna: Renca	País	Región: Metropolitana de Santiago	Comuna: Renca
1992	102,28	106,32	100,71	30,77	31,26	21,65
2002	102,04	105,15	101,14	40,29	40,47	33,31
2011	102,05	104,97	102,28	60,47	60,02	56,65
2020	102,28	104,95	103,30	85,50	83,71	85,87

Fuente: Elaboración propia según base datos INE, proyección de población.

Índice de Vejez (%)

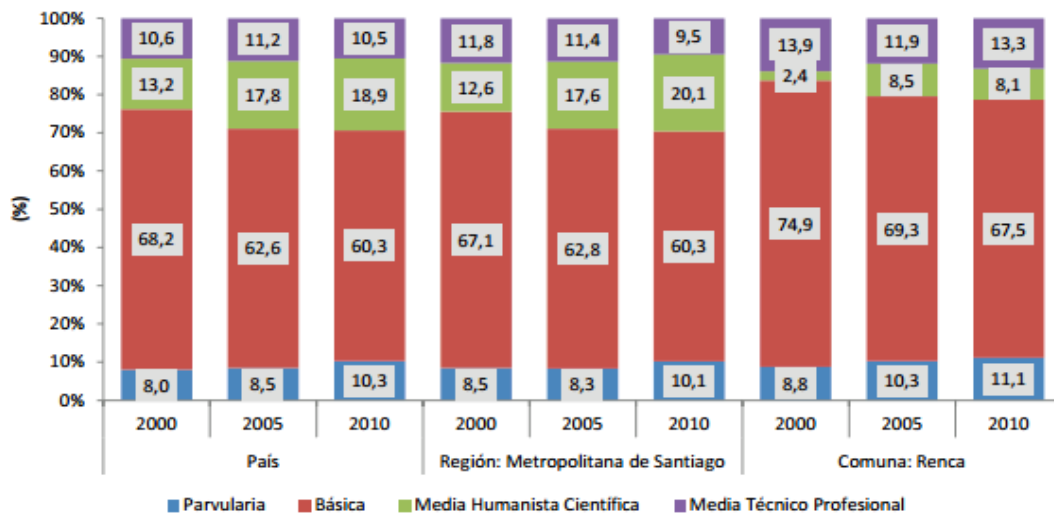


Matrícula¹⁴ total desagregada por tipo de dependencia. Años 2000, 2005 y 2010



Fuente: Elaboración propia según información del Ministerio de Educación.

Matrícula total desagregada por nivel de enseñanza. Años 2000, 2005 y 2010



2013

RENDIMIENTO

NÚMERO DE ALUMNOS POR RENDIMIENTO¹⁵ Y NIVEL DE ENSEÑANZA – AÑOS 2000, 2005 Y 2010

País/Región/Comuna	Básica			Media (HC y TP)			Total			
	Retirados	Aprobados	Reprobados	Retirados	Aprobados	Reprobados	Retirados	Aprobados	Reprobados	
2000	País	31.798	2.270.462	69.116	33.608	742.416	54.229	65.406	3.012.878	123.345
	Región: Metropolitana de Santiago	13.098	874.264	21.160	13.427	298.898	18.870	26.525	1.173.162	40.030
	Comuna: Renca	285	16.817	502	137	3.450	272	422	20.267	774
2005	País	28.485	2.124.849	90.758	50.580	914.416	85.227	79.065	3.039.265	175.985
	Región: Metropolitana de Santiago	11.957	829.024	29.751	19.544	361.132	29.751	31.501	1.190.156	59.502
	Comuna: Renca	269	16.595	636	314	4.508	476	583	21.103	1.112
2010	País	24.795	1.928.959	88.329	41.233	876.008	75.545	66.028	2.804.967	163.874
	Región: Metropolitana de Santiago	10.404	748.894	30.508	15.506	343.322	27.418	25.910	1.092.216	57.926
	Comuna: Renca	236	14.199	744	241	4.585	544	477	18.784	1.288

Fuente: Elaboración propia según información del Ministerio de Educación.

RESULTADO SIMCE¹⁶ 4º BÁSICO – AÑO 2010

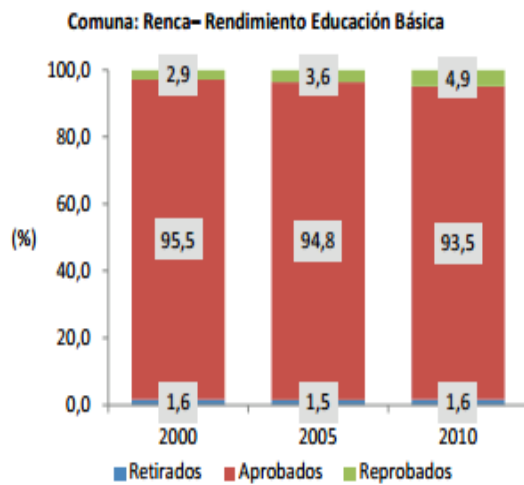
Área	Dependencia	Lenguaje			Matemáticas		
		Promedio Lenguaje (ptos)	Logro ¹⁷	Diferencia Respecto 2009 (ptos)	Promedio Matemáticas (ptos)	Logro	Diferencia Respecto 2009 (ptos)
Comuna:	Total Establecimientos Comuna	267	INTERMEDIO	14	249	INTERMEDIO	6
	Total Establecimientos Municipales	257	INTERMEDIO	13	239	INTERMEDIO	8
Región: Metropolitana de Santiago		273	INTERMEDIO	9	257	INTERMEDIO	0

Fuente: Elaboración propia según información del Ministerio de Educación.

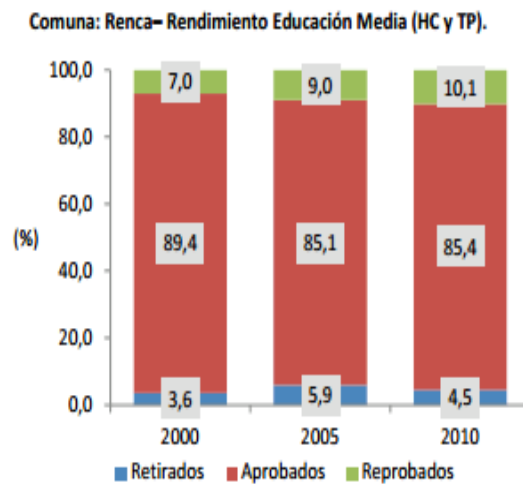
RESULTADO SIMCE 8º BÁSICO – AÑO 2009

Área	Dependencia	Lenguaje			Matemáticas		
		Promedio Lenguaje (ptos)	Logro	Diferencia Respecto 2007 (ptos)	Promedio Matemáticas (ptos)	Logro	Diferencia Respecto 2007 (ptos)
Comuna:	Total Establecimientos Comuna	243	INTERMEDIO	-1	255	INICIAL	10
	Total Establecimientos Municipales	236	INTERMEDIO	-4	243	INICIAL	6
Región: Metropolitana de Santiago		255	INTERMEDIO	-1	265	INICIAL	6

Fuente: Elaboración propia según información del Ministerio de Educación.



Fuente: Elaboración propia según información del Ministerio de Educación



Fuente: Elaboración propia según información del Ministerio de Educación

TASA DE NATALIDAD²⁰, MORTALIDAD GENERAL²¹ E INFANTIL²² POR PAÍS, REGIÓN Y COMUNA, 2005 Y 2009

Tasas	2005			2009		
	País	Región: Metropolitana de Santiago	Comuna: Renca	País	Región: Metropolitana de Santiago	Comuna: Renca
Natalidad	14,9	14,9	15,8	15,0	15,1	17,1
Mortalidad General	5,3	4,9	4,9	5,4	5,0	5,5
Mortalidad Infantil	7,9	7,2	7,5	7,9	7,1	7,0

Fuente: Elaboración propia según información del Ministerio de Salud.

¹⁹ Cuadro de Tramo según Ingreso, para Atención en Modalidad Institucional – FONASA

Grupo	Monto del Ingreso
A	Carentes de recursos o indigentes
B	Ingreso Imponible Mensual menor o igual a \$182.000
C	Ingreso Imponible Mensual Mayor a \$182.000 y Menor o igual a \$265.720 Con más de 3 cargas familiares, pasará a Grupo B
D	Ingreso Imponible Mensual Mayor a \$265.720 Con más de 3 cargas familiares, pasará a Grupo C

(Vigente a partir del 14 de Julio 2011)

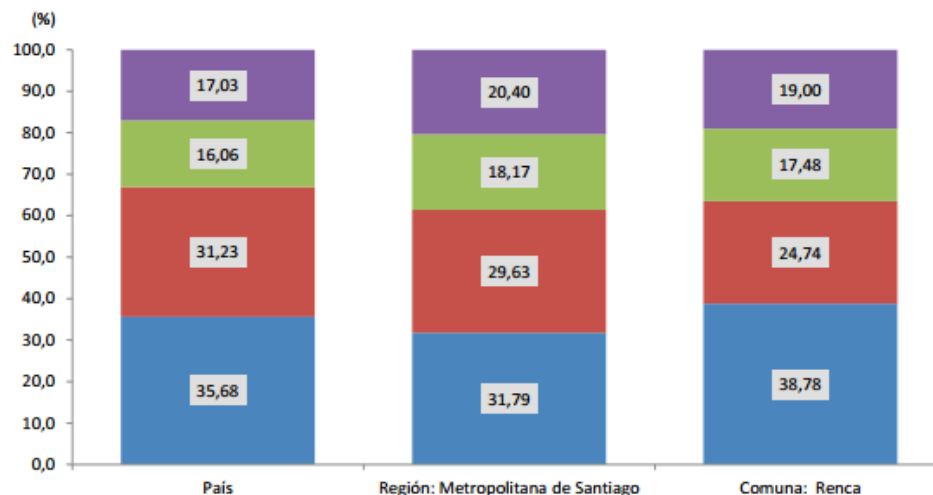
²⁰ Representa la frecuencia con que ocurren los nacimientos en una población. Se calcula dividiendo el número de nacimientos vivos, sucedidos en un periodo, generalmente de un año, por la población total estimada a mitad del periodo (población media). El resultado se expresa por cada 1.000 habitantes.

²¹ Es el indicador demográfico que señala el número de defunciones de una población por cada 1.000 habitantes, durante un periodo determinado generalmente un año. La tasa de mortalidad está inversamente relacionada con la esperanza de vida al nacer, de tal manera que cuanto más esperanza de vida tenga un individuo en su nacimiento, menos tasa de mortalidad tiene la población.

²² Representa la frecuencia con que ocurren las defunciones de niños menores de un año, en relación con el número de nacimientos. Se calcula dividiendo estas defunciones ocurridas en un intervalo de tiempo, generalmente un año, entre el número de nacimientos vivos del periodo. Se expresa por 1.000 nacidos vivos.

DATOS ADMINISTRATIVOS: SALUD

Asegurados del Fondo Nacional de Salud (FONASA), clasificados según ingreso¹⁹ - Año 2010



TASA DE NATALIDAD²⁰, MORTALIDAD GENERAL²¹ E INFANTIL²² POR PAÍS, REGIÓN Y COMUNA, 2005 Y 2009

Tasas	2005			2009		
	País	Región: Metropolitana de Santiago	Comuna: Renca	País	Región: Metropolitana de Santiago	Comuna: Renca
Natalidad	14,9	14,9	15,8	15,0	15,1	17,1
Mortalidad General	5,3	4,9	4,9	5,4	5,0	5,5
Mortalidad Infantil	7,9	7,2	7,5	7,9	7,1	7,0

Fuente: Elaboración propia según información del Ministerio de Salud.

¹⁹ Cuadro de Tramo según Ingreso, para Atención en Modalidad Institucional – FONASA

Grupo	Monto del Ingreso
A	Carentes de recursos o Indigentes
B	Ingreso Imponible Mensual menor o igual a \$182.000
C	Ingreso Imponible Mensual Mayor a \$182.000 y Menor o igual a \$265.720 Con más de 3 cargas familiares, pasará a Grupo B
D	Ingreso Imponible Mensual Mayor a \$265.720 Con más de 3 cargas familiares, pasará a Grupo C

(Vigente a partir del 14 de Julio 2011)

²⁰ Representa la frecuencia con que ocurren los nacimientos en una población. Se calcula dividiendo el número de nacimientos vivos, sucedidas en un periodo, generalmente de un año, por la población total estimada a mitad del periodo (población media). El resultado se expresa por cada 1.000 habitantes.

²¹ Es el indicador demográfico que señala el número de defunciones de una población por cada 1.000 habitantes, durante un período determinado generalmente un año. La tasa de mortalidad está inversamente relacionada con la esperanza de vida al nacer, de tal manera que cuanto más esperanza de vida tenga un individuo en su nacimiento, menos tasa de mortalidad tiene la población.

²² Representa la frecuencia con que ocurren las defunciones de niños menores de un año, en relación con el número de nacimientos. Se calcula dividiendo estas defunciones ocurridas en un intervalo de tiempo, generalmente un año, entre el número de nacimientos vivos del periodo. Se expresa por 1.000 nacidos vivos.

TASA DE AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS (AVPP)²³ - AÑO 2009.

Área	Tasa de AVPP 2009
País	7.570
Región: Metropolitana de Santiago	6.812
Comuna: Renca	8.834

Fuente: Elaboración propia según información del Ministerio de Salud.

RESULTADOS DE LA PRIMERA APLICACIÓN A MENORES DE 5 AÑOS DE ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR – AÑO 2010

Área	Población Infantil (números)				Población Infantil (porcentaje)		
	Control	Normal	Riesgo	Retraso	Normal	Riesgo	Retraso
País	375.566	349.488	21.111	4.967	93,1	5,6	1,3
Región: Metropolitana de Santiago	135.802	128.010	6.301	1.491	94,3	4,6	1,1
Comuna: Renca	3.647	3.569	67	11	97,9	1,8	0,3

Fuente: Elaboración propia según información del Ministerio de Salud.

DATOS ADMINISTRATIVOS: TRABAJO
REMUNERACIÓN PROMEDIO DE LOS TRABAJADORES DEPENDIENTES AFILIADOS AL SEGURO DE CESANTÍA POR RAMA DE ACTIVIDAD ECONÓMICA²⁴ A JUNIO 2011

(En \$ de Junio 2011)

Rama Económica	País	Región: Metropolitana de Santiago	Comuna: Renca
Agricultura, Caza, Silvicultura y Pesca	281.393	335.000	321.888
Comercio	371.216	425.168	340.039
Construcción	392.269	405.973	334.997
Electricidad, Gas y Agua	759.804	899.291	582.157
Explotación de Minas y Canteras	919.923	898.827	657.431
Industria	440.830	474.225	377.537
Servicios Comunes, Sociales y Personales	393.508	442.873	331.986
Servicios Financieros y Empresariales	467.771	527.816	358.121
Transporte, Almacenaje y Comunicaciones	430.655	487.828	403.271
Total	414.935	465.609	355.086

Fuente: Elaboración propia según información del Sistema de información laboral, con datos de la base de datos aplicado al seguro de cesantía, Ministerio del Trabajo.

DATOS ADMINISTRATIVOS: SANEAMIENTO
COBERTURA DE SERVICIOS SANITARIOS²⁵ – AÑO 2010

Área			Cobertura de Agua Potable (%)	Cobertura de Alcantarillado (%)	Cobertura de tratamiento de Aguas Servidas (%)
País			99,8	95,9	86,9
Región: Metropolitana de Santiago			100,0	98,7	87,0
Comuna	Empresa	Localidad	Cobertura de Agua Potable (%)	Cobertura de Alcantarillado (%)	Cobertura de tratamiento de Aguas Servidas (%)
Comuna: Renca	AGUAS ANDINAS S.A.	GRAN SANTIAGO	100,0	99,6	85,6

Fuente: Elaboración propia según información de Superintendencia de Servicios Sanitarios (SISS).

DATOS ADMINISTRATIVOS: VIVIENDA²⁶
ÍNDICE DE SANEAMIENTO²⁷

Categorías	País	Región: Metropolitana de Santiago	Comuna: Renca
Aceptable	82,5	88,5	88,7
Deficitario	17,0	10,9	11,3
Sin dato	0,5	0,6	0,1

Fuente: Elaboración propia en base a información Ficha de Protección Social – Julio 2011.

ÍNDICE DE SANEAMIENTO²⁷

Categorías	País	Región: Metropolitana de Santiago	Comuna: Renca
Aceptable	82,5	88,5	88,7
Deficitario	17,0	10,9	11,3
Sin dato	0,5	0,6	0,1

Fuente: Elaboración propia en base a información Ficha de Protección Social – Julio 2011.

ÍNDICE DE ALLEGAMIENTO²⁸

Categorías	País	Región: Metropolitana de Santiago	Comuna: Renca
Sin Allegamiento	76,5	66,5	63,6
Con Allegamiento	23,5	33,5	36,4

Fuente: Elaboración propia en base a información Ficha de Protección Social – Julio 2011.

Diagnóstico comunitario



VISION DE LA COMUNIDAD

Desde el año 2009, a través de la convocatoria a nivel comunal de diversas organizaciones comunitarias y sociales, así como también de organizaciones formales como directores y funcionarios de centros de atención primaria, Carabineros, Policía de Investigaciones y Establecimientos escolares, se realiza un diagnóstico Participativo con la comunidad. Esta experiencia se ha ido renovando año a año, entregando con ello la mirada de la comunidad y el contexto social y cultural en el que se desarrollan sus actividades, siendo un mecanismo de comunicación, detección y coordinación de necesidades sentidas desde la comunidad. Del trabajo coordinado entre las organizaciones participantes, es relevante: 1- Perros Vagos 2- Obesidad y Hábitos alimenticios y 3-Drogadicción y Delincuencia. Para desarrollar soluciones se establecen estrategias y se coordinan tareas para realizar acciones que contribuyan a la disminución de las necesidades detectadas, se acuerda iniciar las intervenciones con perros vagos, así como también se acuerda ampliar la coordinación de canales de comunicación entre Carabineros, Policía de Investigaciones y Organizaciones Sociales para la intervención en prevención del consumo de drogas, fortalecido con trabajo de derivación y asistencia que realiza la red de salud primaria y Cosam en el tratamiento del consumo de Droga y Alcohol. En Relación a la necesidad de disminuir la Obesidad y Hábitos Alimenticios, se ha desarrollado en conjunto con el programa de Promoción de la Salud, desde el año 2010, las organizaciones sociales como JJVV, Comités Locales de salud, jardines infantiles, establecimientos educacionales de nivel básico y medio perteneciente a la red municipal.

Para este año 2012 la planificación Estratégica de los Centros de Salud de Renca, se consideró el desarrollo de una actividad de Reflexión y análisis, en dos de los 5 días de trabajo, (2 y 3 de Octubre) estos días fueron dedicados a obtener una mirada del proceso de Percepción Usuaría externa e Interna de los equipos de salud, en consideración a la relevancia que cobra la Satisfacción Usuaría, en especial en momentos que entra en vigencia la Ley 19.584, se hace necesario realizar un proceso de retroalimentación que potencie las virtudes y disminuya las dificultades del ejercicio cotidiano de nuestras funciones, todo lo anterior con el fin de obtener un diagnóstico de la realidad mediante la metodología de Grupo de Discusión obtiene los siguientes resultados:

- 1- Percepción que creemos tiene la comunidad conformada por Usuarios, Red de Salud intersectorial, Usuarios internos (funcionarios y Red Sanitaria)
- 2- Perfil de nuestros Usuarios
- 3- Perfil del funcionario "Cómo nos vemos"
- 4- Qué esperamos

DESARROLLO:

- 1- Percepción que creemos tiene la comunidad conformada por Usuarios, Red de Salud intersectorial, Usuario interno y Red Sanitaria:
 - a- Nos ven como un depósito de confianza y también con empatía y gratitud
 - b- Muchos Usuarios consideran que se realizan los esfuerzos necesarios para entregar una atención de salud de calidad, con buen trato y respeto.
 - c- Preocupados por atender las solicitudes de modo oportuno, eficiente y eficaz
 - d- Existen funcionarios comprometidos y de calidad en la APS.
 - e- Poco resolutivos
 - f- Es un sistema burocrático de pocas soluciones para los usuarios
- 2- Perfil de nuestros Usuarios
 - a- Pacientes altamente demandantes, vulnerables socialmente, y dependientes de los equipos de salud.
 - b- Poli consultantes
 - c- Un alto porcentaje de la población crónica consultante corresponde al grupo más demandante de los usuarios, en su mayoría adultos y en menor porcentaje el adulto mayor (20%).
 - d- Presentan gran necesidad de ser escuchados
 - e- Los pacientes postrados y sus familias manifiestan agradecimiento y cariño por los equipos que los visitan.
 - f- Agradecidos cuando reciben el servicio esperado
 - g- Con desconocimiento de la oferta o canastas que entrega la APS.
- 3- Perfil del funcionario "Cómo nos vemos"
 - a- Somos un grupo humano preocupado por nuestros usuarios y por nuestro equipo de trabajo

- b- Equipos con capacidad de adaptación, tolerancia a la frustración y alta resiliencia.
- c- Poco modernos, a nivel de salud pública, con muchos registros en papel que se contradicen con la necesidad de escucha y vinculo que requiere la salud familiar
- d- Con resistencia al cambio
- e- Poseemos potencial técnico y profesional a nivel de Atención Primaria de Salud Comunal.

Con la realización de este Diagnostico participativo, en el que se desarrollan ideas y conocen percepciones en relación a la comunidad, es posible establecer un punto de partida para la ejecución de estrategias que faciliten acciones que favorezcan e incentiven la Satisfacción tanto del Usuario interno en los centros de salud como del Usuario externo, construyendo así, el conocimiento y la responsabilidad de la prevención, mantención y recuperación de la salud en cada uno de los actores participantes en salud pública Primaria.

ANTECEDENTES POBLACIONALES DE RENCA

EDAD	2012	EDAD	2012
HOMBRES	64000	MUJERES	65531
0	1033	0	991
1	1027	1	990
2	1020	2	988
3	1013	3	986
4	1006	4	982
0- 4	5099	0- 4	4937
5	999	5	977
6	990	6	971
7	983	7	965
8	976	8	960
9	972	9	954
5-9	4920	5-9	4827
10	967	10	949
11	962	11	943
12	965	12	946
13	978	13	960
14	997	14	982
10-14	4869	10-14	4780
15	1016	15	1002
16	1034	16	1022
17	1054	17	1041
18	1077	18	1056
19	1100	19	1069
15-19	5281	15-19	5190
20	1122	20	1080
21	1144	21	1092
22	1155	22	1095
23	1147	23	1085
24	1127	24	1066
20-24	5695	20-24	5418
25	1108	25	1047

26	1087	26	1027
27	1065	27	1007
28	1042	28	986
29	1020	29	966
25-29	5322	25-29	5033
30	996	30	946
31	970	31	923
32	952	32	909
33	949	33	906
34	954	34	911
30-34	4821	30-34	4595
35	959	35	925
36	963	36	921
37	963	37	921
38	956	38	913
39	942	39	900
35-39	4783	35-39	4580
40	930	40	888
41	917	41	877
42	905	42	867
43	892	43	860
44	872	44	855
40-44	4516	40-44	4347
45	865	45	849
46	850	46	842
47	836	47	837
48	822	48	835
49	808	49	835
45-49	4181	45-49	4198
50	794	50	832
51	780	51	830
52	762	52	822
53	740	53	807
54	715	54	785
50-54	3791	50-54	4076
55	689	55	764
56	664	56	741
57	638	57	718
58	614	58	697
59	590	59	676
55-59	3195	55-59	3596
60	566	60	654
61	541	61	631

62	518	62	608
63	498	63	584
64	479	64	561
60-64	2602	60-64	3038
65	460	65	537
66	441	66	513
67	419	67	488
68	390	68	461
69	358	69	432
65-69	2068	65-69	2431
70	327	70	404
71	298	71	377
72	269	72	351
73	242	73	325
74	217	74	301
70-74	1353	70-74	1758
75	194	75	279
76	174	76	259
77	158	77	241
78	146	78	226
79	140	79	214
75-79	812	75-79	1219
80+	692	80+	1508

Total de población: Masculino: **64.000 (49,4%)** y Femenino **65.531 (50,6%)**

Según expansión Urbanas se estima un aumento de población de 143.000 habitantes

DISTRIBUCION POBLACIONAL DE RENCA DE ACUERDO A UNIDADES VECINALES. AÑO 2012

UNIDAD VECINAL	POBLACION	N° DE VIVIENDAS	Personas	Hogares x Viv.
1	EL PEREJIL	65,0	273,0	68,3
	CONJ.HABITAC.MIRAFLORES *	1360,0	4488,0	1360,0
	CASAS DE RENCA I *	292,0	963,6	292,0
	LAS GLORIETAS *	28,0	92,4	28,0
	VILLA GESTION	550,0	2310,0	577,5
	SANTA EMILIA	378,0	1587,6	396,9
	SAN BENILDO	176,0	739,2	184,8
	MIRAFLORES MAYA (Dpto)	198,0	831,6	207,9
	TUCAPEL JIMENEZ I (Dpto.)	708,0	2973,6	743,4
	TUCAPEL JIMENEZ II (Dpto.)	852,0	3578,4	894,6
	SAN LUIS (Dpto)	408,0	1713,6	428,4
	BRASIL (LOTEO)	7,0	29,4	7,4
	PEDRO DE OÑA	590,0	2478,0	619,5
TOTAL		5612,0	22058,4	5808,6
2	CERRO COLORADO	558,0	2343,6	585,9
3	SARMIENTO	420,0	1764,0	441,0
4	COOPERATIVA ACMA	21,0	88,2	22,1
	LA ALBORADA	230,0	966,0	241,5
	SERVANDO AGUILERA	21,0	88,2	22,1
	HERIBERTO RAMIREZ	11,0	46,2	11,6
	ALFREDO FREITTE	8,0	33,6	8,4
	GABRIELA MISTRAL *	298,0	983,4	298,0
	DE LA CRUZ	2,0	8,4	2,1
	VILLA MAFIL	35,0	147,0	36,8
TOTAL		626,0	2361,0	642,4
5	SAN GENARO *	310,0	1023,0	310,0
6	HIRMAS II	276,0	1159,2	289,8
	MANUEL RODRIGUEZ	268,0	1125,6	281,4
	ARTURO PRAT	258,0	1083,6	270,9
	VILLA ESPERANZA	138,0	579,6	144,9
	PABLO RODRIGUEZ *	14,0	46,2	14,0
	JOSE MIGUEL INFANTE 1-2 *	138,0	455,4	138,0
	DGO. PERRIER *	6,0	19,8	6,0
	OBREROS HIRMAS	60,0	252,0	63,0
TOTAL		1158,0	4721,4	1208,0
7	EL ESFUERZO	61,0	256,2	64,1

	GENERAL VERGARA	184,0	772,8	193,2
	JUVENTUD RENCA *	31,0	102,3	31,0
	LA QUEBRADA	246,0	1033,2	258,3
TOTAL		522,0	2164,5	546,6
8	LA MONTAÑA	51,0	214,2	53,6
	VIÑA DEL MAR	47,0	197,4	49,4

TOTAL		98,0	411,6	102,9
9	VILLA HORIZONTE *	34,0	112,2	34,0
	EL CORTIJO *	53,0	174,9	53,0
	LAS HIGUERAS *	69,0	227,7	69,0
	ARMANDO ARTIGAS *	14,0	46,2	14,0
	LOURDES *	196,0	646,8	196,0
	DON JOSE MANUEL(Cond Dep) *	200,0	660,0	200,0
TOTAL		566,0	1867,8	566,0
10	VALENZUELA PUELMA	9,0	37,8	9,5
	EL NOGAL	48,0	201,6	50,4
	J.KENNEDY	113,0	474,6	118,7
	TRANVIARIOS	28,0	117,6	29,4
	EL PIAMONTE	258,0	1083,6	270,9
	LOS NARANJOS	9,0	37,8	9,5
	VILLA COSTANERA	15,0	63,0	15,8
	BALMACEDA PONIENTE (Casas)	249,0	1045,8	261,5
	BALMACEDA PONIENTE (Dpto.)	21,0	88,2	22,1
TOTAL		750,0	3150,0	787,5
	LA PONDEROSA	81,0	340,2	85,1
	ASTRA	119,0	499,8	125,0
	AMERICO VESPUCIO *	46,0	151,8	46,0
	EL TENIENTE	61,0	256,2	64,1
	LOS COPIHUES	20,0	84,0	21,0
	MERCEDES FERNANDEZ	23,0	96,6	24,2
	ESMERALDA (VILLA) *	28,0	92,4	28,0
	JORGE PRAT *	69,0	227,7	69,0
TOTAL		447,0	1748,7	462,2

UNIDAD VECINAL	POBLACION	Nº DE VIVIENDAS	Personas	Hogares x Viv.
12	SAN MAURICIO	60,0	252,0	63,0
	VILLA UNIDA	27,0	113,4	28,4
	LA POLLITA *	14,0	46,2	14,0
	RENCA LTDA. *	73,0	240,9	73,0
	VILLA HERMOSA *	15,0	49,5	15,0
	BLANCO ENCALADA (Dptos.)	132,0	554,4	138,6
	LAS CUNCUNAS	84,0	352,8	88,2
	MADRID STGO.	4,0	16,8	4,2
	SOL DE ANGAMOS (Casas) *	45,0	148,5	45,0
	SOL DE ANGAMOS (Dptos.) *	12,0	39,6	12,0
	ADRIANA PACHECO	8,0	33,6	8,4
	ISABEL BRICEÑO	9,0	37,8	9,5
	JUAN CORDERO	2,0	8,4	2,1
	PUEBLA FRIAS	5,0	21,0	5,3
	CORDERO MONTANA	5,0	21,0	5,3
	HORACIO POLANCO	4,0	16,8	4,2
	DAVANZO (LOTEO)	9,0	37,8	9,5
	ANGAMOS	10,0	42,0	10,5
	PARQUE BALMACEDA *	113,0	372,9	113,0
	VILLA BALMACEDA *	23	75,9	23,0
ROQUER BRAVO *	24	79,2	24,0	
RENCA ANTIGUO *	361	1516,2	379,1	
TOTAL		1039,0	4076,7	1075,0
13	SANTA ROSA	44,0	184,8	46,2
	ANIBAL PINTO (EX LUTHER KING)	46,0	193,2	48,3
	NUEVA VIDA	35,0	147,0	36,8
	RIO GRANDE	54,0	226,8	56,7
	LAS AÑAÑUCAS (Casas) *	17,0	56,1	17,0
	LAS AÑAÑUCAS (Dptos.) *	2,0	6,6	2,0
	LOS JARDINES DE DON ANIBAL *	81,0	267,3	81,0
TOTAL		279,0	1081,8	288,0
14	LO BENITO *	62,0	204,6	62,0
	SANTA BARBARA *	194,0	640,2	194,0
	LOTEO JULIO BASCUR *	18,0	59,4	18,0

TOTAL		274,0	904,2	274,0
14B	HUAMACHUCO 3 (Ex Fresia)	754,0	3166,8	791,7
	HUAMACHUCO 2 CASAS	1058,0	4443,6	1110,9
	HUAMACHUCO 2 DPTOS.	196,0	823,2	205,8
	APOSTOL SANTIAGO (Dpto.)	78,0	327,6	81,9
	LAS MARGARITAS 1 (Dptos.)	144,0	604,8	151,2
	LAS MARGARITAS 2 (Dptos.)	144,0	604,8	151,2
	LAS MARGARITAS 3 (Dptos.)	144,0	604,8	151,2
	LA VIÑITA	106,0	445,2	111,3
	EBEN EZER	76,0	319,2	79,8
	CHACRA LA PRIMAVERA	LOTEO INDUSTRIAL		
TOTAL		2700,0	11340,0	2835,0
15	PEDRO AGUIRRE CERDA	175,0	735,0	183,8
16	JOSE MIGUEL CARRERA *	303,0	999,9	303,0
17	DOMINGO SANTA MARIA *	218,0	719,4	218,0
18	EL PARAISO *	63,0	207,9	63,0
	FRANCISCO INFANTE *	333,0	1098,9	333,0
TOTAL		396,0	1306,8	396,0
19A	CALVO MACKENNA	75,0	315,0	78,8
19B	LA JAVA	191,0	802,2	200,6
20	MATUCANA	466,0	1957,2	489,3
21	E.ILLANES BEYTIA	866,0	3637,2	909,3
22	VICTORIA	322,0	1352,4	338,1
23A	BULNES	815,0	3423,0	855,8

23A	BULNES	815,0	3423,0	855,8
23B	CAUPOLICAN OBRERO	68,0	285,6	71,4
	CAUPOLICAN EMPLEADOS	32,0	134,4	33,6
	C.C.U.(CASAS) *	144,0	475,2	144,0
	C.C.U.(DPTOS.) *	12,0	39,6	12,0
	CORFO	31,0	130,2	32,6
	FERRILOZA	23,0	96,6	24,2
TOTAL		310,0	1161,6	317,7
24	INES DE SUAREZ	108,0	453,6	113,4
25	VILLA ESPAÑA (Dpto) *	408,0	1346,4	408,0
29	EMPLEADOS HIRMAS (Dpto) *	138,0	455,4	138,0
33	HUAMACHUCO 1 (EX 1° DE MAYO)	875,0	3675,0	918,8
34	HUAMACHUCO I (EX JOSE CARDIN)	412,0	1730,4	432,6

UNIDAD VECINAL	POBLACION	N° DE VIVIENDAS	Personas	Hogares x Viv.
35	EL SALVADOR (CASAS)	314,0	1318,8	329,7
	EL SALVADOR (Dpto.)	352,0	1478,4	369,6
	RENACER	250,0	1050,0	262,5
TOTAL		916,0	2528,4	632,1
36	VALLE CENTRAL	370,0	1554,0	388,5
	VALLE AUSTRAL	142,0	596,4	149,1
	ISLA DE CHILOE	500,0	2100,0	525,0
	VALLE DEL ELQUI	185,0	777,0	194,3
TOTAL		1197,0	5027,4	1256,9
37	NORTE GRANDE	276,0	1159,2	289,8
	NORTE CHICO	290,0	1218,0	304,5
	VALLE DE AZAPA sector A4-A3(Casas)	176,0	739,2	184,8
	VALLE DE AZAPA sector A4-A3(Dpto.)	210,0	882,0	220,5
TOTAL		952,0	3998,4	999,6
38	MAULE 2 (Dpto.)	387,0	1625,4	406,4
	MAULE 3 (Dpto.)	378,0	1587,6	396,9
TOTAL		765,0	3213,0	803,3
39	MAULE 1	300,0	1260,0	315,0
	LA ARAUCANIA	81,0	340,2	85,1
	AMANCAY	45,0	189,0	47,3
	VALLE DE AZAPA sector A5-A7(Casas)	348,0	1461,6	365,4
	VALLE DE AZAPA sector A5-A7 (Dpto.)	174,0	730,8	182,7
TOTAL		948,0	3981,6	995,4
40	VALLE DE AZAPA (Dpto.) sector A1-A6	396,0	1663,2	415,8
	VALLE DE AZAPA (Casas) sector A1-A6	752,0	3158,4	789,6

TOTAL		1148,0	4821,6	1205,4
41	VILLA LAS MERCEDES	172,0	722,4	180,6
	LO VELASQUEZ 2	300,0	1260,0	315,0
	LO VELASQUEZ 5	206,0	865,2	216,3
	LO VELASQUEZ 6	403,0	1692,6	423,2
TOTAL		1081,0	4540,2	1135,1
42	VILLA EL SOL	32,0	134,4	33,6
	LO VELASQUEZ 1	246,0	1033,2	258,3
	LO VELASQUEZ 3	58,0	243,6	60,9
	LO VELASQUEZ 4	276,0	1159,2	289,8

TOTAL		612,0	2570,4	642,6
43	ROBINSON ROJAS	312,0	1310,4	327,6
	OSCAR CASTRO (Dpto)	552,0	2318,4	579,6
TOTAL		864,0	3628,8	907,2
44	SANTA CRUZ DE LO BOZA	25,0	105,0	26,3
	CIUDAD NUEVA RENCA *	650,0	2145,0	650,0
	CONJ.HABIT.LO BOZA *	568,0	1874,4	568,0
	BARRIO GIRASOL *	152,0	501,6	152,0
	CASAS DE RENCA 2 *	213,0	702,9	213,0
	CASAS DE RENCA 3 *	243,0	801,9	243,0
	CASAS DE RENCA 4 *	283,0	933,9	283,0
	JARDIN PONIENTE *	285,0	940,5	285,0
	JARDIN PONIENTE 2 (CASAS) *	295,0	973,5	295,0
	JARDIN PONIENTE 2(Deptos.) *	270,0	891,0	270,0
	CASAS JARDIN DE RENCA *	179,0	590,7	179,0
	ANTUMALAL *	170,0	561,0	170,0
	MUJER DE ESFUERZO	150,0	630,0	157,5
	C. NUEVA RENCA IV *	66	217,8	66,0
	BARRIO FUNDADORES *	154,0	508,2	154,0
	LA HACIENDA(Lote 5 El Montijo) *	115,0	379,5	115,0
NUESTROS SUEÑOS	108,0	453,6	113,4	
TOTAL		3926,0	13210,5	3940,2
45	RAFAEL NEGRETE	60,0	252,0	63,0
	BLANCA VERGARA	120,0	504,0	126,0
	GENERAL FREIRE (Dpto)	240,0	1008,0	252,0
	SANTA ANA	63,0	264,6	66,2
	SIG. BASCUÑAN	32,0	134,4	33,6
	LAURA VICUÑA	84,0	352,8	88,2
	LOTEO TADEO GUTIERREZ	9,0	37,8	9,5
	LO NEGRETE	365,0	1533,0	383,3
	SOL DE FREIRE I *	61,0	201,3	61,0
TOTAL		1034,0	4287,9	1082,7

UNIDAD VECINAL	POBLACION	Nº DE VIVIENDAS	Personas	Hogares x Viv.
46	VILLA CAUPOLICAN	171,0	718,2	179,6
	LAS CAMELIAS 1-2	46,0	193,2	48,3
	LOS CISNES	98,0	411,6	102,9
	FERNANDO DE LA MAZA	9,0	37,8	9,5
	COOPERATIVA MAGALLANES	54,0	226,8	56,7
	EL DAMASCAL	106,0	445,2	111,3
	VILLA PARROQUIAL	33,0	138,6	34,7
	MANUELA COVARRUBIAS	19,0	79,8	20,0
	EL COBRE	73,0	306,6	76,7
	EL TRIGAL	44,0	184,8	46,2
	VILLA O´HIGGINS	64,0	268,8	67,2
	LOTEO MADRID	20,0	84,0	21,0
	LOTEO NAHMIA	12,0	50,4	12,6
	DIEGO PORTALES	3,0	12,6	3,2
	ALTUÉ SUR *	39,0	128,7	39,0
	ALTUE NORTE *	35,0	115,5	35,0
SAN CARLOS *	35,0	115,5	35,0	
TOTAL		861,0	3518,1	898,6
47	OSCAR BONILLA	196,0	823,2	205,8



PRINCIPALES INDICADORES COMUNALES SERPLAC SANTIAGO CASEN 2009

COMUNA DE RENCA

1.- Porcentaje Población en Situación de Pobreza

Región	% Pobres	% No Pobres
Región Metropolitana	11,5	88,5
Provincia Santiago	11,0	89,0
Renca	19,1	80,9

Podemos observar que la comuna de Renca porcentualmente tiene 7.6 puntos más de población Pobre respecto de la Región, y 8.1 puntos más que la Provincia.

De las 32 comunas de la Provincia de Santiago, Renca según "Población Pobre" se ubica en el 4º lugar, siendo precedida por las comunas de La Pintana, La Granja y San Ramón; e igual ubicación respecto de las 52 comunas de la R.M.

* No hay antecedentes de Población Indigente.

Por su parte, las comunas de la Provincia de Santiago con menos % de población Pobre, es liderada por las comunas de: Las Condes con un 1,1%, La Reina con un 1,8%, Vitacura con un 1,9%, y Lo Barnechea con un 4,3% de población que califica de Pobre.

Nota: La "línea de pobreza" se determina por el nivel de ingreso mínimo necesario por persona para cubrir el costo de una canasta individual para la satisfacción de las necesidades alimentarias y no alimentarias.

En la versión 2009 de la CASEN, la "línea de pobreza" se estableció en **\$64.134 percápita** en la zona urbana, y en \$43.242 percápita en las zonas rurales, y la "línea de indigencia" se determinó en **\$32.067** en zonas urbanas y en \$24.710 en las zonas rurales.

2.- Distribución Porcentual de los Hogares por Pobreza

Región	% Pobres	%No Pobres
Región Metropolitana	9,6	90,4
Provincia Santiago	9,1	90,9
Renca	16,3	83,7

Se observa que Renca porcentualmente tiene 6.7 puntos más de Hogares Pobres respecto de la Región, y 7.2 puntos más que la Provincia.

De las 32 comunas de la Provincia de Santiago, Renca según % Hogares Pobres, ocupa el 5° lugar al igual que la comuna de Quilicura, siendo precedida por las comunas de La Granja, La Pintana, San Ramón, y Cerro Navia.

3.- Ingreso Promedio del Hogar por Tipo de Ingreso

Región	Autónomo	Ingreso Monetario	Ingreso Total
R.Metropolitana	995.654	1.008.380	1.053.792
Provincia Santiago	1.109.481	1.121.462	1.170.645
Renca	551.187	568.355	601.878

Ingreso autónomo del Hogar: son todos los pagos que recibe el hogar como resultado de la posesión de factores productivos. Incluye: sueldos, salarios, ganancias del trabajo independiente, la autoprovisión de bienes producidos por el hogar, rentas, intereses, pensiones y jubilaciones.

Ingreso monetario del Hogar: es la suma del ingreso autónomo y las transferencias (subsídios) monetarias que recibe el hogar del estado, tales como PASIS, SUF, SAP, asignaciones familiares y los subsidios de cesantía.

Ingreso Total del Hogar: se calcula sumando al ingreso monetario una imputación por concepto de arriendo.

Alquiler imputado: corresponde a una imputación de ingreso aplicada a aquellos hogares que ocupan una vivienda propia para reflejar el valor monetario que implica utilizar dicho inmueble.

* El promedio del ingreso monetario de los hogares de Renca, corresponde al 56,36% del promedio de la Región, y al 50,68% al ingreso monetario promedio de la Provincia.

Según promedio de ingreso monetario del hogar, Renca se ubica en el 6° lugar más bajo de las 32 comunas de la Provincia con un promedio de ingresos de \$568.355, siendo precedido por las comunas de: La Pintana con \$443.479, La Granja con \$477.724, Cerro Navia con \$487.182, Pedro Aguirre Cerda con \$537.209 y, San Ramón con \$548.000.

Por su parte, los promedios más altos de ingresos monetarios de los hogares, se registran en las comunas de: Lo Barnechea con \$3.254.847, Las Condes con \$3.246.320, Vitacura con \$3.067.433, La Reina con \$2.281.571, Providencia con \$2.271.297, Ñuñoa con \$1.255.540, Santiago con \$1.230.498, y San Miguel con \$1.031.703.

4.- Porcentaje de Población Analfabeta y Alfabetada de 15 años y más años edad

Región	Analfabeta	Alfabetada
Región Metropolitana	1,8	98,2
Prov. Santiago	1,6	98,4
Renca	2,9	97,1

El analfabetismo en la comuna de Renca porcentualmente es mayor en 1.1 puntos respecto de la Región y en 1.3 puntos más que la Provincia.

De las 32 comunas de la Provincia de Santiago, Renca según este indicador, ocupa el 4° lugar, siendo precedida por las comunas de La Pintana con 5,2%, Peñalolén con 4,4%, y La Granja con 3,6% de "analfabetismo".

5.- Escolaridad Media de la Población mayor de 15 años por Sexo

Región	Hombre	Mujer	Total
Región Metropolitana	11,5	11,0	11,2
Prov. Santiago	11,8	11,2	11,5
Renca	10,6	10,1	10,3

En Renca el promedio de escolaridad media de la población mayor de 15 años, es de 10.3 años de estudios, equivalente al 2° E.Media rendido, encontrándose respecto a la Región y Provincia con un año menos de escolaridad E.Media, alcanzando la Región y la Provincia un promedio de años de estudios equivalentes al 3° E. Media rendido.

De las 32 comunas de la Provincia de Santiago, Renca y 12 comunas más, tienen un promedio de escolaridad de su población mayor de 15 años equivalente al 2° Medio rendido.

Por su parte, 4 comunas de la Provincia registran un promedio escolaridad de su población mayor de 15 años hasta 1° Medio, 6 comunas con promedio escolaridad 3° Medio, y La Pintana con el promedio de años de estudios más bajo correspondiente al 8° Básico.

Sólo 8 de las 32 comunas de la Provincia, registran un promedio de escolaridad de 4° Medio y superior de su población de 15 y más años edad, observándose niveles de E.Superior sólo en Las Condes, Vitacura, La Reina, Providencia y Ñuñoa.

6.- Escolaridad Media de la Población Mayor de 18 años por Sexo

Región	Hombre	Mujer	Total
R.Metropolitana	11,6	11,0	11,3
Prov. Santiago	11,9	11,3	11,6
Renca	10,7	10,1	10,4

En Renca el promedio de escolaridad media de la población mayor de 18 años, es de 10.4 años de estudios equivalente al 2° Medio, encontrándose respecto a la Región y

Provincia con un año menos de escolaridad media, alcanzando la Región y la Provincia un promedio de años de estudios equivalente al 3° Medio.

Promedio años estudios población mayor de 18 años en Comunas de la R. Metrop.

Promedio años Estudios	N° Comunas	% Comunas Región
8 años = 8° básico	5	9,6
9 años = 1° medio	12	23,1
10 años= 2° medio	21	40,4
11 años= 3° medio	6	11,5
12 años= 4° medio	3	5,8
13 y + años= ens.superior	5	9,6
Totales	52 comunas	100%

En 44 comunas de la Región, el promedio de escolaridad de la población mayor de 18 años no alcanza al 4° Medio, alcanzando este nivel sólo 3 comunas.

Las comunas con promedio de estudios más bajo equivalente al 8° básico son: La Pintana, San Ramón, Alhué, María Pinto, y San Pedro.

A su vez las comunas con promedio de estudios equivalente a ens. superior son: La Reina, Las Condes, Ñuñoa, Providencia, y Vitacura.

7.- Fuerza de Trabajo y Tasa de Desocupación

Región	Fuerza de trabajo (N° personas)	Tasa de Desocupación (%)
R. Metropolitana	3.231.725	10,1
Prov. Santiago	2.410.100	10,3
Renca	57.702	8,0

Según tasa de desocupación, Renca se ubica entre las 28 comunas de la R. Metropolitana con una tasa de desocupación de un sólo dígito.

Por su parte, de las 32 comunas de la Provincia, 16 comunas registran una tasa de desocupación de un sólo dígito, ubicándose Renca en el 5° lugar de las tasas más bajas, siendo precedida por las comunas de: Vitacura con 1,9%, La Reina con 5,4%,

Independencia con 6,3% y, Peñalolén con una tasa de 7,6%. Las comunas con mayor tasa de desocupación son lideradas por: San Ramón 18,8%, Huechuraba 15,0%, La Pintana 14,9%, P.Aguirre Cerda 14,4%, y El Bosque 14,2%.

8.- Composición Jefes de Hogar por Sexo

Región	Hombres	Mujeres	Total
R.Metropolitana	65,8%	34,2%	100%
Prov. Santiago	64,1%	35,9%	100%
Renca	56,1%	43,9%	100%

Porcentualmente la concentración de mujeres jefas de hogar en Renca es 9.7 puntos más que la Región y 8.0 puntos más que la Provincia; superando la jefatura del hogar ejercida por varones en tan sólo 12.2 puntos.

Según este indicador, Renca y La Granja se ubican en el 2º lugar a nivel de la Región y de la Provincia, siendo precedidas por la comuna de Macul con un 46,8% de mujeres jefas de hogar.

Si bien este es un dato oficial, no podemos dejar de llevar a la reflexión su real dimensión, atendiendo a que la Ficha de Protección Social es susceptible de ser manipulada por el encuestado de momento que la condición de jefa de hogar sin pareja da prioridad para acceder a los beneficios sociales.

9.- Composición de la Población por Sistema de Previsión de Salud

Región	Sist.Público	ISAPRE	Particular y Otros	No Sabe
Región Metropolitana	73,7%	19,8%	5,1%	1,4%
Prov. Santiago	70,4%	22,8%	5,3%	1,5%
Renca	88,9%	8,8%	1,7%	0,6%

El 88,9% de la población de Renca (129.794 personas) está afiliada al sistema de salud público (FONASA), porcentualmente 15.2 puntos más que la Región Metropolitana, y 18.5 puntos más que la Provincia.

De las 32 comunas de la Provincia, Renca ocupa el 4º lugar de población afiliada al sistema de salud público, siendo precedida por las comunas de Cerro Navia, La Pintana, y San Ramón. Por su parte, las comunas con menos población afiliada al sistema público son: Vitacura con un 22,4%, Las Condes con un 23,8%, Providencia con un 33,2%, La Reina con un 43,5%, y Ñuñoa con un 46,8%.

10.- Distribución de Hogares por Acceso a Agua Potable

Región	Aceptable	Deficitario
R.Metrop.	99,1%	0,9%
Prov. Stgo.	99,4%	0,6%
Renca	98,9%	1,1%

Aceptable: Con llave dentro de la vivienda.

Deficitaria: No tiene sistema, la acarrea

Podemos concluir, que cerca del 99% de los Hogares de Renca tienen un aceptable acceso al agua potable, lo que se traduce en una importante garantía sanitaria para la población; porcentualmente 0.2 puntos menos que la Región y 0.5 puntos menos que la Provincia.

De las 32 comunas de la Provincia, sólo 10 comunas tienen el 100% de sus hogares con acceso aceptable al agua potable: Cerrillos, Independencia, La Cisterna, La Florida, Las Condes, Ñuñoa, Providencia, Quilicura, San Miguel, y Vitacura.

Sí resulta preocupante y un problema no menor, que cerca de 400 Hogares de la comuna (aproximadamente 1.600 personas) acceden a este servicio a través del sistema de acarreo, lo que implica un inminente riesgo sanitario. Este indicador ubica a Renca en el 8º lugar de las 32 comunas de la Provincia siendo precedida por las comunas de Huechuraba, Lo Prado, Santiago, Lo Espejo, Conchalí, Recoleta, y La Pintana.

11.- Distribución de Hogares por Acceso a Energía Eléctrica

Región	Con Red pública	Sin Red pública	No dispone de energía elec.
R.Metrop.	99,9%	0,0%	0,1%
Prov.Stgo.	99,9%	0,0%	0,1%
Renca	99,7%	0,0%	0,3%

El 99,7% de los Hogares de Renca, acceden a energía eléctrica a través de la red pública y un 0,3% (aprox. 109 hogares) no dispone de este importante servicio.

De las 32 comunas de la Provincia, en 25 de ellas el 100% de los hogares acceden a energía eléctrica a través de la red pública, no alcanzando al 100% las comunas de Estación Central, Lo Espejo, Quilicura, Quinta Normal, San Joaquín, San Ramón, y Renca.

12.- Composición de Hogares por Sistema de Eliminación de Excretas

Región	Aceptable	Deficitario
R.Metrop.	98,3%	1,7%
Prov. Stgo.	98,8%	1,2%
Renca	98,5%	1,5%

Aceptable:

- a. Con WC conectado a alcantarillado
- b. Con WC conectado a fosa séptica

Deficitaria:

- a. Con letrina sanitaria conectada a pozo negro
- b. Con cajón sobre pozo negro
- c. Con cajón sobre acequia o canal
- d. Con cajón conectado a otro sistema
- e. No dispone de sistema

El 98,5% de los hogares de Renca cuenta con un sistema adecuado de eliminación de excretas, mientras que sobre 545 (1,5%) hogares tienen un sistema

deficitario ó no disponen de un sistema, lo que implica un riesgo sanitario para aprox. 2.180 personas.

De las 32 comunas de la Provincia, sólo en 6 comunas el 100% de los hogares cuentan con un sistema adecuado de eliminación de excretas y son: La Florida, Las Condes, Ñuñoa, Providencia, San Miguel, y Vitacura.

13.- Composición de Hogares por Materialidad de sus Viviendas

Región	Aceptable	Recuperable	Irrecuperable
R. Metropolitana	85,9%	13,9%	0,3%
Prov. Santiago	86,6%	13,2%	0,2%
Renca	85,1%	14,3%	0,6%

Este concepto se relaciona con los materiales predominantes en paredes exteriores, cubierta de techo y pisos.

Definición de categorías según material predominante en:		
Dimensión	Indicador	Categorías
Paredes Exteriores	De acero u hormigón armado; albañilería de ladrillo, bloques de cemento o piedra; tabique forrado por ambas caras (madera u otro)	ACEPTABLE
	Adobe; tabique sin forro interior (madera u otro); barro, quincha, pirca u otro artesanal tradicional	RECUPERABLE
	Material de desechos y/o reciclaje (cartón, lata, sacos, plásticos) y otros materiales.	IRRECUPERABLE
Techo	Tejas; tejuela, losa de hormigón con cielo interior; zinc o pizarreño con cielo interior; zinc, pizarreño, teja, tejuela o madera sin cielo interior.	ACEPTABLE
	Fonolita; paja, coirón, totora o caña.	RECUPERABLE
	Material de desechos y/o reciclaje (plásticos, latas, etc.)	IRRECUPERABLE
Piso	Radier revestido (parquet, cerámica, tabla, linóleo, flexit, baldosa, alfombra, etc.)	ACEPTABLE
	Radier no revestido, tabla o parquet sobre soleras o vigas; madera, plásticos o pastelones directamente sobre tierra.	RECUPERABLE
	Piso de tierra.	IRRECUPERABLE

En Renca, el 85,1% de los hogares habita una vivienda de Materialidad Aceptable, es decir, viviendas cuyas paredes, techos y pisos estén bajo el indicador de esta categoría; porcentualmente 0.8 puntos menos que la Región, y 1.5 puntos menos que la Provincia. Ninguna de las comunas de la R. Metropolitana tiene el 100% de sus hogares habitando viviendas en categoría aceptable.

El 14,3% de los hogares de la comuna ocupa una vivienda de Materialidad Recuperable, es decir, viviendas que no tienen ningún indicador calificado como irrecuperable; porcentualmente 0.4 puntos más que la Región, y 1.1 puntos más que la Provincia.

El 0,6% de los hogares de Renca (218 hogares) habita una vivienda de Materialidad Irrecuperable, es decir, cualquier vivienda que presente al menos un indicador irrecuperable; porcentualmente 0.3 puntos más que la Región y 0.4 puntos más que la Provincia, indicador que ubica a Renca y Recoleta en el 5° de las 32 comunas de la Provincia.

14.- Composición de Hogares por Saneamiento de sus Viviendas

Región	Aceptable	Deficitario
R. Metropolitana	98,3%	1,7%
Prov. Santiago	98,8%	1,2%
Renca	98,5%	1,5%

Saneamiento considera el sistema de distribución de agua potable al interior de las viviendas y el medio de eliminación de excretas, según las categorías de aceptable y deficitario.

Aceptable: viviendas cuyo interior dispone de suministro de agua a través de cañerías, y sistema de eliminación de excretas mediante WC conectado a alcantarillado o fosa séptica.

Deficitario: se aplica en todos los casos en que no concurren las dos situaciones anteriores.

El 98,5% de los hogares de Renca, clasifica con saneamiento aceptable, porcentualmente 0.2 puntos más que la Región, y 0.3 puntos menos que la Provincia.

El 1,5% de los hogares (545 hogares) habitan viviendas que califican de saneamiento deficitario, porcentualmente 0.2 menos que la Región, y 0.3 puntos más que la Provincia.

Según este indicador, de las 32 comunas de la Provincia, sólo existen 6 comunas cuyos hogares habitan viviendas que califican con un 100% de saneamiento aceptable: La Florida, Las Condes, Ñuñoa, Providencia, San Miguel, y Vitacura.

15.- Composición de Hogares por Situación de Hacinamiento

Región	Sin Hacinamiento	Con Hacinamiento
R. Metropolitana	91,9%	8,1%
Prov. Santiago	92,5%	7,5%
Renca	89,5%	10,5%

Para este indicador, se utilizaron los criterios establecidos por el Ministerio de la Vivienda

Sin hacinamiento: si hay 2,4 ó menos personas por dormitorio.

Con hacinamiento: si hay 2,5 ó más personas por dormitorio.

Del total de hogares de Renca, el 89,5% clasifica sin hacinamiento, lo que favorece a 32.550 hogares (130.201 habitantes de la comuna); porcentualmente 2.4 puntos menos que la Región, y 3.0 puntos menos que la Provincia. Según este indicador, Renca se ubica en el 18° lugar de las 32 comunas de la Provincia, y sólo en 3 comunas el 100% de los hogares califican sin hacinamiento: Las Condes, Providencia, y Vitacura.

El 10,5% de los hogares de la comuna (3.819 hogares) califican en situación de hacinamiento, afectando aprox. a 15.276 personas; porcentualmente 2.4 puntos más que la Región, y 3.0 puntos más que la Provincia. Este indicador ubica a Renca en el 10° lugar de las 32 comunas de la Provincia.

16.- Composición de la Población por Pertenencia a Pueblos Indígenas

Región	Pertenece a algún pueblo indígena	No pertenece a ninguno
R. Metropolitana	4,1%	95,9%
Prov. Santiago	4,2%	95,8%
Renca	6,4%	93,6%

Del total de la población de Renca, el 6,4% pertenece a algún pueblo indígena; porcentualmente 2.3 puntos más de "población indígena" que la Región y 2.2 puntos más que la Provincia. Según este indicador, Renca se ubica en el 4º lugar de las 32 comunas de la Provincia, siendo precedida por las comunas de: Peñalolén, Cerrillos, y Lo Prado.

El más bajo porcentaje de población indígena, se registra en las comunas de Providencia con un 0,2%, y Las Condes con un 0,6%.

17.- Composición de la Población por Situación de Discapacidad

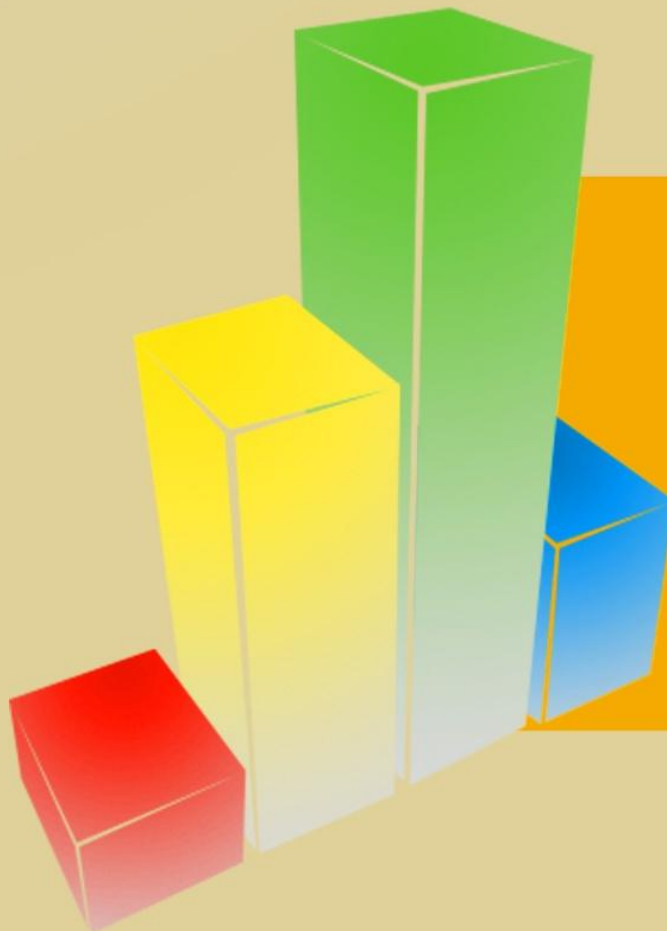
Región	Con discapacidad	Sin discapacidad
R. Metropolitana	6,4%	93,6%
Provincia Santiago	6,6%	93,4%
Renca	5,6%	94,4%

El 5,6% de la población de Renca tiene algún tipo de discapacidad, afectando directamente a 8.176 personas aprox.; porcentualmente 0.8 puntos menos que la Región, y 1.0 punto menos que la Provincia.

Según este indicador de las 32 comunas de la Provincia, las comunas de La Cisterna y Renca se ubican en el 16º lugar, registrando las comunas de La Pintana y Santiago un mayor porcentaje de población discapacitada con un 10,1% y 8,2% respectivamente. A su vez, las comunas con menos población discapacitada es Vitacura con un 2,9%, Quilicura con un 3,2%, y Lo Barnechea con un 3,8% .



Antecedentes salud de Renca



ANTECEDENTES DE SALUD LOCAL

Para analizar la situación de salud de la comuna de Renca se consideró necesario abordar las características de la población, morbilidad, mortalidad, nivel de pobreza y la oferta que entregan los sistemas públicos de salud, entendiendo por esto último, los servicios municipalizados de salud.

Los antecedentes estadísticos que a continuación se presentarán se obtuvieron a través del registro DEIS- MINSAL, INE y estadísticas locales de actividades y canasta de prestaciones entregadas.

1. POBLACION INSCRITA COMUNA DE RENCA

Durante los 3 últimos años la población inscrita de la comuna ha sufrido un leve aumento, lo cual puede ser apreciado en la siguiente tabla

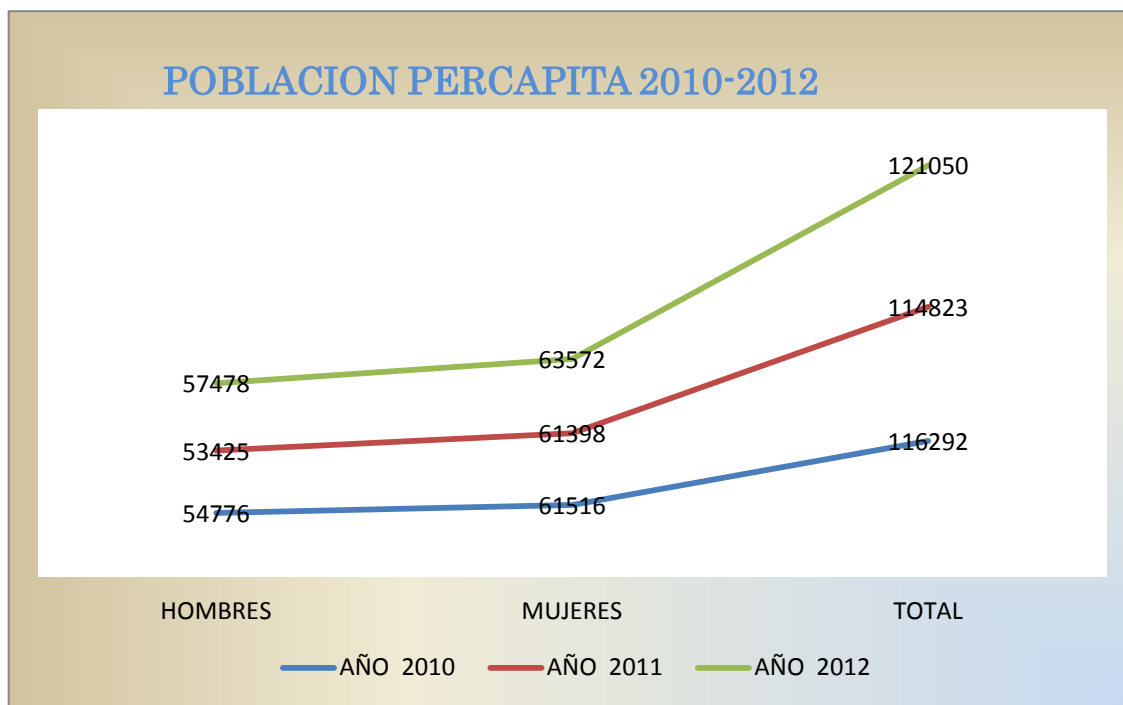
EDAD	2010			2011			2012		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
	<u>116.303</u>	<u>54.776</u>	<u>61.516</u>	<u>114.893</u>	<u>53.425</u>	<u>61.398</u>	<u>121.050</u>	<u>57.478</u>	<u>63.572</u>
<u>0-4 años</u>	<u>7.431</u>	<u>3.867</u>	<u>3564</u>	<u>4.784</u>	<u>2.392</u>	<u>2.392</u>	<u>7.664</u>	<u>4.016</u>	<u>3.648</u>
<u>05-09 años</u>	<u>8.587</u>	<u>4.378</u>	<u>4209</u>	<u>7.741</u>	<u>3.932</u>	<u>3.809</u>	<u>7.909</u>	<u>4033</u>	<u>3876</u>
<u>10-14 años</u>	<u>9.778</u>	<u>5.001</u>	<u>4777</u>	<u>8.466</u>	<u>3.872</u>	<u>4.594</u>	<u>9.576</u>	<u>4.903</u>	<u>4.673</u>
<u>15-19 años</u>	<u>10.855</u>	<u>5.482</u>	<u>5372</u>	<u>10.840</u>	<u>5.394</u>	<u>5.446</u>	<u>10.670</u>	<u>5.333</u>	<u>5.337</u>
<u>20-24 años</u>	<u>9.864</u>	<u>4.611</u>	<u>5253</u>	<u>10.262</u>	<u>4.878</u>	<u>5.384</u>	<u>11.005</u>	<u>5.335</u>	<u>5.670</u>
<u>25-29 años</u>	<u>9.116</u>	<u>4.099</u>	<u>5017</u>	<u>9.261</u>	<u>4.230</u>	<u>5.031</u>	<u>9.668</u>	<u>4.578</u>	<u>5.090</u>
<u>30-34 años</u>	<u>8.179</u>	<u>3.719</u>	<u>4460</u>	<u>8.271</u>	<u>3.730</u>	<u>4.541</u>	<u>8.756</u>	<u>4.025</u>	<u>4.731</u>
<u>35-39 años</u>	<u>8.483</u>	<u>3.902</u>	<u>4581</u>	<u>8.772</u>	<u>4.031</u>	<u>4.741</u>	<u>8.923</u>	<u>4.110</u>	<u>4.813</u>
<u>40-44 años</u>	<u>7.847</u>	<u>3.672</u>	<u>4175</u>	<u>7.872</u>	<u>3.687</u>	<u>4.185</u>	<u>8.126</u>	<u>3.916</u>	<u>4.210</u>
<u>45-49 años</u>	<u>7.682</u>	<u>3.569</u>	<u>4113</u>	<u>7.893</u>	<u>3.663</u>	<u>4.230</u>	<u>8.037</u>	<u>3.721</u>	<u>4.316</u>
<u>50-54 años</u>	<u>6.902</u>	<u>3.102</u>	<u>3800</u>	<u>7.120</u>	<u>3.219</u>	<u>3.901</u>	<u>7.250</u>	<u>3.319</u>	<u>3.931</u>
<u>55-59 años</u>	<u>5.825</u>	<u>2.687</u>	<u>3138</u>	<u>6.085</u>	<u>2.763</u>	<u>3.322</u>	<u>6.307</u>	<u>2.848</u>	<u>3.459</u>
<u>60-64 años</u>	<u>5.036</u>	<u>2.305</u>	<u>2731</u>	<u>5.174</u>	<u>2.381</u>	<u>2.793</u>	<u>5.221</u>	<u>2.355</u>	<u>2.866</u>
<u>65-69 años</u>	<u>3.908</u>	<u>1.717</u>	<u>2191</u>	<u>4.254</u>	<u>1.922</u>	<u>2.332</u>	<u>4.338</u>	<u>1.971</u>	<u>2.367</u>

70-74 años	2.549	1.105	1441	2.822	1.239	1.583	2.968	1.262	1.706
75-79 años	1.893	756	1137	2.049	821	1.228	1.939	802	1.137
80 y más años	2.361	804	1557	3.157	1.271	1.886	2.693	951	1.742

Fuente: DEIS-MINSAL

Distribución De Población Inscrita Por Sexo Y Edad Comuna De Renca Año 2010-2012

SEXO	2010	2011	2012
MASCULINO	54776	53425	57478
FEMENINO	61516	61398	63572
TOTAL	116292	114823	121050



PRINCIPALES ANTECEDENTES BIOMEDICOS DEL AREA SALUD COMUNA RENCA

Consultas de Morbilidad, Período 2009-2010- septiembre 2011, Comuna de Renca

CES	2010	2011	Enero- agosto 2012
RENCA	41849	52.715	34.483
H.URZUA	38426	42.083	40.015
HUAMACHUCO	13831	13.500	9.609
BICENTENARIO		2.543	8.690
TOTAL	94.106	110.841	92.797

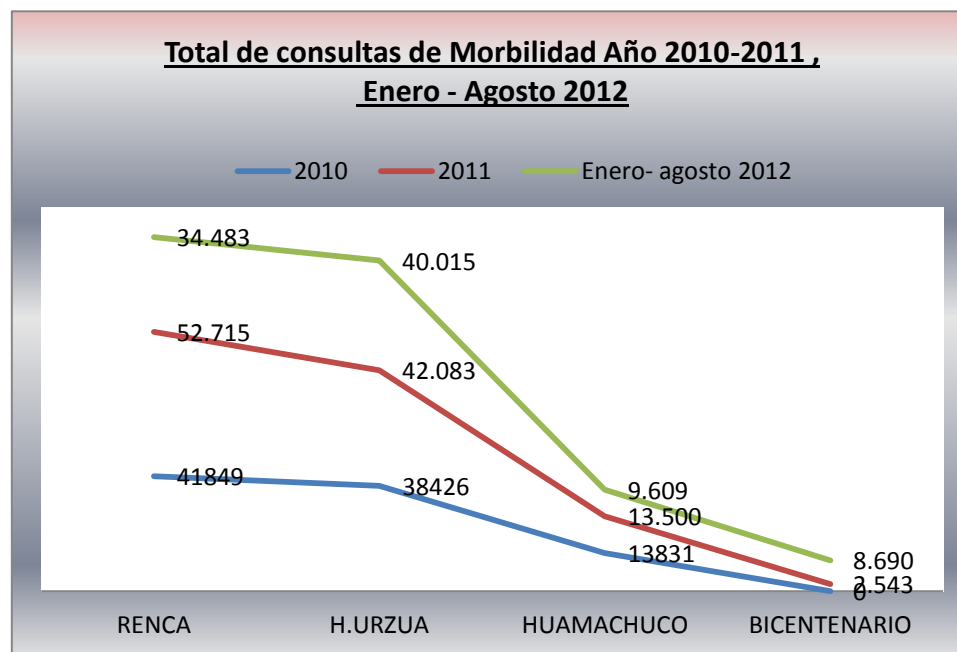
Como se puede observar en cuadro adjunto las consultas de morbilidad han ido en aumento, observándose en el año 2011 16735 consultas más de morbilidad que no necesariamente guardan relación con la incorporación de un nuevo Establecimiento de atención Primaria en la comuna.

Para el año 2012, entre los meses de enero a agosto se lleva el 83,72% de las consultas de morbilidad realizadas con relación al total del año 2011.

Si se considera los datos anteriores se puede señalar que al mes de agosto la tasa de consulta por Centro de Salud es:

Centro de salud	TASA
Renca	0.5
Hernán Urzúa	1,0
Huamachuco	0,5
Bicentenario	0.8

La tasa de consulta comunal es de 0.7,



A continuación se presentan algunos indicadores asociados a los índices de atención Primaria con corte al mes de agosto 2012,

Indicadores	Comunal	Meta Anual
EMPA Masculino 20 a 44 años	2.321	3.652
EMPA Femenino 45 a 64 años	1.868	2.494
EMPAM	3.142	5.790
EMP Adolescente	467	575
Altas Odontológicas menores de 20 años	4.915	6.807
Cobertura de DM	13.901	13.976
Cobertura De HTA	11.736	11.384
Tasa De V.D. Integral	4.382	5.750

Es importante señalar que el cumplimiento de los indicadores anteriores ha permitido no sufrir rebajas relacionadas con el aporte per cápita 2012, esto

fundamentado en el permanente compromiso y preocupación de la Primera Autoridad Comunal en conjunto con los Equipos de Salud para lograr de manera eficiente y eficaz los desafíos y metas trazadas.

INFORMACION PROGRAMA ODONTOLOGICO 2011-2012

A.- Meta Sanitaria y Reforzamiento Odontológico

I.A.- Altas Integrales niños de 06 años

2011	RENCA	DR.H.URZUA M.	HUAMACHUCO
Acumulado	509	190	127
Logrado	68.5 %	41.2 %	48.8 %

Metas	Pobl.insc.	743 = 100 %	461 = 100%	260 =100%
Sanitaria		639 = 86 %	373 = 81%	211 = 81%
Reforzamiento		594 = 80 %	367 = 80%	208 = 80%

2012

A.- Meta Sanitaria

Renca Urzúa Huamachuco Bicentenario

1.- 6 años :

Población .Inscrita :	721	559	237	
Meta	75 %	74 %	70 %	
Meta Altas	541	414	166	
Acumulado	349/721	222/559	140/237	57
	= 48,4 %	39,7 %	59,0 %	

Es llamativo el incremento de población inscrita en el Ces Urzúa de 461 niños en el 2011 a 559 en el 2012, lo que al bajar la meta 2012 terminan efectivamente siendo más las altas necesarias para el cumplimiento de la meta de este año.

I.B. Altas Integrales niños de 12 años
2011

	Renca	Urzúa	Huamachuco	Bicentenario
Acumulado	447	215	137	
Logrado	45,6 %	32,23 %	45,3 %	
Pobl.Inscrita	980	667	302	
Meta sanitaria	696 = 71 %	367 = 55 %	202 = 67 %	

2012
2.- 12 años :

Pobl.Inscrita :	1.033	631	245	
Meta	76 %	56 %	68 %	
Meta Altas	785	353	167	
Acumulado	700 / 1.033	136 / 631	146 / 245	37
	= 67,7 %	21,6 %	59,6 %	

I.C Altas Integrales de Embarazadas
2011

	Renca		Dr. H.Urzúa M.		Huamachuco	
	Ingresos	Altas	Ingresos	Altas	Ingresos	Altas
Acumulado	491	498	380	279	118	77
Meta Sanitaria	72 %		67 %		78 %	
Logrado	101.4 %		73.4 %		65.3 %	
Reforzamiento	60 %		60 %		60 %	

2012

	Renca		Dr. H.Urzúa M.		Huamachuco		Bic
	Ingresos	Altas	Ingresos	Altas	Ingresos	Altas	
Acumulado	425	381	304	246	92	73	57
Meta Sanitaria	80%		75 %		80 %		
Logrado	89.6%		80.9 %		79.3 %		

Todos los Centros de la Comuna cumplen la meta, pero dada la flexibilidad de ella hace necesario cautelar hasta el último día su cumplimiento.

B.- II.-laps: Altas Integrales Población menor a 20 años

B.1.Análisis Cuantitativo.

	Renca	Urzúa	Huamachuco	Total acum.
Altas integrales en menores de 20 años a Julio 2011				
	1.689	1.052	479	3.220 altas

Meta Comunal 2011

Total Inscritos Menores de 20 años = 36.658 personas, y equivalen a 5.499 altas que corresponden al 15 % de la Población inscrita menor de 20 años.

Logrado Comunal: $\frac{3.220}{36.658} \times 100 = 8.78$
 36.658 – de 20 años

B.2.- Meta Comunal 2012

Total inscritos Menores de 20 años 35.827 personas, y equivale a 6.807 altas que corresponden al 19 % de la Población menor de 20 años.

	Renca	Urzúa	Huamachuco	Total
Altas integrales en menores de 20 años a Julio 2012				
	2.076	1.246	582	3.904

Logrado Comunal: $\frac{3.904}{35.827} \times 100 = 10.89$

Las altas laps del Bicentenario a Julio 2012 son 365 altas

B.2 Comentario cualitativo.

Esta cifra supera lo solicitado y es muy importante consignar que las altas integrales dadas en el Módulo Junaeb y Ces Bicentenario no se incluyen en este resumen, lo que nos deja en inmejorable situación de cumplir el 19 % como meta anual 2012.

C.- MODULO JUNAEB

Meta 2012: Ingresos: 180 altas Controles: 175

Logrado al 31 de Julio 2012 en Ingresos = 393

Logrado al 31 de Julio 2012 en Controles = 677

INFORME DE ALTAS POR MES AÑO 2012

MES	INGRESOS	CONTROLES
ENERO	8	14
FEBRERO		
MARZO	11	92
ABRIL	148	154
MAYO	97	168
JUNIO	86	209
JULIO	43	40
AGOSTO		
SEPTIEMBRE		
OCTUBRE		
NOVIEMBRE		
DICIEMBRE		
TOTAL	393	677

INFORME DE ALTAS POR MES AÑO 2011

MES	INGRESOS	CONTROLES
ENERO	39	73
FEBRERO	0	0
MARZO	5	6
ABRIL	208	176
MAYO	111	212
JUNIO	141	168
JULIO	40	69
SEPTIEMBRE		
OCTUBRE		
NOVIEMBRE		
DICIEMBRE		
TOTAL	544	704

Metas 2011:

Meta Altas Integrales o ingresos : 550 altas: Logrado al 30 de Julio = 504 altas

Meta Altas de Mantenición o Controles : 900 altas: Logrado al 30 de Julio = 704 altas

En ambos períodos se logran muy buenos resultados cuantitativos y cualitativos, lamentando eso sí la demora en la firma del Convenio 2012 por parte de la Junaeb, situación que hasta ahora no se concreta.

Se debe dejar establecido que la Junaeb, a fines del 2011 nos pidió realizar los trámites para agilizar la firma del convenio de este año, trámite que realizamos y aproximadamente en Mayo nos indicó no iniciar actividades hasta la firma definitiva lo que hasta ahora en Septiembre no se concreta - estando las dotaciones ya contratadas y peor aún propone una disminución significativa de las metas del año, con un gran perjuicio económico para nuestro ente administrador. El año 2011 Junaeb proponía una firma de convenio trienal, tal como lo hace ahora, por lo que nos genera mucha incertidumbre.

D.- GES 60 AÑOS:

Logrado al 31 de Julio 2011 = 124 altas integrales
 Logrado al 31 de Julio 2012 = 184 altas integrales

Este Programa se desarrolla con algunas intermitencias, ya que se aprecian períodos extensos en que no se registran altas, habiendo actividad. Los sistemas de registro se deben mejorar ya que existen enormes diferencias con las estadísticas del servicio, y además nuestro sistema de monitoreo a través de la página DEIS no podemos acceder a las altas odontológicas, dificultad enorme para gestionar este Programa.

E.- Programa Hmer y Resolución

HMER : Julio 2011 = 80 altas ***
 Julio 2012 = 72 altas

*** Se agregan las altas de enero-febrero-marzo por Adendum 2010.

Resolución : Julio 2011 = 59 prótesis ***
 Julio 2012 = 65 prótesis

*** Se agregan las altas de enero-febrero-marzo por Adendum 2010

La diferencia radica en que en el 2010 y 2011 hubo adendum dado lo tardío de la partida del Programa. Para este año no habrá Adendum y el Programa partió en el mes de mayo, casi 2,5 meses antes.

E.- CONSULTAS DE URGENCIAS

2011 - 2012

ESTABLECIMIENTO		
Renca	GES	No registra información en página DEIS
	NO GES	6.665
Dr. Hernán Urzúa M.	GES	392
	NO GES	6
Huamachuco	GES	201
	NO GES	924



ESTABLECIMIENTO		
Renca	GES	870
	NO GES	4.780
Dr. Hernán Urzúa M.	GES	56
	NO GES	1.553
Huamachuco	GES	91
	NO GES	1.014
SAPU	GES	4.478

Servicios de Urgencia





SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIA

Periodo 2011-2012

El Servicio de Atención Primaria de Urgencia de la Comuna, funciona las 24 horas del día, razón por lo cual se constituyen 2 turnos de trabajo, 1 turno diurno (08:00 a 17:00 horas) y 1 turno nocturno (17:00 a 08:00 horas).

Total de personal del establecimiento

Total de funcionarios turno diurno

- 4 médico
- 5 auxiliares paramédicos
- 1 Auxiliar signos vitales
- 4 oficial administrativo
- 1 auxiliar de farmacia
- 1 auxiliar de servicio
- 1 Rondín

Total de funcionarios turno nocturno

- 2 médicos
- 3 auxiliares paramédicos
- 1 Administrativo
- 1 odontólogo
- 1 auxiliar dental
- 2 Rondín
- 1 chofer ambulancia Alfa 1 (empresa externa)
- 1 paramédico de ambulancia Alfa 1 (empresa externa)

Servicio de Ambulancia

- 5 chofer ambulancia (empresa externa)
- 5 paramédico de ambulancia (empresa externa)
- 1 chofer ambulancia escolar (empresa externa)
- 1 paramédico ambulancia escolar (empresa externa)

Ambos turnos se apoyan, además, durante todo el año de 2012 se refuerza de la siguiente manera:

- Lunes a Viernes 17:00 a 08:00 horas, 01 médico.
17:00 a 24:00 horas 01 médico
- Sábado, Domingos y festivos 09:00 a 09:00 horas, 01 médico.
09:00 a 24:00 horas, 01 médico

Funciona también en este establecimiento

- Línea 800 con 05 funcionarias.
- Servicio Podología 01 podóloga
- Toma electrocardiograma 01 Técnico paramédico.

Durante el año 2011 se gana proyecto con Japon por lo que se construye un ala para atención pediátrica la cual fue altamente útil durante la campaña de invierno de año 2011, dado que este Box nos permitió hospitalizar niños de mediana gravedad cuando no había disponibilidad de camas en Hospital Félix Bulnes y así dar salud y seguridad a nuestra comunidad.

Total de personal del establecimiento

- 1 Director
- 20 cargos médicos
- 15 técnicos paramédicos
- 09 oficiales administrativos
- 02 auxiliar signos vitales
- 01 auxiliar de farmacia
- 04 Rondines
- 04 odontólogos
- 05 auxiliares dentales

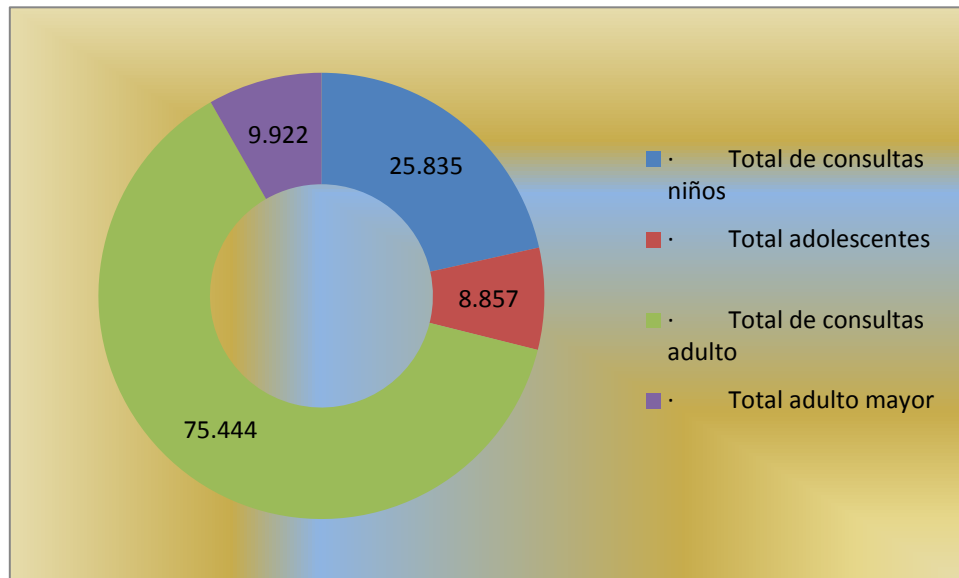
Total de funcionarios del establecimiento 61.

Durante el año 2011-2012, el Servicio se constituyó como campo clínico docente para alumnos de Inacap, ICEL, Simon Bolivar del nivel **técnico superior**, los que han contado con todo el apoyo del personal del establecimiento para su formación y quiénes también han sido de gran apoyo al servicio.

CONSULTAS S.A.P.U. AÑO 2011-2012

Agosto 2011 a Julio 2012

NIÑO DIURNO	NIÑO NOCTURNO	ADOLESC. DIURNO	ADOLESC. NOCTURNO	ADULTO DIURNO	ADULTO NOCTURNO	A. MAYOR DIURNO	A. MAYOR NOCTURNO
10.942	14.893	4401	4456	27.621	47.823	3.762	6.160



Cabe señalar que las consultas durante el período 2011 -2012, se mantiene el nivel de complejidad, describiéndose diversos cuadros:

- Cólicos abdominales
- Cólicos renales
- Cuadros respiratorios (neumonías, bronconeumonías, síndrome bronquial obstructivo
- Accidentes escolares
- Quemaduras
- Accidentes diversos
- Crisis hipertensiva
- Diabéticos descompensados (hiperglicemia)
- Accidentes de tránsito
- Constatación de lesiones
- Alcoholemias
- Patologías diversas
- Procedimientos quirúrgicos
- Patologías de salud mental
- Abdomen agudo
- Cirrosis hepática descompensada

- Crisis convulsiva

Sumándose a lo anteriormente descrito, el servicio recibe la máxima expresión de la urgencia.

- Paro cardiorrespiratorio
- Infarto agudo al miocardio
- Shock séptico
- Heridas penetrantes
- Heridas por armas de fuego
- Anginas inestables
- Hemorragias digestivas
- Intoxicaciones
- Arritmias
- Insuficiencias respiratorias
- Partos

Además de atender en forma permanente constatación de lesiones y alcoholemias las que son derivadas al Instituto Médico Legal, según protocolo.

Para poder entregar la atención necesaria a todo lo señalado, el servicio cuenta con:

- Una sala de reanimación, implementada con una camilla en donde se pueda realizar masaje cardíaco, un monitor cardíaco con desfibrilador, soportes de suero, oxímetro de pulso, dinamap, ambú pediátrico, ambú adulto, laringoscopio, carro de paro, máquina de aspiración y oxigenoterapia. Además de diferentes insumos para enfrentar la reanimación avanzada.
- Los box de atención cuentan con un total de 12 camillas implementadas por sectores adultos y pediátricos y un sector que es la clínica de enfermería para poder preparar los diferentes tratamientos.
- En los box de atención se cuenta con dinamap, oxímetro de pulso, nebulizadores, oxigenoterapia, máquina de Hemoglucotest, otoscopio.

- Nuevo Box de pediatría cuenta con 08 camillas, 02 cunas, dinamap, Oxímetro infantil, sector preparación de tratamiento.

Permanentemente el servicio está implementando nueva tecnología, disponiéndose de una máquina de electrocardiograma normal y una máquina de electrocardiograma de telemedicina por programa AUGE IAM para dar una atención con mayor Resolutividad a los usuarios.

Para satisfacer las necesidades emergentes de las diversas consultas, durante el año 2008, se cuenta con diversos insumos y medicamentos, para ir mejorando cada vez más, la calidad de la atención, dando satisfacción a toda la demanda, es así como se dispone de

- **Insumos:** mariposas, branulas, sueros, bajadas de suero, apósitos, jeringas de diversos calibres, lancetas, cintas para medir glicemia, etc.
- **Medicamentos:** El servicio SAPU se encuentra implementado con diversos medicamentos que permiten resolver el problema de salud del usuario, algunos de los medicamentos de que se dispone son :

Para poder brindar cada vez más un servicio de calidad a la comunidad, se cuenta con 05 ambulancias para el traslado de los pacientes que son referidos desde el servicio primario al nivel secundario, además de trasladar usuarios desde su domicilio al S.A.P.U., ya que por razones de salud no pueden hacerlo por sus propios medios.

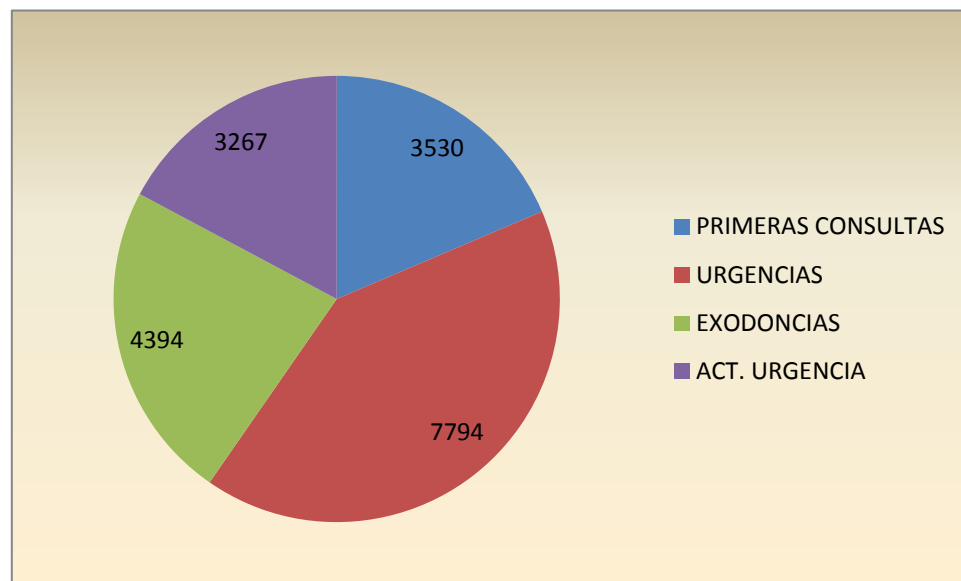
Existe una ambulancia que trabaja en coordinación directa con los establecimientos educacionales, que además apoya el traslado de pacientes dentro de la comuna, el personal paramédico refuerza el trabajo de los funcionarios del establecimiento, otorgando asesoría en domicilio a pacientes que lo requieran por su complejidad, procedimientos o asesoría directa a sus familiares por la complejidad de su problema de salud.

Por otro lado, el personal del establecimiento, apoya constantemente el trabajo de los Centros de salud de la Comuna, absorbiendo la demanda asistencial que en ocasiones sobrepasa la capacidad de atención de los Centros de Salud, lo que se

refleja en el alto número de consultas del establecimiento durante el año 2012, además de apoyar en el domicilio a la familia de los pacientes terminales postrados, que requieran de asesoría médica o algún tipo de procedimiento, según la disponibilidad del personal del establecimiento

TOTAL DE CONSULTAS DENTALES AÑO JUNIO 2011- AGOSTO 2012

PRIMERAS CONSULTA DE URGENCIA	CONSULTAS DE URGENCIA	EXODONCIAS	ACTIVIDAD/URGENCIA	TOTAL DE CONSULTAS
3.530	7.794	4.394	3.267	19.348



Los diagnósticos más frecuentes de la morbilidad atendida en consulta dental son :

- Pulpitis
- Abscesos
- Traumatismos

Dado el nivel de resolución del servicio se realizan extracciones dentales, exámenes bucales, trepanaciones, para poder solucionar el dolor con que consulta el usuario, realizándose educación y las derivaciones respectivas según proceda.

Con el ánimo de poder resolver según corresponda respectivamente, se trabaja en coordinación con los Centros de Salud de la comuna y luego de ser atendido el usuario en el servicio, este puede retirar sus medicamentos en la farmacia de los Centros de Salud de la Comuna, según corresponda.

CONSULTA INFANTIL DE URGENCIA POR PATOLOGÍA Y GRUPO ETAREO AÑO 2011-2012

S.A.P.U. RENCA

PATOLOGIA	TOTAL	GRUPOS	DE	EDAD		
	0-5m	6-11m	12-23m	2-5 a	6-9a	TOTAL
IRA ALTAS	531	1017	1.961	6.147	3.827	13483
IRA BAJAS	105	92	214	421	696	1528
DIARREAS	44	241	527	983	729	2524
ACCIDENTES	33	97	248	831	587	1796
OTRAS	330	374	820	2628	2352	6504
	1.043	1.821	3.770	10.010	8.191	25.835

**EVALUACION DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIA
SAPU BICENTENARIO DE RENCA
Periodo SEP. 2011 –Junio 2012**

El Servicio de Atención Primaria de Urgencia BICENTENARIO DE RENCA se constituyó como otra alternativa de atención para la Comuna, para atender a gran parte del secto..... constituido por las siguientes Poblaciones o Villas: BARRIO FUNDADORES, CASAS DE LO BOZA, VILLA SAN LUIS, VILLA ANTUMALAL, STA. CRUZ DE LO BOZA, VILLA OSCAR CASTRO, VILLA FREIRE, VILLA ARTURO PRATT, VILLA SARMIENTO, CERRO COLORADO, LAS GLORIAS, CASAS DE RENCA 1, 2 Y 4, BARRIO GIRASOL, VILLA NUESTROS SUEÑOS, JARDIN DE RENCA, CIUDAD DE NUEVA RENCA 1 Y 2, MUJER DE ESFUERZO, JARDÍN PONIENTE, LA HACIENDA, TUCAPEL JIMENEZ 1 Y 2, STA. EMILIA, ESPERANZA, CHORRILLOS, VILLA RAFLORES, VILLA GESTIÓN, EL PEREJIL, SAN BENILDO, ROBINSON ROJAS, con una población inscrita en CESFAM correspondiente de 9.500 con expectativa y capacidad para 30.000, cuyos pobladores tienen alto niveles de pobreza, adolescentes embarazadas, alcoholismo y drogadicción, por ende delincuencia.

Inaugurado el día 28 de Septiembre del año 2011 comenzando de inmediato sus funciones siendo su jornada como SAPU corto de lunes a viernes de 17:00 a 24:00hrs, sábados, domingos y festivos de 09:00 a 24:00 horas. .

El número de atenciones otorgadas fueron durante este periodo a 28.975 atenciones desglosadas de la siguiente forma:

CONSULTAS S.A.P.U. BICENTENARIO SEP. 2011-JUNIO 2012.

Menos de 1año	1 -14 años	15-64 años	65 y más
1145	6307	16910	647

Total de personal del establecimiento

Total de funcionarios por turno:

- 2 médico
- 2 técnicos paramédicos
- 1 oficial administrativo
- 1 auxiliar de servicio (empresa externa)
- 1 chofer ambulancia (empresa externa)
- 1 paramédico de ambulância (empresa externa
- 2 guardias (empresa externa)

Cada turno se apoya con medico jefe de Turno, y un médico externo por turno durante todo el año.

Total de personal del establecimiento:

- 9 médicos a honorarios
- 10 técnicos paramédicos honorarios
- 3 oficiales administrativos honorarios
- 1 auxiliares de servicio (empresa externa)
- 2 guardias (empresa externa)

Cabe señalar que las consultas durante este periodo, se mantiene el nivel de complejidad, describiéndose diversos cuadros como:

- Cólicos abdominales
- Cólicos renales
- Cuadros respiratorios (neumonías, bronconeumonías, síndrome bronquial obstructivo)
- Accidentes escolares
- Quemaduras
- Accidentes diversos
- Crisis hipertensiva

- Diabéticos descompensados (hiperglicemia)
- Accidentes
- Constatación de lesiones
- Patologías diversas
- Procedimientos quirúrgicos
- Patologías de salud mental
- Abdomen agudo
- Cirrosis hepática descompensada
- Crisis convulsiva

Sumándose a lo anteriormente descrito, el servicio recibe en aumento gradual de casos de la máxima expresión de la urgencia.

- Paro cardiorrespiratorio
- Infarto agudo al miocardio
- Shock séptico
- Heridas penetrantes
- Heridas por armas de fuego
- Anginas inestables
- Hemorragias digestivas
- Intoxicaciones
- Arritmias
- Insuficiencias respiratorias

Además de atender en forma permanente constatación de lesiones, según protocolo

Para poder entregar la atención necesaria a todo lo señalado, el servicio cuenta con:

- Una sala de reanimación, implementada con una camilla en donde se pueda realizar masaje cardiaco, un monitor cardiaco con desfibrilador, soportes de suero, oxímetro de pulso, ambú pediátrico, ambú adulto, laringoscopio, carro de paro,

máquina de aspiración y oxigenoterapia. Además de diferentes insumos para enfrentar la reanimación avanzada.

- Un sector que es la clínica de enfermería para poder preparar los diferentes tratamientos, que cuenta con oxímetro de pulso, nebulizadores, oxigenoterapia, monitor de funciones vitales, máquina de Hemoglucotest, otoscopio.
- Dos box de atención que cuentan con 1 camilla, implementada por sector de adultos y pediátrico.

Con el ánimo de poder resolver según corresponda respectivamente, se trabaja en coordinación con el Centro de Salud de Renca luego de ser atendido el usuario en el servicio y/o al terminar la jornada a las 24:00 horas. El usuario a su vez puede retirar sus medicamentos en la farmacia en horario hasta 20:00 hrs en el consultorio.

Permanentemente el servicio está implementando nueva tecnología, disponiéndose de una máquina de electrocardiograma normal y se cuenta con una máquina de electrocardiograma de telemedicina por programa AUGÉ IAM para dar una atención con mayor resolutiveidad a los usuarios.

Para satisfacer las necesidades emergentes de las diversas consultas, se cuenta con diversos insumos y medicamentos, para ir mejorando cada vez mas, la calidad de la atención, dando satisfacción a toda la demanda, es así como se dispone de:

- **Insumos:** mariposas, bránulas, sueros, bajadas de suero, apósitos, jeringas de diversos calibres, lancetas, cintas para medir glicemia, cintas de hemoglucotest , etc.
- **Medicamentos:** El servicio SAPU se encuentra implementado con diversos medicamentos del Arsenal farmacológico vigente que permiten resolver el problema de salud del usuario, algunos de los medicamentos de que se dispone son :
 - Anestésicos Locales.

- Neurolépticos Antipsicóticos
- Tranquilizantes Menores
- Anticonvulsivantes
- Analgésicos
- Antipiréticos
- Antiinflamatorios
- Antialérgicos
- Antibióticos
- Sustancias para intoxicaciones
- Medicamentos para tubo digestivo ,Programa Cardiovascular,Diabetes M.,Sistema Respiratorio.
- Productos Biológicos, Sueros, y arsenal de insumos clínicos etc.

Para poder brindar cada vez más un servicio de calidad a la comunidad, se cuenta con una ambulancia para el traslado de los pacientes que son referidos desde el servicio primario al nivel secundario, el personal paramédico refuerza el trabajo de los funcionarios del establecimiento.

Unidad

Toma de muestras





UNIDAD DE TOMA DE MUESTRAS

El Servicio de Toma de muestras desde el mes de noviembre del año 2011, se externaliza a otro laboratorio, siendo actualmente el Laboratorio Holanda quien procesa las muestras de exámenes de los usuarios de la comuna.

Es importante señalar que 3 Establecimientos de Salud de la comuna cuentan con unidad de toma de muestras en sus propias dependencias a excepción del Centro de Renca que por motivos de espacio físico, esta unidad se encuentra ubicada en dependencias del Servicio de Urgencia Central de la comuna.

Es importante señalar, que la externalización del servicio al nuevo Laboratorio, se fundamenta en la constante preocupación de la gestión actual de mejorar los servicios de calidad que se le puedan entregar a la comunidad, unido además a mantener una política de gasto concordante a la realidad local sin descuidar de manera alguna la calidad de los procesos.

Actualmente el Laboratorio Holanda, el cual cuenta con ISO, mantiene una constante política de capacitación para los funcionarios que participan del proceso de toma de muestras, unido además a una coordinación diaria para dar reporte de exámenes que se encuentren alterados.

El informe de los exámenes es vía electrónica para los Centros de Salud y este resultado no supera las 48 hrs.

Es importante señalar que se ha continuado con el **Programa de Desayunos adjunto a la toma de muestras** para los pacientes que ya se han realizado sus exámenes de laboratorio.

Este programa, que ya lleva varios años en funcionamiento sin inconvenientes, comprende la diferenciación entre pacientes con patologías mórbidas, a los cuales se les brinda un tipo de desayuno especial, y los pacientes de pesquisa, a los cuales se les entrega un desayuno común, **esto sin costo alguno para nuestros usuarios**, favoreciendo

además a adultos, niños y mujeres embarazadas con la entrega de leche líquida saborizada en sachet.

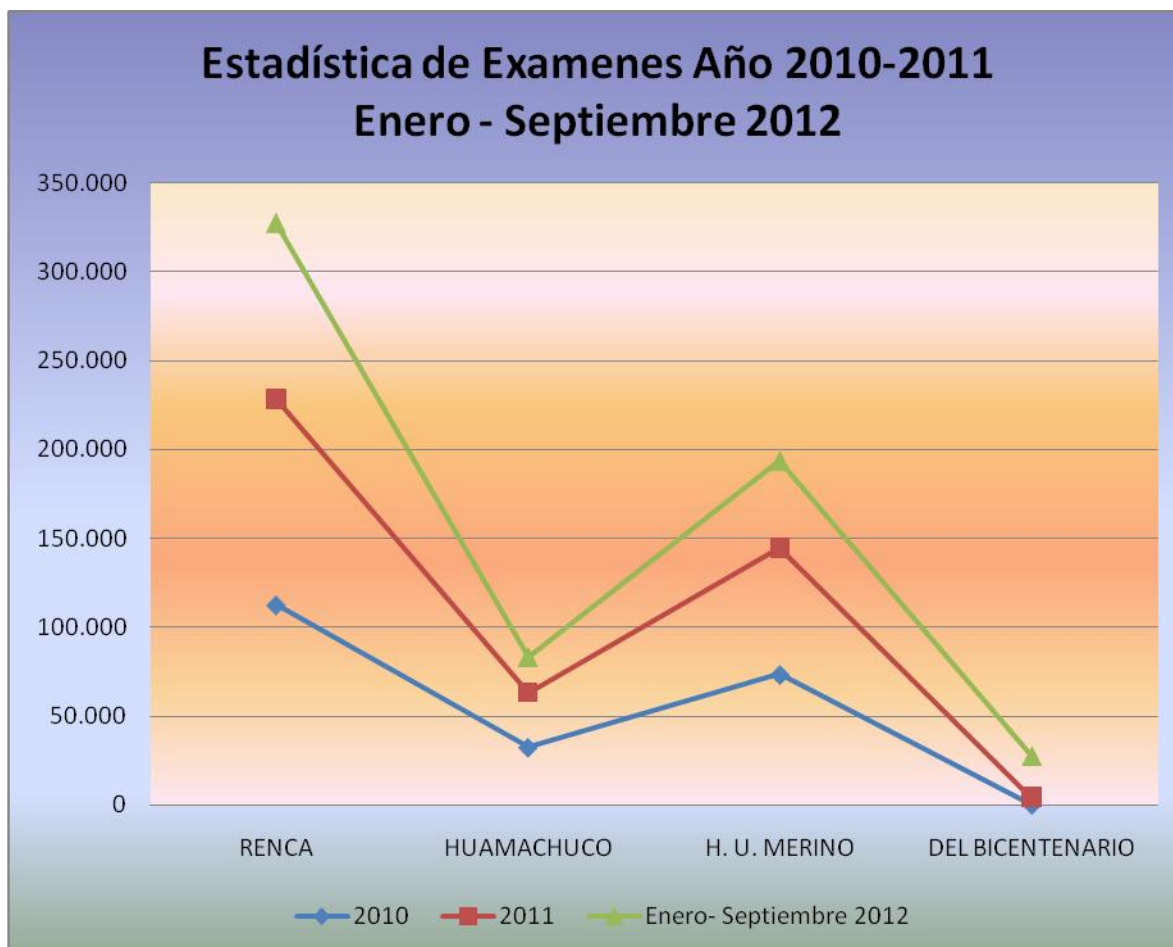
Dicho programa se ha ganado el agradecimiento y reconocimiento de los usuarios

**DATOS ESTADÍSTICOS COMPARATIVOS
AÑOS: 2010- 2011
Enero – Septiembre 2012**

Total exámenes tomados por Centro de Salud

AÑO	CENTRO SALUD RENCA	CENTRO SALUD HUAMACHUCO	CENTRO SALUD H. U. MERINO	CENTRO DE SALUD DEL BICENTENARIO
2010	112.603	32.281	73.288	
2011	115.735	30.762	71.169	4176
Enero- agosto 2012	98.854	20.155	48.938	23.326

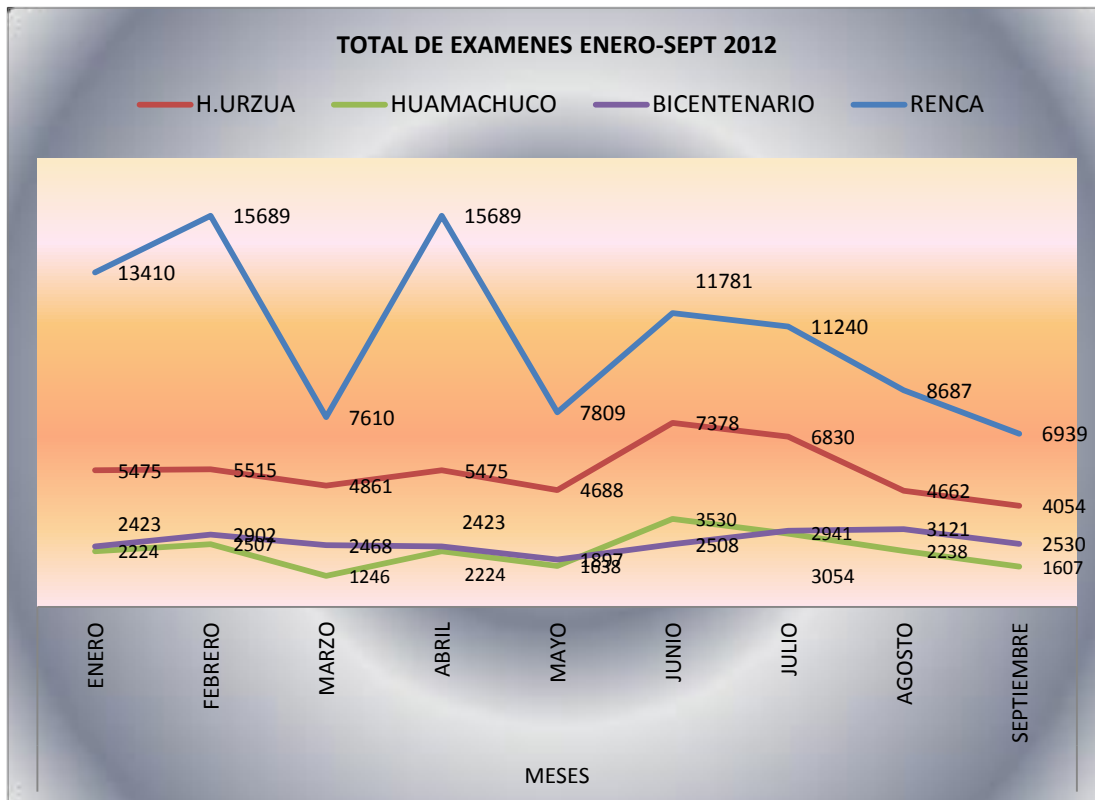
La tasa de exámenes de acuerdo al total de morbilidades y exámenes es de 1.4 exámenes



Como se puede observar ha existido aumento en esta prestación.

A 9 meses del año 2012, se lleva un 89% (190.973) exámenes con relación al año 2011. Es importante señalar que el Centro de Salud del Bicentenario se incorpora a partir del mes de noviembre 2011

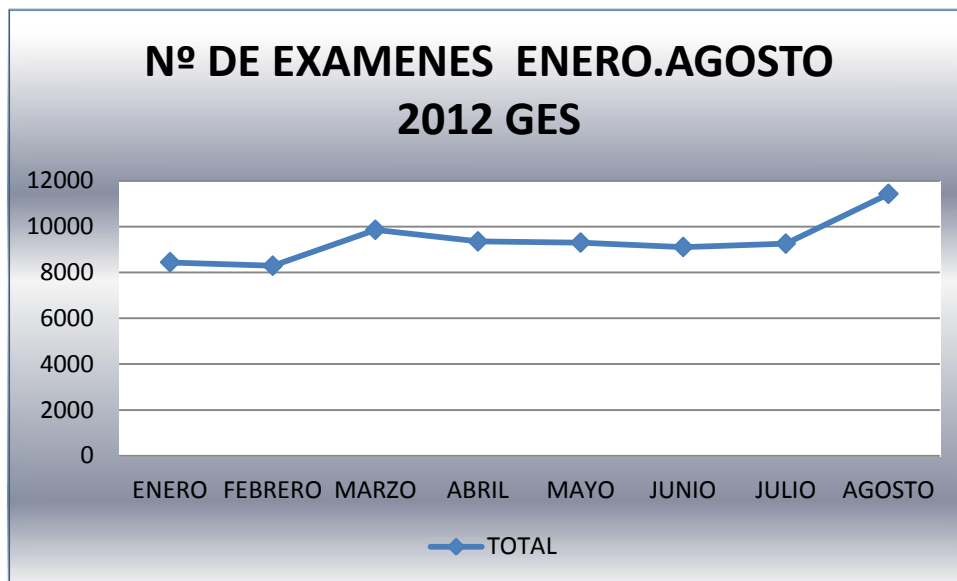
CENTRO DE SALUD	MESES									TOTAL
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	
RENCA	13410	15689	7610	15689	7809	11781	11240	8687	6939	98854
H.URZUA	5475	5515	4861	5475	4688	7378	6830	4662	4054	48938
HUAMACHUCO	2224	2507	1246	2224	1638	3530	2941	2238	1607	20155
BICENTENARIO	2423	2902	2468	2423	1897	2508	3054	3121	2530	23326
TOTAL	23532	26613	16185	25811	16032	25197	24065	18708	15130	191273



Es importante señalar que el cuadro anterior hace alusión solo a los exámenes asociados a la canasta básica de APS, ya que se dará cuenta más abajo del total de exámenes registrados como canasta GES, el cual recibe financiamiento desde el Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

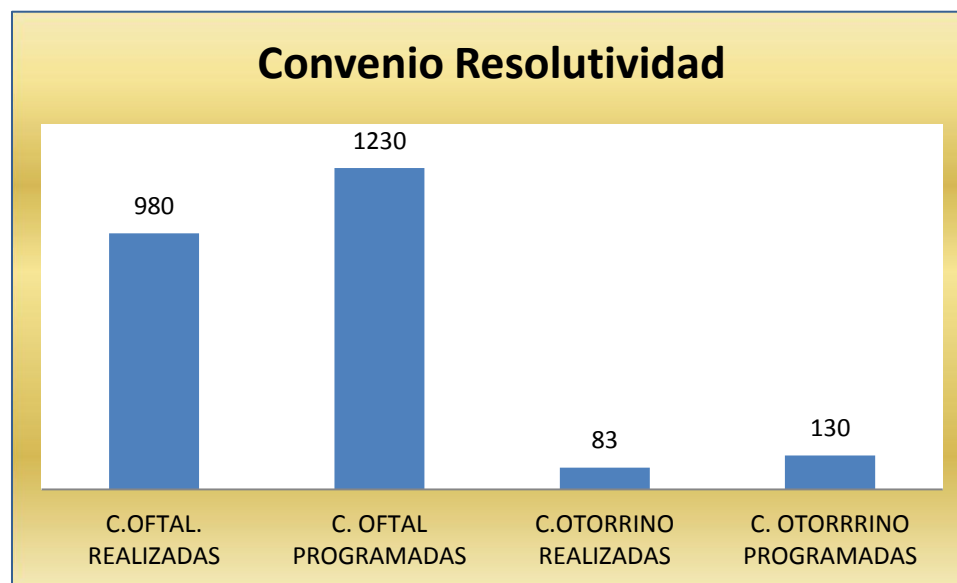
Se debe mencionar que desde enero a agosto del año 2012 se han registrado un total de 70.019 exámenes complementarios GES, de acuerdo a la siguiente, es importante señalar que los exámenes comprometidos corresponden a 36-640

MESES	TOTAL
ENERO	8441
FEBRERO	8289
MARZO	9855
ABRIL	9350
MAYO	9299
JUNIO	9106
JULIO	9254
AGOSTO	11425
	75019



A continuación se presentará algunos indicadores de convenios de apoyo a la Resolutividad local, de enero a agosto del año 2012

C.OFTAL. REALIZADAS	C. OFTAL PROGRAMADAS	C. OTORRINO REALIZADAS	C. OTORRRINO PROGRAMADAS
980	1230	83	130



Convenio Imágenes Diagnósticas Ecografías Abdominales

MESES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	TOTAL AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL SEPT
RENCA	10	5	12	10	13	15	22	11	98	9	107
URZUA	23	18	25	21	19	12	8	8	134	16	150
HUAMACHUCO	0	17	9	0	3	12	7	0	48	11	59
BICENTENARIO	0	7	7	3	0	0	3	0	20	4	24
								TOTAL	300	40	340
								% CUMP	60%		68%

Respecto a Rx de tórax, las comprometidas para el año 2012 corresponden a 715, realizándose de enero a agosto del presente año 760, con un cumplimiento de 106,3%

RESUMEN DE ORTESIS ENTREGADAS DE ENERO A SEPTIEMBRE 2012

CONSULTORIO	RENCA	HERNAN URZUA	HUAMACHUCO	BICENTENARIO	TOTAL
BASTONES COD. FIJO - MOVIL	126	31	21	1	179
COLCHON ANTIESCARAS	18	12	14		44
COJIN ANTIESCARAS	17	4	3		24
ANDADOR SIN RUEDAS	20	6	5		31
SILLA DE RUEDAS	47	22	23		92

Programas Municipales



PROGRAMAS DE SALUD LOCALES

Desde que la Dra. Vicky Barahona Kunstmann asume la gestión Municipal, desde hace 12 años se han venido desarrollando acciones y programas tendientes a disminuir las brechas de salud existentes a fin de satisfacer de la manera más eficiente y efectiva las necesidades de su población.

Es así que durante el año 2012 se dieron continuidad a los siguientes Programas:

1. **Programa Sonríe Renca:** Este Programa tiene como objetivo dar respuesta a una necesidad sentida por la comunidad, quien no logra encontrar resolución a su problemática de salud bucal, en programas emanados desde el MINSAL. Lo anterior, en relación con la baja cobertura que se logra dar en la atención diaria del Programa Odontológico, el cual está enfocado preferencialmente solo a algunos grupos etéreos.

Se reconoce que el dar cobertura a esta necesidad significa una importante inversión económica, la que no es factible de solventar en un 100% por la I. Municipalidad de Renca, por lo que se estableció que éste Programa fuera de financiamiento compartido entre la Municipalidad y los propios usuarios. Es importante destacar que el financiamiento compartido de la prestación dental, ha sido recibido sin reparos por parte de la población quienes conscientes de la relevancia de esta prestación asumen que una atención de esta magnitud es de alto costo y que debe contar con su apoyo

Se trata de un Programa centralizado inicialmente en dependencias del Servicio de Urgencias de la comuna, pero a partir de Septiembre 2008, se amplió a los tres establecimientos de salud de la comuna y en el año 2012 se incorpora el Centro de Salud del Bicentenario. Cada Centro de salud cuenta con un profesional Odontólogo encargado de la parte protésica, una asistente Dental y con la compra de servicios de 3 laboratoristas dentales, además de contar con la asistencia de otro Odontólogo encargado de preparar la boca para la confección de la Prótesis, es decir realiza la Atención Primaria.

Durante Enero-septiembre del 2012, se han entregado un total de 230 prótesis

Operativos de Salud: Durante el año 2012, se ha impulsado la estrategia de acercamiento a la comunidad a través de actividades de atención integral en terreno de equipos multidisciplinarios de salud y Municipalidad de Renca.

Esta actividad se viene realizando desde el mes de julio, todos los días sábados, en distintos lugares de la comuna, principalmente sectores de alta vulnerabilidad social.

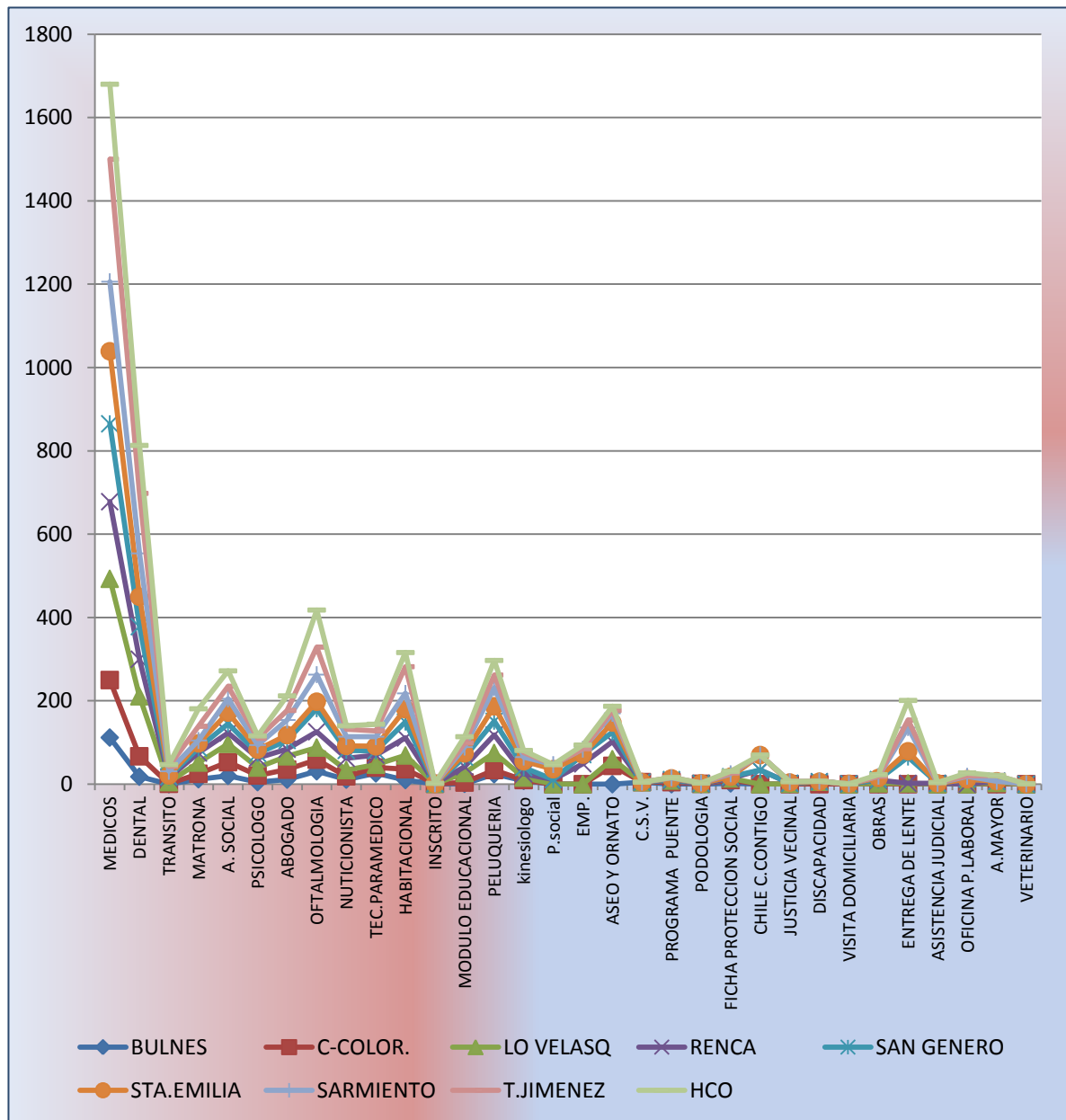
El total de atenciones realizadas desde el mes de julio a septiembre del año 2012 se han efectuado un total de 5603 atenciones en diferentes prestaciones municipales y de salud.

El total de operativos realizados corresponde a 12, en diferentes sectores calificados como vulnerables en la comuna, estos son:

- Población Bulnes
- Villa Gestión
- San Genaro
- General Vergara
- Tucapel Jiménez
- La Quebrada
- Huamachuco 1-2-3
- Lo Velásquez
- Santa Emilia
- Sarmiento
- 2 operativos para feriantes.

El total de atenciones y lugares beneficiados con esta actividad comunitaria son, lo que a continuación se detallan:

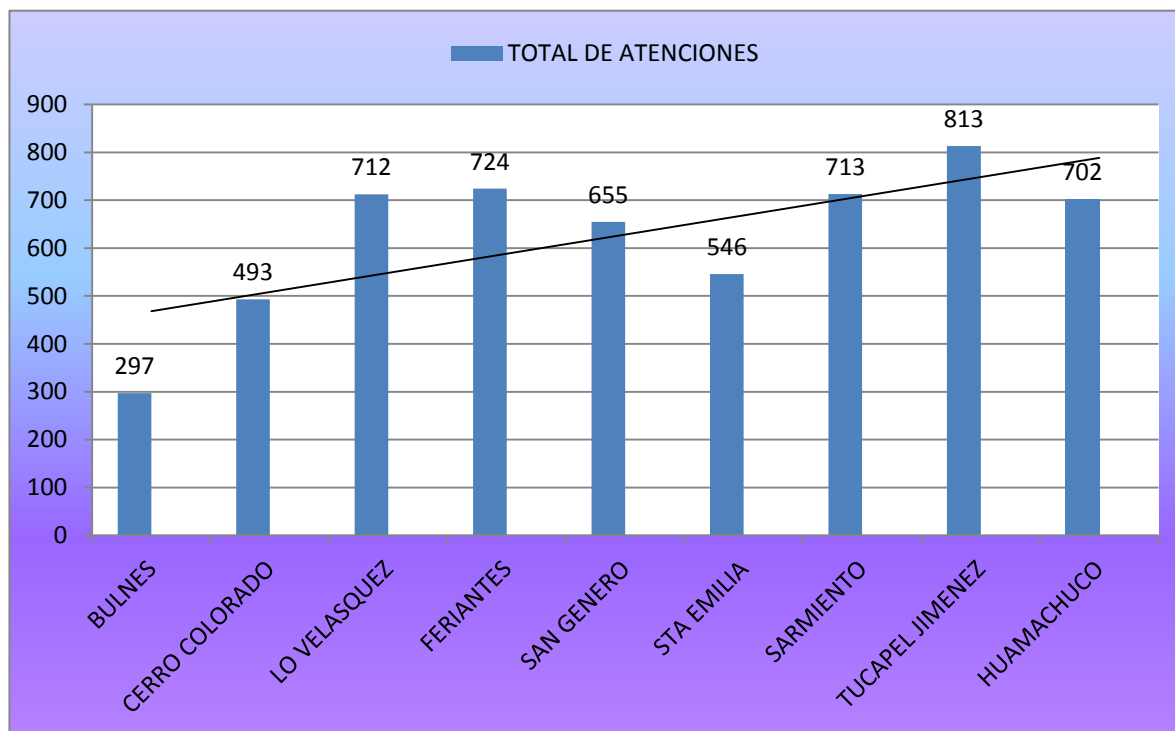
	BULNES	C-COLOR.	LO VELASQ	RENCA	SAN GENERO	STA.EMILIA	SARMIENTO	T.JIMENEZ	HCO
<u>MEDICOS</u>	<u>112</u>	<u>138</u>	<u>243</u>	<u>185</u>	<u>187</u>	<u>174</u>	<u>167</u>	<u>294</u>	<u>180</u>
<u>DENTAL</u>	<u>18</u>	<u>49</u>	<u>144</u>	<u>89</u>	<u>78</u>	<u>72</u>	<u>104</u>	<u>144</u>	<u>115</u>
<u>TRANSITO</u>	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>4</u>	<u>10</u>	<u>3</u>	<u>3</u>	<u>10</u>	<u>12</u>	<u>4</u>
<u>MATRONA</u>	<u>12</u>	<u>13</u>	<u>27</u>	<u>23</u>	<u>12</u>	<u>11</u>	<u>7</u>	<u>34</u>	<u>42</u>
<u>A. SOCIAL</u>	<u>20</u>	<u>33</u>	<u>44</u>	<u>26</u>	<u>22</u>	<u>27</u>	<u>33</u>	<u>30</u>	<u>37</u>
<u>PSICOLOGO</u>	<u>5</u>	<u>16</u>	<u>19</u>	<u>23</u>	<u>11</u>	<u>9</u>	<u>11</u>	<u>16</u>	<u>6</u>
<u>ABOGADO</u>	<u>11</u>	<u>24</u>	<u>32</u>	<u>17</u>	<u>21</u>	<u>13</u>	<u>36</u>	<u>23</u>	<u>35</u>
<u>OFTALMOLOGIA</u>	<u>31</u>	<u>28</u>	<u>29</u>	<u>38</u>	<u>55</u>	<u>17</u>	<u>65</u>	<u>66</u>	<u>89</u>
<u>NUTICIONISTA</u>	<u>11</u>	<u>8</u>	<u>15</u>	<u>28</u>	<u>19</u>	<u>11</u>	<u>22</u>	<u>18</u>	<u>8</u>
<u>TEC.PARAMEDICO</u>	<u>26</u>	<u>14</u>	<u>7</u>	<u>23</u>	<u>10</u>	<u>11</u>	<u>23</u>	<u>14</u>	<u>16</u>
<u>HABITACIONAL</u>	<u>10</u>	<u>26</u>	<u>33</u>	<u>42</u>	<u>38</u>	<u>31</u>	<u>38</u>	<u>64</u>	<u>34</u>
<u>INSCRITO</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>			<u>1</u>	
<u>MODULO EDUCACIONAL</u>	<u>1</u>	<u>3</u>	<u>23</u>	<u>15</u>	<u>23</u>	<u>9</u>	<u>15</u>	<u>10</u>	<u>15</u>
<u>PELUQUERIA</u>	<u>24</u>	<u>10</u>	<u>41</u>	<u>43</u>	<u>33</u>	<u>36</u>	<u>45</u>	<u>30</u>	<u>35</u>
<u>kinesiologo</u>	<u>8</u>	<u>2</u>	<u>6</u>	<u>9</u>	<u>15</u>	<u>15</u>	<u>10</u>	<u>11</u>	<u>5</u>
<u>P.social</u>	<u>0</u>			<u>11</u>		<u>25</u>	<u>11</u>		
<u>EMP.</u>	<u>0</u>		<u>0</u>	<u>49</u>	<u>22</u>	<u>0</u>	<u>13</u>	<u>1</u>	<u>9</u>
<u>ASEO Y ORNATO</u>	<u>0</u>	<u>44</u>	<u>16</u>	<u>42</u>	<u>23</u>	<u>23</u>	<u>22</u>	<u>7</u>	<u>10</u>
<u>C.S.V.</u>	<u>5</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>		<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	
<u>PROGRAMA PUENTE</u>	<u>0</u>	<u>5</u>	<u>4</u>		<u>2</u>	<u>3</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	
<u>PODOLOGIA</u>	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>0</u>		<u>1</u>		<u>1</u>	<u>0</u>	
<u>FICHA PROTECCION SOCIAL</u>	<u>2</u>	<u>8</u>	<u>4</u>		<u>4</u>		<u>7</u>	<u>2</u>	<u>4</u>
<u>CHILE C.CONTIGO</u>	<u>0</u>		<u>0</u>	<u>34</u>		<u>36</u>			
<u>JUSTICIA VECINAL</u>	<u>0</u>		<u>1</u>	<u>1</u>		<u>2</u>	<u>2</u>		
<u>DISCAPACIDAD</u>	<u>0</u>		<u>6</u>				<u>1</u>		
<u>VISITA DOMICILIARIA</u>	<u>0</u>			<u>1</u>					
<u>OBRAS</u>	<u>0</u>		<u>2</u>	<u>8</u>	<u>1</u>	<u>4</u>	<u>4</u>		<u>4</u>
<u>ENTREGA DE LENTE</u>	<u>0</u>		<u>2</u>		<u>63</u>	<u>14</u>	<u>57</u>	<u>18</u>	<u>47</u>
<u>ASISTENCIA JUDICIAL</u>	<u>0</u>			<u>2</u>				<u>2</u>	
<u>OFICINA P.LABORAL</u>	<u>0</u>				<u>12</u>		<u>7</u>	<u>1</u>	<u>7</u>
<u>A.MAYOR</u>	<u>0</u>		<u>3</u>	<u>4</u>	<u>0</u>			<u>14</u>	
<u>INFORMACION UBICACIÓN</u>			<u>7</u>						
	<u>297</u>	<u>423</u>	<u>712</u>	<u>724</u>	<u>655</u>	<u>546</u>	<u>713</u>	<u>813</u>	<u>702</u>



Como se puede observar la mayor cantidad de atenciones se concentra en las acciones de salud, médico, dental, EMPA y entrega de lentes de presbicia

Se registraron del total de prestaciones en los operativos 1680 atenciones por médico, es decir un 30,08% y dental 803 lo que representa un 14.55%..

Respecto al sector donde se llevaron un mayor número de atenciones en su conjunto fue en la población Tucapel Jiménez con un total de 813 atenciones, no personas, las que correspondieron a 613.



No se puede dejar de mencionar que el sector Tucapel Jiménez es uno de los sectores de más alta vulnerabilidad de las áreas seleccionadas para intervenir. Se trata de un sector formado por erradicaciones de otras comunas, con alto índice de delincuencia y drogadicción.

Es importante señalar además que se ha mantenido la estrategia de módulos de salud en cada feria, el cual cuenta con personal técnico quienes realizan toma de signos vitales y control de presión y glicemia, además de acciones educativas a través de la entrega de material de difusión asociado a cartillas de alimentación, Salud mental, programas de salud en la comuna, entre otros.

2. **Alo Dra.** El Programa Aló Dra. Es una iniciativa de la primera Autoridad Comunal y consiste en un servicio de orientación médica telefónica, dirigido a todas las edades y a todos los integrantes del grupo familiar.

El horario de funcionamiento de este programa es de lunes a viernes de 17:00 a 24:00 hrs. Y los días sábados, domingos y festivos desde las 9:00 hrs. hasta las 24:00 hrs.

Para complementar la atención y realizar una intervención de tipo integral se cuenta con un servicio de ambulancia que cumple la función de apoyar al paciente en su domicilio reforzando la oportunidad en la atención.

ESTADISTICA ALO DRA. SEPTIEMBRE 2011 AGOSTO 2012

MES	LLAMADOS		TRASLADO		DOMICILIOS	
	DIU RNO	NOCTU RNO	DIU RNO	NOCTU RNO	DIUR NO	NOCTURN O
SEPTIEMBRE	147	298	0	32	0	19
OCTUBRE	146	255	0	17	2	43
NOVIEMBRE	114	118	0	41	0	17
DICIEMBRE	121	241	0	63	0	46
ENERO	108	238	0	79	3	30
FEBRERO	90	385	8	71	0	42
MARZO	168	342	6	82	0	31
ABRIL	198	354	0	79	4	34
MAYO	204	439	7	54	0	50
JUNIO	202	354	0	79	0	45
JULIO	287	280	0	43	1	39
AGOSTO	269	307	0	50	0	26
TOTAL	2034	3611	21	690	10	422

3. **Programa Atención domiciliaria para Pacientes Postrados.** La Ilustre Municipalidad de Renca ha desarrollado este Programa desde hace 12 años. Para ello cuenta con un equipo comunal integrado por médico, técnico paramédico, asistente social, kinesiólogo y administrativo.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA:

- Lograr la estabilidad del paciente postrado en su domicilio
- Orientación y educación a la familia o cuidador del paciente postrado respecto a sus necesidades
- Disminuir la mortalidad por causas prevenibles
- Identificar los factores de riesgo que pueden presentar los pacientes postrados

Las actividades que comprende este Programa son:

- Tratamiento médico
- Exámenes a domicilio
- Visitas domiciliarias programadas
- Tratamiento en domicilio
- Educación permanente a la familia
- Orientación médica telefónica a través del Programa Aló Dra.

Estadística Programa Postrado Renca Enero-septiembre 2012

CENTRO DE SALUD	INGRESOS	EGRESOS	POBL BAJO CONTROL
RENCA	90	97	270
URZUA	41	41	150
HUAMACHUCO	33	11	49
TOTAL	164	149	469

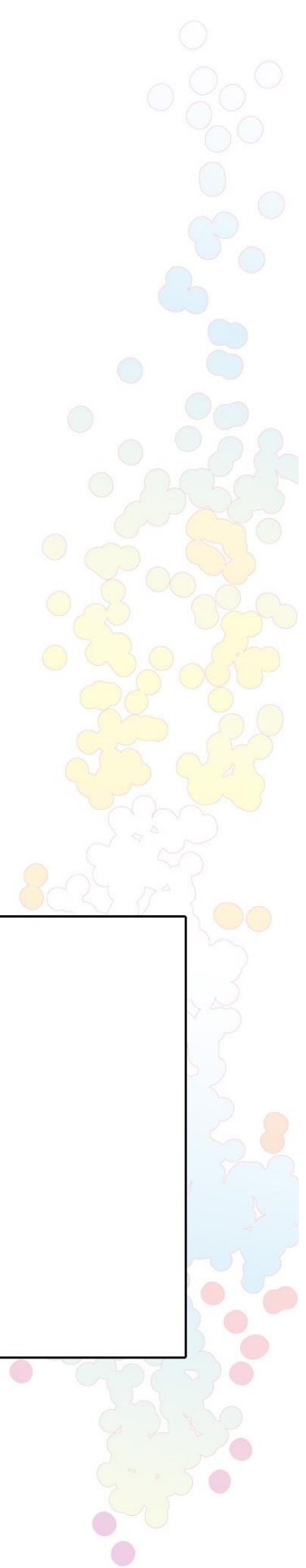
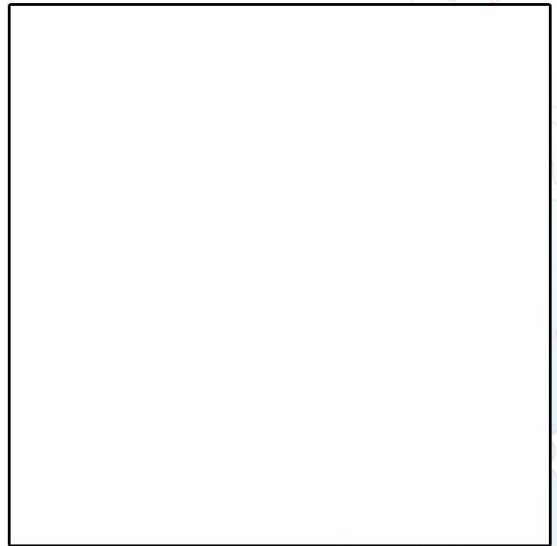
Estadística Programa Pacientes Alivio del Dolor Renca Enero-septiembre 2012

Centro de Salud	INGRESOS	EGRESOS	POBLACION BAJO CONTROL
RENCA	47	38	29
URZUA	25	21	18
HUAMACHUCO	11	11	1
TOTAL	83	70	48

Es importante señalar que a través del Convenio atención Domiciliaria para pacientes con discapacidad se hace entrega de un subsidio mensual beneficiando mensualmente a 165 familias, siendo insuficiente el apoyo que se recibe a través de convenio, ya que este beneficia a 155 postrados severos por mes con un cupo anual de 1860.



Red de Salud Local



IDENTIFICACION DE LA RED LOCAL DE SALUD

DIRECCION DE SALUD DE RENCA

El objetivo general del Área de Salud es lograr una adecuada coordinación en lo técnico y administrativo en los Centros de Salud, Centros de Salud Mental Comunitario , Servicio de Urgencia de Atención Primaria y unidades de toma de muestras con el propósito de cumplir las orientaciones técnicas que el Ministerio de Salud entrega a través del Servicio de Salud Occidente y compatibilizarlas con las prioridades locales de salud de nuestra comuna.

Para ello ha contado con el apoyo de todos los departamentos de la Administración Central encabezada por la Sra. Secretaria General (I) Sra. Virginia Pizarro Le Roy y los equipos de salud de los Establecimientos dependientes consolidando la intersectorialidad, tan necesaria para que los esfuerzos que realiza cada uno se fortalezcan día a día.

Las tareas de la Dirección de salud incluyen:

- Promover la formación y mantención de equipos de trabajo con calidad técnica y compromiso
- Velar por el cumplimiento de las orientaciones ministeriales, en las distintas actividades desarrolladas en los Consultorios
- Participar en la formación de la Comisión Técnica Intercomunal de Salud del SSMOCC, cuyo principal objetivo es permitir una adecuada coordinación entre los Municipios y los Servicios de Salud para la colaboración mutua en las diversas responsabilidades que estas instituciones tienen en salud.
- Proponer y apoyar proyectos específicos para mejorar el nivel de salud de la población de Renca
- Gestionar el cumplimiento de los proyectos de fortalecimiento de la atención primaria, en distintos
- Participar en las Comisiones de Concurso Público para el ingreso de nuevo personal.
- Participar y presidir las Comisiones de Calificación anual de los funcionarios de la salud.

- Promover y apoyar el trabajo de la Comisión de Capacitación Comunal.
- Mantener periódico contacto con los Directores de Establecimientos y de Departamentos de la Administración Central para lograr una óptima utilización de los recursos.
- Participar en la coordinación con la comunidad a través de los Consejos locales de salud y del Consejo comunal de salud.

Los Establecimientos dependientes del área Salud son:

CENTRO DE SALUD RENCA

DIRECTOR (S)	Dra. Deysi Sánchez Zavaleta
POBLACIÓN PER CÁPITA VALIDADA AÑO 2011	64.299
DIRECCIÓN	Balmaceda 4420
FONO	6419289
FONO FAX	6410231
Nº DE FUNCIONARIOS	167

Ubicado en el centro de la comuna, distribuidos en 27 unidades vecinales. Más del 90% de la locomoción colectiva le otorga un acceso directo y expedito.

En el área geográfica asignada existen 25 escuelas, 1 Liceo Técnico, 1 escuela industrial, 5 jardines infantiles, 1 centro abierto (INTEGRA) y 2 escuelas especiales. Existe un club Rehabilitador de Alcohólicos fundado en el Centro de Salud Renca, siendo actualmente una institución importante dentro de la comuna, además de contar del 01 de diciembre del año 2005 con un Centro de Salud Mental y en el 2008 con otra sede.

Este sector presenta una construcción antigua, con familias arraigadas y extensas, por lo tanto existe una gran cantidad de allegados y situación de pobreza encubierta. El índice de extrema pobreza, necesidad manifiesta y necesidad transitoria es de 10,5% (excluye a los pobladores que no acceden a la red social).

CENTRO DE SALUD DR. HERNÁN URZÚA MERINO

DIRECTOR (S)	Sra. Marina Cornejo León. Matrona
POBLACIÓN PER CÁPITA VALIDADA AÑO 2010	39.490
DIRECCIÓN	Totoral Bajo 1011
FONO	6421400
FONO FAX	7674750
Nº DE FUNCIONARIOS	112

Se ubica al poniente de la comuna, el acceso a este Centro de Salud se ha visto mejorado con la reorganización de recorrido del sistema Transantiago.

Atiende 16 unidades vecinales,

En su área existen 6 colegios municipalizados, tres jardines infantiles, tres Centros Abiertos (INTEGRA), y tres colegios subvencionados.

Su población, mayoritariamente se conformó producto de erradicaciones de diferentes sectores de la Región Metropolitana, que al abandonar sus lugares de origen y

fuentes de trabajo presentan características de desarraigo y altos índices de alcoholismo, drogadicción y delincuencia.

El índice de pobreza, necesidad manifiesta y necesidad transitoria en relación a la población asignada es de 13,3% (excluye a pobladores que no postulan a los beneficios de la red social).

CENTRO DE SALUD HUAMACHUCO

DIRECTOR (s)	Sra. Mariluz Aguilar Enfermera
POBLACIÓN PER CAPITA VALIDADA AÑO 2010	17.269
DIRECCIÓN	Los Tulipanes 2465. Huamachuco II
FONO SALUD	6411020
FONO FAX	6463611
Nº DE FUNCIONARIOS	55

Ubicado en el sector nor-oriente de la comuna, en calle Punta del Este 3801 (esquina Las Margaritas), en un sector de difícil acceso, cuenta con recorridos de locomoción colectiva cercanos.

Atiende a 3 unidades vecinales. El sector cuenta con 2 Escuelas Básicas Municipalizadas, 2 jardines infantiles y un centro abierto.



Los habitantes de este sector son pobladores que tomaron los terrenos y presentan altos niveles de pobreza, alcoholismo, drogadicción, adolescentes embarazadas, delincuencia.

Este Centro ha visto afectada su accesibilidad producto de la construcción de eje de la autopista General Velásquez.

Este Centro al igual que el Centro de Salud Hernán Urzúa cuenta con asignación de desempeño difícil desde hace 3 años

CENTRO DE SALUD DEL BICENTENARIO

COORDINADOR		Dr. Luis Japaz Lucio. Odontólogo
POBLACIÓN VALIDADA	INSCRITA	NO
		10.000
DIRECCIÓN		Avenida Brasil 8005
FONO CELULAR		6425842
Nº DE FUNCIONARIOS		42

Durante el año 2012, el Centro de Salud del Bicentenario ha centrado sus esfuerzos en desarrollar estrategias de implementación como Centro de Salud familiar.

CENTRO DE SALUD MENTAL “PORTAL DE LA ALEGRÍA”

DIRECTOR		Dr. Nelson Cuturrufo Aracena Psiquiatra
DIRECCIÓN		Brasil 8005
FONO CELULAR		61932858
Nº DE FUNCIONARIOS		15

El centro de Salud Mental de la comuna inicia su funcionamiento en diciembre del año 2005, teniendo un creciente desarrollo e incorporando una serie de programas en el ámbito de la salud mental.

La incorporación de estos programas llevó a la necesidad de plantear la expansión física del COSAM, es por ello que a finales del mes de junio de este año, se abrió un nuevo Centro de atención en Drogas.

CENTRO DE ATENCION PROGRAMA DE REHABILITACION INTENSIVO DE ALCOHOL Y DROGAS

COORDINADOR	Srta. Alicia Veloso. Psicólogo
DIRECCIÓN	Angamos 1641
FONO FAX	6469877
Nº DE FUNCIONARIOS	8

Cuenta con financiamiento CONACE MINSAL, Servicio de Salud Occidente y aportes de la Ilustre Municipalidad de Renca.

Tiene una cobertura de atención de 3 Programas, el Ambulatorio Básico y Ambulatorio Intensivo Alcohol y drogas, además de incorporar durante este año el programa de Discapacidad psíquica

La población atendida para los programas de alcohol y Drogas corresponde a mujeres y hombres de entre 15 a 50 años, que presentan problemas de dependencia y cuyas características se encuentran en el perfil de la población indicada por las orientaciones programáticas del Programa de Rehabilitación intensivo en Drogas

La población que allí asiste cuenta con el beneficio de almuerzo en forma diaria y el acceso a talleres ocupacionales, de arte y recreación, además de las actividades propias del Programa de Rehabilitación.

CENTRO DE SALUD MENTAL ADOLESCENTE

COORDINADOR	Sra. Magaly Carrasco M. Psicólogo
DIRECCIÓN	Los Aromos 3330
FONO FAX	6419308
Nº DE FUNCIONARIOS	6

El objetivo de este Establecimiento está dirigido a la atención de adolescentes entre 14 y 19 años que presentan problemas de dependencia de Alcohol y Drogas, con compromiso biopsicosocial de moderado a severo, que no son infractores de Ley y que no se encuentran insertos en el sistema formal de educación.

Además se entrega atención a población general de adolescentes que presentan problemáticas de salud mental, como por ejemplo, trastornos de personalidad, trastorno de ansiedad, intentos de suicidio, etc.

En este Centro se entrega atención integral a adolescentes, con acciones de rehabilitación, atención social, desarrollo de habilidades personales, talleres recreativos deportivos, entre otros.

Cuenta con un equipo interdisciplinario, conformado por médico psiquiatra, psicólogo, asistentes sociales, técnicos en Rehabilitación, psicopedagoga y monitores.

Es importante señalar que durante el año 2012, las acciones de trabajo comunitario de este Centro se han visto ampliadas, realizando intervenciones grupales en establecimientos educacionales de la comuna,

**SERVICIO DE URGENCIA SAPU 24 HRS.**

COORDINACIÓN	Dr. Miguel Castro Nogales
DIRECCIÓN	Balmaceda 4012
FONO FAX	6415830
Nº DE FUNCIONARIOS	61

SERVICIO DE URGENCIA SAPU CENTRO DE SALUD HUAMACHUCO

COORDINACION ADMINISTRATIVA	Sra. Mariluz Aguilar Enfermera
DIRECCIÓN	Las Margaritas 2466
FONO FAX	6467370
Nº DE FUNCIONARIOS	18

SERVICIO DE URGENCIA SAPU CENTRO DE SALUD DEL BICENTENARIO

COORDINACION ADMINISTRATIVA	Dr. Luis Japaz Lucio. Odontologo
DIRECCIÓN	Avda. Brasil 8005
FONO CELULAR	61932858
Nº DE FUNCIONARIOS	18

UNIDAD DE TOMA DE MUESTRAS

COORDINACIÓN	Sr. Renato Estay Cabrera Matrón
DIRECCIÓN	Balmaceda 4012
FONO FAX	6415565
Nº DE FUNCIONARIOS	7

Es importante señalar que los todos los Centros dependientes de la Dirección de Salud de la comuna, tienen la calidad de Centros de formación académica de la Universidad Andrés Bello, Universidad de Chile y de la Universidad Tecnológica INACAP, Instituto AIEP, ENAC, IPP, convirtiéndose en Centros de pasantía para las carreras de Enfermería, Nutrición, odontología y Técnicos Nivel Superior de Enfermería y Obstetricia, entre otras. Esta actividad permite el desarrollo curricular de los alumnos y el área de extensión del área salud de la comuna.

CARTERA DE PRESTACIONES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA COMUNA

Atención de profesionales: Médicos, Odontólogos, Enfermeras, Matronas, Nutricionistas, Psicólogos, Kinesiólogos de adulto y niños, Asistentes Sociales, técnicos en Rehabilitación, psicopedagoga, educadoras de párvulos.

Prestaciones Otorgadas:

- Control Díada madre – hijo, en el marco del programa “Chile Crece contigo”.
- Control de niño sano, adolescente, adulto y adulto mayor.
- Control del binomio, toma de papanicolau, consulta gineco-obstétrica (por especialista).
- Consultas por enfermedades agudas y crónicas, incluyendo patologías GES.
- Control de salud bucal y tratamientos odontológicos.
- Atención Kinésica respiratoria infantil y adultos, reforzada durante el período invernal, en salas
- Consultas de salud mental.
- Asistencia Social en pensiones, integración de redes sociales, obtención de beneficios de salud de la municipalidad.
- Atención domiciliaria a postrados por equipo multidisciplinario.

Otros Servicios:

- Atención para tratamiento inyectable: domiciliario y ambulatorio.
- Toma de muestras para exámenes de laboratorio (domiciliario y ambulatorio) y electrocardiograma.
- Métodos de manejo avanzado de heridas por enfermera capacitada en la utilización y manejo de estos insumos.
- Toma de ecografías obstétricas
- Vacunatorio permanente y campañas de vacunación infantil, antinfluenza y todas las indicadas por el MINSAL.
- Atención podológica para diabéticos.
- Entrega de alimentación complementaria para niños, embarazadas y adultos mayores.
- Entrega de medicamentos con mayor oferta que la canasta básica de APS.
- Radiología Dental.
- Confección de prótesis dentales para hombres y mujeres de escasos recursos.

- Endodoncia con financiamiento compartido
- Atención especializada en Rehabilitación de dependencias para adultos y adolescentes
- Compra de servicios para atención oftalmológica. Otorrinolaringología, a través de financiamiento MINSAL
- Compra De servicios para ecografías abdominales, radiografías de tórax, caderas den lactantes de 3 meses, a través de Financiamiento MINSAL
- Realización de scrinning de drogas para usuarios de los Programas de Rehabilitación en dependencias
- Salas de Estimulación para la atención de niños y niñas con retraso psicomotor y rezago
- Atención especializada para usuarios con discapacidad psíquica

Actividades Comunitarias:

Se realizan en jardines infantiles, colegios, sedes vecinales, club de adultos mayores, recintos municipales:

Corresponden a:

- Talleres educativos de Promoción de Salud.
- Talleres de actividad física.
- Reuniones interactivas y/o consultivas, con grupos específicos.
- Talleres preventivos en población con factores de riesgo cardiovascular.
- Reuniones periódicas con los concejos consultivos de ambos centros de salud.

Actividades Docentes

CENTROS DE DERIVACION COMUNAL

Especialidad	Adulto					Infantil				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Medicina Interna	x					x				
Bronco pulmonar	x					x				
Cardiología	x					x				
Endocrinología		x				x				
Gastroenterología	x					x				
Hematología		x					x			
Nefrología	x					x				
Reumatología	x					x				
Dermatología	x					x				
Enfermedad Trasmisión sexual		x								
Medicina Física y Rehabilitación	x									
Neurología	x			x			x			
Psiquiatría	x					x				
Urgencia Psiquiatría					x					x
Cirugía	x					x				
Proctología	x					x				
Cirugía vascular y periférica		x								
Obstetricia	x									
Ginecología	x					x				
Oftalmología	x	x		x			x			
Otorrinolaringología		x				x				
Traumatología			x			x				
Urología	x					x				

1: Hospital Félix Bulnes

2: Hospital San Juan de Dios

3: Hospital Traumatológico

4: Compra de Servicios

5: Hospital Psiquiátrico

RECURSOS FISICOS CENTROS DE SALUD DEPENDIENTES DE LA CORPORACION MUNICIPAL DE RENCA

CENTRO	AÑO CONSTRUCCION Y/O FECHA DE INICIO	MTS2 CONSTRUIDOS	SERVICIOS BASICOS	Nº DE BOX	SALA DE REUNIONES	Nº BAÑOS PERSONAL	Nº DE BAÑOS USUARIO	EQUIPO ELECTROGENO	EXTINTORES	RED COMPUTACIONAL
CES RENCA	2002	1792.09	SI	57	SI	12	8	SI	11	SI
CES URZÚA	1986	2200	SI	40	SI	4	2	NO	5	SI
HUAMACHUCO	1990	57,194	SI	18	SI	4	3	SI (sapu)	6	SI
SAPU RENCA	2002		SI	7	NO	2	2	SI	4	SI
SAPU HCO	2009	27	SI	2	NO	2	2	NO	4	SI
COSAM 2	2008	154	SI	4	SI	1	2	NO	1	SI
COSAM 3	2009	120	SI	6	SI	1	1	NO	1	SI
CES BICENTENARIO	2011	2.378,79	SI	75	SI	5	10	SI	8	SI



RESOLUTIVIDAD LOCAL

Interconsultas Enero- septiembre 2012

Especialidad	Renca	H. Urzúa	Huamachuco	Bicentenario	Total
Medicina Interna	148	23	58	22	251
Broncopulmonar Infantil	54	1	30	7	92
Broncopulmonar Adulto	77	30	42	2	151
Cardiología Infantil	45	21	28	1	95
Cardiología Adulto	264	69	75	40	448
Endocrinología Infantil	18	6	13	10	47
Endocrinología Adulto	3	21	0	13	37
Gastroenterología Infantil	29	27	5	2	63
Gastroenterología Adulto	130	128	64	24	346
Hematología Infantil	5	1	0	1	7
Hematología Adulto	13	3	1	3	20
Nefrología Infantil	7	16	5	2	30
Nefrología Adulto	90	50	13	14	167
Reumatología Infantil	1	2	0	2	5
Reumatología Adulto	67	28	62	9	166
Dermatología Adulto	234	24	45	34	337
Dermatología Infantil	60	80	33	20	193
Enf. Transmisión Sexual	0		0		0
Medicina Física y Rehabilitación	2	7	4	2	15
Neurología Infantil	69	34	19	18	140
Neurología Adulto	218	135	76	20	449
Oncología Infantil	0		0		0
Oncología Adulto	0		0	1	1
Psiquiatría Infantil	53	22	30	41	146
Psiquiatría Adulto	26	13	10	1	50
Infectología	2		2		4
Cirugía Infantil	94	31	37	23	185
Cirugía Adulto	309	200	48	74	631
Cirugía Abdominal	0		63	1	64
Cirugía de Mamas	41	7	7		55
Cirugía Máxilo Facial	49	27	5	12	93
Cirugía Plástica	3	8	0		11
Cirugía Proctológica	41	20	7		68
Cirugía Tórax	0	1	37		38



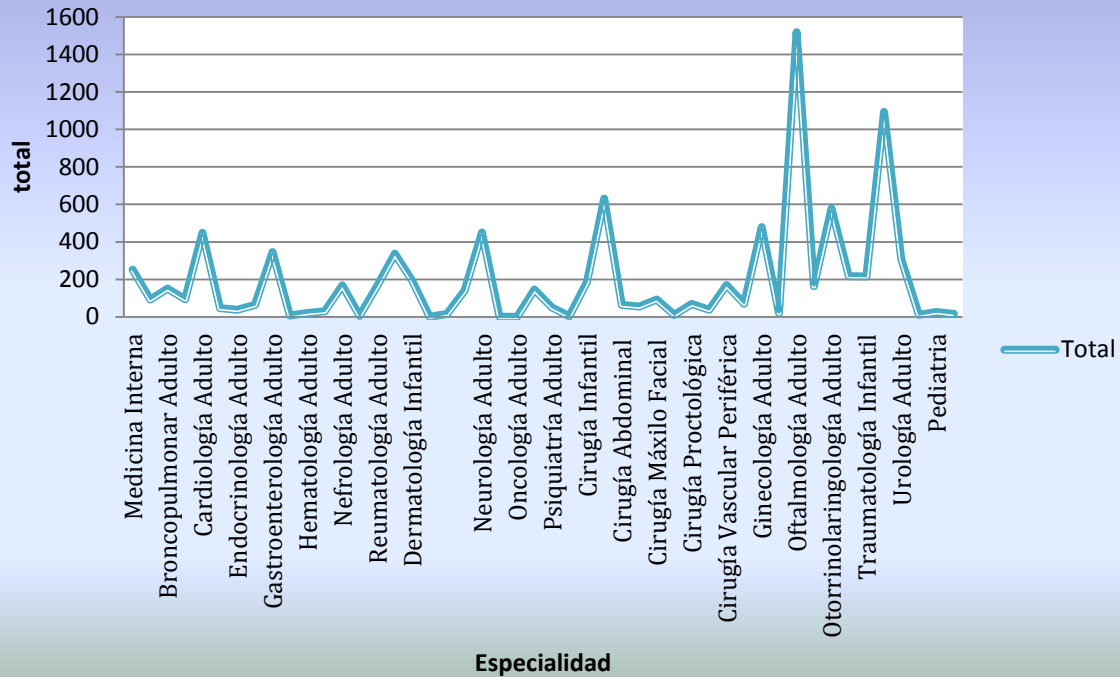
Cirugía Vascular Periférica	83	67	18	2	170
Obstetricia	45		26		71
Ginecología Adulto	248	104	86	40	478
Ginecología Infantil	2		1	18	21
Oftalmología Adulto	1038	105	337	39	1519
Oftalmología Infantil	86	33	32	13	164
Otorrinolaringología Adulto	429	20	103	26	578
Otorrinolaringología Infantil	52	81	45	40	218
Traumatología Infantil	122	40	32	22	216
Traumatología Adulto	591	301	144	57	1093
Urología Adulto	122	85	77	24	308
Urología Infantil	5	5	0	1	11
Pediatría	1		11	14	26
Poli diabetes			15		15
	4976	2046	1762	695	9479

Durante el año 2012 se han generado desde el mes de enero a septiembre del mismo año un total de 9479 interconsultas, registrándose el año anterior en el mismo período 8974 interconsultas. No se debe dejar de mencionar que durante el período anterior no se consideró al CES del Bicentenario.

Es importante señalar que con relación al total de consultas realizadas durante este mismo período en el año 2012 se ha derivado al nivel terciario solo un 10,2 %.

Como se puede observar en el gráfico que se adjunta la mayor cantidad de interconsultas generadas es a oftalmología, principalmente mayores de 65 años, lo que representa un 16,02%, seguido por traumatología adulto con un total de 1093 interconsultas emitidas, lo que representa un 11,5%

Total de Interconsultas Emitidas Enero- septiembre 2012





GESTION DE RECLAMOS

La satisfacción usuaria, constituye un indicador de calidad en la atención en salud. Como tal consta de mecanismos de medición particulares basados principalmente en la percepción de satisfacción del usuario la que puede ser medida tanto al inicio de una solicitud de atención como en la finalización de la misma, considerando factores como trato recibido por el prestador de la atención, como limpieza e infraestructura del lugar que otorga la prestación del servicio solicitado.

En la búsqueda de una evaluación objetiva y de calidad de la atención Usuaría, se desarrolla desde algunos años, la Encuesta de Satisfacción Usuaría por parte del SSMOCC, utilizando el método de usuario incognito en los distintos establecimientos de salud, en dicha medición Renca ocupa en año 2010 el Primer lugar de trato al usuario a nivel de Servicio de Salud, en año 2011, por razones de infraestructura y secuelas de terremoto pasa a ocupar el cuarto lugar.

Es de estos resultados y sumado al interés permanente de la primera autoridad comunal que durante el año 2012 se han intensificado los esfuerzos por aumentar las acciones por recuperar el primer lugar en la satisfacción usuaria, dando continuidad a la capacitación del personal funcionario de los servicios de salud en trato al usuario, ampliando los canales de participación de los consejos locales de usuarios a modo de mantener una comunicación permanente con la percepción usuaria en las acciones de solicitud y prestación de servicios de los establecimientos de salud comunal.

En este contexto se ha trabajado durante el año 2012 en la elaboración y ejecución de un Plan de Participación usuaria en los cuatro centros de salud que considera tanto acciones de capacitación a los consejos locales de usuarios, en temas relacionados con los distintos programas que se desarrollan en salud primaria, como también en la elaboración de un protocolo de información al usuario en relación a las prestaciones, horarios de atención, acceso a los distintos servicios en los centros de salud y la red de derivación y apoyo a urgencias con que cuentan los distintos establecimientos. Simultáneamente se ha desarrollado un Plan de Satisfacción Usuaría que considera la identificación de puntos críticos en el acceso de distintos servicios a nivel de cada centro de salud, dando como resultado un calendario de actividades a nivel de salas de espera,



de acceso a servicios, de presentación e identificación de los prestadores de salud y capacitación funcionaria.

Al mantener una constante retroalimentación con los usuarios. Un indicador importante a nivel comunal son las cartillas de opinión que los usuarios pueden dejar en todos los establecimientos dependientes de la Dirección de Salud.

Estas cartillas son depositadas en buzones y retiradas semanalmente por un funcionario externo al área salud. Estas cartillas son leídas personalmente por la primera Autoridad comunal, quien a través de los diferentes dispositivos municipales y de salud canaliza las respuestas a las felicitaciones, sugerencia y/o reclamos de los usuarios.

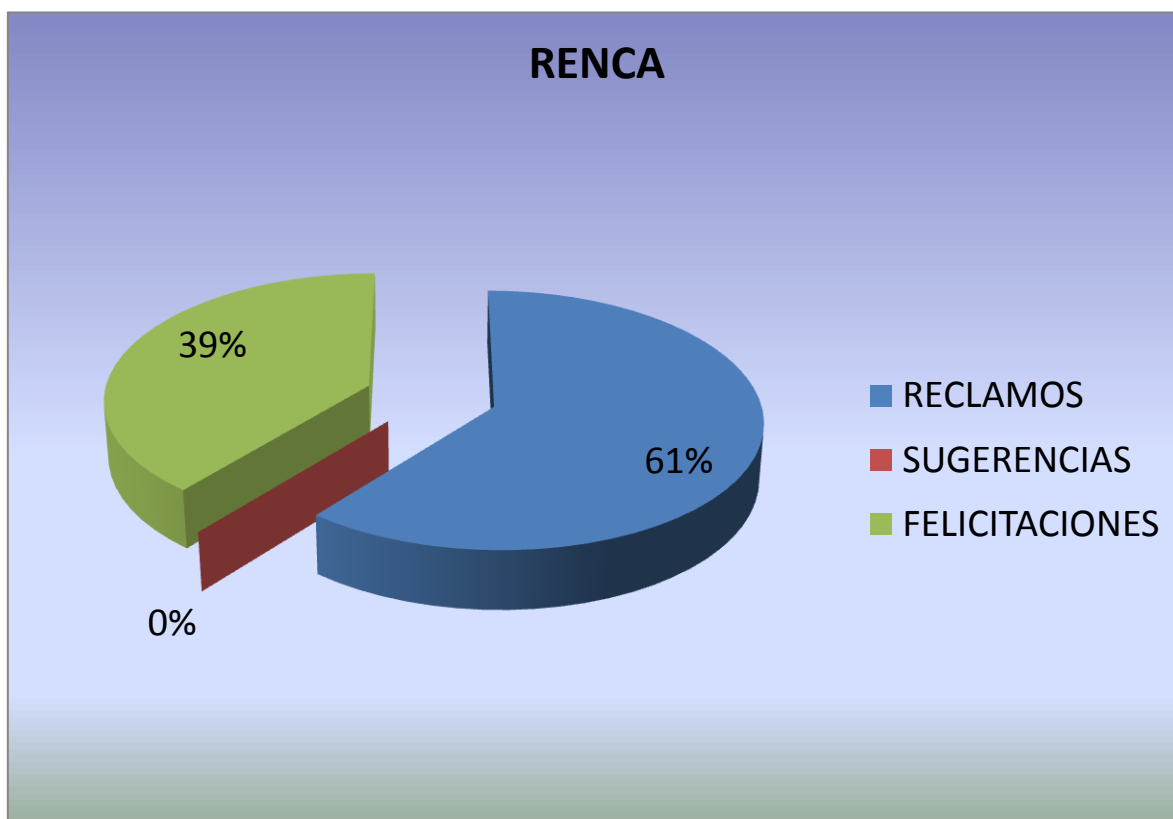
Los procedimientos asociados a las respuestas están dadas a través de entrevistas individuales, entrevistas telefónica y/ o visitas domiciliarias, lo que finalmente lleva al desarrollo de una carta personalizada dando respuesta a los requerimientos manifestados.

Cabe señalar que en supervisión realizada en año 2012 por Unidad de Participación del SSMOCC, Renca obtiene felicitaciones por parte de dicha unidad en tanto mantiene un registro y trabajo coordinado entre los centros de salud otorgando celeridad a las solicitudes realizadas por parte de los usuarios, dando respuesta tanto a los requerimientos canalizados por esta vía (cartillas) como a los requerimientos solicitados por vía online, provenientes tanto del Servicio de salud como de la Presidencia de la República, otorgando respuestas que consideran gestiones a nivel de los centros de salud de nivel primario comunal como extra comunales, pertenecientes a la red de salud secundaria o de nivel especializado.

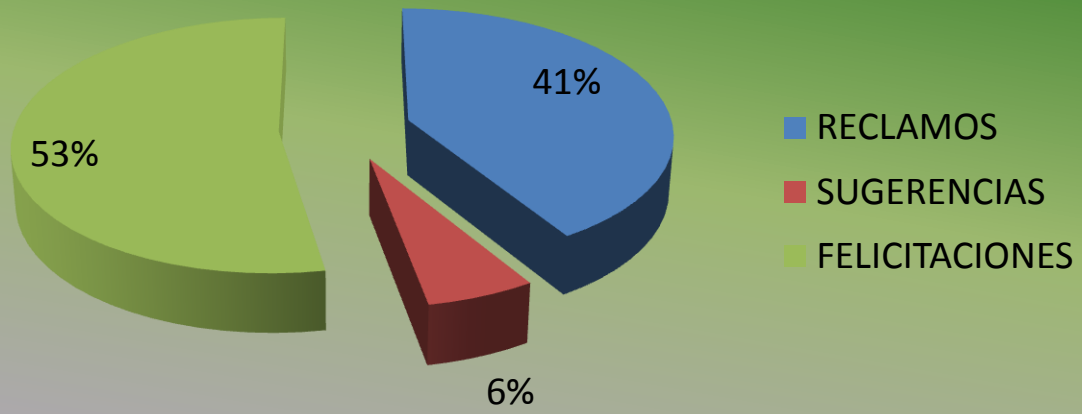
La coordinación y gestión de las solicitudes de los Usuarios como el mejoramiento continuo a nivel del trato al usuario cobran especial relevancia al momento de implementar acciones tendientes a la Satisfacción Usuaría, en especial durante el año 2012, dada la promulgación en el mes de Abril de la Ley 20.584, que regula los Deberes y Derechos de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, ley que no sólo tiene el objetivo de regular y cautelar por el cumplimiento de las prestaciones y acceso a la salud a nivel público sino que también es extensiva y única para todos los servicios prestadores de salud vale decir sistemas públicos de atención y sistemas privados, de acceso a la salud, por lo que en el mes de Agosto se hace llegar desde el Ministerio de

Salud la Carta de Deberes y Derechos en las atenciones de salud, constituyéndose en un instrumento único de difusión para ambos sistemas, en este sentido Renca desde el año 2009, ya contaba con un instrumento elaborado de modo participativo entre los establecimientos de salud y sus consejos de Usuarios locales, por lo que los Deberes y Derechos consignados en la cartilla actual no resultan ajenos a lo que ya se estaba desarrollando en la comuna. Es importante destacar que para la difusión de esta Carta de Deberes y Derechos se ha planificado la sensibilización tanto de los consejos locales de participación social como de los estamentos directivos y funcionarios de los 4 centros de salud de la comuna, así como también la consideración de los Centros de Salud Mental Comunitaria y Servicios de Urgencia Sapu. Lo anterior a partir de la entrada en vigencia de la Ley 20.584, desde el 01 de Octubre de 2012.

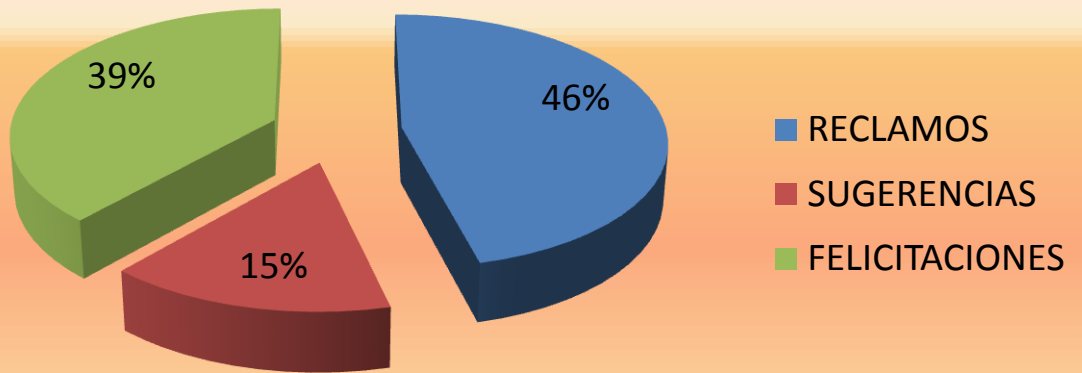
A continuación se presenta una relación de las solicitudes registradas en la OIRS de los 4 Centros de Salud.



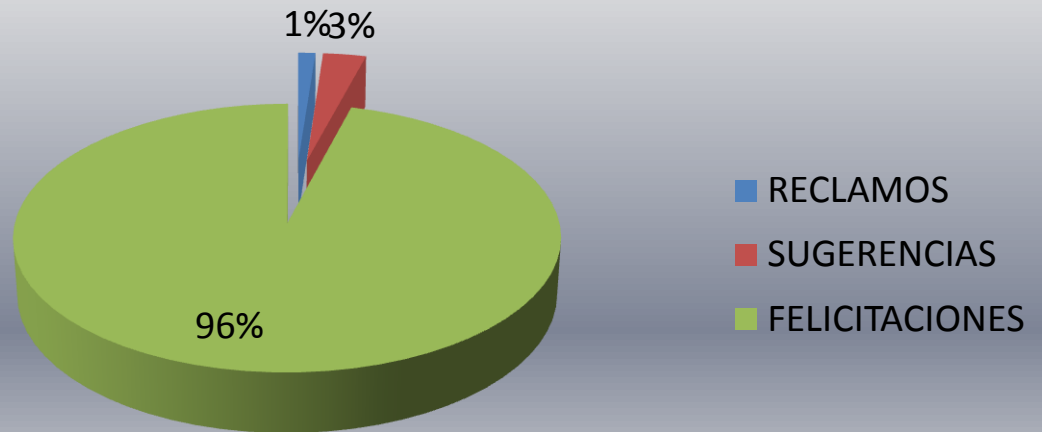
HUAMACHUCO



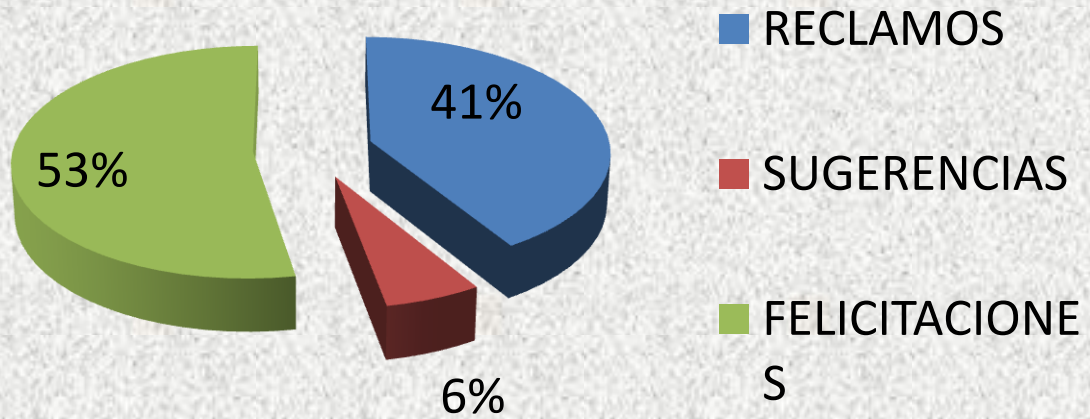
URZUA



BICENTENARIO JULIO-AGOSTO 2012



RESUMEN COMUNAL RENCA ENERO - AGOSTO 2012



Programación 2013



Materno infantil y adolescente





AREA INFANTIL

Desde el año 2008 el programa de salud del niño, forma parte de la Red del sistema de Protección a la Infancia, Chile Crece Contigo.

El Objetivo principal de salud infantil es acompañar y hacer un seguimiento personalizado a la **trayectoria del desarrollo** de los niños y niñas, desde el primer control de gestación hasta su ingreso al sistema escolar.

En el entendido que el desarrollo infantil es **multidimensional** y, por tanto, simultáneamente influyen aspectos **biológicos, físicos, psíquicos y sociales** del niño/a, es que Chile Crece Contigo consiste en la articulación intersectorial de iniciativas, prestaciones y programas orientados a la infancia, de manera de generar una red de apoyo para el adecuado desarrollo de los niños y niñas.

De esta manera, a un mismo niño o niña se le estará brindando apoyo simultáneo en las distintas áreas que se conjugan en su desarrollo: **salud, educación preescolar, condiciones familiares, condiciones de su barrio y comunidad**, entre otros.

Esto es lo que se llama integralidad de la protección social. Desde esta mirada en lo que respecta a salud, el programa de salud del niño recibe y acompaña al recién nacido y su familia, y le brinda prestaciones en distintos ámbitos como son: Promoción, prevención. Tratamiento, rehabilitación, todos ellos con el único objetivo de lograr un desarrollo armónico e integral de nuestra población infantil.

Área Estratégica: Promoción

OBJETIVO	ACTIVIDADES	META	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
<p>Promover acciones de estilo de vida saludable vinculadas a la alimentación y actividad física.</p>	<p>Sesiones educativas en temas de alimentación en jardines infantiles, Colegios y/o centros comunitarios</p>	<p>Realizar a lo menos 4 actividades educativas comunalmente en temas de alimentación saludable. Realizar a lo menos 1 jornada por centro de salud.</p>	<p>Nºde actividades anuales de promoción que fomentan la vida saludable en jardines infantiles, colegios y, o centros comunitarios /Nºde sesiones programadas</p>	<p>REM A19</p>

Área Estratégica: Prevención

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Fortalecer el control de salud del niño (a) con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral.	Taller educativo de habilidades parentales con metodología "Nadie es Perfecto" a madres, padres y/o cuidadores de niños (as) menores de 72 meses bajo control	Ces Renca 12 talleres de 6 sesiones cada uno. Ces H. Urzúa, 16 talleres de 6 sesiones cada uno. Ces. Huamachuco, 8 talleres de 6 sesiones cada uno. Ces. Bicentenario, 4 talleres de 6 sesiones cada uno.	(Nº talleres de Nadie es Perfecto iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente/ Nº total de facilitadores de la comuna) * 100	Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo (Módulo Nadie es Perfecto)
	Realizar talleres de auto cuidado: Estimulación y normas de crianza a madres padres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 6 años inscritos en el establecimiento	Mantener el calendario de talleres de autocuidado, estimulación y normas de crianza dentro del ciclo vital (recién nacido, 3 meses, 5 meses, 7 u 8 meses, 15 meses, 30 meses, 54 meses).	Nº de padres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 6 años que asisten al Taller de auto cuidado estimulación y normas de crianza/ Nº total de niños o niñas menores de 6 años bajo control	Numerador REM A27, Denominador: REM P2 "Sección A

	Taller a madres, padres y/o cuidadores de 0 a 3 meses, para prevención de IRA.	Ces. Renca 2 talleres con 2 sesiones cada uno. Ces H. Urzúa 2 talleres con 2 sesiones cada uno. Ces. Huamachuco 1 taller con 2 sesiones cada uno. Ces. Bicentenario 1 taller con 2 sesiones cada uno.	Nº de madres, padres y /o cuidadores que ingresan a educación grupal en prevención de IRA/ Nº total de niños menores de 3 meses (0-2) bajo control) * 100	REM A27 Celda E12 / P2 Celda 32 0-11 meses
Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 6 años.	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial	100% niños/as de 45 días de edad controlados, con protocolo neurosensorial aplicado	Nº de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niños y niñas de 45 días/ Nº Total de niños y niñas de 2 meses bajo control)*100	Numerador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación" Denominador: REM P2, Sección A
		100% niños/as de 45 días de edad con protocolo neurosensorial alterado y derivado	Nº niños y niñas de 45 días con evaluación neurosensorial y derivado según protocolo/ Nº total de niños y niñas de 45 días con evaluación neurosensorial anormal) * 100	Numerador: Registro local Chile crece contigo Denominador: REM A03, Sección D.2 "Resultados de la aplicación de protocolo neurosensorial

	<p>Detección precoz de displasia de caderas en los niños y niñas menores de 4 meses</p>	<p>100% de los niños y niñas de 3 meses de edad controlados son derivadas a examen radiológico de cadera.</p>	<p>Nº de niños y niñas de 3 meses de edad derivadas a examen radiológico de cadera/ Nº total de niños y niñas de 3 a 5 meses de edad bajo control)*100</p>	<p>Numerador: Registro SIGGES Denominador: REM P 2, sección A</p>
	<p>Control de salud a los 4 y a los 12 meses con aplicación de pauta de observación de calidad de apego establecido con su madre/ padre o figura significativa.</p>	<p>Mantener el 80% en la aplicación de pauta de observación de calidad de apego de su madre/ padre o figura significativa en el control de salud de los 4 y 12 meses de edad en relación a lo obtenido en el año 2011</p>	<p>Nº de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada al grupo de 4 meses/ Total de niños y niñas 4 meses bajo control)* 100</p>	<p>Numerador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación" Denominador: REM P2"Sección A</p>
	<p>Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor</p>	<p>80% niños y niñas que se les aplica pauta breve en el control de salud a los 12 meses</p>	<p>Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 17 meses / Nº Total de niños y niñas de 12 a 17 meses bajo control) *100</p>	<p>Numerador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación" Denominador: REM P2, Sección A: Población en Control"</p>

		Línea de base del porcentaje de niños y niñas con pauta breve alterada.	Nº de niños/as con pauta breve alterada a los 12 a 17 meses de edad/ Nº aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 17 meses) *100	Numerador: REM A-03, Sección D.1. "Resultados de la Aplicación de Pauta breve" Denominador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación"
	Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor	91% niños/as de 18 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud	Nº Aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 12 a 23 meses / Nº total de niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control)* 100	Numerador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación" Denominador: REM P2, Sección A: Población en Control"
		Línea de base del porcentaje de niños y niñas con rezago del DSM de 12 a 23 meses	Nº de aplicaciones con resultado de "rezago" realizadas al grupo de 12 a 23 meses/ Nº total de aplicaciones realizadas al grupo de 12 a 23 meses)* 100	Numerador: REM A-03, Sección D.1. "Resultados de la Aplicación de Pauta breve" Denominador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación"
	Control de salud a los	50% niños y niñas de 36	Nº de TEPSI realizadas en el grupo de 24	Numerador: REM A-03,

Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles	36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor	meses a de edad se les aplica TEPSI	a 47 meses / N° total de niños y niñas de 24 a 47 meses bajo control)* 100	Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación" Denominador: REM P2, Sección A: Población en Control"
	Administración de la tercera dosis de vacuna Pentavalente en niños menores de un año de vida	95% Cobertura de vacunación	N° de vacunas Pentavalente, tercera dosis, administrada en niños menores de un año de vida /N° Total de niños menores de un año de vida) * 100	Numerador: Sistema Informático REM – RNI Denominador: Proyección INE
	Administración de la tercera dosis de vacuna Neumocócica Conjugada durante el primer año de vida	95% Cobertura de vacunación	N° de vacunas Neumocócica Conjugada, tercera dosis, administrada durante el primer año de vida /N° de niños con un año de vida) * 100	Numerador: Sistema Informático REM – RNI Denominador: Proyección INE

	<p>Administración de la primera dosis de vacuna Trivírica durante el primer año de vida.</p>	<p>95% Cobertura de vacunación</p>	<p>Nº de vacunas Trivírica, primera dosis administrada durante el primer año de vida/ Nº de niños con un año de vida) * 100</p>	<p>Numerador: Sistema Informático REM – RNI Denominador: Proyección INE</p>
	<p>Control de salud a los 18 meses de edad con aplicación de Pautas de Evaluación Buco-dentarias</p>	<p>80% de los niños/as que asisten a control de salud a 18 meses de edad son evaluados en su salud bucal</p>	<p>Nº de niños/as de 18 meses que asisten a control de salud son evaluados en su salud bucal/ Nº de controles de salud realizados al grupo de 12 a 23 meses) * 100</p> <p>Nº de niños /as</p>	<p>Registro local REM A01 Sección B</p>

<p>Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad parvularia y escolar</p>	<p>Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en las altas totales de niñas y niños de 2, 4 y 6 años</p>	<p>50% de altas odontológicas de niños de 2 , 4 y 6 años han recibido Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología</p>	<p>de 2, 4 y 6 años con Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado/ total de niños/as de 2 , 4 y 6 años con alta odontológica total) * 100</p>	<p>REM A09, Sección B o J</p>
	<p>Control de salud a niños y niñas de 2 y 3 años inscrito en establecimiento de salud</p>	<p>Promedio de controles de salud realizados a niños y niñas de 24 a 47 meses según estándar (2 controles en el periodo)</p>	<p>Nº de controles de salud de niños de 24 a 47 meses / Total de niños de 24 a 47 meses bajo control)</p>	<p>Numerador: REM A01, sección B "Controles de salud según ciclo vital", Denominador: REM P2 "Sección A: Población en Control"</p>
<p>Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil</p>	<p>Consulta nutricional al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir al 6º mes, según las Guías de Alimentación del Niño Menor a 2 Años.</p>	<p>80% de cobertura de consulta nutricional al 5º mes de vida</p>	<p>Nº de niños/as con consulta nutricional del 5º mes 29 días de vida/ Nº Total de niños/as bajo control de 5 meses) * 100</p>	<p>Numerador: REM P2, Sección E "Población en control en el semestre con consulta nutricional" Denominador: REM P2 Sección A "Población en control, según</p>

<p>Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital</p>	<p>Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, con componente salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según las Guías de Alimentación del Niño Menor a 2 Años hasta la Adolescencia.</p> <p>Educar en los beneficios de la lactancia materna exclusiva, evaluar y esforzar técnicas correctas de amamantamiento en cada Control de Salud del niño y niña</p>	<p>50% de cobertura de consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida</p> <p>Alcanzar un 60% con lactancia materna exclusiva en niños y niñas hasta el 6 mes de vida</p>	<p>Nº de niños que asisten a consulta nutricional con componente salud bucal en el control de 3 años y 6 meses/ (Nº Total de niños/as de 24 a 47 meses bajo control/2) * 100</p> <p>(Nº de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva en el control de salud del sexto mes de vida/Nº de lactantes con control de salud al día al sexto mes de vida)*100</p>	<p>estado nutricional",</p> <p>Numerador: REM P2, Sección E "Población en control en el semestre con consulta nutricional", Celda (C64) Denominador: REM P2, Sección A "Población en control, según estado nutricional", Celdas (X32+Y32)/2</p> <p>REM A03</p>
---	---	---	---	--

Área Estratégica: Tratamiento

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad pre-escolar, mediante medidas promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales de mayor prevalencia	Atención odontológica integral a niñas y niños en edad pre-escolar	10% de cobertura en altas odontológicas totales en los niños/as de 2 años, inscritos y validados	Nº de niños de 2 años con alta odontológica total/ N° Total de niños/as de 2 años inscritos y validados) * 100	REM A09, Sección C
		10% de cobertura de altas odontológicas totales en niños/as de 4 años, inscritos y validados	Nº de niños/as de 4 años con alta odontológica total/ N° Total de niños/as de 4 años inscritos y validados) * 100	
	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 2 y 4 años	95% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de CEO a los 2 y 4 años de edad	Nº de niños /as de 2 y 4 años con registro de CEO / total de niños/as de 2 y 4 años con ingreso odontológico)* 100	REM A09, Sección C
Incrementar la cobertura de atención odontológica integral en niñas y niños de 6 años (GES Salud Oral Integral para niñas	Atención odontológica integral a niñas y niños de 6 años	75%de cobertura en altas odontológicas totales en los niños y niñas de 6 años, inscritos y validados	Nº de niños/as de 6 años con alta odontológica total/ N° Total de niños/as de 6 años inscritos y validados) * 100	REM A09, Sección C

<p>y niños de 6 años)</p>				
<p>Detener el aumento de la prevalencia de la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) y otros factores de riesgo cardiovascular en la población de niños y niñas mayores de 1 mes y menores de 6 años.</p>	<p>Consulta nutricional a niños/as mayores de 1 mes y menores de 6 años con malnutrición por exceso; según la Normas Nutricionales vigente.</p>	<p>80% de cobertura niños/as mayores de 1 mes y menores de 6 años bajo control con malnutrición por exceso que reciben consulta nutricional.</p>	<p>Nº de niños/as mayores de 1 mes y menores de 6 años con malnutrición por exceso con consulta nutricional/ Nº Total de niños/as menores de 6 años con malnutrición por exceso)*100.</p>	<p>Numerador: REM P 2 Sección A Denominador: REM P02:</p>
<p>Mejorar pesquisa de niños y niñas con déficit o rezago de su desarrollo</p>	<p>Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad.</p>	<p>100% de niños y niñas que en una primera evaluación presentan rezago en su</p>	<p>Nº de niños/as menores de 4 años con rezago en su desarrollo psicomotor</p>	<p>Numerador: REM A03, Sección C Denominador: REM A03, Sección B "Resultados a la aplicación de</p>

psicomotor.		desarrollo psicomotor son derivados a alguna modalidad de estimulación temprana.	derivados a alguna modalidad de estimulación/ N° Total de niñas y niños menores de 4 años detectados con rezago en la primera evaluación desarrollo psicomotor)*100 .	escala de evaluación del desarrollo psicomotor".
	Reevaluación de niños y niñas con déficit en su desarrollo psicomotor	90 % de los niños y niñas detectados con déficit en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses intervenidos	N° de niños y niñas diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperados / N° total de niños y niñas diagnosticadas con déficit en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses)*100	Numerador: REM A03 (N° de niños y niñas de 8,18,36 con retraso de DSM) Denominador: REM A03 (N° de niños y niñas de 8,18,36 recuperados de retraso enero a diciembre 2013, según edad).

	Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad	90 % de los niños y niñas con déficit (riesgo y retraso) en el DSM ingresan a modalidades de Estimulación	Nº de niños y niñas menores de 4 años con déficit en su desarrollo psicomotor derivados a alguna modalidad de estimulación/ Nº total de niñas y niños menores de 4 años detectados con déficit en la primera evaluación desarrollo psicomotor)*100	Numerador: REM A03, Sección C, Denominador: REM A03, Sección B "Resultados a la aplicación de escala de evaluación del desarrollo psicomotor"
	Visita domiciliaria integral	90% de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor recibe 1 ó 2 visitas domiciliarias integrales	Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño con déficit de DSM / Total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor	Numerador: REM A26, Sección A "Visitas Domiciliarias Integrales a Familias" Denominador: REM P2, Sección C "Población en control según resultado de evaluación del desarrollo psicomotor".
Mejorar la pesquisa y derivación de diadas con apego inseguro, evitante y ambivalente	Taller y actividades para el establecer el apego seguro	El 100% de diadas con apego inseguro evitante o ambivalente participan de	Nº de diadas que fueron detectadas con apego inseguro que participan	Numerador: Registro local Denominador: REM P2 Sección B "Población en control según resultado de

<p>Mantener vigilancia epidemiológica de los casos de sífilis congénita y VIH en niños</p>	<p>Citación y referencia de niños en proceso diagnóstico de VIH inasistentes a control</p> <p>Citación y referencia de recién nacidos tratados por sífilis congénita al momento del parto y lactantes en seguimiento por sífilis congénita inasistentes a control</p>	<p>actividades en sala de estimulación.</p> <p>100% de niños en proceso diagnóstico de VIH inasistentes a control son citados -derivados para finalizar estudio y seguimiento.</p> <p>100% de los recién nacidos tratados al momento del parto por sífilis congénita y lactantes en seguimiento por sífilis congénita</p>	<p>de actividades en sala de estimulación/ N° Total de diadas evaluadas detectadas con apego inseguro)* 100</p> <p>(N° niños en proceso diagnóstico de VIH inasistentes a control - derivados / N° total niños en proceso diagnóstico por VIH, inasistentes a control) x 100</p> <p>N° de RN tratados al momento del parto y lactantes en seguimiento por sífilis congénita inasistentes a control</p>	<p>pauta de observación de la relación vincular"</p> <p>Registros de establecimiento y Servicio de Salud Único de información VIH/SIDA (SUR VIH)</p> <p>Registros de actividades por establecimiento Consolidado Servicio Evaluación: -Auditorias de casos</p>
--	---	---	--	--

	de acuerdo a normativa vigente al establecimiento definido en cada red de atención	ta inasistentes a control son citados - derivados para finalizar estudio y seguimiento.	citados - derivados / N° total de RN tratados al momento del parto por sífilis congénita y lactantes en seguimiento por sífilis congénita inasistentes a control) * 100	
--	--	---	---	--

Área: Rehabilitación

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Mejorar la cobertura de atención de Niños, niñas portadores de enfermedades respiratorias crónicas	Visita domiciliaria Integral realizada por kinesiólogo, familia con niño, niña portador de enfermedades respiratorias crónicas	10% de cobertura en visitas domiciliarias a pacientes portadores de enfermedades crónicas (síndrome bronquial obstructiva recurrente, asma bronquial u oxígeno dependiente)	N° de visitas domiciliarias a familias con niños, niñas y adolescentes menores de 15 años con enfermedades crónicas respiratorias / N° total de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años)* 100	Numerador: Registro local Denominador: REM P3, Sección A "Existencia de población en control"



SALUD DEL ADOLESCENTE

OBJETIVO GENERAL:

Promover conductas y estilos de vida saludable entre los jóvenes de 10 a 19 años de edad, de la comuna de Renca a través de un trabajo intersectorial de salud, educación y promoción, a fin de contribuir al mejoramiento de su calidad de vida.

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
<u>Área Promoción</u>				
Fortalecer las redes familiares y comunitarias como factor protector de las conductas de riesgo de los adolescentes de 10 a 14 años.	Talleres de Habilidades Parentales	50% de adolescentes controlados participan en actividades de Espacios Amigables	N° de adolescentes controlados que participan al menos 1 vez en actividades de Espacios Amigables/ N° total de adolescentes bajo control x 100	Rem 19
<u>Área Prevención</u>				
Realizar control anual de salud integral con enfoque anticipatorio y de riesgo a los adolescentes	Control de salud integral anual adolescentes	5% de los adolescentes entre 10 y 14 años evaluados con ficha Clap	N° adolescentes entre 10 y 14 años evaluados/N° total de adolescentes de 10 a 14 a. inscritos x 100	Rem 03 sección H Rem 02 (EMP)

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Aumentar el número de adolescentes informados en forma anticipatoria sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo	Consejería para la regulación de la fertilidad en adolescentes que lo soliciten	100% consejerías a adolescentes que lo soliciten	Nº consejerías en regulación de la fertilidad/Nº total de adolescentes bajo controlx100	Rem A19
Fomentar el ingreso y control de adolescentes en regulación de fertilidad	Control de Regulación de fertilidad	Control de regulación de fertilidad al 100% de los adolescentes que lo soliciten	Nº adolescentes entre 15 y 19 años controlados con Mac/ Nº total adolescentes entre 15 y 19 años x100	Rem A01 Rem A5
Aumentar el Nº de adolescentes en control de fertilidad para prevenir 2º embarazo adolescente	Monitoreo y consejería a adolescentes al alta del puerperio	Establecer línea de base	Nº de madres adolescentes con Mac? durante el mes de alta del puerperio/Nº total de adolescentes bajo control puerperio x 100	Rem 19

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Controlar las adolescentes con malnutrición durante la gestación.	Consulta nutricional	Línea de base	Nº gestantes adolescentes B.C. con consulta nutricional por malnutrición/Total de gestantes adolescentes con malnutrición B.C.	P01
Derivar a consejería nutricional a los adolescentes cuya evaluación indique malnutrición	Consejería nutricional a adolescentes con evaluación que indique malnutrición	Consejería al 100% de los adolescentes pesquisados	Nº consejerías realizadas/Nº de adolescentes derivados	Rem A19
Derivar a consulta nutricional a los adolescentes con obesidad y síndrome metabólico	Consulta nutricional	100% de los adolescentes derivados	Nº de adolescentes con consulta/Nº total adolescentes derivados	Rem A2
Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente a los 12 años, edad de vigilancia internacional para caries dental, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas.	Consulta odontológica integral	Alcanzar o superar 66% de cobertura en altas odontológicas totales en los adolescentes de 12 años, beneficiarios o inscrito en SNSS	(N de adolescentes de 12 años con alta odontológica total / n total de adolescentes de 12 años inscritos o beneficiarios) X 100	REM 09
		10% de los adolescentes de 12 años con alta odontológica reciben consejería breve en tabaquismo	Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total que reciben consejería breve en tabaquismo / total de adolescentes de 12 años con alta odontológica total) X 100	

SALUD MATERNO PERINATAL

Promover, fomentar y recuperar la salud integral de la mujer durante todo su ciclo vital, con un enfoque social y familiar.

PROMOCIÓN

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR
Aumentar el N° de mujeres que reciben capacitación sobre parto y crianza.	Talleres de 4 sesiones y acompañante	80% gestantes en control participan en taller para gestantes	N° gestantes que ingresan a taller / N° gestantes ingresadas x 100
Estimular el apego y crianza del hijo facilitando que mujeres sean acompañadas por su pareja u otra persona al control prenatal.	Difusión por el equipo de salud.	25% de gestantes acuden a control prenatal acompañadas	N° de controles prenatales con acompañante/N° de controles prenatales realizados x 100
Proteger la salud de la gestantes y de su hijo (a)	Consejería breve en tabaco (CBT)	25% de las gestantes con alta odontológica reciben CBT	N° gestantes con alta odontológica que reciben CBT/N° total de altas odontológicas x 100

PREVENCIÓN

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR
Prevenir ocurrencia del parto prematuro (guía GES 2010)	Control preconcepcional	Aumentar N° controles realizados año 2012	N° controles preconcepcionales realizados
Detectar precozmente factores de riesgo biomédico	Derivar a nivel 2° las gestantes con factores de riesgo biomédico según guía perinatal vigente	100% de las gestantes con riesgo biomédico se derivan al nivel 2°	N° gestantes con riesgo biomédico derivadas a nivel 2°/N° total gestantes con riesgo biomédico
Detectar precozmente factores de riesgo de parto prematuro	Derivar a nivel 2° las gestantes con factores de riesgo de parto prematuro según Guía GES	100% de las gestantes con factor de riesgo de PP. Son derivadas precozmente al nivel 2°	N° gestantes con riesgo PP. Derivadas/N° gestantes con factor riesgo PP. x 100
Detección de depresión en el embarazo (según protocolo)	Aplicar pauta Edimburgo en ingreso o 2° control Gestantes con puntaje > o = a 11 pts. Repetir aplicación de pauta entre 2 a 4 semanas después	100% de las gestantes en ingreso o 2° control prenatal 100% de gestantes con puntaje 11 o más se repite aplicación entre 2 a 4 semanas	N° gestantes al ingreso o 2° control con pauta aplicada/N° total gestantes ingresadas x 100 N° gestantes que se repite la pauta/Total gestantes con puntaje > o = a 11 pts. X 100
Contribuir a la prevención de IRA desde el período de gestación	Taller a madres desde el período de gestantes	20% de gestantes BC Ingresar a taller en IRA-ERA	N° gestantes ingresadas a taller IRA-ERA/Total gestantes BC. X100
Apoyar a mujeres púerperas que han presentado condiciones de riesgo psicosocial durante el embarazo	VDI a las púerperas y familias con riesgo psicosocial	VDI al 80% de las púerperas y familias con riesgo psicosocial	N° púerperas con riesgo con VDI/N° total de púerperas con riesgo x 100
Vigilar la	Consulta nutricional	70% de gestantes	N° gestantes con malnutrición con



malnutrición en gestantes por exceso o déficit	a gestantes con malnutrición	con malnutrición con consulta nutricional	consulta nutricional/N° total de gestantes con malnutrición
--	------------------------------	---	---

Aumentar el N° de mujeres adultas que ingresan y controlan su regulación de fertilidad	Ingreso y control según criterios de elegibilidad	Ingreso de mujeres a control de regulación de fertilidad según criterios	N° de mujeres en edad fértil BC. /N° mujeres en edad fértil inscritas x 100
Disminuir la transmisión vertical del VIH	Orientación y educación VIH sobre pre y post test a gestantes	100% de gestantes acceden al test de detección y consejería abreviada pre y post test	N° consejerías a gestantes pre test VIH/N° gestantes ingresadas a control prenatal x 100 N° consejerías a gestantes post test VIH/N° gestantes que acceden a test de detección x100
	Tamizaje para VIH durante el embarazo	100% de gestantes que ingresan a control acceden a tamizaje para VIH	N° gestantes que acepta tomarse el examen y se lo realiza/N° gestantes que aceptan tomarse el examen x 100
	Visita domiciliaria y derivación al Centro de atención de VIH a gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH	100% de gestantes en proceso de confirmación diagnóstica son visitadas y derivadas	N° gestantes en proceso de confirmación de y derivadas/N° gestantes en proceso de confirmación diagnóstica
Garantizar la realización del examen de detección de VIH	Consejería pre y post test	100% de test de VIH se realizan con consejería pre y post test	N° de personas que se realizan examen de VIH con consejería/ N° personas que se realizan el examen de VIH
			N° de personas que

Garantizar la realización del examen de detección de sífilis	la del de	Consejería en ITS y entrega de preservativos	de de	100% de personas que consultan por ITS reciben consejería y preservativos	se realizan examen de VDRL con consejería y reciben preservativos/ N° personas que se realizan el examen de VDRL
Promover sexo seguro	sexo	Entrega de preservativos	de	Entrega de preservativos al 100% de personas que ejercen comercio sexual consultantes	N° de personas que ejercen comercio sexual y que reciben preservativos/N° personas que ejercen comercio sexual consultantes x 100
Atención integral de salud ginecológica durante el ciclo vital		Control preventivo de salud integral ginecológica		Aumentar el % de acceso a control de salud integral ginecológica	N° mujeres en control preventivo ginecológico/N° mujeres inscritas mayor de 10 años x 100
Aumentar la detección del consumo de riesgo de alcohol y drogas en gestantes	la del	Aplicar Audit y Evaluación psicosocial abreviada a gestantes en control	y a	100% de gestantes en control con Audit y Epsa aplicado	N° gestantes con Audit y Epsa aplicado/N° gestantes ingresadas a control x 100
Estimular el apego y crianza del hijo facilitando que mujeres sean acompañadas por su pareja u otra persona al control prenatal.		Difusión por el equipo de salud.	el	25% de gestantes acuden a control prenatal acompañadas	N° de controles prenatales con acompañante/N° de controles prenatales realizados x 100

TRATAMIENTO

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR
Seguimiento de gestantes con riesgo psicosocial	VDI. A familias con gestantes en riesgo psicosocial	80% de gestantes en riesgo psicosocial con VDI	N° de gestantes en riesgo PSS con VDI/N° total de gestantes en riesgo PSS x 100
Realizar el control integral de la diada	Control de diadas antes de los 10 días	80% de controles de diadas antes de los 10 días de vida del RN	N° diadas controladas antes de los 10 días/N° total de RN ingresados x 100
	Control de diada entre los 11 y los 28 días de vida	60% de controles de diadas entre 11 y 28 días de vida	N° diadas controladas entre 11 y 28 días/N° total de RN ingresados entre 11 y 28 días
Protección y recuperación de la salud bucodental de las gestantes (GES)	Atención odontológica integral a las gestantes	70% de altas odontológicas integrales a gestantes ingresadas	N° de altas odontológicas en gestantes/N° gestantes ingresadas x 100
	Diagnóstico periodontal (básico) a gestantes con riesgo de parto prematuro	70% de gestantes con riesgo de parto prematuro con diagnóstico periodontal básico	N° gestantes con diagnóstico periodontal/N° gestantes con riesgo parto prematuro x 100
Recuperar la condición nutricional pregestacional al 8° mes post parto		Recuperar la condición nutricional pregestacional	N° mujeres que recuperaron su condición nutricional pregestacional/N° mujeres controladas al 8° mes. X 100.

<p>Disminuir la transmisión vertical de la sífilis</p>	<p>Tamizaje para sífilis durante la gestación</p> <p>Tratamiento a gestantes con serologías VDRL positiva</p> <p>Visita domiciliaria e ingreso a programa ITS a gestantes con serología VDRL positiva</p>	<p>100% gestantes que ingresan a control prenatal acceden a tamizaje</p> <p>100% de gestantes con serología positiva reciben tratamiento</p> <p>100% de gestantes con serología positiva son visitadas e ingresadas al programa</p>	<p>Nº gestantes con examen de VDRL en 1º control/Nº gestantes que ingresan a control prenatal x 100</p> <p>Nº gestantes con serología VDRL positiva tratadas/Nº gestantes con serología VDRL positiva.</p> <p>Nº gestantes con serología VDRL positiva visitadas e ingresadas al programa/Nº gestantes con serología positiva para VDRL</p>
<p>Disminuir las muertes de mujeres por Ca Ma</p>	<p>Mamografías a mujeres de 50 a 54 años (GES)</p>	<p>Mantener y/o aumentar la cobertura de mamografías en mujeres de 50 a 54 años</p>	<p>Nº mujeres de 50 a 54 años con mamografía/Nº mujeres de 50 a 54 años inscritas x 100</p>
<p>Disminuir las muertes de mujeres por Ca Cu</p>	<p>Pap cada 3 años a mujeres de 25 a 64 años</p>	<p>Mantener o aumentar la cobertura de Pap en mujeres de 25 a 64 años</p>	<p>Nº mujeres de 25 a 64 años con Pap vigente/Nº mujeres de 25 a 64 años inscritas</p>

SALUD ADOLESCENTE

PREVENCIÓN

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR
Aumentar el N° de adolescentes que acceden a consejería en SSR	Consejería en salud sexual y reproductiva	Aumentar en un 10% el N° de adolescentes que reciben consejería en SSR	N° adolescentes con consejerías en SSR
	Consejería para la regulación de la fertilidad en adolescentes, según demanda espontánea	Consejería para regulación de la fertilidad al 100% de los adolescentes que consultan por demanda espontánea	N° adolescentes que reciben consejería en regulación de fertilidad/N° adolescentes consultantes
Aumentar el ingreso de adolescentes con vida sexual activa a regulación de fertilidad	Control de regulación de la fertilidad	Aumentar el porcentaje de adolescentes BC en programa de regulación de fertilidad	N° adolescentes de 10 a 19 años BC con Mac /N° total de población BC con Mac. X 100
Aumentar el N° de adolescentes madres en control de fertilidad para prevenir 2° embarazo	Consejería en regulación de fertilidad a gestantes adolescentes	100% de gestantes adolescentes reciban consejería en R.F.	N° gestantes adolescentes con consejería R.F./N° total gestantes adolescentes x 100
	Ingreso precoz a control de regulación de fertilidad a puérperas adolescentes	80% de puérperas adolescentes ingresan a control de R.F.	N° puérperas adolescentes ingresadas a R.F./N° puérperas adolescentes x 100
	Monitorización mensual de ingreso a control de regulación de fertilidad de puérperas adolescentes	Registro mensual de puérperas adolescentes que ingresan a R.F	Informe mensual del porcentaje de puérperas adolescentes en control R.F.
	Rescate de	100% de puérperas adolescentes	N° puérperas adolescentes inasistentes citadas/N°

<p>Disminuir las adolescentes gestantes con malnutrición</p>	<p>puérperas adolescentes inasistentes a control de fertilidad reg.</p> <p>Consulta nutricional de gestantes con malnutrición</p>	<p>inasistentes a R.F. son citadas por terreno.</p> <p>Línea de base de cobertura de consulta nutricional de las adolescentes gestantes con malnutrición</p>	<p>puérperas inasistentes x 100</p> <p>Nº gestantes BC con consulta nutricional por malnutrición/Nº total de gestantes adolescentes con diagnóstico por malnutrición</p>
--	---	--	--

Adulto Adulto mayor



SALUD DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR

PROMOCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
Difundir a la comunidad alimentación saludable y ejercicio físico regular.	Reuniones con la comunidad o intersector. Responsable: Equipo de Promoción.	Al menos 3 actividades con la comunidad.	Nº de actividades realizadas con la comunidad.	Informe municipio
Contribuir a la promoción de hogares libres de humo de tabaco.	Consejería a pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. Responsable: Sala ERA	Alcanzar al 30% de la población con riesgo de descompensación respiratoria en consejería antitabaco.	(Nº de actividades de promoción en consejería antitabaco/ Nº total de población con enfermedades crónicas respiratorias) x 100	Construcción de Base datos propios.

PREVENCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
Difundir a la comunidad alimentación saludable y ejercicio físico regular.	Realizar Examen Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta protocolo.	Incrementar 5% la cobertura de EM respecto a realizado el 2012.	(Nº de EMP realizados a población adulta beneficiaria / Población Total adulta beneficiaria) x 100.	REM REM A02 , Sección B
	Realizar examen de medicina preventiva del adulto localizado en	Incrementar 2% la cobertura de EM realizado.	(Nº de EMPA realizados a población adulta masculina beneficiaria / Población Total	REM A02 Sección B

	hombres en edad productiva aplicando pauta de protocolo.		adulto masculino beneficiaria) x 100	
Aumentar el número de usuarios, particularmente hombres que reciben tratamiento para reducir su riesgo cardiovascular	Control de Salud cardiovascular.	Aumentar el 8% respecto al año anterior la cobertura de hombres bajo control en el PSCV.	(N° de hombres controlados en el PSCV / N° total de hombres bajo control en el PSCV) x 100	REM P04, Sección A Población masculina beneficiaria
Reducir el riesgo de reincidencia de un evento cardiovascular en personas de 15 y más años bajo control en PSCV, con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular.	Control de Salud Cardiovascular	100% de las personas con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular de 15 y más años bajo control, está en tratamiento con AAS y estatinas	(N° de con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular en tratamiento con AAS y estatinas los últimos 12 meses)/ (N° total de 15 y más años bajo control con el antecedente de infarto o enfermedad cerebrovascular al corte) x 100.	REM P4 Sección A* REM P4 Sección A*
Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovascular asociados al síndrome metabólico, aportando a la prevención de adultos de 20 a 45 años	Programa Vida Sana (PVS) destinado a adultos de 20 a 45 años	50% de los adultos baja un 5% de su peso inicial al término de la intervención.	(N° de adultos de 20 a 45 años que disminuyen el 5% de su peso al término de la intervención / total de adultos de 20 a 45 años que egresan del PVS) x 100.	Registro Programa Sana – Obesidad https://vidasana.mic.cl
		60% de adultos entre 20 a 45 años mejoran su condición física Responsable:	(N° adultos de 20 a 45 años que egresan del PVS y que mejoran su condición física al	Registro Programa Sana - Obesidad https://vidasana.mic.cl

		Programa Vida Sana	termino de la intervención/ N° total de adultos de 20 a 45 años que egresan del PVS) x 100.	
Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	Control de salud: aplicar ficha de prevención de enfermedad renal crónica.	100% de las personas adultas diabéticas hipertensas que ingresan al PSCV que han sido clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.	(N° de adultos hipertensos o diabéticos ingresados al PSCV y clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses) / (N° total de Adultos hipertensos o diabéticos ingresado en el PSCV al corte) x 100	REM PO 4 Sección B
Aumentar cobertura de personas adultas con hipertensión	Detección de personas hipertensas a través del EMP en consulta de morbilidad .	Mantener la prevalencia respecto al año anterior la cobertura de personas adultas con hipertensión	(N° de personas adultas con hipertensión, bajo control/ N° total de personas adultas según prevalencia local de hipertensión en población beneficiaria) x 100	REM P04; Sección A
Aumentar la cobertura de personas entre 20 y 64 años con diabetes tipo 2.	Pesquisa través EMP consulta morbilidad	De acuerdo prevalencia local aumentar en 3% respecto al año anterior la cobertura de personas adultas con diabetes tipo 2.	(N° de personas adultas con diabetes tipo 2 bajo control / N° total de personas adultas según prevalencia local de diabetes tipo 2 en población beneficiaria) x 100	REM P04; Sección A
Mejorar la compensación de personas de 20 a 64 años no diabéticas de riesgo CV alto y muy alto.	Control de Salud	Establecer línea de base % de personas de 20 a 64 años en el PSCV no diabéticas de riesgo CV alto y muy alto riesgo con presión	N° personas de 20 a 64 años en el PSCV no diabéticas de riesgo CV alto y muy alto riesgo con presión arterial <140/90mmHg colesterol g LDL <100mg/dl / (N°	REMP4 sección A REMP4 sección A

		arterial<140/90mmHg colesterol LDL<100mg/dl	total de personas no diabéticas de 20 a 64 años de riesgo CV alto y muy alto al corte) x 100	
Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Control Salud: Evaluación anual del diabético acuerdo a Guías Clínicas de Diabetes Mellitus 2 de 2009.	El 30% de las personas con diabetes tipo 2 bajo control se le realizará una evaluación de los pies.	(Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control con una evaluación en los pies en los últimos 12 meses/ Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control) x 100	REM P04; sección C REM P04, Sección A
		100% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.	(Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie) x 100	REM P04, SECCION C
Promover la asistencia al control preventivo de personas que ejercen comercio sexual.	Control Salud Sexual64	70% de las personas ingresadas a control de salud sexual se mantienen en control	(Nº de personas en control activo (fecha de ingreso correspondiente al periodo)/ Nº total de personas solicitan control de salud sexual en el período) x 100	**Registro local. Censo semestral control
Garantizar la realización de examen de detección de VIH SIDA a personas de 20 y más años que lo solicitan voluntariamente o por indicación médica según criterios clínicos y/o	Consejería pre y post test para examen de detección de VIH/ SIDA	100% de los test de Elisa para VIH se realizan con consejería pre y post test.	(Nº de consejería pre test de VIH realizadas en personas de 20 y más años/ Nº total de test Elisa para VIH realizados en personas de 20 y más años) x 100 (Nº de consejería post test de VIH realizadas en personas de 20 y	REM A19, sección A.2 REM A11, sección B.2

epidemiológico, con la consejería pre y post test de acuerdo de la normativa exigente.			más años/ N° total de test Elisa para VIH realizados en personas de 20 y más años) x 100	
Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo.	Consejería de Prevención del VIH/SIDA e ITS y Control de Salud.	Aumentar en un 20% la consejería de Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas en relación a línea base 2012.	(N° de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas, año 2013 / N° de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas, año 2012) x100	REM A19
		Entrega de preservativos al 100% de las personas adultas que asisten a la consejería de Prevención del VIH/SIDA e ITS.	(N° de personas adultas que reciben preservativos en el marco de la consejería para la Prevención del VIH/SIDA e ITS/N° de personas adultas que asisten a consejería para la Prevención del VIH/SIDA e ITS) x 100	REM A19 **Registros Locales
Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en personas de 20 y más años.	Tamizaje por VIH en personas adultas cuando lo requiere por demanda espontánea o indicación médica.	Incrementar en un 30% el examen de VIH en relación a línea base 2012, en personas de 20 años y más.	(N° total de exámenes para VIH realizados en personas de 20 años y mas, año 2013/ N° total de exámenes para VIH realizados en personas de 20 años y más, año 2012) x100	REM- A11 Sistema de Registro Único de información de VIH/SIDA (SUR-VIH)
Promover Sexo Seguro	Entrega preservativos	Entrega de preservativos al 100% de las personas que ejercen el comercio sexual que asisten al control en prevención del VIH/SIDA e ITS.	(N° de personas que ejercen el comercio sexual que reciben preservativos en el marco de la Prevención del VIH/SIDA e ITS / N°	REM A19 **Registros Locales

			de personas que ejercen el comercio sexual en control de Prevención del VIH/SIDA e ITS) x 100	
--	--	--	---	--

TRATAMIENTO

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
Mantener la cobertura efectiva de personas de 20 a 64 años bajo control con hipertensión (Presión arterial inferior a 140/90 mm de Hg en el último control)	Control de salud Cardiovascular: Tratamiento	Mantener el 42% la cobertura efectiva de los hipertensos de 20 a 64 años bajo control con presión arterial bajo 140/90 mm de Hg	(N° Total de personas HTA bajo control compensadas/ N° Total de personas esperadas según prevalencia * 100)	REM P04: Sección B Población estimada según Prevalencia
Brindar atención integral y oportuna a personas adultas con problemas de trastornos mentales.	Examen de Salud Anual con aplicación de instrumento de detección de problemas y/o sospecha de trastornos mentales.	100% de personas adultas con problema y trastornos mentales con atención integral y oportuna	(N° de personas adultas con problema y trastornos mental con atención integral / N° total de personas adultas con Examen de Salud Anual) x 100.	REM 06 REM A02
Aumentar la cobertura efectiva de personas de 20 a 64 años, bajo control con DM 2.	Control de Salud con examen de hemoglobina glicosilada (HbA1c <7)	Incrementar en un 2% la cobertura efectiva de personas de 20 a 64 años con DM 2 (HbA1c<7) respecto de lo logrado el año anterior.	(N° de personas diabéticas de 20 a 64 años con HbA1c <7% según último control/ N° total de personas de 20 a 64 años	REM P04; Sección B

			con diabetes tipo 2 según prevalencia) x 100	
<p>Evaluar la calidad de la atención que reciben las personas diabéticas de personas de 20 A 64 años en al menos un centro centinela del Servicio de Salud</p>	<p>Aplicación de Quailidiab a los adultos diabéticos que ingresan al programa</p>	<p>100% de los ingresos 20 a 64 años en uno de los centro del Servicio de Salud a través de un sistema electrónico para medir periódicamente la calidad de la atención otorgada.</p>	<p>(N° de ingresos de personas de 20 A 64 años diabéticos en el PSCV del centro centinela evaluadas para determinar la calidad de la atención en los últimos 12 meses) / (N° total de personas de 20 a 64 años ingresados centinela al corte) x 100.</p>	<p>QUALIDIAB-Chile u otro sistema informático que recoja los elementos básicos para evaluar la calidad de la atención / REM P4 Sección A</p>
<p>Establecer línea base de riesgo cardiovascular alto y muy alto en personas 20 a 64 años</p>	<p>Control de Salud</p>	<p>Definir línea base en personas de 20 a 64 años bajo control "no diabéticos" de riesgo CV alto y muy alto con PA <140/90mm Hg y colesterol LDL<100mg/dl.</p>	<p>(N° personas de 20 a 64 años no diabéticos bajo control de riesgo CV alto y muy alto con PA < 140/90 mmHg y Col. LDL < 100 mg/dl en el último control) / (N° total de 20 A 64 años bajo control de riesgo CV alto y muy alto al corte) x 100.</p>	<p>REM P4 Sección B/ REM P4 Sección A</p>
	<p>Control de Salud</p>	<p>Definir línea base en 20 a 64 años bajo control "diabéticos" de</p>	<p>(N° 20 a 64 años diabéticos bajo control en PSCV de</p>	<p>REM P4 Sección B / REM P4 Sección A</p>

		riesgo CV alto y muy alto con HbA1c<7%, y PA <130/80mm Hg	riesgo CV alto y muy alto con HbA1c < 7% y PA < 130/80 mmHg, en el último control) / (Nº total de personas diabéticas de 15 y 64 años en PSCV de riesgo CV alto y muy alto al corte) x 100.	
	Centro de Salud	Definir línea base en 20 A 64 años bajo control "diabéticos" de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c<7%, y PA <130/80mm Hg y Col LDL<100mg/dl	(Nº 20 A 64 años diabéticas bajo control en PSCV de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c < 7%, PA < 130/80 mmHg y Col LDL < 100 mg/dl, en el último control) / (Nº total de 20 a 64 diabéticas bajo control en PSCV con riesgo CV alto y muy alto al corte) x 100.	REM P4 Sección B / REM P4 Sección A
Detección de VIH en personas en control y tratamiento por tuberculosis	Tamizaje para VIH en personas en control y tratamiento por tuberculosis.	100% de personas en control y tratamiento por tuberculosis, se realizan examen de VIH	(Nº de personas en control y tratamiento por tuberculosis, que se realizan examen de VIH/ Nº total de personas en control y tratamiento por	REM A 10 REM 11

			tuberculosis.	
Vigilancia de tuberculosis en adultos con sintomatología respiratoria y/o VIH	Examen de baciloscopia.	100% de en adultos con sintomatología respiratoria y/o VIH con examen BK realizado.	(N° de BK de diagnostico realizadas a mayores de 15 años / N° total de consultas medicas por patologías respiratorias 100	REM A10, sección A REM A04, sección A
Detectar - infección VIH/ TBC.	Consejería para VIH a las personas con TBC pulmonar o extra pulmonar >15 años y < de 49 años70	100 % de los casos nuevos de personas con TBC pulmonar o extra pulmonar >15 años y < de 49 años reciben consejería para el test de detección de VIH.	(N° Consejerías para VIH a casos nuevos con TBC pulmonar o extra pulmonar72/ N° total casos nuevos con TBC pulmonar o extra pulmonar >15 años y < de 49 años) x 100.	**Registro local
		100% de personas VIH (+) se realizan Rx. de Tórax, BK PPD	((N° de personas VIH (+) con Rx Tórax, BK y PPD/ N° total de Personas VIH (+) en control) x 100	REM A10, sección C.
Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama	Mamografía a mujeres de 50 a 54 años AUGE	Incrementar 10% con respecto año anterior la cobertura r de mamografía en mujeres de 50 a 54 años	(N° de mujeres de 50 a 54 años con mamografía vigente/ N° total de mujeres de 50 a 54 años inscritas) x100	Rem-P 12

<p>Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de cuello uterino⁷³</p>	<p>PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años AUGE y EMPA.</p>	<p>Alcanzar un 80% de cobertura de PAP cada tres años en mujeres de 25 a 64 años</p>	<p>(N° de mujeres de de 25 y 64 años con PAP vigente/ N° de mujeres de 25 a 64 años inscritas) x 100</p>	<p>Citoexpert REM – P 12</p>
<p>Contribuir a la disminución de la morbimortalidad por infecciones respiratorias a través de atención a pacientes crónicos respiratorios.</p>	<p>Controles kinésicos por patologías respiratorias crónicas en sala ERA.</p>	<p>Aumentar en un 12% la cobertura a pacientes crónicos respiratorios en atención kinésica en sala ERA.</p>	<p>(N° de controles kinésicos en sala ERA a pacientes crónicos respiratorios de 20 años y mas / total de pacientes crónicos respiratorios de 20 años y más bajo control) x 100</p>	<p>REM A23 REMP03</p>
<p>Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto de 60 años (GES: Salud Oral Integral del adulto de 60 años)</p>	<p>Atención odontológica integral del adulto de 60 años</p>	<p>≥ 50 % de cobertura en altas totales odontológicas en adultos de 60 años inscritos validados</p>	<p>(N° de Altas totales odontológicas de adultos de 60 años total/Total de adultos de 60 años inscritos y validados) x100</p>	<p>REM A09, Sección C</p>

Rehabilitación

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
Aumentar la cobertura de atención a pacientes en domicilio a portadores de enfermedades respiratorias crónicas (pacientes con oxígeno domiciliario, AVNIA, Asma, Fibrosis Quística, EPOC)	Visita domiciliaria de profesional de salud a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas.	Aumentar en 30% la cobertura de visitas a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas.	(N° de visitas domiciliarias realizadas a pacientes con enfermedad respiratorio crónico / N° total de pacientes con enfermedades respiratorias crónicas bajo control) x 100	Registro local**79 REM P26 Nota: Evaluar a nivel local

SALUD DEL ADULTO MAYOR, FAMILIA Y CUIDADORAS/ES

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
Promover el envejecimiento activo y autocuidado en el adulto mayor.	Reuniones con la comunidad para difundir prácticas de alimentación saludable y de actividad física.	Incrementar al menos en 5 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior.	(N° de Adultos/as mayores que al momento del censo se encuentran en actividad física/ N° Total de AM inscritos)x 100	REM P05, Sección D / Población inscrita validada
			(N° de consejerías individuales en actividad física realizadas a personas de 65 y más años / N° total de AM inscritos) x100	REM A19 Sección A Celdas 122 a 131
			(N° de consejerías individuales en estilos de vida y autocuidado realizadas a personas de 65 y más años / N° total de AM inscritos) x100	REM A19 Sección A Celdas 112 a 121
	Promover y difundir en la comunidad la importancia del EMP en el AM como acción de detección precoz del riesgo.	Incrementar al menos en 2 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior.	(N° de Adultos/as mayores autovalentes bajo control/ N° total de AM bajo control)x 100	REM P05, Sección A

Promover el envejecimiento activo y autocuidado en el adulto mayor.	Detectar e incentivar a AM que se incorporen a actividades grupales, según sus intereses.	Establecer línea base e incrementar en un 5% los AM que participan en OSC	(N° de AM bajo control que participa en organizaciones sociales y comunitarias/ N° Total de AM bajo control) x 100.	Registro local
Contribuir a la promoción de hogares libres de humo de tabaco.	Consejería a AM con enfermedades respiratorias crónicas (asma y EPOC).	Incrementar a lo menos en 5 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior.	(N° de actividades de promoción en consejería antitabaco/ N° total de población con enfermedades crónicas respiratorias) x 100	REM 23

PREVENCIÓN

Apoyar a las personas adultas mayores que presentan factores de riesgo que pueden alterar su funcionalidad

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
Prevenir la dependencia del AM con factores de riesgo detectados en el EMP del Adulto mayor	Realización Examen de Medicina Preventiva	Incrementar a lo menos en un 5% el EMP del AM respecto al año anterior	(N° de adultos de 65 y más años con examen de medicina preventiva vigente / población inscrita de 65 y más años)*100	REM A02, sección B/ Población inscrita de 65 y mas años validada por Fonasa.
Brindar atención integral y oportuna a AM identificados en riesgo	Intervención Preventiva o Terapéutica en los AM con sospecha de	Establecer línea de base en el AM detectados con riesgo social.	(N° de AM bajo control con sospecha de maltrato./ N° de población AM	REM P05 Sección C Población de 65 años y mas inscrita

<p>psicosocial.</p>	<p>maltrato según protocolo local</p>		<p>inscrita x 100</p>	<p>validada</p>
	<p>Intervención Preventiva o Terapéutica en los AM y sus familias que presentan consumo o riesgo de consumir alcohol u otras drogas</p>	<p>Establecer línea de base en AM detectados con riesgo de consumo de alcohol y/o drogas.</p>	<p>(N° de AM bajo control con consumo o en riesgo de consumir alcohol u otras drogas./ N° de población AM inscrita x 100</p>	<p>REM P06 sección A, celdas P18, 19 y 20 y Q18, 19 y 20</p>
<p>Mejorar la detección de la enfermedad renal crónica(ERC) en las personas hipertensas o diabéticas (de alto riesgo) de 65 y más años bajo control en PSCV</p>	<p>Aplicar la "Ficha de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" a AM en control de salud cardiovascular.</p>	<p>100% de las personas hipertensas o diabéticas de 65 y más años que ingresan al PSCV y que han sido clasificada según etapa enfermedad renal crónica y los controles con ERC III, IV y V.</p>	<p>(N° de AM hipertensos o diabéticos que ingresan clasificados según etapa de la ERC en los últimos 12 meses)/(N°total de AM hipertensos o diabéticos que ingresan al PSCV en 12 meses)</p> <p>(N° de AM hipertensos o diabéticos bajo control con ERC III, IV y V , en PSCV, en los últimos 12 meses) / (N° total de AM hipertensos o diabéticos bajo control en PSCV al corte) * 100</p>	<p>REM P4 Sección A / REM P4 Sección A</p>
<p>Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años en PSCV que presentan microalbuminuria</p>	<p>Control de Salud Cardiovascular</p>	<p>100% de las personas diabética de 65 y más años bajo control en PSCV que presentan microalbuminuria está en tratamiento con IECA o ARA II.</p>	<p>(N° de AM diabéticos bajo control en PSCV con microalbuminuria y tratamiento con IECA o ARA II los últimos 12 meses) / (N° de AM diabéticos</p>	<p>REM P4 Sección B** / REM P4 Sección B**</p>

(RAC \geq 30 mg/grs.)			bajo control en PSCV con microalbuminuria al corte) * 100	
Reducir el riesgo de reincidencia de un evento cardiovascular en personas de 65 y más años bajo control en PSCV, con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular.	Control de Salud Cardiovascular	100% de las personas con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular de 65 y más años bajo control en PSCV, está en tratamiento con AAS y estatinas	(N° de AM con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular en tratamiento con AAS y estatinas los últimos 12 meses)/(N° total de AM bajo control en PSCV con el antecedente de infarto o enfermedad cerebrovascular al corte) *100.	REM P4 Sección B / REM P4 Sección A
Pesquisa de Tuberculosis en adultos mayores que presenten síntomas respiratorios.	Examen de baciloscopia en adultos mayores con síntomas respiratorios.	Baciloscopia en el 100% de los adultos mayores con síntomas respiratorios.	(N° de baciloscopias de diagnóstico realizadas en adultos mayores / N° total de consultas de sintomáticos respiratorios en el morbilidad)*100.	REM A10 Sección A,/ REM A04 Sección A, celda B10
			(N° de bacilos copias de diagnóstico realizadas en adultos mayores / N° total de controles de salud)*100.	REM A10 Sección A,/ REM A01 Sección B, celda T29 a T33
Mantener cobertura a los 65 años de edad que reciben vacuna neumocócica polisacárida alcanzadas en el	Administración de una dosis de vacuna neumocócica polisacárida a los 65 años de edad.	Incrementar en un 10% la Cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior.	(N° de personas de 65 años vacunadas/ N° Total de personas de 65 años de la comuna) x 100	REM C13 Población inscrita validada

año 2012				
Aumentar la cobertura de Personas mayores de 70 años que retiran PACAM	<p>Citación a domicilio para entrega de alimentos PACAM.</p> <p>Talleres de demostración de preparación de alimentos PACAM.</p>	Aumentar en 5% la cobertura respecto al año anterior de personas mayores de 70 años que reciben PACAM.	(N° de personas mayores de 70 años que reciben PACAM/ N° total de personas mayores de 70 años bajo control) x 100	REM 16, sección B REM P05, sección A
Aumentar la cobertura de la población bajo control con HTA en personas de 65 y más años	Detección de personas hipertensas a través del EMPAM, consulta de morbilidad u otros.	Incremento de a lo menos un 3% respecto al año anterior de cobertura de personas adultas mayores con hipertensión bajo control	(N° de personas adultas mayores con hipertensión, bajo control en PSCV/ N° total de adultos mayores hipertensos esperados según prevalencia) x 100	REM P04; Sección A, F y G Población estimada según prevalencia ENS 2011 (64,3%)
Aumentar la cobertura de población bajo control con DM2 en personas de 65 y más años.	Detección de personas con DM2 a través del EMPAM, consulta de morbilidad u otros.	Incremento de a lo menos un 10% respecto al año anterior de cobertura de personas adultas mayores con DM2 bajo control	(N° de personas adultas mayores con DM2, bajo control en PSCV/ N° total de adultos mayores diabéticos esperados según prevalencia) x 100	REM P04; Sección A, F y G Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%)
Evaluar en PSCV a pacientes AM con ACV o IAM hospitalizados, dentro de los primeros 3 meses post alta	Control de salud cardiovascular	Establecer línea de base de pacientes AM con ACV o IAM hospitalizados, que reciben evaluación en AP dentro de los primeros 3 meses post alta	(N° de egresos hospitalarios AM con ACV o IAM reciban evaluación en AP dentro de los primeros 3 meses post alta/ N° total de egresos hospitalarios AM con ACV o IAM.	REM P04 (agregar pacientes con ACV o IAM hospitalizados, dentro de los primeros 3 meses post alta, en sección B en las personas bajo control

				con antecedentes de enfermedad cardiovascular)
Aumentar el número de personas adultas mayores informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en Control de Salud, con entrega de preservativos.	100% de personas adultas mayores sexualmente activas, se derivaran al programa de la mujer.	(N° de consejería de prevención del VIH/SIDA e ITS en el contexto del control de salud a personas adultas mayores sexualmente activas / N° total personas adultas mayores sexualmente activas, bajo control) x 100.	REM A 19 REM P 5**
Facilitar el examen para el diagnóstico de VIH en las personas adultas mayores, sexualmente activas.	Tamizaje para VIH a personas adultas mayores, sexualmente activas	Construir línea base de examen para diagnóstico de VIH en las personas adultas mayores sexualmente activas a cargo del programa de la mujer.	N° total de exámenes para VIH realizados en personas adultas mayores sexualmente activas año 2013.	REM- A11** Sistema de Registro Único de información de VIH/SIDA (SUR-VIH)

TRATAMIENTO

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
Aumentar el número de personas que reciben rehabilitación integral con base comunitaria.	Organizar grupos de AM para realizar actividades de rehabilitación. A cargo de RBC (Rehabilitación basada en la comunidad)	Incrementar en un 3% con respecto al año anterior	(N° de AM integrados a grupos de rehabilitación/ N° total de AM bajo control) x 100	REM A28 Sección A celdas G12 a G16 REM P05, sección A
Aumentar la cobertura efectiva de personas AM con PA inferior a 140/90 mm Hg en el último control.	Control de Salud Cardiovascular	A lo menos un 1,5% de incremento de cobertura efectiva de AM hipertensos con PA <140/90 respecto al año anterior	N° de AM hipertensas con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/ N° total de personas AM hipertensas esperadas según prevalencia ENS2009-2010) x 100	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2011 (64,3%)
Aumentar la cobertura efectiva de personas AM con Hb1Ac < 7% en el último control.	Control de Salud Cardiovascular	A lo menos un 2% de incremento de cobertura efectiva de AM diabéticos con Hb1Ac <7% respecto al año anterior	N° de personas AM diabéticos con Hb1Ac <7% / N° total de personas diabéticas esperadas según prevalencia ENS2009-2010) x 100	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%)
Aumentar el número de personas cuidadoras de	Capacitación a cuidadores de AM con dependencia	Al 100% de cuidadoras que reciben estipendio	(N° de cuidadoras de AM que reciben	Registro PRAPS

<p>AM dependientes severos y con pérdida de autonomía que están capacitadas*.</p> <p>*Capacitación: toda acción educativa que se realiza por el equipo de salud al cuidador, en el establecimiento o domicilio.</p>	<p>severa y/o pérdida de autonomía que reciben apoyo económico.</p>		<p>estipendio capacitadas/ N° total de cuidadores de AM dependientes severos que reciben estipendio)*100</p>	
<p>Mejorar la calidad de atención de las personas AM diabéticos bajo control en el PSCV.</p>	<p>Detección de personas AM diabéticos de 65 y mas años bajo control con riesgo de ulceración o amputación del pie</p>	<p>100% de AM diabéticos ingresados al PSCV por diabetes evaluadas y clasificadas según nivel de riesgo de ulceración o amputación del pie en los últimos 12 meses y al 20% de la población bajo control de diabetes mayores de 65 años.</p>	<p>(N° de AM diabéticos que ingresan al PSCV según nivel de riesgo de ulceración o amputación de pie) en los últimos 12 meses/ N° Total de AM diabéticos ingresados al PSCV en 12 meses) * 100.</p> <p>(N° de AM diabéticos con Evaluación de Pie Diabético realizadas bajo control en el año/N° total de AM diabéticos bajo control en 12 meses.)* 100</p>	<p>REM P04; Sección C.</p> <p>REM P04, sección A</p>
	<p>Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (Disminuye el</p>	<p>80% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo</p>	<p>(N° de AM diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie</p>	<p>QUALIDIAB-Chile</p> <p>REM P04; Sección C Celda</p>

	tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos).	avanzado de heridas.	tratadas con manejo avanzado/ N° total de AM diabéticos ingresados bajo control en el PSCV en los últimos 6 meses) x 100.	E44
	Examen de Fondo de ojo a los 6 meses del ingreso al PSCV por diabetes.	Establecer línea de base de las personas AM diabéticos a los 6 meses desde su ingreso al PSCV con examen de fondo de ojo.	(N° de AM diabéticos ingresadas al PSCV con fondo de ojo realizado a los 6 meses/ N° total de AM bajo control en el PSCV por diabetes)x 100	REM P4 Sección C* / (REM P4 Sección A) - (REM A 05 Sección F) QUALIDIAB-Chile
Evaluar la calidad de la atención que reciben las personas diabéticas de 65 y más años en PSCV en al menos un centro centinela del Servicio de Salud	Medición periódica de la actividad con AM diabéticos en el centro centinela	100% de los ingresos de AM diabéticos en PSCV del centro centinela del Servicio de Salud están ingresadas a un sistema electrónico para medir periódicamente la calidad de la atención otorgada.	(N° de AM diabéticos bajo control en PSCV del centro centinela evaluadas para determinar la calidad de la atención en los últimos 12 meses) / (N° total de AM diabéticos, bajo control en PSCV en el centro centinela al corte) * 100.	QUALIDIAB-Chile u otro sistema informático que recoja los elementos básicos para evaluar la calidad de la atención / REM P4 Sección A

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
Establecer línea base de riesgo	Control de salud CV	Definir línea base en AM bajo control "no	(N° AM no diabéticos bajo control	REM P4 Sección B / REM P4 Sección

cardiovascular alto y muy alto en AM		“diabéticos” de riesgo CV alto y muy alto con PA <140/90mm Hg y colesterol LDL<100mg/dl	en PSCV de riesgo CV alto y muy alto con PA < 140/90 mmHg y Col. LDL < 100 mg/dl en el último control) / (Nº total de AM bajo control en PSCV de riesgo CV alto y muy alto al corte)*100.	A
	Control de salud CV	Definir línea base en AM bajo control “diabéticos” de riesgo CV alto y muy alto con Hb1ac<7%, y PA <130/80mm Hg	(Nº AM diabéticos bajo control en PSCV de riesgo CV alto y muy alto con HbA 1c < 7% y PA < 130/80 mmHg, en el último control) / (Nº total de personas diabéticas de 65 y más años en PSCV de riesgo CV alto y muy alto al corte) * 100.	REM P4 Sección B / REM P4 Sección A
	Control de salud CV	Definir línea base en AM bajo control “diabéticos” de riesgo CV alto y muy alto con Hb1ac<7%, y PA <130/80mm Hg y Col LDL<100mg/dl	(Nº AM diabéticas bajo control en PSCV de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c < 7%, PA < 130/80 mmHg y Col LDL < 100 mg/dl, en el último control) / (Nº total de AM diabéticas bajo control en PSCV con riesgo CV alto y muy alto al corte) * 100.	REM P4 Sección B / REM P4 Sección A

Aumentar el número de AM que recibe tratamiento por Depresión.	Control de salud: Diagnóstico, tratamiento y seguimiento, de acuerdo a Guía Clínica de Depresión. Responsable: Programa Salud Mental.	100%	(N° de ingresos al programa de salud mental por depresión de 65 años y mas/ N° total de personas de 65 años y más bajo control) x 100	REMP06 REMP05 SIGES
--	---	------	---	---------------------------

REHABILITACION

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
Prevenir la discapacidad en los cuidadores de personas dependientes	Realizar Talleres destinados a entregar herramientas de cuidado a los cuidadores, a objeto de prevenir discapacidad en ellos y entregar herramientas de manejo y cuidados domiciliarios para personas de alta dependencia. Equipo RBC.	20 % de las actividades de Promoción destinadas a Capacitación, Jornadas o Seminarios, corresponden al Cuidado de los Cuidadores	N° Total de Cuidadores capacitados/ Total de personas que participaron en Capacitaciones, Jornadas, Seminarios *100	REM 28
Brindar atención kinésica en AM que padecen artrosis de rodillas y/o caderas	Sesiones de kinesiología en centros locales de salud.	20% de AM con artrosis de caderas y/o rodillas reciban atención de kinesiología.	(N° de AM con artrosis de caderas y/o rodillas que asisten a sesiones de kinesiología en 12 meses)/(N° total de AM con artrosis de	REM 28 Sección B REM P3 Sección A



La Ueva

			caderas y/o rodillas bajo control en 12 meses)* 100	
--	--	--	--	--

Salud mental atención primaria y COSAM





AREA SALUD MENTAL

PROGRAMACIÓN SALUD MENTAL APS 2013

El presente documento constituye la programación 2013 del Programa Salud Mental en APS, considera metas y protocolos de atención a nivel Comunal y por Centro de Salud. Considera el convenio de salud mental integral vigente y las orientaciones programáticas 2013, para su elaboración. Las metas establecidas por el SMOCC son comunales y han sido distribuidas considerando la información de población inscrita validada 2012 entregada por el mismo organismo. Ces Renca con un 53%, Ces Urzúa 32%, Ces Huamachuco 21%.

I.PROGRAMA SALUD MENTAL

El programa de salud mental en atención primaria se articula en base a dos grandes lineamientos: por un lado a través del Convenio de Salud Mental Integral organizado según directrices dadas por el Servicio de Salud Occidente que incluye componentes específicos con metas y actividades organizadas en base a una canasta de prestaciones y actividades comunitarias asociadas. Por otro lado, el Programa salud mental atiende a población que no está cubierta por los convenios y considera principalmente a la población adulta organizada en el Programa Adulto y Discapacidad Psíquica.

En el convenio Integral de Salud Mental considera los siguientes componentes: Salud mental Infanto-juvenil (tr. hiperactivo, de conducta, maltrato infantil); Consumo Perjudicial de OHD menores 20 años; Violencia Intrafamiliar; Prevención y Tratamiento Integral de OH (plan de tratamiento terapéutico y preventivo) y Depresión. El Programa Adulto agrupa a personas con diagnóstico de trastornos ansiosos, de personalidad, adaptativos y el Programa Discapacidad considera los diagnósticos de retardo mental, Alzheimer y otras demencias.

II. CONVENIO SALUD MENTAL INTEGRAL 2013

La Programación 2013 se realiza considerando las metas en el convenio vigente y la misma dotación en horas profesionales disponibles para cada Centro de Salud.

Salud Mental infanto –Juvenil

El Convenio de Salud Mental Integral para Atención Primaria nos plantea el objetivo de brindar apoyo oportuno a los niños, niñas y adolescentes que presenten algún problema y trastorno mental. Para estas etapas de vida, dicho convenio prioriza la respuesta oportuna en los casos de maltrato infantil, trastornos hiperactivo y de la atención, trastornos del comportamiento y de la emoción, y la presencia de consumo riesgoso o perjudicial de alcohol y/o drogas en la adolescencia.

Componente	Objetivo	Meta Anual	Protocolo actividades
Trastorno del comportamiento en niños y adolescentes	Detección precoz, prevención del daño e intervención temprana de problemas y trastornos de salud mental en la población infantil con trastornos del comportamiento y la emoción.	80 ingresos Ces Renca: 36 Ces Urzúa: 25 Ces Hco: 14 Ces Bic: 5	1 consulta medico general 4 consultas de salud mental 2 visitas domiciliarias. 4 intervenciones psicosociales de grupo.

<p>Trastorno hiperactivo en niños y adolescentes</p>	<p>Detección precoz, prevención del daño e intervención temprana de problemas y trastornos de salud mental en la población infantil en trastornos hiperactivos.</p>	<p>40 bajo control Ces Renca: 18 Ces Urzúa: 12 Ces Hco: 8 Ces Bic: 2</p>	<p>3 consultas Médico general 3 Consultas de Salud Mental 4 Intervenciones psicosociales de grupo.</p>
<p>Maltrato Infantil</p>	<p>Detección precoz, prevención del daño e intervención temprana de maltrato infantil.</p>	<p>60 ingresos Ces Renca: 27 Ces Urzúa: 19 Ces Hco: 11 Ces Bic: 3</p>	<p>1 consulta Médico general 4 Consultas de Salud Mental 2 visitas domiciliarias 4 Intervenciones psicosociales de grupo</p>
<p>Consumo Perjudicial o dependencia de alcohol y drogas en población menor de 20 años</p>	<p>Prevenir, detectar, diagnosticar y proporcionar atención integral a población menor de 20 años con consumo perjudicial de alcohol y drogas, de riesgo moderado. Esto es, sin una enfermedad mental severa y un compromiso bio psicosocial moderado, que desempeñen una actividad educacional parcial o total y que cuenten con red de apoyo familiar.</p>	<p>64 meses de tratamiento Ces Renca: 30 Ces Urzúa: 21 Ces Hco: 10 Ces Bic: 3</p>	<p>Plan ambulatorio básico: 3 a 4 horas 2 o 3 días a la semana por un mínimo de seis meses. Plan de tratamiento individual y atención de seguimiento: 6 consultas Médico general, 6 Consultas de Salud Mental 1 visita domiciliaria 12 Intervenciones psicosociales de grupo. 24 psicoterapia grupal</p>
<p>Depresión</p>	<p>Prevenir, detectar,</p>	<p>100% de casos</p>	<p>3 consultas Médico general,</p>



	diagnosticar y proporcionar un tratamiento accesible, oportuno y eficaz a adolescentes de 15 y más.	detectados	3 Consultas de Salud Mental 1 Visita Domiciliaria 4 Intervenciones psicosociales de grupo. 12 psicoterapia grupal
--	---	------------	--

Salud Mental Adulto y Adulto Mayor

El Convenio de Salud Mental Integral para Atención Primaria nos plantea el objetivo de brindar apoyo oportuno a adultos y adultos mayores que presenten algún problema y trastorno mental. Para estas etapas de vida, dicho convenio prioriza la respuesta oportuna en los casos de violencia intrafamiliar, depresión, prevención y tratamiento Integral de Alcohol y Drogas.

Componente	objetivo	Meta anual	Protocolo actividades
Violencia Intrafamiliar	Prevenir, detectar, diagnosticar y proporcionar un tratamiento accesible, oportuno y eficaz a mujeres que sufren violencia intrafamiliar.	160 ingresos Ces Renca: 68 Ces Urzúa: 50 Ces Hco: 35 Ces Bic: 7	1 consulta Medico general, 6 Consulta de Salud Mental 2 Visita Domiciliaria 8 Intervención psicosocial grupal
Prevención y Tratamiento Integral de Alcohol y Drogas	Impedir o retardar el desarrollo de una enfermedad o de sus complicaciones, cuando existen factores de riesgo suficiente para ellos, cuando existe consumo riesgoso de alcohol o drogas o de ambos	40 Ces Renca: 18 Ces Urzúa: 12 Ces Hco: 8 Ces	1 consulta de detección (aplicación Audit) 1 consulta salud mental con familiar 1 consulta de Salud mental 1 consulta seguimiento y alta
Intervención Preventiva			

	tipos de sustancia y su nivel de compromiso bio psicosocial es bajo.	Bicentenario: 2 ingresos al año	
Intervención Terapéutica	<p>Dirigida a quienes presentan consumo problemático o dependencia de alcohol o drogas o ambos tipos de sustancia en quienes el nivel de compromiso psicosocial y físico es leve a moderado compatible con su manejo en APS.</p> <p>Orientado a obtener la moderación o la supresión del consumo, el mejoramiento de las condiciones de salud física y mental</p>	<p>60</p> <p>Ces Renca: 27 ingresos al año</p> <p>Ces Urzúa: 19 Ingresos al año</p> <p>Ces Hco: 11 ingresos al año</p> <p>Ces</p> <p>Bicentenario: 3 ingresos al año</p>	<p>3 consulta Medico general,</p> <p>1 Consulta de Salud Mental</p> <p>6 consulta salud mental por psicologo</p> <p>2 visita domiciliaria por asistente social o enfermera</p> <p>12 Intervención psicosocial grupal</p>
Depresión	Prevenir, detectar, diagnosticar y proporcionar un tratamiento accesible , oportuno y eficaz a personas de 15 y más que sufren trastornos depresivos.	100% de casos	<p>3 consulta Medico general,</p> <p>3 Consulta de Salud Mental</p> <p>1 Visita Domiciliaria</p> <p>4 Intervención psicosocial grupal</p> <p>12 psicoterapia grupal</p>

Actividades Comunitarias

El objetivo es integrar las acciones del sector salud con las acciones del intersector, tendientes a mejorar la situación de salud de la población.

Actividades Comunitarias Convenio Salud Mental Integral	Meta Comunal
Organizaciones comunitarias participan en el programa de prevención de la violencia intrafamiliar	8
Agrupaciones de auto ayuda se constituyen en red de apoyo psicosocial para mujeres que sufren violencia intrafamiliar	8
Agrupaciones de auto ayuda se constituyen en red de apoyo psicosocial para el tratamiento y seguimiento de las personas con consumo problema y dependencia de alcohol y drogas	8
Organizaciones de padres y /u organizaciones comunitarias participan en programa de prevención en problemas de salud mental de niñas y adolescentes	8
Profesores de establecimientos educacionales participan en programa de salud mental de niños y adolescentes	8

Capacitación:

Capacitación al equipo de Salud en la Adquisición de Competencias y Habilidades específicas para el tratamiento de los problemas de salud mental que aborda el Convenio. Depresión, Violencia Intrafamiliar, Alcohol y Drogas y área Infanto Juvenil.

III. PROGRAMA ADULTO y DISCAPACIDAD

Dentro de la planificación del Programa de Salud Mental comunal, se encuentran dos subprogramas que también buscan brindar una atención oportuna e integral a las personas entre 20 años y más y que no forman parte del Convenio Salud mental Integral pero que constituyen parte del Programa de Salud Mental Comunal. Uno de éstos es el programa Adulto, que tiene como objetivo el diagnosticar y tratar a personas mayores de 19 años con diagnósticos de trastorno ansiosos, trastorno adaptativos y trastorno de



personalidad, de intensidad leves a moderados. Los casos que presenten una gravedad moderada a grave y aquellos que presenten baja respuesta a tratamiento son derivados a Cosam Renca o al Servicio de psiquiatría del Hospital Félix Bulnes. El otro Programa lo constituye el de Discapacidad Psíquica que es más pequeño que el anterior y agrupa a aquellos trastornos que dicen relación con diagnósticos como retardo mental, alzheimer y otras demencias, esquizofrenia.

	Objetivo	Meta Anual	Protocolo actividades
Trastornos ansiosos, adaptativos y de personalidad en población adulta	Detección precoz, prevención del daño e intervención temprana de problemas y trastornos de salud mental en la población adulta	El 100% de los casos	1 consulta medico general, 4 consulta de salud mental 4 intervención psicosocial grupal
Trastornos orgánicos, retardo mental, alzheimer y otras demencias	Detección precoz, primera evaluación y derivación oportuna a nivel de complejidad si lo requiere. Psicoeducación y soporte emocional a familiares	El 100% de los casos	1 consulta medico general 1 psicodiagnóstico por psicólogo 1 consulta de salud mental
Esquizofrenia	Detección oportuna y precoz	el 100% de adolescentes y de adultos con sospecha de esquizofrenia son derivados a psiquiatra nivel especialidad	Derivar a nivel secundario independiente de quien realice la pesquisa, sin esperar necesariamente la consulta de medico o profesional de salud mental.

			<p>Seguimiento del caso mientras recibe hora en especialidad, evaluar si requiere derivación a servicio de urgencia según riesgo o coordinar hora en extensión horaria Servicio psiquiatría Hospital Félix Bulnes.</p> <p>Psi coeducación a familiar responsable.</p>
--	--	--	---

IV. DESAFIOS PROGRAMA SALUD MENTAL APS 2013

En términos cualitativos se plantan mantener y potenciar las actividades incorporadas el año en curso y realización de ajustes para mejorar la capacidad resolutoria de los equipos. Dentro de las actividades a realizar para el periodo 2013 se destacan las siguientes:

- Continuar capacidad resolutoria de los equipos, manteniendo actividades como: consultaría psiquiátrica en salud mental infantil y adulto, capacitación continua y asesorías específicas.
- Implementación de un Plan de Mejora General en aspectos técnicos administrativos:
 - Aspectos administrativos técnicos en **ficha clínica**: consentimiento informado, escalas clínicas, registro formal de derivación y planes de tratamiento individual PTI en cada uno de nuestros pacientes conveniados.
 - Aspectos administrativos técnicos en **población bajo control** no conveniada a través de una revisión, para diferenciar pacientes crónicos de aquellos que no los son y establecer estrategias de intervención diferenciadas.



- Aspectos técnicos administrativos en **estadística**: instrumentos estadísticos que permitan mejor manejo de la información, creación de nuevo tarjetero.
- Aspectos **gestión y distribución** a través de:
 - Revisión de interconsultas recibidas para determinar la pertinencia de las derivaciones dado alta demanda de atención y eventualmente diseñar un plan de mejora.
 - Implementación en todos los CES sistema de citación SOME que permita diferenciar pacientes nuevos de controles para poder regular la oferta y la demanda, en pro de una atención de calidad.
 - Implementación un sistema de gestión de interconsulta para determinar nivel de complejidad y prioridad de la atención, sistema de selección.
- Mejorar y mantener trabajo interdisciplinario con los otros Programas del equipo de Salud de cada Ces.
- Potenciar y mejorar trabajo en red.



PROGRAMACIÓN COSAM 1 2013

El propósito del Centro de Salud mental Comunitario Cosam Renca es la atención integral de las personas beneficiarias en distintas modalidades de intervención de acuerdo a las características y necesidades de las personas que consultan.

El objetivo general es brindar atención integral especializada en salud mental y psiquiatría a personas y familias con problemas y trastornos mentales de moderada severidad, es decir aquellos pacientes que presentan un compromiso biopsicosocial moderado a severo y necesidades de cuidados especiales.

Esto se realiza a través de 3 unidades que funcionan en forma coordinada pero separadas geográficamente y por programas, conocidos como Cosam1, Cosam2 y Cosam 3.

Cosam 1 es considerada unidad central, donde se establecen las directrices y coordinaciones técnicas, que además tiene a su cargo la ejecución de cinco programas: Programa psiquiatría y salud mental del Adulto, Programa psiquiatría y salud mental Infanto- Juvenil, Programa Judicial, Programa Discapacidad y Programa Violencia intrafamiliar. Cosam 2 tiene a cargo los programas de dependencias de alcohol y drogas del adulto y Cosam 3 los programas de dependencias de alcohol y drogas del adolescente y parcialmente salud mental del adolescente.

La Programación 2013 considera desarrollo de ejes orientadores a nivel cualitativo y cuantitativo en base a los siguientes puntos:

- Cumplimiento de los Convenios y prestaciones valoradas establecidas.
- Desarrollo de Programas
- Continuidad del rol asesor de los centros de salud primarios.
- Continuidad de una coordinación eficiente con redes locales y del enfoque de trabajo comunitario.



Para el año 2013 Cosam se ha propuesto seguir incorporando las directrices generales de la normativa Técnica Cosam en lo referido a los aspectos generales como marco conceptual, rol del centro en la red asistencial, cartera de servicios, planes de tratamiento individual, utilización de consentimiento informado, etc. Así como también mantener y mejorar sistema de monitoreo y evaluación a través de la complementariedad de sistemas estadísticos que permite mejorar la calidad del tratamiento y pesquisar con antelación dificultades, realizar los ajustes y mejoras del proceso. Monitoreo continuo que permita mejorar la gestión de recursos, distribución de horas profesionales, establecer prioridades y realizar seguimiento de la calidad.

Metas y desafíos para 2013:

1. Consentimiento informado: 80% de las fichas de los usuarios contarán con el consentimiento informado, este proceso se ejecuta una vez realizada la fase de ingreso.
2. Plan de Tratamiento Individual: 80% de las fichas contarán con un plan de tratamiento individual explicitado una vez realizada la fase de ingreso y con actualizaciones al menos cada 3 meses.
3. Continuidad del sistema de gestión de interconsultas
4. Fármacos: Hasta el momento el sistema de gestión de farmacia y la entrega de farmacoterapia para usuarios de Cosam presenta dificultades operativas, se revisará y diseñará en conjunto con Dirsal un sistema de mejor calidad.

I.CONVENIOS

Se planifica en relación a los convenios para el año 2013, considerando la mantención de los diagnósticos y metas propuestas de los convenios adquiridos con el Servicio Metropolitano Occidente asociados a Programas de Prestaciones Valoradas que son: Trastornos Hipercinéticos, Trastornos de Ansiedad y del Comportamiento en adultos, Esquizofrenia y Psicosis no orgánica, Programa de rehabilitación psicosocial tipo 1 y Violencia Intrafamiliar. Se planifica considerando la conservación de las metas propuestas por el Servicio para el año 2013, considerando que de aumentar el equipo pudiese absorber igualmente las metas propuestas, aun si estas aumentaran en un 10% en varios convenios.

Tabla 1: Metas prestaciones ingresados por convenios y prestaciones valoradas en periodo 2013

Convenio Prestaciones Valoradas	Meta Convenio 2013
Trastornos Hipercinético	300
Trastornos ansiedad y comportamiento del adulto	380
Esquizofrenia y psicosis no orgánica	220
Rehabilitación psicosocial tipo I (Esquizofrenia)	950
VIF	106

II. DESARROLLO DE PROGRAMAS

Dentro de los Programas de Cosam 1 se encuentra: Programa Adulto, Programa Infante- Juvenil, Programa Judicial, Programa Discapacidad y Programa VIF. Dado el nivel de complejidad de intervención de Cosam, existe gran cantidad de pacientes que se mantienen en tratamiento durante periodos largos de tiempo como es el caso de usuarios con trastornos de personalidad y discapacidad psíquica convirtiéndose en una población estable bajo control. Esto debido a la complejidad que presentan: altas tasas de recaídas (propias de estas patologías), dificultades para la reinserción social y factores socioculturales de alto impacto. Por otra parte existe una cantidad de niños con diagnostico de trastorno de hiperactividad y de conducta que continúan tratamiento farmacológico y controles de apoyo por los años que permanezcan en el sistema educacional. Entonces, existe gran cantidad de población que consideramos permanece de manera prolongada en nuestros centro.

El desarrollo de los Programas incluye una cartera de servicios que considera un conjunto de prestaciones que se enmarcan y adquieren sentido unidas a protocolos de atención de acuerdo a las distintas patologías.

Prestaciones – Cartera de Servicios 2013:



Se ha establecido una cartera de servicios que considera un conjunto de prestaciones para el año 20:

- Consulta Médica Adulto, Consulta Psiquiátrica infantil y Adulto.
- Psicoterapia individual, psicoterapia familiar y psicoterapia grupal de apoyo.
- Psicodiagnóstico
- Consulta por Asistente social
- Visita domiciliaria por asistente social, psicóloga, medico y/o psiquiatra.
- Consultoría psiquiátrica, reuniones clínicas con atención de casos y revisión de fichas.

Como producto de nuestras actividades contemplada en la cartera de servicios se realizaran:

- Informes para Tribunales de Familia y Fiscalía Centro Norte
 - Informes para pensión de invalidez por discapacidad psíquica
 - Traslado e internaciones administrativo de pacientes con trastornos psiquiátricos en coordinación con servicio salud occidente
 - Internaciones en Hogar y/o residencia Protegida en coordinación con el red de Discapacidad Servicio Salud occidente.
- a) Consultoría psiquiátrica, reuniones clínicas con atención de casos y revisión de fichas

El **Programa infanto – juvenil** lo componen el sub grupo diagnostico de trastornos del comportamiento y la emoción de inicio en la infancia y adolescencia, trastornos hipercineticos (déficit atencional), retraso mental y otros trastornos limítrofes y del aprendizaje, trastornos generalizados del desarrollo, abuso sexual y trastornos alimentarios.

Desafíos:

- Desarrollo y mantención de actividades grupales (IPSG) para niños con trastornos conductuales de manera permanente.
- Desarrollo de talleres para padres destinados a habilidades parentales y normas de crianza.
- Regularización del acceso a fármacos, con énfasis en el uso de Metilfenidato y ampliación de la canasta farmacológica.



El **Programa Adulto** lo componen el grupo de los trastornos ansiosos y otros trastornos del comportamiento y las emociones del adulto, que incluye las patologías de trastorno por ansiedad generalizada, fobias específicas, trastornos de la personalidad (moderado a severo, entendido esto como estructuras de la personalidad correspondiente a cluster b y c, según DSM IV) y trastornos adaptativos (incluidas las reacciones por estrés, reacciones depresivas y otros).

Desafío:

- Desarrollo y mantención de actividades grupales destinada a potenciar habilidades y recursos personales a través de intervenciones psicosociales grupales de pacientes con temáticas similares. Esta actividad debiese mantenerse como una actividad constante a lo largo del año 2013, logrando los pacientes incorporarse paulatinamente a este tipo de actividades.

Programa Judicial El sistema judicial a través de sus tribunales de familia, de garantía y Fiscalía Centro Norte deriva casos para evaluación y/o tratamiento, Las derivaciones en la mayoría de los casos hacen referencia a temas relativos a habilidades parentales, tuición, cuidados personales, vulneración de derechos en menores, violencia intrafamiliar. Parte del protocolo establecido en el Programa Judicial considera informar a tribunales los oficios recibidos, los pacientes ingresados a tratamiento y aquellos en situación de abandono. Esto conjuntamente con la emisión de informes correspondientes en base a las cuales se define muchas veces la sentencia que el tribunal emitirá, especialmente en lo referido a la tuición de los hijos y medidas de protección ,et

Desafío:

- Optimizar el trabajo en red con los actores locales relevantes (Cosam2, Centro de la Mujer, Municipalidad)

Programa Discapacidad Se consideran dentro de este programa los pacientes con diagnóstico que se asocian a discapacidad psiquiátrica o mental, donde se incluyen esquizofrenia, retraso mental y daño orgánico cerebral de diversa etiología, incluidas las demencias y otros trastornos afines. Los pacientes ingresados a este programa son derivados desde el Servicio de Psiquiatría del Hospital Félix Bulnes; Hospital Diurno y aquellos pesquisados en la comunidad mediante las atenciones en los CES, Cosam Portal de los Ángeles, Club de Reinserción Social Esperanza de Renca y solicitudes de beneficiarios por demanda espontánea



Subprograma de Rehabilitación Psicosocial tipo 1 para pacientes con Esquizofrenia

Personas, mayores de 15 años, que por la gravedad de su trastorno presentan algún grado de disfunción o discapacidad psíquica, la cuál se reconoce de larga evolución (dos años o más) y también aquellas que obtienen un puntaje de discapacidad funcional moderado a serio.

Subprograma Esquizofrenia Crónica

El objetivo de este programa es prestar atención integral a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia crónica (no Auge), estabilizados, que se encuentren o no en un programa de rehabilitación psicosocial, dentro de lo que se incluye el apoyo a traslados o internaciones administrativas y la coordinación con las instancias de nivel secundario y terciario.

Subprograma de apoyo a pacientes con Retraso Mental (RM), Deterioro Orgánico Cerebral (DOC) y Demencias

El objetivo de este subprograma es realizar atención al 100% de la población que requiera de evaluación por discapacidad (Esquizofrenia, Retardo Mental, Demencia) para acceder a P.B.S.I, Fonadis u otros beneficios.

El propósito entonces, es que los usuarios con diagnóstico de retraso mental, demencia, daño orgánico cerebral o autismo que presenten problemas de conducta, descontrol de impulsos o agresividad, reciban una adecuada evaluación psicopatológica y ambiental y puedan acceder a un tratamiento farmacológico o psicosocial que mejore la calidad de vida del paciente y su familia.

Desafío:

- Mantención, desarrollo y aumento de las actividades grupales destinadas a la rehabilitación de estos pacientes, así como el adecuado uso de los recursos de la red.
- Monitoreo constante de la población bajo control a través de visitas domiciliarias integrales y supervisión clínica continua.
- Mantener la gestión para acceso a residencias, hogares protegidos, hospitalizaciones e internaciones administrativas.
- Mantener la coordinación y mantención de actividades grupales para cuidadores de usuarios (familiares y funcionarios) del Portal de los Ángeles.

Programa Violencia Intrafamiliar Para el año 2013 se proyecta una mantención de casos derivados desde Fiscalía, Tribunales de Familia y desde las redes locales.

Desafío:



- Mantener y mejorar la coordinación con el Centro de la Mujer de nuestra Comuna de manera de que las usuarias accedan a tratamientos integrales, e interdisciplinarios lo que redunde en una mejora de las condiciones generales de atención del las mujeres víctimas de violencia.
- Atender a las mujeres víctimas de VIF con trastornos psiquiátricos o problemas de salud mental que requieran evaluación o tratamiento.

IV. ROL ASESOR EN SALUD MENTAL DE LOS CES COMUNALES

Desafíos:

- Implementar un plan de mejora en aspectos técnicos, estadísticos y administrativos en APS, tales como implementación de sistema de selección de interconsulta, mejora en sistema de agenda horas diferenciada por ingresos controles, revisión población general diferenciando aquella crónica de la que no lo es para establecer planes diferenciados de atención.
- Apoyar a APS para mejorar su capacidad resolutive desde una perspectiva biopsicosocial a través de consultaría de salud mental, capacitación y asesorías específicas desde los diferentes programas y unidades de Cosam.
- Apoyo en la gestión de Programas en cada Centro de Salud, mediante la coordinación directa con los directores y la articulación con la Dirsal.

V.FORTALECIMIENTO TRABAJO EN RED

Desafío:

- Mantención Reuniones Intersectoriales con Equipo Discapacidad del Municipio y Servicio de Psiquiatría del Hospital Félix Bulnes.
- Mantención de la participación reuniones con el Servicio de Salud Occidente en el área Discapacidad Psíquica lo que permite coordinación con otras instituciones y gestión de recursos.
- Continuar con apoyo a Centro Diurno para adultos y menores portadores de Autismo y Retardo Mental "Portal de los Ángeles."
- Continuar con apoyo a Club de Integración Social para personas con esquizofrenia de Renca
- Continuar en coordinación con Poder Judicial ,Centro de la Mujer, Poder Judicial ,Centros de la red asistencial y centros comunitarios.



PROGRAMA DE DEPENDENCIAS A ALCOHOL Y DROGAS EN POBLACIÓN ADULTA

PROGRAMACIÓN AÑO 2013

Etapa de vida : adulto y adulto mayor
Sexo : Hombres y mujeres
Meta : 180 usuarios nuevos ingresados en el año

Población total de usuarios con diagnóstico asociados a sustancias psicotrópicas a ser atendidas en el COSAM II, durante el periodo que comprende al año 2013, según su grupo diagnóstico, calidad de convenio y prestaciones conveniadas.

Programa	Usuarios no conveniados	Usuarios conveniados	Prestaciones conveniadas	Total de usuarios
Ambulatorio Intensivo población adulta (CONACE-FONASA-MINSAL)	10	30	180	40
Ambulatorio básico pobl. adulta Convenio MINSAL	30	20	108	50
Población adulta general	380	0	0	380
Total	420	50	288	470

Programa Alcohol y Drogas Tratamiento Ambulatorio Intensivo : Convenio FONASA-CONACE –MINSAL ; con 180 plazas anuales, su objetivo es entregar tratamiento y rehabilitación de manera integral a **usuarios con dependencia** de Alcohol y drogas, que presenten compromiso biopsicosocial, **moderado a severo** ; que cuenten con disponibilidad para permanecer 5 días a la semana por seis horas diarias. El tratamiento tiene una duración que variaría entre ocho meses a un año.

Programa Alcohol y Drogas Tratamiento Ambulatorio básico; Convenio con MINSAL, con 108 plazas en el año; el objetivo es entregar tratamiento y rehabilitación de Alcohol y drogas a usuarios que presenten **dependencia con un compromiso biopsicosocial leve a moderado y usuarios derivados desde sistema judicial con diferente nivel de consumo**. Que puedan asistir tres veces por semanas entre las 18:00 a 20:30 horas (Lunes, Miércoles y Viernes).



Programa Población general con problemas asociados al consumo de alcohol y drogas:

Este es un sub-programa no se encuentra financiado a través de convenio específico, destinado a usuarios que presenten diferentes niveles de compromiso asociados uso de alcohol o drogas, que no cumplan los criterios para ingresar a los programas mencionados anteriormente. Se busca realizar intervenciones motivacionales y controles médicos que permitan apoyar al usuario y su familia en la toma de decisiones referente al consumo de sustancias..

En todos los tipos de poblaciones se busca:

- Establecer un plan de acogida para los usuarios que permita generar una adecuada adherencia y motivación para realizar un proceso terapéutico.
- Realizar una evaluación integral del usuario que permita direccionar los objetivos terapéuticos a trabajar al corto, mediano y largo plazo.
- Realizar un plan de tratamiento individual (PTI) que permita identificar y fortalecer los recursos personales y familiares.
- Favorecer la integración socio-ocupacional, laboral y ampliar el uso de las redes sociales.
- Suprimir o disminuir los factores de riesgo asociados al consumo y fortalecer la capacidad del usuario para afrontar dificultades.

Las prestaciones básicas que se ofrecen a lo/as usuarios de los distintos programas del COSAM II, son:

- Psicoterapias individuales.
- Psicoterapia grupal.
- Intervenciones grupales tanto de los usuarios como de sus familiares.
- Visitas domiciliarias, destinadas a Intervención, diagnóstico y evaluación de las familias de los/as pacientes como también, de rescate domiciliario. familiar en terreno, rescates domiciliarios.
- Evaluación psiquiátrica.
- Diagnóstico de consumo
- Exámenes preventivos.



- Seguimiento y tutorías de casos.
- Taller motivacional (busca potenciar la adherencia de los pacientes a los distintos programas del COSAM)
- Gestión y derivación a las distintas redes (salud, jurídicas, entre otras)

PROYECCIONES 2013

Plan Estratégico Tecnologías de Información (e---Health) :

Como desafío 2013 cosam pretende digitalizar información de los usuarios, utilizando el **Sistrat**: (Sistema de Información y Gestión SISTRAT), que incluye los datos de las personas atendidas y de los indicadores del proceso terapéutico. Cuyos datos se encuentran en Línea, dicho sistema es utilizado en este momento en COSAM II sólo con usuarios del programa Intensivo; sin embargo, su diseño permite ingresar todo usuario que reciba atenciones por problemas asociados al consumo de alcohol y drogas.



Metas de Ingreso sistema Sistrat para año 2013:

- Programa Ambulatorio Intensivo 100% de la población
- Programa Ambulatorio Básico 100 % de la población
- Programa Población Judicializada 100 % de la Población
- Programa Población general 50 por ciento de la población.

Contribución de la Digitalización de la información de Usuarios COSAM a la Red Asistencial

Reducción de costos de Hospitalización y asistencia urgencia Sapu (Intoxicados)

Se evitará duplicidad

Se evitará que pacientes no atendidos lleguen al municipio a pedir ayuda

Disminución demanda que no requieren atención personalizada

Disminución de reincidencia por parte de los pacientes, lo cual disminuye la violencia intrafamiliar y los delitos

Proceso motivacional

Durante el año 2011 se inicia la implementación del taller motivacional instancia que tiene por objetivo fortalecer la adherencia y compromiso a tratamiento de los/as usuarios del Cosam. Dicha instancia sirvió de filtro para la inserción de pacientes a los distintos programas del Cosam y las derivaciones e ingresos a residenciales, optimizó el proceso de evaluación de los usuarios, mejoró la adherencia y eliminó el tiempo de espera para inicio de tratamiento.

Es debido a los excelentes resultados obtenidos en el taller que consideramos indispensable que esta experiencia se pueda re tomar durante el 2013 fortaleciendo de este modo la motivación y adherencia a tratamiento.

Enfoque de genero



De acuerdo a necesidades detectadas durante el año 2011 y 2012 se proyecta realizar plan piloto que posibilitara incorporar enfoque de género en las estrategias de intervención destinadas a los/as usuarias/as derivadas desde la red judicial.

Por lo que se acuerda trabajar dicha perspectiva a nivel grupal considerándose las siguientes temáticas asociadas al consumo de drogas y alcohol:

- Genero (estereotipos y manifestaciones a nivel social, cultural, económico).
- Masculinidad (roles, funciones, relaciones de pareja)
- Violencia intrafamiliar (ciclo, consecuencias legales).

Enfoque delito

Durante el año 2013 se pretende realizar incorporar variable delito; sistematizando información y levantando dos experiencias por escrito referente el tema; paralelamente se pretende confeccionar un instrumento que entregue información referente a tema delito (historial delito) con ello se pretende dar respuesta a demandas que han sido instaladas desde Senda.

Trabajo en red

Para el año 2013, se pretende potenciar el trabajo en red a través de reuniones de coordinación con encargados de programa, instalando sistema de derivación con mayor fluidez, instalando un sistema de contra referencia efectivos. Dentro de las instancias que se pretende trabajar se encuentran los cuatro centro de salud primario; ambos, sapu, cosam I Y III, Hospital, Felix Bùlnes, Hospital Horwitz, Hospital San Juan de dios (VIH), Posta III, Comunidades terapéuticas, Hogares protegidos, Hospedería. Corporación Salud. Jardines Infantiles municipalizados, centro de regularización de estudios, Omil, departamento social Municipal, Carabinero de Chile, Juzgado de policía Local, Centro de la mujer. Previene, Juzgado de familia y tribunales.



PROGRAMAS ADOLESCENTES COSAM 3

Desde su inauguración en forma oficial en mayo del 2009, el COSAM 3 Adolescentes, se ha ido consolidando y perfeccionando en su quehacer diario. Así es como, para el año 2013 se ha planteado nuevos desafíos para lo cual ha realizado la siguiente programación. No obstante, ésta podría estar sujeta a modificaciones según de presenten las dinámicas con los usuarios.

Esto, considerando que se trabaja con una población vulnerable, en pleno proceso evolutivo, con necesidades también variables. Esta característica tan particular de los adolescentes, se ha transformado en uno de los desafío para el equipo de profesionales dado que le exige estar constantemente replanteándose la dinámica de trabajo con los jóvenes de manera de mantener su motivación.

El COSAM 3 está enfocado a trabajar con la problemática de jóvenes adolescentes entre los 13 y 18 años que presenten trastornos emocionales y conductuales asociados al consumo de alcohol y drogas y con aquellos trastornos que si bien no están asociadas a drogas, producen un deterioro psicológico y estancamiento en su proceso evolutivo.

Los programas que están funcionando actualmente y se proponen mantener durante el año 2013 son los siguientes:

A) TRATAMIENTO AMBULATORIO INTENSIVO.

B) EJECUCIÓN TRATAMIENTO AMBULATORIO BASICO (GES APS).

C) RECEPCIÓN Y TRATAMIENTO A PACIENTES NUEVOS CON TRASTORNOS CONDUCTUALES Y EMOCIOANELES DE LA ADOLESCENCIA NO ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS.

DESCRIPCION DEL PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO Y SU COBERTURA

A.a.- Tratamiento Ambulatorio Intensivo: El Programa Ambulatorio Intensivo tiene como propósito la intervención en la problemática de adicciones en adolescentes la cual incluye aquellas acciones tendientes a la rehabilitación de los adolescentes en su problemática de consumo, como objetivo base para la abstinencia completa.



Este Programa formalmente, se encuentra inserto en un convenio suscrito entre la Municipalidad de Renca y el Servicio de Salud Occidente, denominado “Centros de Salud Mental Comunitarios”, el cual incluye otros programas de Salud Mental. Cuenta actualmente con una cobertura anual de 72 plazas o planes tratamientos y se prevé, se mantenga sin modificaciones para el año 2013.

Las actividades del Programa se encuentran definidas a través de una Canasta de Prestaciones valoradas, las que incluyen:

- ✓ Psicoterapia individual
- ✓ Psicoterapia de grupo
- ✓ Intervención psicosocial grupal y/o familiar
- ✓ Consulta Salud Mental
- ✓ Consulta de Especialidad
- ✓ Visita Integral de salud mental
- ✓ Psicodiagnóstico con aplicación de Test psicológicos
- ✓ Consulta médica
- ✓ Consultoría de salud mental
- ✓ Consulta psicológica
- ✓ Examen de laboratorio y medicamentos

Estas actividades están programadas para desarrollarse diariamente durante los 5 días de la semana y se ha distribuido de la siguiente forma:

HORARIO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
11 A 11:30	Bienvenida y desayuno	Bienvenida y desayuno	Bienvenida y desayuno	Bienvenida y desayuno	Bienvenida y desayuno
11:30 - 12:50	- TALLER: "ACOGIDA FIN DE SEMANA" (TEC. REH.)	JACQUELINE RUIZ "ACOGIDA"	- REUNION TECNICA (EQUIPO COSAM 3)	-CONSULTORIA Y CONSULTA PSIQ. (PSIQUIATRA)	- TALLER PLANIFICACION "FIN DE SEMANA" (TEC. REH)
13:00-14:30	- ALMUERZO	- ALMUERZO	- ALMUERZO	- ALMUERZO	- ALMUERZO
14:30 - 17:00	-PSICOTERAPIA GRUPAL: "IDENTIDAD" (PSICOLOGA)	- ACTIVACION COGNITIVA (A. SOC.)	-TALLER DEPORTIVO Y CULTURAL. (TEC. REH Y PSI)	- TALLER DE ARTES MANUALES (TEC. REH)	- PREVENCION RECAIDAS (TEC .REH)
17:15	DESPEDIDA	DESPEDIDA	DESPEDIDA	DESPEDIDA	DESPEDIDA

FASES DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO INTENSIVO

La duración del tratamiento está planificado para 8 meses, a partir de la entrevista de ingreso. Este periodo está dividido en 4 fases, cada una con objetivos terapéuticos específicos, los cuales se describen a continuación:

1ª Etapa: MOTIVACIONAL	2ª Etapa: INTERMEDIA I	3ª Etapa: INTERMEDIA II	4ª Etapa: PREGRESO
(Primer Mes) - Acogida - contención emocional - diagnóstico integral - Abordaje del proceso de desintoxicación - Motivación al Cambio - Elaboración Plan intervención individual.	(2º al 4º mes) - Abordaje de factores mantenedores del consumo - Fortalecer motivación y adherencia a tto. - Apoyo al proceso de desintoxicación - Prevención de recaídas - Vínculo saludable - Fortalecimiento de factores protectores. - Fortalecimiento de las competencias socio ocupacionales	(5º al 6º mes) - Orientar reestructuración de proyecto de vida. - Resignificación de situaciones de consumo. - Fortalecer percepción de autoeficacia. - Propiciar y apoyar la vinculación a redes sociales de apoyo.	(7º al 8º) - Evaluar mantención de logros terapéuticos. - Reforzar proceso de reintegración - Reforzar estrategias de solución de riesgo.

B) Programa Ambulatorio Básico De Alcohol Y Drogas Para Adolescentes (GES APS)

A partir de Julio del 2007, se implementó la Garantía Explícita en Salud para Adolescentes entre los 10 y 19 años que presentan problemas asociados al consumo de alcohol y drogas. El objetivo es lograr intervenir en forma temprana en los jóvenes que presenten dependencia leve a moderada y evitar un daño mayor en su desarrollo evolutivo. En Renca, este programa se implementó en primera instancia en los 3 Centros de Salud. A partir de Agosto del 2009 se trasladó a Cosam III adolescentes como una



forma de optimizar los recursos profesionales e infraestructura y contar con un programa se tratamiento separados de los programas para adultos.

Este Programa formalmente se encuentra inserto en el Programa de Salud Mental de Atención Primaria, el cual incluye otros programas de Salud Mental. Para el año 2013 cuenta con una cobertura anual de 64 plazas o planes cuyas metas están distribuidas por Centro de Salud.

Las prestaciones son similares al programa anteriormente descrito, no obstante, las actividades cuentan con una menor intensidad, considerando que son jóvenes que no presentan daño psicosocial grave. Es decir, la mayoría está inserto en un sistema educacional formal y cuentan con una familia medianamente establecida que cumple con el rol de cuidadores. Por esta razón las prestaciones están determinadas con una frecuencia de dos a tres días, entre tres a cuatro horas diarias, ajustándose a las necesidades e intereses de los usuarios; considerando además compatibilizar el tratamiento con las actividades educacionales.

Dentro de las prestaciones están:

- ✓ Psicoterapia individual
- ✓ Psicoterapia de grupo
- ✓ Intervención psicosocial grupal y/o familiar
- ✓ Consulta Salud Mental
- ✓ Consulta de Especialidad
- ✓ Visita Integral de salud mental
- ✓ Psicodiagnóstico con aplicación de Test psicológicos

- ✓ Consulta médica
- ✓ Consultoría de salud mental
- ✓ Consulta psicológica
- ✓ Examen de laboratorio y medicamento



C) PROGRAMA TRASTORNOS CONDUCTUALES Y EMOCIOANELES DE LA ADOLESCENCIA NO ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS:

Este programa está enfocado a población adolescente entre los 13 y 19 años que presenten trastornos conductuales, emocionales o trastornos de personalidad; cuyo Objetivo es contribuir a la disminución del riesgos en la adolescencia de problemas y cuadros clínicos, que afectan su salud mental y su desarrollo integral, de manera de entregar tratamiento oportuno para la recuperación de la salud y la obtención de una mejor calidad de vida en esta etapa evolutiva.

Para el 2013 Cosam III, tiene como meta recibir a toda población adolescente que consulte ya sea derivada de los establecimientos educacionales o de los respectivos CES., para otorgar una primera entrevista de evaluación, para luego ser derivado al programa de tratamiento más adecuado para el paciente.

Dentro de las actividades programadas para el 2013 están:

- ✓ 1ª Consulta psicológica o Social.
- ✓ 2ª Evaluación psiquiátrica
- ✓ 3ª Psicoterapia individual y/o familiar si corresponde.



TRABAJO CON REDES INTERSECTORIALES

Dentro de la programación 2013 se ha considerado mantener el trabajo con las redes locales, para ello se han programado las siguientes actividades:

- 1) Actividades de sensibilización a los profesionales de los Centros de Salud, con el objetivo de lograr una adecuada derivación. La primera sensibilización se realizara a principios de Marzo 2013 y la segunda, los primeros días de julio.
- 2) Se coordinaran reuniones trimestrales con los profesionales de Salud Mental de los Consultorios. Con el objetivo de entregar apoyo técnico en el tema de drogodependencia en adolescentes y capacitar en tema de diagnostico y derivación.
- 3) Se mantendrá el trabajo con los establecimientos educaciones en la aplicación de talleres enfocados al desarrollo de **“habilidades sociales”**, para alumnos (20 alumnos aprox. por taller) de enseñanza media que presenten problemas conductuales severos y alto riesgo biopsicosocial. Se cuenta con 20 hrs. para 4 colegios, durante el primer semestre y luego se replicará en 4 nuevos colegios en el segundo semestre. Esto incluye trabajo con los apoderados y con los profesores de los respectivos alumnos.

OTRAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS PARA EL AÑO 2013

- 1) El equipo técnico asistirá una vez al mes a actividades de “Capacitación Continua”. Actividad programada y coordinada por la Dirección de COSAM I. Los horarios y días generalmente están informados a comienzo del nuevo año.
- 2) Los Coordinadores deberán asistir a reuniones del Equipo de Alcohol y Drogas, programadas por el Servicio de Salud Occidente una vez cada dos meses. Los días y horarios serán informados por SSMOc.
- 3) Se pretende para el año venidero mantener la coordinación con otras Instituciones las cuales se han constituido en redes de apoyo en el tratamiento de nuestros usuarios. (Hospitales, Centros residenciales, Centros Culturales, Colegios etc.)

Proyecciones





PROYECCIONES 2013

1. ACREDITACION CENTRO DE SALUD FAMILIAR BICENTENARIO

El Centro de Salud del Bicentenario, lleva un año de funcionamiento, centrandolo el proceso de implementación en su inserción comunitaria y en establecer su canasta básica de prestaciones.

Este Centro de Salud ha venido a solucionar una necesidad sentida para los vecinos y vecinas del sector poniente de la comuna principalmente de los sectores Miraflores, Renca Nuevo, Lo Boza, entre otros.

Es importante mencionar que el sector donde se encuentra emplazado el Centro de Salud del Bicentenario cuenta con la ventaja de convertirse en corto plazo en una zona de acceso a diversos servicios y un verdadero polo de desarrollo del sector oeste de Renca, ya que al centro de salud lo circundan el nuevo Liceo Municipal, la Tenencia de Carabineros, el Gimnasio Municipal, Jardín Infantil y una cantidad importante de nuevos proyectos inmobiliarios, lo que con el tiempo otorgarán una considerable plusvalía al sector Renca Poniente.

La Acreditación de Centro de Salud Familiar, es un desafío que lleva involucrado no solo concreta la mirada integral en la atención en salud, sino también la incorporación de una política permanente de calidad de la atención en el usuario, centrandolo la atención en la familia y en la comunidad.

Es importante mencionar las acciones y actividades que se han desarrollado durante el año 2011 a fin de dar curso a las proyecciones conducentes a lograr la acreditación como Centro de Salud Familiar.

Durante el año 2012 el equipo Gestor del CESFAM del BICENTENARIO de la comuna de Renca ha trabajado en la realización de acciones tendientes a obtener la certificación por parte del MINSAL como Centro de Salud Familiar con Nivel de Desarrollo Medio y lograr avanzar a una certificación de nivel de Desarrollo Superior.



Durante el año 2011 se realizó un proceso de sectorización quedando el Cefsam del Bicentenario conformado con 3 sectores (rojo, azul y verde), cada uno con sus respectivos equipos de cabecera, equipos transversales a los sectores y equipos comunales, lo que se ha mantenido a la fecha.

En cuanto a los SOME, se ordenó el sistema de fichas clínicas físicas por sector de acuerdo a los domicilios. La agenda de los distintos profesionales se encuentra unificada en sus respectivos SOME.

En el Segundo Semestre del año 2012 se han llevado a cabo reuniones periódicas programadas por sector, tanto para análisis de casos clínicos como para la evaluación de aspectos administrativos de los distintos equipos, situación que ha sido reconocida y validada por éstos, pues se transforman en instancias de crecimiento y fortalecimiento de los equipos y de desarrollo del modelo. Conjuntamente los equipos desarrollan su labor considerando los lineamientos, las estrategias y las herramientas de Salud Familiar.

A nivel de resolutiveidad, cada uno de los equipos han ido desarrollando Protocolos de Derivación de acuerdo a las patologías que han parecido más relevantes en cada uno de los sectores y que presentan mayor dificultad para su resolución, existiendo por parte de los equipos el compromiso de continuar generando protocolos de otras patologías frecuentes.

En cuanto al área de difusión, se cuenta con evidencia de la realización de actividades informativas hacia la comunidad, donde se ha privilegiado medios de difusión escritos de carácter masivo. Respecto de la difusión interna, se mantiene una información actualizada de aporte a los distintos equipos en diversas materias, utilizándose para ello principalmente reuniones mensuales con todos los integrantes de los equipos.

El trabajo comunitario se ha fortalecido a través de una labor programada, permanente e interactiva con los Comités de Desarrollo Local, organizaciones comunitarias formales, existentes dentro del territorio que otorga cobertura el CESFAM del Bicentenario, que ha comprometido sus fuerzas en todo el proceso de puesta en marcha, instalación y mantención del Modelo de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario en la comuna.



Otro punto importante de destacar es que los mapas epidemiológicos elaborados durante el segundo semestre del año 2011, han servido de base para la actualización de los mismos durante el año 2012. Respecto del autocuidado de los equipos de salud, se ha elaborado un Plan que incorpora un proyecto de desayuno saludable con 20 minutos de duración, en el cual cada profesional tiene asignado su tiempo.

Junto con lo señalado anteriormente, se encuentran elaborados los diagnósticos de salud que contemplan información general, tanto de la comuna como por establecimiento de salud, a nivel de caracterización, de indicadores, ejecución de programas y evaluación de acciones.

Todos los aspectos señalados en los párrafos anteriores van acompañados de monitoreo a fin de contar con información que permita evaluar la satisfacción usuaria, la capacidad de respuesta de los equipos y la resolución de la demanda. Se incorpora aquí como un elemento relevante la capacidad de los equipos de modificar la mirada desde una atención centrada en las personas a la mirada integral y familiar, lo que requiere de un proceso educativo y vivencial basado en la realidad local.

En esta etapa es necesario desarrollar permanentemente tareas enfocadas al fortalecimiento en la relación entre los equipos y los usuarios junto con la interacción con la comunidad organizada en un clima de colaboración mutua, el potenciar el trabajo en redes y que los equipos conozcan y se hagan cargo de los recursos disponibles, lo que permite hacerse responsable del uso de los mismos, esto permite también potenciar la autogestión y tomar conciencia del impacto financiero que tienen las decisiones que se toman.

8.4.2.- Trabajo que se proyecta realizar durante el año 2013.

Las proyecciones apuntan para el año 2013 al trabajo para la mantención de la certificación como Centro de Salud en Etapa de Fortalecimiento, esto implica la profundización de los cambios iniciados durante el presente año, lo que estaría centrado en desarrollar procesos que fortalezcan el trabajo con familias y comunidad y hacer cada vez más efectivo el trabajo en equipo. Se pretende que el enfoque familiar sea abordado en el trabajo cotidiano de manera sistemática por los equipos de salud incorporándolo como una forma habitual de trabajo, se debería aprovechar cada contacto con los



usuarios para efectuar acciones de promoción y prevención y enfatizar el auto cuidado, se debería poner atención en el impacto de las acciones e iniciar una transferencia de competencias hacia los usuarios y sus familias que les permitan responsabilizarse por sus procesos de salud enfermedad. Se debe profundizar de igual modo en la definición de factores de riesgo y mapas de riesgo anclados en la realidad local.

A nivel de trabajo con familias, fortalecer el concepto de estudio de familias, es decir que los equipos junto con las familias definan sus problemáticas, priorización de ellas y elaboración de planes de trabajo. Aplicar guías anticipatorias con enfoque familiar. Mantener y profundizar el uso de los diferentes instrumentos que nos brinda el enfoque familiar para el estudio de nuestras familias, adecuándolos a la realidad de la comuna lo que debería permitir la contextualización de estas problemáticas. En el actuar diario se debe fortalecer el trabajo considerando conceptos tales como ciclo vital, crisis y otros.

Los equipos de salud deberían también iniciar un proceso de revalorización de la educación para la salud y la incorporación de la mirada preventiva, con innovación de metodologías y aplicación de elementos basados en la educación de adultos, con una mirada crítica para no repetir acciones rutinarias y que en el pasado no han tenido mayor impacto, lo que junto con el reconocimiento de la importancia de la inter sectorialidad debería dar respuesta de manera más eficiente a los problemas pesquisados.

Los equipos deberán ser creativos en la incorporación de nuevas acciones para dar respuesta a necesidades pesquisadas, no sólo por parte de los equipos sino por las comunidades beneficiarias, y que no han sido enfrentados por la atención primaria de la comuna. Frente a ello se debería producir un cambio en el sentido de la responsabilidad ante la población a cargo, es decir, pensar más en “cuidar” a la población y potenciar sus capacidades y fortalezas.

Durante el año 2013 se debe también mantener y optimizar el trabajo comunitario basado en los antecedentes registrados en el diagnóstico de salud, ya que es a través de la comunidad organizada que los equipos de salud pueden contar con información respecto de necesidades no abordadas por este sistema y la percepción de los usuarios frente a las mismas. Esto implica por parte de los equipos de salud fortalecer el incipiente trabajo intersectorial y potenciar la red de salud.



En el área de capacitación se deberá orientar el Plan anual en la profundización del trabajo con familias, mejoramiento de destrezas clínicas, manejo de situaciones difíciles, auto cuidado, incorporar otros aspectos como la ética en el trabajo con familias, participación social y trabajo en red, entre otros.

A nivel de organización interna se deberá fomentar la expresión individual y de equipos que tiendan a la democratización en la toma de decisiones, fortalecimiento en el trabajo en los diferentes sectores (clarificar roles, funciones y responsabilidades), que los integrantes de cada sector estén informados de las acciones que se realizan, de las problemáticas de sus familias y que puedan gestionar la demanda basados en el conocimiento y compromiso de su población a cargo, lo que debería quedar reflejado en la programación anual de las acciones en salud.

En esta etapa se debería velar por contar con mecanismos adecuados de selección de personal a fin de disponer, desde el ingreso, con funcionarios con conocimientos en salud familiar. Lo anterior relacionado con la readecuación de las dotaciones, aumentándolas en caso de ser necesario en relación a las exigencias del nuevo modelo.

En cuanto a la gestión de la demanda, se deberán generar las estrategias más adecuadas para disminuir los reclamos, creación de mecanismos que permitan responder al eventual aumento de demanda o existencia de respuestas alternativas lo que exigirá de los equipos el trabajo en red.

En cuanto a los sistemas de información y registros, se deberán utilizar los instrumentos existentes y aquellos creados para dichos fines, debiendo evaluarse permanentemente su utilidad y aplicación, buscando que éstos sean útiles, pertinentes, simples y adecuados a las necesidades de información, que permitan contar con antecedentes individuales y familiares no sólo para la intervención profesional sino también que permita sistematizar la acción y que sirva para orientar la toma de decisiones.

2. PROCESO DE DEMOSTRACIÓN Y ACREDITACION DE LOS CENTROS DE SALUD DE LA COMUNA

Uno de los temas prioritarios que se han establecido por parte de las autoridades del gobierno de turno, es el otorgamiento de prestaciones de calidad a la población beneficiaria adscrita a los servicios públicos y privados. Es en ese marco que la primera autoridad comunal ha instruido a los equipos de salud la conformación de un comité de gestión de calidad en cada uno de los dispositivos de salud comunal, el cual tenga por objetivo la elaboración de una política comunal que permita velar, coordinar, supervisar e instruir a los equipos de salud en la entrega de prestaciones que se caractericen por altos estándares de calidad, lo que favorezca la entrega de una atención acorde a los nuevos tiempos. Los estándares abarcarán todas las materias que incidan en la seguridad de las respectivas prestaciones de salud, tales como condiciones sanitarias; requisito de seguridad de las instalaciones y equipos, mantención y calibración de los mismos.

Además, deberán referirse a las técnicas y tecnologías aplicables a las prestaciones, personal requerido para llevarlas a cabo, su calificación laboral y cobertura, cumplimiento de protocolos de atención y los demás aspectos atinentes a la materia que resulten necesarios para el propósito de resguardar la seguridad de los beneficiarios



A continuación se presenta una propuesta de trabajo, tendiente a lograr la acreditación necesaria a partir del 01 de Julio del 2014, para las Instituciones Prestadoras Abiertas como los Centros de Salud Públicos. Como propuesta que es, está disponible para que la comunidad Cormuren realice sus aportes y las modificaciones necesarias a esta presentación.

Este enorme desafío que significa la Acreditación para nuestra Organización y que ya debiera estar vigente a partir del 01 de Julio del 2014 en los CES de la Comuna, nos obliga a estar midiendo calidad en la atención un año antes, siendo esto el primer requisito para iniciar este Proceso.

En forma didáctica lo hemos definido así y para cada Unidad de Trabajo descrita deberemos presentar un manual de procedimientos ya que todos estos deben estar escritos y protocolizados, estandarizados y parametrizados.

Deberemos como Organización definir donde y cuantos manuales tendremos por Unidad de trabajo o Servicio, siendo presentados a continuación un mix de nuestras prestaciones y posiblemente un manual por cada uno de ellos.

A.- SERVICIOS GENERALES :

1.- Dirección de los CES : Concentran una gran cantidad de Servicios y personal bajo su tutela por lo que es fundamental esta gestión transversal para el correcto funcionamiento del resto de las Unidades de Atención.

Entre las muchas obligaciones está certificar **competencias** de las dotaciones, ya sea por página Supersalud y/o certificados debidamente legalizados ante Notario cuando corresponda.

Certificar **acreditaciones** de prestaciones que requieran Autorización de funcionamiento de la Autoridad Sanitaria, por ejemplo Equipos de Rx, acreditación de prestadores externos como Laboratorio Clínico, autorizaciones de equipos de electrocardiograma, unidades dentales, bodegas de leche, farmacia, etc.

Pertinencia o condiciones para funcionamiento de Casos de personal.



Realizar la Gestión Clínica de las Prestaciones.

Cautelar por el correcto registro de los datos clínicos y administrativos de los pacientes.

Velar por el buen estado de las instalaciones de los CES.

Los Servicios o Unidades bajo su gestión son :

A.1. Farmacia = Definición de manuales o requisitos de entrega de medicamentos, cuales son retenidos, estupefacientes ¿firma de recepción por parte de usuarios?,

A.2. OIRS , registro de actividad, manual para direccionar situaciones presentadas por los usuarios, etc.

A.3. Elige Vivir Sano

A.4. Línea 800

A.5. Vigilancia = Indicaciones de cómo enfrentar dudas de los usuarios, o que realizar ante situaciones imprevistas en las áreas comunes de los CES (salas de espera y pasillos).Conocer procedimientos de imprevistos y facilitador ante posibles evacuaciones por emergencias.

A.6. Comité Paritario = Importante rol en la definición ante emergencias, sismos, amagos de incendios, evacuaciones de usuarios y personal, etc.

A.7. Esterilización, realizando monitoreo de cultivos periódicos y Estandarizados.

A.8. SOME =

A8.1 Estadísticas

2 SIGGES

3 Admisión

4 Archivo

5 Monitoreo de INTERCONSULTAS

A.9. Coordinación de Ambulancias: derivación a Centros de mayor complejidad en emergencias médicas.

A.10. Secretaría



1. Labores administrativas generales propias del CES
- 1ª. Correspondencia
2. Direccionar al administrador Licencias, feriado legales, Permisos Administrativos.
3. Administración de salas y espacios comunes al CES = Salas de reuniones, etc.

B.- SERVICIOS ESPECIFICOS :

1.- Programas

1.B Programa Odontológico

- B.1 Equipamiento
- B.2 Equipo de Rx cuando corresponda.
- B.3 Manejo y eliminación de material contaminado.
- B.4 Salas de Procedimiento o pabellón ¿?

2.B Programa del Adulto – Adulto Mayor

- B.1 Sala ERA, manejo y transporte de Oxígeno + nebulizaciones.
- B.2 EMPA = Definición y procedimientos
- B.3 EFAM
- B.4 CRONICOS
- B.4ª TBC
 - 4b HTA
 - 4c DM
 - 4d EPI
 - 4e TRATAMIENTO (incluye equipos de Oxígeno).
 - 4e1 = Toma de muestras = ¿Qué hacer en caso de punción accidental? Entrega de resultados al usuario, registro y firma de recepción por parte de ellos, etc.
 - 4e2 = Cirugía Menor = Salas de procedimiento o pabellón. ¿biopsias?
 - 4e3 = Curaciones
 - 4e4 = **Transporte de las muestras**, en las condiciones y bajo las normas de bioseguridad apropiadas.



4e5 = ELECTROCARDIOGRAMAS = IMPRESIÓN y ENTREGA de Examen al usuario, registro y firma de recepción por parte de los pacientes.

4e6 = Asistencia a Postrados y Manejo del dolor.

3.B Programa de la Mujer

B.1 Sub Programa Ca de Mama

B.2 Sub Programa CaCu (Manual Pap)

B.3 Programa ITS / VIH

B.4 Planificación Familiar

B.5 Control Prenatal

B.6 Control Post Natal

B.7 Chile Crece Contigo (Inducción Embarazada, enfoque Biosicosocial)

4.B Programa Infantil

B.1 Chile Crece contigo (Actividades de Educadora de párvulos)

B.2 Control Sano

B.3 Nutrición

B.4 Bodegas de Leche

B.5 Salas Ira , manejo y transporte de Oxígeno + nebulizaciones.

5.B Salud Mental

B.1 Intervenciones en VIF

B.2 Intervenciones en Depresión

B.3 Visitas de Servicio Social

B.4 Visitas a Postrados

B.5 Coordinación con Chile Crece Contigo.

Es importante señalar que la estructura de acreditación que se proyecta para la comuna, se basa en estándares orientados a ámbitos de:

- Dignidad del usuario
- Gestión de calidad



- Gestión clínica
- Acceso oportuno y continuo a la atención
- Competencia del recurso humano
- Registros
- Seguridad/equipamiento
- Seguridad de las instalaciones
- Servicios de apoyo
- Vigencia autorización sanitaria

Para lo anterior se requiere de la definición de componentes, características, verificadores y elementos medibles.

No hay que olvidar que la acreditación es un proceso de valuación periódica destinada a medir el grado de cumplimiento de las prácticas relacionadas con la calidad de la atención comparándola con un modelo aceptado convencionalmente como apropiado. (en este caso el modelo de Acreditación del MINSAL).

El objetivo es garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios.

La obligación en la acreditación y certificación es un proceso obligatorio para las instituciones que realizan prestaciones GES.

4.- DAR CONTINUIDAD A LA POLITICA COMUNAL DE ACTIVIDAD FISICA

Durante el año 2012 se ha consolidado una política de fomento de acciones y actividades orientadas a promover y fomentar conductas de vida saludable insertas en el programa "Elige Vivir Sano" como uno de los programas más emblemáticos de la gestión Municipal producto del paulatino desarrollo de la conciencia en la población de lo fundamental que resulta el escoger un modelo de vida caracterizado por la alimentación saludable y la actividad física.

Es en este marco que la primera autoridad comunal ha instruido a los diversos actores comunales, el desarrollo de una línea programática caracterizada por la



implementación de un programa de actividad física y alimentación saludable transversal a la totalidad de los grupos étnicos de la comunidad, consolidándose un equipo interdisciplinario formado por nutricionistas, profesores de educación física, psicólogos, monitores de yoga entre otros.

Lo anterior, se sustenta en la conjunción de los diversos ámbitos comunales quienes adopten los preceptos de la vida saludable en su actuar cotidiano, desarrollando una modalidad de trabajo marcada por la intersectorialidad.

El objetivo de la Primera Autoridad Comunal, Dra. Vicky Barahona Kunstmann, es hacer de "Renca una comuna más activa, a través de una política comunal de Deporte, Recreación y actividad Física", a través de ver consolidada la necesidad de identificar y coordinar las tareas de deporte, la recreación, la actividad física fomentadas a nivel comunal.

La intención es poder articular el deporte, la recreación y la actividad física con la educación física, intencionado el aumento de la participación, fortalecer la institucionalidad, ampliar la formación, optimizar la información y la comunicación, entendida esta como una tarea de todos y en cada escenario de la vida social, en la comunidad, centros educativos, de salud y en el entorno.

Este Programa continuará siendo ejecutado por un equipo multidisciplinario que continuará insertos en los establecimientos de educación de la comuna, en la comunidad y centros de Salud.

5.- INTERVENCION PREVENTIVA Y PROMOCIONAL DE EMBARAZO ADOLESCENTE

La Primera Autoridad comunal no se puede mantener ajena al aumento que en Chile que se ha producido respecto a las adolescentes embarazadas.

En la comuna se realiza intervención desde distintos ámbitos, desde el Programa Chile Crece Contigo, hasta la prevención y promoción del Programa Espacios Amigables para adolescentes, incluyendo desde este año el control del joven sano.



No se puede obviar que los hijos de madres adolescentes presentan mayor vulnerabilidad física, social y psicológica, por lo que se requiere de un programa de apoyo multiprofesional para intervenir en esta tendencia.

Se propone un trabajo orientado a un modelo de acompañamiento a la madre adolescente durante el embarazo, además de la orientación preventiva y promocional a través de la siguiente planificación.

El objetivo general de esta programación es :

Desarrollar programa para la educación de la salud en la comuna de Renca, con énfasis en promoción y prevención con metodologías participativas, incorporando a los y las adolescentes interactuando con la comunidad y utilizando los medios de comunicación más efectivos.

PROMOCIÓN

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR
Promover el desarrollo de habilidades sociales y factores protectores en adolescentes de 10 a 19 años en la comuna de Renca.	Formar grupo scout con jóvenes de la comuna de Renca	1 grupo scout con representación de al menos el 50% de colegios de la comuna.	Grupo scout conformado por jóvenes representantes de los colegios municipales de Renca.
Fomentar estilos de vida saludables y conductas de autocuidado, adolescentes de 10 a 14 años de la comuna de Renca.	Realizar talleres multidisciplinarios en Nutrición, Salud Mental, Salud Sexual y Reproductiva, Autocuidado, entre otros, en colegios municipales de la comuna de Renca.	4 colegios municipales de educación básica, con talleres realizados.(5° y 6° básico)	N° talleres realizados/N° talleres comprometidos x 100

PREVENCIÓN

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR
Prevenir un segundo embarazo adolescente en jóvenes de la comuna de Renca	Consejería en salud sexual y reproductiva a las adolescentes durante su gestación.	100% de gestantes adolescentes en control reciben consejería en Salud Sexual y Reproductiva	N° gestantes adolescentes que reciben consejería en Salud Sexual y Reproductiva/N° gestantes adolescentes ingresadas a control prenatal.
	Consejería en regulación de fecundidad a puérperas adolescentes	100% de puérperas adolescentes controladas, reciben consejería en Regulación de Fecundidad	N° puérperas adolescentes que reciben consejería en Reg. de fecundidad/N° puérperas adolescentes controladas.
	Disponer de horas para atención de puérperas adolescentes que consulten espontáneamente para ingreso a Prog. de regulación de fecundidad. Monitorización mensual y rescate de puérperas inasistentes a Prog. de regulación de fecundidad.	100% puérperas que consultan en forma espontánea para ingreso a Prog. Reg. Fecundidad, reciben atención e inicio de Mac. 85% puérperas adolescentes ingresan a Prog. de Reg. de Fecundidad	N° puérperas adolescentes con ingreso a Reg. Fec./N° puérperas adolescentes x100.
Favorecer la reinserción escolar de las madres adolescentes de la	Crear e implementar una Sala Cuna Amigable para niños de hijos de	Sala Cuna Amigable para hijos de madres adolescentes de la	Sala Cuna Amigable en funcionamiento.



comuna de Renca	adolescentes en la comuna de Renca.	comuna de Renca implementada.	
-----------------	-------------------------------------	-------------------------------	--

FUENTES:

- WWW.INE.CL
- WWW.SUPERINTENDENCIA.CL
- WWW.DEIS.CL
- WWW.SUPERINTENDENCIADESEGURIDAD.CL
- WWW.MINSAL.CL
- WWW.CORMUREN.CL
- WWW.FONASA.CL
- WWW.SIGGES.CL
- www.Renca.cl
- Diagnostico Epidemiológico y Demográfico Región Metropolitana 2010
- MINSAL Orientaciones de programación en Red 2012



PROGRAMA DE CAPACITACION MUNICIPAL CORPORACION MUNICIPAL DE RENCA

AÑO: 2013

1. FUNDAMENTO GENERAL DEL PROGRAMA:

El plan anual de Capacitación para los funcionarios de APS de la comuna de Renca, se Fundamenta en:

1. El interés prioritario de la Autoridad Comunal en relación a la Excelencia en la Atención al Usuario y en la administración de recursos, materializado en el proceso de acreditación de servicios y procedimientos, bajo las normas de Calidad ISO 9001, con la participación de todos los funcionarios.
2. La revisión periódica de sugerencias y/o reclamos escritos, de los usuarios de los 4 CES y SAPU de la Comuna, en relación con su nivel de satisfacción frente la calidad de la atención recibida.
3. Cumplimiento estricto de lo dispuesto por la Ley y Reglamento de Atención Primaria (Ley N° 19.378).
4. Los requerimientos institucionales, para el desarrollo de capacidades y/o competencias de desempeño de los funcionarios y equipos de trabajo.
5. Los intereses e inquietudes de los funcionarios de los CES y SAPU de la comuna: Éstos se expresan en la detección formal por medio de encuesta que se aplica a todos los participantes de las acciones de capacitación desarrolladas durante el año 2012.
6. Lineamientos estratégicos propuestos:
 - Fortalecer la instalación del modelo de atención de Salud Familiar.
 - Mejoramiento de la calidad de vida funcionaria y ambiente laboral.
 - Fortalecer sistema garantías explícitas en salud
 - Mejorar la gestión y desarrollo de las personas
 - Fortalecer la calidad de atención y trato al usuario.



1.1 Procedimientos y metodología utilizados para diagnosticar las Necesidades:

Para efectos de toda recopilación de información que aporta elementos para la elaboración del Plan Anual de Capacitación, así como las actividades ejecutadas, se ha considerado como fecha de corte lo realizado hasta el día 30 de Octubre de 2012. Y para efectos de las acciones de capacitación en desarrollo, se ha considerado las que se encuentran ya calendarizadas hasta el 14 de Diciembre de 2012.

La elaboración del Programa de Capacitación anual contempla los fundamentos expuestos y la recolección de información de funcionarios y equipos de salud, a través de las reuniones de trabajo y aplicación de encuesta directa a los participantes de acciones de capacitación durante el año. Contempla además la participación de los integrantes del Comité de Capacitación, de acuerdo a la ley y en su calidad de representantes de los intereses institucionales y de los funcionarios.

Considera también los resultados obtenidos mediante el Programa de Evaluación de Trato al Usuario, en que a través del sistema de usuario incógnito, se obtiene información del grado de cumplimiento del protocolo de atención en los 4 CES y SAPU. Estos resultados permiten apreciar debilidades y fortalezas en aspectos de trato al usuario y calidad de la atención.

1.2 Resultados de la aplicación del Programa del año anterior:

Durante el año 2012 se ha desarrollado o se encuentran en desarrollo las siguientes acciones de capacitación:

- **AUTOCUIDADO Y VIDA SALUDABLE**

Objetivo: ANALIZAR E INTERNALIZAR LOS FACTORES PERSONALES Y DEL AMBIENTE NATURAL SOCIOCULTURAL QUE CONDICION EL NIVEL DE SALUD DE LAS PERSONAS Y DE LAS COMUNIDADES.

- **SATISFACCION DEL USUARIO INTERNO**

Objetivo: IDENTIFICAR FACTORES CONDICIONANTES DEL CLIMA LABORAL PARA LA RESOLUCION DE CONFLICTOS AL INTERIOR DE LOS CES.



- **EXCELENCIA EN LA ATENCION DEL USUARIO DE APS**

Objetivo: REVISAR E INTERNALIZAR PROTOCOLOS DE ATENCION QUE ASEGUREN LA EXCELENCIA EN LA ATENCION AL USUARIO DE APS.

- **MANEJO DE SITUACIONES DIFICILES EN LA TENCION DE PUBLICO EN APS**

Objetivo: CONOCER, MANEJAR E INTERNALIZAR DIVERSAS TECNICAS EN LA ATENCION DE USUARIOS DE APS EN SITUACIONES ADVERSAS.

- **MANEJO DE HERRAMIENTAS COMPUTACIONALES PARA LA GESTION EN APS**

Objetivo: FORTALECER EL USO DE HERRAMIENTAS COMPUTACIONALES PARA MEJORAR LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y COMUNICACIONAL.



Los Lineamientos estratégicos formulados anualmente por el Ministerio de Salud, con el fin de destacar las prioridades, objetivos, metas y compromisos sanitarios y de gestión planteados a nivel nacional , entregan señales a los Servicios de Salud, respecto a la dirección en que deben focalizarse los esfuerzos de capacitación para asegurar su pertinencia y consistencia con los objetivos institucionales, los cuales son complementados con las prioridades e indicaciones dadas desde la orientación de gestión Municipal, que no sólo incluye al área Salud, sino que a todas aquellas áreas que tienen una relación directa con la comunidad, priorizando la "calidad de la atención y el mejoramiento de la atención del usuario".

Para el año 2013 se ha establecido los siguientes lineamientos para orientar las acciones de capacitación a desarrollar con los funcionarios de los CES de la comuna :

- Fortalecer la instalación del modelo de atención de Salud Familiar.
- Mejoramiento de la calidad de vida funcionaria y ambiente laboral.
- Fortalecer sistema garantías explícitas en salud
- Mejorar la gestión y desarrollo de las personas
- Fortalecer la calidad de atención y trato al usuario.

El Programa de Capacitación que se realizará durante el año 2013 tiene como propósito contribuir al logro de la Visión y Objetivos estratégicos del área de Salud de la Corporación Municipal de Renca, a través de la creación de las condiciones propicias para la adquisición o desarrollo de competencias técnicas y relacionales requeridas por el personal para el trabajo en salud, con el fin de mejorar su desempeño, ya sea a nivel individual o de equipos.



1.2 Objetivos del Programa de Salud Municipal:

Los objetivos anuales del Plan de Salud de la comuna de Renca, propenden al cumplimiento del planteamiento fundamental de " Ser parte Fundamental de la Red de Salud del área occidente reconocida por su Resolutividad y Calidad en APS ":

2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN:

- Fortalecer La Instalación Del Nuevo Modelo De Atención
- Desarrollar El Modelo De Gestión En Red Local
- Fortalecer El Sistema De Garantías Explícitas En Salud (Ges)
- Mejorar La Calidad De La Atención Y Trato Al Usuario
- Generar Estrategias De Desarrollo Organizacional Para El Mejoramiento De La Calidad De Vida Funcionaria
- Incorporar Tecnologías De Información Y Comunicaciones (Tics)

3. ACTIVIDADES DE CAPACITACION SEGÚN OBJETIVOS,FUNDAMENTOS Y LINEAMIENTOS PROGRAMATICOS COMUNALES PARA EL AÑO 2013:

CURSO 1:

"TRABAJO EN EQUIPO PARA LA PLANIFICACION ESTRATEGICA ANUAL DE LOS EQUIPOS DE APS"

Objetivo:

FORTALECER LA INTEGRACION DE EQUIPOS DE TRABAJO PARA UNA EFECTIVA PLANIFICACION ANNUAL

CURSO 2:

"ACTUALIZACION EN ASPECTOS TECNICOS DE LA ATENCION DE LOS EQUIPOS DE SALUD MENTAL EN APS"

Objetivo:

FORTALECER EL USO DE TECNICAS PROFESIONALES ACTUALIZADAS DE INTERVENCION DE LOS EQUIPOS DE SALUD MENTAL EN APS



CURSO 3:

“AUTOCUIDADO Y VIDA SALUDABLE NIVEL III”

Objetivo:

ANALIZAR E INTERNALIZAR EL CONCEPTO DE AUTOCUIDADO DE LA SALUD, SUS FUNDAMENTOS Y SU EXPRESIÓN EN LAS CONDUCTAS DE LOS FUNCIONARIOS DE APS

CURSO 4:

“EXCELENCIA EN LA ATENCION DEL USUARIO DE APS”

Objetivo:

ACTUALIZAR E INTERNALIZAR EL PROTOCOLO DE ATENCION QUE ASEGURE LA EXCELENCIA EN LA ATENCION AL USUARIO DE APS

CURSO 5:

“ACTUALIZACION LEGAL Y OPERATIVA DEL GES”

Objetivo:

ACTUALIZAR E INTERNALIZAR ANTECEDENTES EN RELACION A LAS GARANTIAS EXPLICITAS DE SALUD EN APS

CURSO 6 :

“ACTUALIZACION EN TIC PARA EQUIPOS DE APS”

Objetivo:

FORTALECER EL USO DE TIC PARA MEJORAR LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y COMUNICACIONAL



	Actividad de Capacitación	Objetivos Educativos	Nombre del curso y/o taller	N° de participantes por categoría						TOTAL	HRS . PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO				Organismo Ejecutor	Coordinador	Fecha
				A	B	C	D	E	F			CAPACITACION	F. MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL ESTIMADO DE PRESUPUESTO			
GENERAR ESTRATEGIAS DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL	Curso Taller	FORTALECER LA INTEGRACION DE EQUIPOS DE TRABAJO PARA UNA EFECTIVA PLANIFICACION ANUAL	CURSO 1: TRABAJO EN EQUIPO PARA LA PLANIFICACION ESTRATEGICA ANUAL DE LOS EQUIPOS DE APS	20	20		20	40		100	40	100% SENCE			120.000	OTEC	DIRSAL Y UNIDAD DE CAPACITACION Y DESARROLLO	ENERO ABRIL y OCTUBRE

PLAN DE CAPACITACION 2013 CORPORACION MUNICIPAL DE RENC



Lineamientos Estratégicos	Actividad de Capacitación	Objetivos Educativos	Nombre del curso y/o taller	N° de participantes por categoría						HRS .PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO				Organismo Ejecutor	Coordinador	Fecha		
				A	B	C	D	E	F		TOTAL	CAPACITACION	F. MUNICIP	OTROS FONDOS				TOTAL ESTIMADO DE PRESUPUESTO	
GENERAR ESTRATEGIAS DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL	Curso Taller	FORTALECER EL USO DE TECNICAS PROFESIONALES ACTUALIZADAS DE INTERVENCION DE LOS EQUIPOS DE SALUD MENTAL EN APS	CURSO 2: ACTUALIZACION EN ASPECTOS TECNICOS DE LA ATENCION DE LOS EQUIPOS DE SALUD MENTAL EN APS	12	12	12	12			48	40	100% SENCE				120.000	OTEC	DIRSAL Y UNIDAD DE CAPACITACION Y DESARROLLO	ENERO ABRIL y OCTUBRE



Lineamientos Estratégicos	Actividad de Capacitación	Objetivos Educativos	Nombre del curso y/o taller	N° de participantes por categoría						TOTAL	HRS .PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO				Organismo Ejecutor	Coordinador	Fecha
				A	B	C	D	E	F			CAPACITACION	F. MUNICIPAL	OTROS FONDOS	TOTAL ESTIMADO DE PRESUPUESTO			
GENERAR ESTRATEGIAS DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL	Curso Taller	ANALIZAR E INTERNALIZAR EL CONCEPTO DE AUTOCUIDADO DE LA SALUD, SUS FUNDAMENTOS Y SU EXPRESIÓN EN LAS CONDUCTAS DE LOS FUNCIONARIOS DE APS	CURSO 3: AUTOCUIDADO Y VIDA SALUDABLE NIVEL III	20	20		20	40		100	40	100% SENCE			120.000	OTEC	DIRSAL Y UNIDAD DE CAPACITACION Y DESARROLLO	ENERO ABRIL y OCTUBRE

PLAN DE CAPACITACION 2013 CORPORACION MUNICIPAL DE RENC



Lineamientos Estratégicos	Actividad de Capacitación	Objetivos Educativos	Nombre del curso y/o taller	N° de participantes por categoría						HRS .PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO				Organismo Ejecutor	Coordinador	Fecha
				A	B	C	D	E	F		TOTAL	CAPACITACION	F. MUNICIP	OTROS FONDOS			
MEJORAR LA CALIDAD Y LA ATENCION AL USUARIO	Curso Taller	ACTUALIZAR E INTERNALIZAR EL PROTOCOLO DE ATENCION QUE ASEGURE LA EXCELENCIA EN LA ATENCION AL USUARIO DE APS	CURSO 4: EXCELENCIA EN LA ATENCION DEL USUARIO DE APS	20	20	20	40	100	40	100% SENCE				120.000	OTEC	DIRSAL Y UNIDAD DE CAPACITACION Y DESARROLLO	ENERO ABRIL y OCTUBRE

PLAN DE CAPACITACION 2013 CORPORACION MUNICIPAL DE RENC



Lineamientos Estratégicos	Actividad de Capacitación	Objetivos Educativos	Nombre del curso y/o taller	N° de participantes por categoría						HRS .PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO				Organismo Ejecutor	Coordinador	Fecha
				A	B	C	D	E	F		TOTAL	CAPACITACION	F. MUNICIP	OTROS FONDOS			
MEJORAR LA CALIDAD Y LA ATENCION AL USUARIO	Curso Taller	ACTUALIZAR E INTERNALIZAR ANTECEDENTES EN RELACION A LAS GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD EN APS	CURSO 5: ACTUALIZACION LEGAL Y OPERATIVA DEL GES	20	20	20	40	100	40	100% SENCE				120.000	OTEC	DIRSAL Y UNIDAD DE CAPACITACION Y DESARROLLO	ENERO ABRIL y OCTUBRE

PLAN DE CAPACITACION 2013 CORPORACION MUNICIPAL DE RENC



Lineamientos Estratégicos	Actividad de Capacitación	Objetivos Educativos	Nombre del curso y/o taller	N° de participantes por categoría							HRS .PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO				Organismo Ejecutor	Coordinador	Fecha		
				A	B	C	D	E	F	TOTAL		CAPACITACION	F. MUNICIP	OTROS FONDOS	TOTAL ESTIMADO DE PRESUPUESTO					
INCORPORAR TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES	CURSO TALLER	FORTALECER EL USO DE TIC PARA MEJORAR LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y COMUNICACIONAL	CURSO 6 : ACTUALIZACION EN TIC PARA EQUIPOS DE APS		12		10	10			32	30	100% SENCE				120.000	OTEC	DIRSAL Y UNIDAD DE CAPACITACION Y DESARROLLO	ENERO Y JULIO



Plan de Salud 2013

