



RENCA LA LLEVA

PLAN DE SALUD 2014



RENCA LA LLEVA



PLAN DE SALUD 2014



INTRODUCCION

La elaboración del Plan de Salud se basa en La Ley N° 19.378 la cual establece que los Municipios deben generar anualmente una Planificación Comunal en conformidad con las Orientaciones Programáticas 2014, Objetivos Sanitarios 2011-2020, considerando las 9 Estrategias o Metas contenidas en ellos y normas técnicas emanadas del MINSAL, incorporando los elementos de diagnóstico de salud comunal y la realidad local.

El Plan de Salud 2014 se presenta a la Primera Autoridad Comunal Sra. Alcaldesa Dra. Vicky Barahona Kunstmann, al Concejo Municipal de I. Municipalidad de Renca, Servicio de Salud Metropolitano Occidente, a los Consejos Locales de Salud y a los Equipos de Salud que se desempeñan en los establecimientos de APS de la Comuna de Renca.

La Planificación Metodológica se basa en los lineamientos y directrices emanadas desde la Primera Autoridad Comunal. Para ello la Dirección de Salud a través de su equipo de Profesionales, Técnicos, Auxiliares y Administrativos han desarrollado un trabajo mancomunado para dar cumplimiento a los requerimientos de la gestión, los cuales dicen relación con una política de desarrollo comunal que genera estrategias para entregar una mejor calidad de vida y niveles de satisfacción a su población, motivo por el cual el Plan de Salud 2014 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, los esfuerzos serán exigidos al máximo con el fin de contribuir a elevar el nivel de salud y el estado de bienestar de la población de nuestra comuna, empleando para ello estrategias que consideren el sistema sociocultural diverso y complejo, motivando que sus miembros sean activos en el cuidado de su salud y en el que nuestros servicios y prestaciones, se organicen en función de sus necesidades a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad, resolutive e integrada a toda la red asistencial, considerando las preferencias de las personas y la participación social en todo su quehacer.

Finalmente y en concordancia con las políticas comunales ratificamos el compromiso con los conceptos que han guiado nuestro desarrollo comunal: Calidad de la atención, Satisfacción Usuaría basada en el modelo de salud familiar, articulación del trabajo en la red asistencial de salud y sus prestadores, y

la comunidad organizada eficiencia, eficacia y efectividad para permitir la resolución de los problemas de salud de la población inscrita en nuestros centros y los habitantes de nuestra comuna.

En la elaboración del plan de salud comunal 2014 intervinieron con sus aportes y trabajo:

- Dirección de Salud de la Corporación Municipal de Renca
- Directores de los Centros de Salud: Ces Renca, Ces Huamachuco, Ces Bicentenario, Ces Hernán Urzúa Merino
- Equipos de Salud de los establecimientos de la comuna y programas comunales
- Comité Comunal de Salud
- Asociación de Funcionarios

DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN COMUNAL



DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN COMUNAL

Según la última proyección publicada por el INE al 30 de Diciembre del 2012, Renca contaría con una población equivalente a 129.531 habitantes; sin embargo, a la fecha del CENSO 2002, recién nuestra comuna iniciaba un proceso de expansión urbana con las construcciones de poblaciones y villas, especialmente en el sector poniente de Renca, de acuerdo a ello resultan más cercanas a la realidad las proyecciones realizadas tanto por la Seremi Regional del Ministerio de Desarrollo Social, como por la SECPLA, las cuales señalan que la comuna tendría una población proyectada al 2013 de 144.037 habitantes, correspondiendo al 49,4% a varones y a 50,6% a mujeres.

Por otra parte es importante destacar que el nivel de pobreza comunal según la CASEN 2011, afecta al 16,6% de su población, dejando a Renca como la tercera comuna más pobre de la Región Metropolitana. De lo anterior se deduce que, alrededor de 23.910 habitantes de esta comuna se encuentran en situación de pobreza y con dificultad para satisfacer necesidades básicas. Por otra parte la población activa mayor de 15 y menor de 60 años es de 63.6% (91.598) y el número de personas desocupadas es de 3.9% (5.617). El porcentaje de personas mayores de 15 años, económicamente inactivas (pensionado, montepiado) es de 31,07%(44.752)

A nivel comunal y de acuerdo a lo informado por la SEREMI Regional del Ministerio de Desarrollo Social, Renca presenta una población sobre 60 años de 20.124, lo que equivale al 14,0% del total de los habitantes, correspondiendo al 43,0% a varones y 57,0% a mujeres, situación que estaría en aumento, considerando que la encuesta CASEN 2011, estima una población mayor de 65 años de sólo un 8,3%

En esta comuna las 23.910 personas que califican como pobres, en la realidad están destinando sus ingresos exclusivamente a gastos de subsistencia, situación que dificulta o imposibilita su acceso a la salud, a la recreación, y a todo tipo de

actividades socio culturales, deportivas, recreativas artísticas, etc., situación que se agudiza en los grupos de mayor vulnerabilidad como son los niños y los adultos mayores, entre otros. La población comunal con discapacidad, alcanzaría según CASEN 2011 al 8,9% del total de la población.

Fuente: Censo 2002 y preliminares de Población 2012, Instituto Nacional de Estadísticas (INE) Casen 2011.

El diagnóstico cualitativo comprendió la percepción de cuatro actores comunales interrelacionados indirectamente entre sí; los funcionarios de la Municipalidad y Corporación de Renca, los habitantes de la comuna, los empresarios del sector y representantes de los Consejos Locales de Salud. Cabe señalar que este proceso es una actualización de lo realizado en año 2008 como diagnóstico Participativo Comunitario.

Principales áreas de problemas detectados por la ciudadanía:

Aquí se expone en forma resumida y considerando la priorización de los temas propuestos, las necesidades identificadas por los participantes para lograr un desarrollo social, urbano, económico y cultural de Renca.

1- Drogadicción y alcoholismo: La cantidad y la frecuencia del consumo de drogas y alcohol, a los ojos de los adultos, han aumentado considerablemente estos últimos años, siendo para ellos muy claro el deterioro existente en la juventud y la diferencia entre los jóvenes de hoy en día con los de ayer. En un medio en que la movilidad social no se visualiza posible, las drogas, el alcohol y su estrecha asociación con la delincuencia, aparecen como realidades permanentes al interior de los barrios de Renca.

2- Obesidad de la población: Este punto se identifica como un factor con el 2 nivel de importancia a nivel comunal, significativo es que se mantiene como parte de la temática comunal desde el año 2009. En concordancia con la

ENS 2010, en donde esta problemática se idéntica como de preocupación nacional.

3- Falta de movilización a centros de salud: se percibe carencia, en determinados sectores, de acceso directo mediante locomoción colectiva, específicamente transantiago, dado que luego del cambio en el transporte público se ha realizado el desplazamiento de los paraderos de dicho medio, por lo que los usuarios deben caminar una mayor distancia para acceder al centro de salud de Renca, lo que causa mayor afección a adultos mayores y niños en momentos de clima frío o lluvioso.

4- Plagas de ratones y perros: existe una alta población de perros vagos que no pertenecen a nadie y cuyo medio de subsistencia es escarbar en las basuras, por lo cual, son considerados los principales responsables del desaseo de las calles. Los ratones son menos visibles, pero se los encuentra en gran cantidad sobre todo en las poblaciones más cercanas a la costanera y a los basurales, generando un clima de inseguridad al interior de las viviendas.

Respecto a la problemática de perros, la Primera Autoridad Comunal ha impulsado diferentes campañas asociados a la tenencia responsable, a la esterilización de las mascotas e inclusive la celebración del día de la mascota.

5- Carencia de un servicio de asesoría legal para los más pobres: se plantea la necesidad de conformar, como labor de la municipalidad, un servicio de abogados gratuitos que supervise problemas de explotación, estafas, y atropellos que de continuo se ven expuesto personas de escasos recursos. En este punto es relevante mencionar que durante el año 2012, la primera autoridad comunal instruyó que con las perspectivas para el próximo año apuntarán a dar respuestas integrales a los requerimientos de la comunidad, en los diversos ámbitos del quehacer comunal. En este aspecto es menester mencionar que algunos de los inconvenientes manifestados fueron subsanando en el transcurso del presente año, es lo que sucede con el acceso a proyecto de justicia vecinal.



1. Descripción del nivel o situación de salud

Respecto a la situación de Salud, se puede señalar que el acceso a ésta en la Comuna de Renca se entrega mediante la atención a nivel primario de Salud, como puerta de entrada al sistema de salud público a través de los cuatro Centros de Salud, Un Servicios de Urgencia 24 horas, Dos Servicios de Urgencia corto, Tres Centros de Salud Mental y Una Sala de Rehabilitación Comunitaria, entre otros.

Los datos que a continuación se arrojan, entregan una caracterización de la población con respecto a la situación de salud, prevalencias, tendencias y variaciones experimentadas que permitirán realizar un análisis comparativo a nivel nacional, regional y local.

Natalidad

La tasa de natalidad en Renca se presenta por sobre el promedio nacional y de la región.

LUGAR	TASA DE NATALIDAD
Comuna Renca	17,2
Servicio de Salud Occidente	15,3
Región Metropolitana	14,7
País	14,7

Fuente: Estadística Minsal Año 2010

Nacidos vivos inscritos, según peso al nacer, por Región y Comuna de residencia de la madre. Chile, 2010

País, Región, Comuna de Residencia de la Madre	Peso en gramos					
	Total	< 1.500	1.500 a 2.499	2.500 a 2.999	Mayor o igual 3.000	Ignorado
Total País	250.643	2.559	12.113	39.814	195.782	375
Metropolitana de Santiago	101.047	1.108	5.221	16.696	77.935	87
Renca	2.264	28	106	342	1.780	8

Nacidos vivos inscritos, según edad gestacional, por Región y Comuna de Residencia de la Madre. Chile, 2010

País, Región, Comuna de Residencia de la Madre	Total	Edad gestacional						
		Menos de 24 semanas	24 a 27 semanas	28 a 31 semanas	32 a 36 semanas	37 a 41 semanas	42 semanas y más	No especificado
Total País	250.643	297	797	1.861	15.216	231.589	508	375
Metropolitana de Santiago	101.047	134	367	809	6.968	92.499	183	87
Renca	2.264	9	4	18	115	2.104	6	8

Respecto de los recién nacidos inscritos según edad Gestacional se observa una concentración en los nacidos vivos entre las semanas 37 a 41 y con un peso mayor o igual a los 3.000 grs.

Mortalidad General

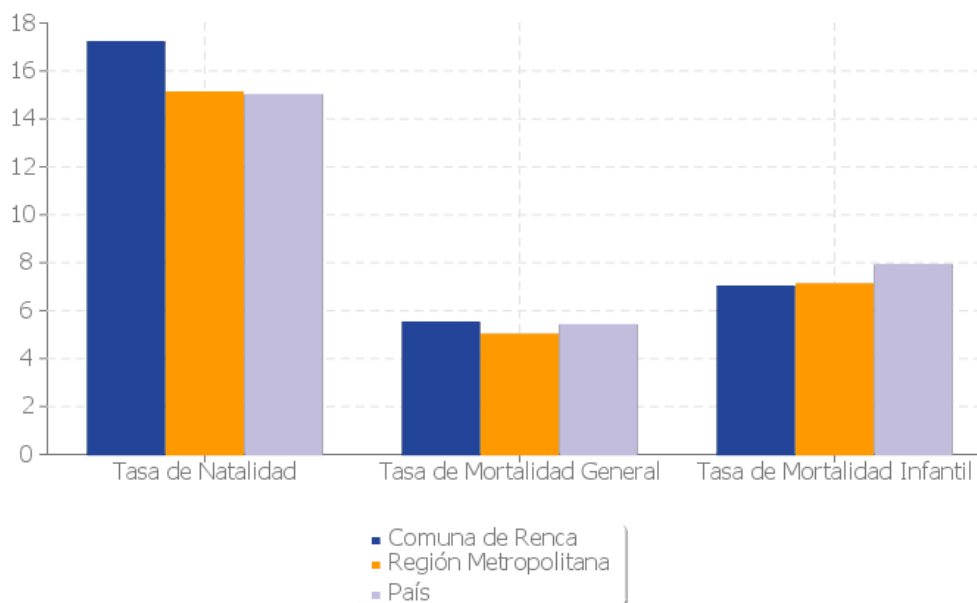
Después de 1961 hubo un sostenido descenso de la mortalidad y de la natalidad, siendo importante considerar el cambio demográfico de Chile en donde luego de haber superado las causas de muerte por enfermedades infecto-contagiosas y reducido la mortalidad infantil, presenta como causa de muerte las enfermedades crónicas no transmisibles y degenerativas y las causas externas como accidentes traumáticos y violencia entre otras.

Tasas de natalidad, mortalidad general e infantil año 2009

Territorio	Tasa de Natalidad	Tasa de Mortalidad General	Tasa de Mortalidad Infantil
Comuna de Renca	17,2	5,5	7
Región Metropolitana	15,1	5	7,1
País	15	5,4	7,9

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud (MINSAL).

Renca, Región Metropolitana de Santiago, País: Tasas de natalidad, mortalidad general e infantil



Mortalidad materna

Defunciones y Mortalidad¹ Materna, según región. Chile 2000-2010.

Región	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Total País	49	18,7	45	17,4	43	17,1	30	12,2	42	17,3	48	19,8
Región Metropolitana de Santiago	17	15,8	12	11,3	10	9,8	12	12	13	13,3	12	12,3
	2006		2007		2008		2009		2010			
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa		
	47	19,3	44	18,2	41	16,5	50	19,7	46	18,3		
	15	15,2	15	15,3	16	15,9	22	21,4	17	16,8		

La mortalidad materna en Chile ha seguido una tendencia exponencial de reducción a partir del año 1957, donde se observan grandes quiebres de pendiente: Desde 1957 al 1965 el ritmo de la reducción era de 5.25 por 100 mil nacidos vivos por año; después de 1965 la reducción es de 13.2 por 100 mil nacidos vivos por año; en 1981 se produce un enlentecimiento hasta el año 2003 para luego producirse un estancamiento que se observa desde el 2003 a la fecha.

la reducción de la mortalidad materna durante los últimos 50 años se debe al efecto sinérgico de varios factores, entre los cuales figuran:

- Incremento de la escolaridad de las madres

- Cambios en la conducta reproductiva

- Programas de nutrición complementaria para las madres y sus hijos

- Acceso universal al cuidado prenatal y postnatal en la red de atención primaria

- Atención profesional del parto

- Desarrollo de unidades de emergencia obstétrica y cuidados especializados para embarazos de alto riesgo

- Mejoras sanitarias como acceso al agua potable y alcantarillado

El perfil actual es dominado por causas externas, eclampsia e hipertensión gestacional, mujeres del sector urbano, dueñas de casa, mayores de 30 años y que recibieron atención médica (>80%)

Las tres regiones que superan el promedio acumulado de 18 por 100 mil nacidos vivos por año para los últimos 10 años son Coquimbo, Tarapacá y La Araucanía

El dramático incremento de la educación de la mujer casi duplicó el efecto de casi todos los otros factores evaluados.

WWW.SOCHOG.CL – Nov. 2012, SOCIEDAD CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Mortalidad general e infantil año 2010

Las presentes tablas muestran los índices de Mortalidad de Renca conforme a los datos DEISS -2010 en relación a la mortalidad en Adolescentes, Adultos y Adultos Mayores así como también las causas de Mortalidad y los índices de Swaroop.

Tabla 15: Mortalidad (*) infantil y sus componentes, por Región y Comuna de residencia de la madre. Chile, 2010

Región y comuna	Infantil		Neonatal		Neonatal Precoz		Postneonatal	
	Defunciones menores de 1 año	Tasa	Defunciones menores 28 días	Tasa	Defunciones menores 7 días	Tasa	Defunciones 28 días a 11 meses	Tasa
Total País	1.862	7,4	1.283	5,1	988	3,9	579	2,3
Metropolitana de Santiago	721	7,1	520	5,1	399	3,9	201	2,0
Renca	17	7,5	15	6,6	15	6,6	2	0,0

Mortalidad en la niñez, según grupos de edad, por Región y Comuna. Chile, 2010

Región y comuna	Grupos de edad (años)					
	Total		1 a 4		5 a 9	
	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)
Total País	500	0,2	312	0,3	188	0,2
Metropolitana de Santiago	167	0,2	106	0,3	61	0,1
Renca	3	0,2	2	0,2	1	0,1

Mortalidad del adolescente, según sexo, por Región y Comuna. Chile, 2010

Región y comuna	Ambos Sexos		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)
Total País	967	0,3	661	0,5	306	0,2
Metropolitana de Santiago	309	0,3	215	0,4	94	0,2
Renca	12	0,6	7	0,6	5	0,5

Mortalidad del adulto, según grupos de edad y sexo, por Región y Comuna. Chile, 2010

Región y comuna	20 A 44 AÑOS				45 A 64 AÑOS			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa(*)	Defunciones	Tasa(*)	Defunciones	Tasa(*)	Defunciones	Tasa(*)
Total País	5.047	1,6	2.067	0,6	12.255	6,5	7.207	3,7
Metropolitana de Santiago	1.837	1,4	751	0,6	4.498	6,1	2.809	3,5
Renca	51	2,0	15	0,6	114	8,4	75	5,0

MORTALIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES, SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO POR REGIÓN Y COMUNA, 2009

REGIÓN Y COMUNA	65 A 79 AÑOS				80 Y MÁS AÑOS			
	HOMBRES		MUJERES		HOMBRES		MUJERES	
	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)
Total País	16.808	31,9	12.429	18,9	13.519	122,7	19.599	100,6
Metropolitana de Santiago	5961	30,7	4695	17,9	4909	122,7	8046	92
Renca	140	36,8	114	23,4	76	126,5	120	88,0

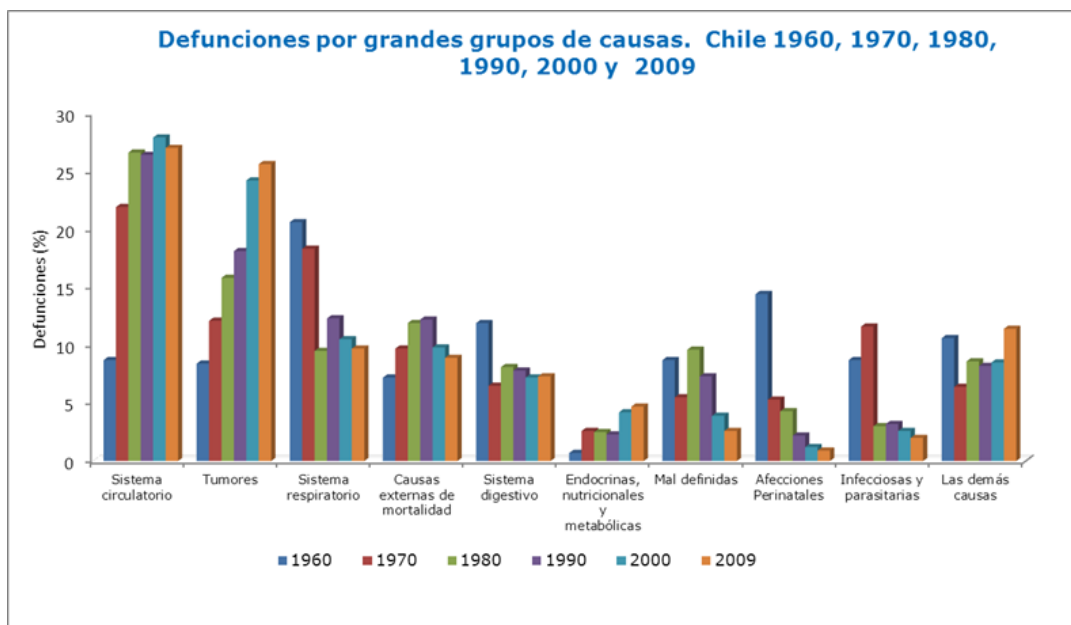
▪ Mortalidad por causas

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.

Distribución porcentual de las defunciones por grandes grupos de causas de muerte.

Gran grupo de causas de muerte	Año					
	1960	1970	1980	1990	2000	2009
Sistema circulatorio	8,7	21,9	26,6	26,4	27,9	27
Tumores	8,4	12,1	15,8	18,1	24,2	25,6
Sistema respiratorio	20,6	18,3	9,5	12,3	10,5	9,7
Causas externas de mortalidad	7,2	9,7	11,9	12,2	9,8	8,9
Sistema digestivo	11,9	6,5	8,1	7,8	7,2	7,3
Endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,7	2,6	2,5	2,3	4,2	4,7
Mal definidas	8,7	5,5	9,6	7,3	3,9	2,6
Afecciones Perinatales	14,4	5,3	4,3	2,2	1,2	0,9
Infecciosas y parasitarias	8,7	11,6	3	3,2	2,6	2
Las demás causas	10,6	6,4	8,6	8,2	8,5	11,4

Fuente: DEIS-MINSAL



Fuente: DEIS-MINSAL

Esperanza de vida Chile

En el cuadro que se presenta a continuación, se puede observar que la esperanza de vida en Chile entre el año 2010 a 2015 se estima en promedio 79 años, con un claro incremento de la longevidad femenina.

Esperanza de vida al nacer (en años), según sexo, por quinquenios comprendidos entre los años 1950 y 2025

Periodo	Sexo		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
1950-1955	54,80	52,91	56,77
1955-1960	56,20	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	66,80
1975-1980	67,19	63,94	70,57
1980-1985	70,70	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	74,80	80,80
2005-2010	78,45	75,49	81,53
2010-2015	79,10	76,12	82,20
2015-2020	79,68	76,68	82,81
2020-2025	80,21	77,19	83,36

FUENTE: Instituto Nacional de Estadísticas, Proyecciones y Estimaciones de Población, Total País, 2004

En la comuna de Renca se observa un envejecimiento progresivo de su población. La población de 60 y más años (Censo del 2002), correspondía al 9,3% de la población comunal, estimándose al año 2013 que representa el 14% de la

población (20.124) total de los habitantes, correspondiendo al 43,0% a varones y 57,0% a mujeres, situación que estaría en aumento, considerando que la encuesta CASEN 2011, estima una población mayor de 65 años de sólo un 8,3%

Por su parte la población de 65 años y más en el Censo 2002 alcanzaba al 6,3% de la población comunal, estimándose al 2013 que representa el 9,5% del total de hab. De acuerdo a Naciones Unidas, se considera una población envejecida cuando del total de la población sobre el 7% corresponde a personas de 65 y más años.

Así el Índice de Adultos Mayores al Censo 2002 era de 23,8 aumentando al año 2013 a 42,5. Esta es una medida del envejecimiento y representa el número de adultos mayores de 65 o más años por cada cien niños de 0 – 14 años.

Por tanto Renca tiene una población envejecida, con altos niveles de pobreza y, con mayores demandas en los ámbitos de la salud, sociales, económicos y otros. Datos de la Ficha de Protección Social comunal, indica que de 15.578 adultos mayores encuestados, el 41,7% (6.503 personas) se ubica en el Quintil I que corresponde al 20% más pobre de la población.

En la comuna, se estima **existen 20.165 personas de 60 años y más**, y en el contexto del envejecimiento activo, se ha promovido la organización formal de este segmento poblacional, dando por resultado el 14,5% de la población adulta mayor, organizada en torno a 117 Clubes de Adultos Mayores, una asertiva instancia para la integración social, generación sentido de pertenencia e importancia a los lazos sociales entre los adultos mayores.

Por otro lado, de acuerdo a la experiencia adquirida a través del programa de adulto mayor y estimaciones estadísticas locales, se fueron reconociendo diferentes necesidades y situaciones de riesgo en la población adulto mayor de la comuna. En ese sentido, se reconocen el pobre desarrollo de habilidades y estrategias en los usuarios que permitan hacer frente a los desafíos personales en que se encuentran según su ciclo vital, determinando alteraciones en sus competencias físicas, psíquicas, emocionales y de interacción; restricción en el desempeño de roles y mantención de rutinas saludables; limitación de intereses y disminución de motivación por nuevas actividades. Lo anterior, determina alteraciones en sus procesos de desempeño, disminuyendo su autonomía e independencia en actividades de la vida cotidiana y además su participación en actividades sociales, deteriorando su calidad de vida, al aumentar los procesos de deterioro y marginación. Asimismo y en gran parte de los casos, las situaciones descritas con anterioridad colocan al adulto mayor en una situación de vulnerabilidad, apareciendo como víctima de situaciones de negligencia, abuso y, en ocasiones, de maltrato.

Lo anterior, se ve exacerbado en la medida que la población se enmarca en contextos de bajo desarrollo socio económico y cultural que influyen de manera negativa en los procesos de envejecimiento de los usuarios, en la medida que también existen ideas culturales negativas asociadas a la población de adulto mayor. De acuerdo a la FPS, 1.589 adultos mayores viven en condiciones de allegamiento en sitio, solos ó con algún pariente u otro, lo que indica, adultos mayores en condición de alto riesgo social.

Es importante relevar que a fines del año 2012 Renca inaugura el Primer Centro Ambulatorio del Adulto Mayor a nivel país con la presencia del Ministerio Social y la primera autoridad comunal Dra. Vicky Barahonna Kunstmann, el cual cumple con el objetivo de brindar un lugar protegido para los adultos mayores en condiciones que sus cuidadores deben realizar funciones laborales o de trámites diarios. Logrando con ello una cobertura de 72 Adultos Mayores al mes de Diciembre de 2012.

Índice de Swaroop

También llamado tasa de mortalidad proporcional es una tasa empleada en demografía y epidemiología para comparar la mortalidad entre poblaciones con diferente estructura. Las tablas que se presentan a continuación muestran que Renca presenta porcentajes cercanos a los índices naciones y regionales.

Para evitar el sesgo comparativo entre poblaciones con diferentes estructuras de edades se emplea el índice de Swaroop, que representa el porcentaje de defunciones ocurridas en personas de 60 años y más. Reformulación índice propuesto por Rodríguez de Paiva por cada 100 defunciones totales (un valor más elevado indica una mejor situación sanitaria). Se obtiene en un año, y el 100% se obtendría si todas las personas vivieran más de 60 años.

Tasa de Mortalidad General e Índice de Swaroop según sexo. Chile, Región Metropolitana, Servicio de Salud Occidente y Comuna Renca. Año 2010

LUGAR	Tasa de mortalidad general			Índice de Swaroop		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
RENCA	746	396	350	69.7	62.6	77.7
REGION METROPOLITANA	36.934	18.888	18.046	77.1	70.9	83.5
PAIS	97.930	52.237	45.693	76.4	71.1	82.5

Fuente: Estadísticas vitales Minsal 2010

Proyección de las doce primeras causas específicas de AVISA por sexo. Chile 2010.

Hombres	AVISA	Mujeres	AVISA	Ambos Sexos	AVISA
Enfermedad Hipertensiva del Corazón	153,907	Otras Digestivas	188,316	Enfermedad Hipertensiva del Corazón	294,575
Dependencia de alcohol	122,202	Otras Neurosiquiátricas	140,813	Otras Digestivas	263,535
Otras Musculoesqueléticas	121,571	Enfermedad Hipertensiva del Corazón	140,668	Otras Neurosiquiátricas	223,156
Cirrosis Hepática	100,452	Trastornos de las vías biliares y vesícula	124,816	Trastornos depresivos unipolares	179,472
Accidentes de Tránsito	91,627	Trastornos depresivos unipolares	120,949	Otras Musculoesqueléticas	173,304
Otras Neurosiquiátricas	82,343	Trastornos ansiosos	72,31	Trastornos de las vías biliares y vesícula	171,314
Violencia	76,858	Violencia	56,948	Dependencia de alcohol	141,285
Otras Digestivas	75,219	Otras Musculoesqueléticas	51,733	Violencia	133,806
Caídas	66,633	Úlcera péptica	46,356	Cirrosis Hepática	132,42
Violencia	65,789	Cataratas	43,712	Accidentes de Tránsito	130,734
Lesiones autoinflingidas	62,09	Obesidad	41,882	Caídas	105,307
Trastornos depresivos unipolares	58,523	Infertilidad femenina, masculina y de la pareja	39,687	Úlcera péptica	93,888

Fuente: Elaboración propia según base de datos del DEIS-MINSAL

AVPP (años de vida potencialmente perdidos)

Este índice ilustra la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. El supuesto en el que

se basan los AVPP es que cuando más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida.

Año	Comuna de Renca		Región Metropolitana		País	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
2010	7.800	4.043	295.202	171.481	806.781	459.081
2009	7.165	4.380	288.621	166.904	810.968	447.530
2008	6.696	3.788	286.895	163.266	803.348	450.708
2007	6.670	3.801	287.784	170.892	803.251	453.124
2006	8.239	4.005	274.814	162.138	762.913	433.740

Fuente Deisminsal.cl

En el cuadro anterior se observa un incremento tanto en la región metropolitana y los resultados País. La comuna de Renca en cambio presenta una disminución en relación a período de 5 años en muertes prematuras en varones lo que podría evidenciar que las políticas locales de salud han mejorado en acceso y protección a los grupos más vulnerables de la comuna.

Dentro de las causas más frecuentes de los años de vida potencialmente perdidos encontramos las siguientes:

- **Causas externas**
- **Accidentes de Transporte**
- **Lesiones Auto infligidas Intencionalmente**
- **Agresiones**
- **Enfermedad por VIH**
- **Tumores malignos**
- **Enfermedades del sistema circulatorio**
- **Enfermedades del sistema respiratorio**
- **Otras causas**

MORBILIDAD

El siguiente cuadro muestra el resumen de las atenciones de Morbilidad realizadas entre los años 2010 y 2012, así como también las atenciones realizadas hasta Agosto del presente año, permitiendo observar el aumento anual progresivo a nivel comunal de las consultas de morbilidad y al mismo tiempo proyectar que dicho aumento se mantendrá al término del presente año 2013, considerando la estimación realizada entre el total de consultas a la fecha, su distribución promedio mensual y el total de cobertura realizado en el año 2012. Conforme a lo anterior se espera para el año 2013, un total de 116.004 consultas de morbilidad considerando los 4 centros de salud, dado que a Agosto del 2013 se observa un promedio mensual de 9.667 consultas de Morbilidad lo que equivale al 67,8% de las consultas de morbilidad realizadas durante todo el año 2012, por ello se estima que las consultas para el año 2013 habrán aumentado en un 1,76%, lo que si bien refleja la mantención del aumento anual, es inferior al aumento presentado entre los años 2011 y 2012 que fue del 2,84%. Esto puede deberse al aumento de las actividades educativas y de prevención en salud realizadas en los últimos años a nivel Ministerial y Comunal.

**Cuadro resumen de las atenciones de Morbilidad
entre los años 2010- Agosto 2013**

CES	2010	2011	2012	Agosto 2013
RENCA	41.849	52.715	43.746	30.075
H. URZUA	38.426	42.083	43.702	26.462
HUAMACHUCO	13.831	13.500	14.842	11.922
BICENTENARIO		2.543	11.699	8.878
TOTAL	94.106	110.841	113.989	77.337

Tasa Consulta Morbilidad Comuna de Renca
Enero-Agosto 2012

Centro de Salud	Tasa
Renca	0.97
H. Urzúa	0.69
Huamachuco	0.71
Bicentenario	0.88
Comunal	0.61

EXÀMENES DE SALUD

A nivel comunal los exámenes de salud son realizados en los distintos Servicios de toma de muestra de cada centro de salud a excepción del Ces Renca el cual realiza esta actividad en dependencias del SAPU Renca.

Desde el año 2011, la Dirección de Salud realiza la compra de servicios a **Laboratorio Holanda** quien procesa las muestras de exámenes Tomadas en los centros de salud de la comuna.

Es importante señalar, que la externalización del servicio al nuevo Laboratorio, se fundamenta en la constante preocupación de la actual gestión en la búsqueda de servicios de calidad, 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**, cuenta con un Alto estándar de calidad, manteniendo 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 su envío no supera las 48 hrs., para los exámenes que no requieren de cultivo.

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 – 2012

Total exámenes tomados por Centro de Salud

TOTAL EXAMENES				
AÑO	RENCA	HUAMACHUCO	H. U. MERINO	BICENTENARIO
2009	103.909	35.532	63.451	0
2010	112.603	32.281	73.288	0
2011	115.735	30.762	71.169	4.176
2012	144.574	31.705	79.701	36.650

Como se puede apreciar, existe un marcado incremento de exámenes, por año.

Así, el año 2010, se incrementa en un 7,53%, el año 2011, se incrementa en un 1,68% y el año 2012, se incrementa en un 31,90%, este gran incremento, se debe principalmente, al aumento de la población y al funcionamiento del cuarto Centro de Salud Bicentenario.

La tabla siguiente muestra los nueve meses del año en curso y refleja una cobertura del 71,68%, en relación a igual período del año 2012.

CENTRO DE SALUD	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT	TOTAL
Renca	11806	9503	11692	15014	12711	11477	12856	12056	10073	107.188
Huamachuco	2360	1895	1907	3119	2803	2429	2672	2667	2120	21.972
H. Urzúa	6464	5274	5724	6480	5884	5200	6317	6740	4709	52.792
Bicentenario	3451	2960	2711	2910	3279	3455	3256	3126	2673	27.821
TOTAL	24.081	19.632	22.034	27.523	24.677	22.561	25.101	24.589	19.575	209.773

PLANTILLA DE EXAMENES DE MAYOR FRECUENCIA REALIZADOS Y DISPONIBLES EN LA RED DE SALUD LOCAL 2013

COOMBS DIRECTO, TEST DE
GRUPOS SANGUINEOS AB0 Y RHO (INCLUYE ESTUDIO DE FACTOR DU EN HEMATOCRITO (PROC. AUT.)
HEMOGLOBINA EN SANGRE TOTAL (PROC. AUT.)
HEMOGLOBINA GLICOSILADA
HEMOGRAMA (INCLUYE RECUENTOS DE LEUCOCITOS Y ERITROCITOS, PROTOMBINA, TIEMPO DE O CONSUMO DE (INCLUYE INR, RELACION RECUENTO DE PLAQUETAS (ABSOLUTO)
TTPK
VELOCIDAD DE ERITROSEDIMENTACION (PROC. AUT.)
ACIDO URICO, EN SANGRE
BILIRRUBINA TOTAL (PROC.AUT.)
BILIRRUBINA TOTAL Y CONJUGADA
CALCIO EN SANGRE
CREATININA EN SANGRE
CREATINQUINASA CK - TOTAL
ELECTROLITOS PLASMATICOS (SODIO, POTASIO, CLORO) C/U
PERFIL LIPIDICO (INCLUYE: COLESTEROL TOTAL, HDL, LDL, VLDL Y FOSFATASAS ALCALINAS TOTALES
FOSFORO (FOSFATOS) EN SANGRE
GLUCOSA EN SANGRE
GLUCOSA, PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA ORAL (PTGO), (DOS NITROGENO UREICO Y/O UREA, EN SANGRE
PROTEINAS TOTALES O ALBUMINAS, C/U, EN SANGRE
TRANSAMINASAS, OXALACETICA (GOT/AST), PIRUVICA (GPT/ALT), TRIGLICERIDOS (PROC.AUT.)
COLESTEROL TOTAL (PROC.AUT.)
PERFIL BIOQUIMICO (DETERMINACION AUTOMATIZADA DE 12
PERFIL HEPATICO (INCLUYE TIEMPO DE PROTROMBINA, BILIRRUBINA COCAINA EN ORINA
MARIHUANA EN ORINA
HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE (FSH)
HORMONA LUTEINIZANTE (LH)
INSULINA
TIROESTIMULANTE (TSH), HORMONA (ADULTO, NINO O R.N.)
TIROXINA LIBRE (T4L)
TIROXINA O TETRAYODOTIRONINA (T4)
TRIYODOTIRONINA (T3)
ESTRADIOL (17-BETA)
INSULINA, CURVA DE (MINIMO CUATRO DETERMINACIONES E INCLUYE GONADOTROFINA CORIONICA, SUB-UNIDAD BETA: TITULACION POR FACTOR REUMATOIDEO POR TECNICA DE LATEX U OTRAS SIMILARES
PROTEINA C REACTIVA POR TECNICA DE LATEX U OTRAS SIMILARES
ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO
TINCION DE GRAM
COPROCULTIVO, C/U
CULTIVO CORRIENTE (EXCEPTO COPROCULTIVO, HEMOCULTIVO Y UROCULTIVO, RECUENTO DE COLONIAS Y ANTIBIOGRAMA (CUALQUIER

ANTIBIOGRAMA CORRIENTE (MINIMO 10 FARMACOS) (EN CASO DE
COPROPARASITOLÓGICO SERIADO SIMPLE (INCLUYE DIAGNÓSTICO DE
GRAHAM, EXAMEN DE (INCLUYE DIAGNÓSTICO DE
VIRUS HEPATITIS B, ANTIGENO DE SUPERFICIE O ANTIGENO
ANTICUERPOS VIRALES, DETERM. DE H.I.V.
CREATININA CUANTITATIVA EN ORINA (índice Mau/crea)
MICROALBUMINURIA CUANTITATIVA
ORINA COMPLETA, (INCLUYE COD. 03-09-023 Y 03-09-024)
ORINA, SEDIMENTO (PROC. AUT.)
PROTEÍNA (CUANTITATIVA), EN ORINA
ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO (BIOPSIA)

CONSULTAS MÉDICAS

AÑO 2012	RENCA	URZUA	HCO	BICENTE	TOTAL
Consul. médica					
Ira altas	5276	7502	2587	1552	16917
S.B.O.	2026	484	986	675	4171
Neumonía	158	351	88	239	836
Asma	62	42	6	109	219
Enf.pulmonar obs.crónica	23	66	48	61	198
Otras respiratorias	412	2317	0	50	2779
obstétricas	26	0	16	0	42
Ginecología	786	1072	114	17	1989
Infec. transm. sexual	7	0	0	0	7
VIH-SIDA	0	0	0	0	0
Otras morbilidades	20961	18558	5926	6257	51702
TOTAL	29737	30392	9771	8960	78860

AÑO 2013	RENCA	URZUA	HCO	BICENTE.	TOTAL
Consult. médica					
Ira altas	6130	7524	2796	1659	18109
S.B.O.	1888	490	1076	504	3958
Neumonía	163	99	161	178	601
Asma	37	13	15	29	94
Enf.pulmonar obs.crónica	25	14	67	5	111
Otras respiratorias	292	1548	0	35	1875
obstétricas	4	0	2	0	6
Ginecología	233	673	46	0	952
Infecctrasmic.sexual	2	0	0	0	2
VIH-SIDA	4	0	0	0	4
Otras morbilidades	21297	16101	7759	6468	51625
TOTAL	30075	26462	11922	8878	77337

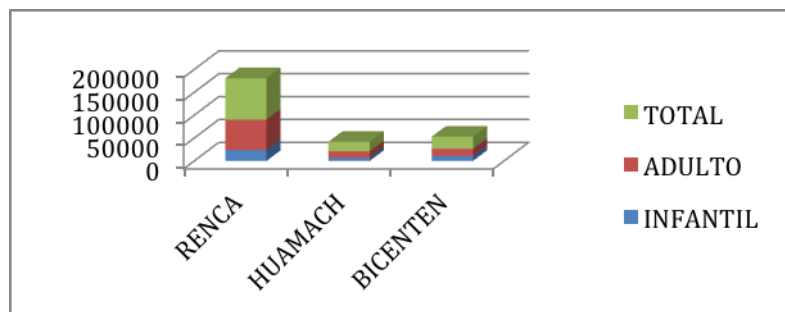
CONSULTAS CARDIO VASCULAR

AÑO 2012	RENCA	URZUA	HCO	BICENTENA.	TOTAL
MÉDICO	7727	2172	2513	138	12550
ENFERMERA	1520	1448	380	165	3513
NUTRICIONISTA	2694	363	363	423	3843
TEC-PARAMÉDICO	0	0	317	0	317
	11941	3983	3573	726	20223

AÑO 2013	RENCA	URZUA	HCO	BICENTENA.	TOTAL
MÉDICO	6464	1793	3023	421	11701
ENFERMERA	2784	2119	646	128	5677
NUTRICIONISTA	2523	492	397	647	4059
TEC-PARAMÉDICO	0	0	188	0	188

ATENCIONES SAPU – ESTADISTICAS COMUNALES

año 2012	RENCA	HUAMACHU.	BICENTENA.	TOTAL
INFANTIL	37374	9858	15735	62967
ADULTO	99993	20243	20847	141083
TOTAL	137367	30101	36582	204050



año 2013	RENCA	HUAMACHU.	BICENTENA.	TOTAL
INFANTIL	23738	7238	11046	42022
ADULTO	66575	13761	15427	95763
TOTAL	90313	20999	26473	137785

Las patologías más frecuentes en los SAPU de la comuna de Renca

Cólico abdominal

cólico renal

Cuadros respiratorios (NAC.SBO.SBPOC).

Accidentes escolares

Crisis HTA.

Crisis DMII.

Accidentes de tránsito

Constatación de lesiones

Alcoholemias

Procedimientos quirúrgicos

Patologías de salud mental

Abdomen agudo

Cirrosis hepática

Crisis convulsivas

Patologías extrema urgencias

Paro cardiorrespiratorio

Infarto agudo miocardio

Shock s séptico

Heridas corto punzantes

Heridas arma de fuego

Angina inestables

Hemorragias digestivas

Intoxicaciones

Arritmias

Insuficiencia renal

Partos

Egresos Hospitalarios de ambos sexos, según edad y causas. Nivel País año 2011.

Gran grupo de causas	Total	Grupo de Edad (años)					
		0-4	5-9	10-19	20-44	45-64	65 y más
Todas las Causas	1.648.687	176.162	55.596	153.196	601.857	342.484	319.392
Ciertas Enfermedades Infecciosas Y Parasitarias	42.642	13.598	2.981	3.840	8.349	6.269	7.605
Tumores	118.053	4.495	3.594	7.005	26.135	43.304	33.520
Enfermedades de la Sangre y de los Órganos Hematopoyéticos	8.951	1.039	676	891	1.651	1.881	2.813
Enfermedades Endocrinas, Nutricionales Y Metabólicas	46.087	1.248	619	2.029	13.413	14.992	13.786
Trastornos Mentales y del Comportamiento	29.393	134	258	4.448	14.071	8.038	2.444
Enfermedades del Sistema Nervioso	26.460	3.264	1.473	2.447	7.048	7.459	4.769
Enfermedades del Ojo y sus Anexos	18.980	881	533	565	2.508	5.431	9.062
Enfermedades del Oído y de la Apófisis Mastoides	5.696	769	649	703	1.279	1.509	787
Enfermedades Sistema Circulatorio	125.538	650	485	2.073	14.845	43.178	64.307
Enfermedades Sistema Respiratorio	165.579	58.399	15.485	9.767	17.908	18.308	45.712

PLAN DE SALUD 2014



Enfermedades del Sistema Digestivo	206.038	7.612	8.153	21.176	65.449	62.278	41.370
Enfermedades de la Piel y del Tejido Subcutáneo	23.892	1.855	1.134	2.640	6.506	6.434	5.323
Enfermedades del Sistema Osteomuscular y del Tejido Conjuntivo	64.691	1.093	1.050	4.895	21.273	25.101	11.279
Enfermedades del Sistema Genitourinario	130.413	9.489	4.350	7.571	38.308	38.595	32.100
Embarazo, Parto y Puerperio	322.479	0	0	50.023	271.040	1.416	0
Ciertas Afecciones Originadas en el Período Perinatal	37.017	37.017	0	0	0	0	0
Malformaciones Congénitas, Deformidades y Anomalías Cromosómicas	20.506	10.248	2.308	3.322	3.022	1.125	481
Síntomas, Signos y Hallazgos Anormales Clínicos y de Laboratorio no clasificados en otra parte	45.829	7.688	2.592	5.355	9.749	9.351	11.094
Traumatismos, Envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	153.397	11.818	8.059	19.298	54.705	35.360	24.157
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	57.046	4.865	1.197	5.148	24.598	12.455	8.783

Egresos Hospitalarios de ambos sexos, según edad y causas. Servicio de Salud de Metropolitano Occidente, 2011.

Gran grupo de causas	Total	Grupo de Edad (años)					
		0-4	5-9	10-19	20-44	45-64	65 y más
Todas las Causas	66.191	9.268	2.199	7.507	24.124	11.957	11.136
Ciertas Enfermedades Infecciosas Y Parasitarias	1.231	519	79	128	178	148	179
Tumores	4.675	291	94	279	1.094	1.632	1.285
Enfermedades de la Sangre y de los Órganos Hematopoyéticos	204	28	16	24	42	37	57
Enfermedades Endocrinas, Nutricionales Y Metabólicas	1.982	28	28	87	303	753	783
Trastornos Mentales y del Comportamiento	736	2	7	108	350	208	61

Enfermedades del Sistema Nervioso	542	138	26	30	108	135	105
Enfermedades del Ojo y sus Anexos	341	19	8	8	44	134	128
Enfermedades del Oído y de la Apófisis Mastoides	197	20	22	38	44	61	12
Enfermedades Sistema Circulatorio	4.476	15	6	61	417	1.633	2.344
Enfermedades Sistema Respiratorio	7.675	3.928	784	406	409	629	1.519
Enfermedades del Sistema Digestivo	8.254	224	322	1.054	2.463	2.550	1.641
Enfermedades de la Piel y del Tejido Subcutáneo	609	74	33	69	125	156	152
Enfermedades del Sistema Osteomuscular y del Tejido Conjuntivo	2.277	55	56	139	552	957	518
Enfermedades del Sistema Genitourinario	4.347	288	115	237	1.066	1.485	1.156
Embarazo, Parto y Puerperio	17.353	0	0	3.418	13.876	59	0
Ciertas Afecciones Originadas en el Período Perinatal	1.966	1.966	0	0	0	0	0
Malformaciones Congénitas, Deformidades y Anomalías Cromosómicas	1.415	981	136	168	87	25	18
Síntomas, Signos y Hallazgos Anormales Clínicos y de Laboratorio no clasificados en	457	76	27	38	69	96	151

otra parte							
Traumatismos, Envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	5.349	561	420	804	1.557	1.044	963
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	2.105	55	20	411	1.340	215	64

Egresos Hospitalarios de ambos sexos, según edad y causas. Región Metropolitana de Santiago, Comuna de Renca, 2011.

Gran grupo de causas	Total	Grupo de Edad (años)					
		0-4	5-9	10-19	20-44	45-64	65 y más
Todas las Causas	9.761	1.563	395	1.127	3.657	1.740	1.279
Ciertas Enfermedades Infecciosas Y Parasitarias	181	83	11	16	32	15	24
Tumores	612	26	27	66	143	202	148
Enfermedades de la Sangre y de los Órganos	33	2	3	12	6	4	6

Hematopoyéticos							
Enfermedades Endocrinas, Nutricionales Y Metabólicas	205	4	5	12	62	70	52
Trastornos Mentales y del Comportamiento	192	0	2	39	93	47	11
Enfermedades del Sistema Nervioso	146	23	46	6	33	24	14
Enfermedades del Ojo y sus Anexos	80	2	4	0	26	25	23
Enfermedades del Oído y de la Apófisis Mastoides	18	1	6	3	2	5	1
Enfermedades Sistema Circulatorio	600	1	5	9	68	231	286
Enfermedades Sistema Respiratorio	1.252	847	114	50	67	64	110
Enfermedades del Sistema Digestivo	1.243	36	44	157	373	414	219
Enfermedades de la Piel y del Tejido Subcutáneo	76	9	3	8	21	21	14
Enfermedades del Sistema Osteomuscular y del Tejido Conjuntivo	334	8	14	24	96	137	55
Enfermedades del Sistema Genitourinario	664	65	19	57	168	202	153
Embarazo, Parto y Puerperio	2.280	0	0	466	1.806	8	0
Ciertas Afecciones Originadas en el Período Perinatal	270	270	0	0	0	0	0

Malformaciones Congénitas, Deformidades y Anomalías Cromosómicas	117	62	16	19	10	6	4
Síntomas, Signos y Hallazgos Anormales Clínicos y de Laboratorio no clasificados en otra parte	74	9	2	9	18	13	23
Traumatismos, Envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	957	94	69	118	353	206	117
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	427	21	5	56	280	46	19

Fuente: www.deis.cl

Serie histórica de Enfermedades de Declaración Obligatoria País 2000-2010

Enfermedad	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
De transmisión alimentaria											
Carbunco	8	4	5	1	11	0	1	1	4	1	0
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	858	764	730	573	533	476	358	274	280	178	199
Meningitis Meningoencefalitis Listeriana	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Triquinosis	29	25	83	25	62	49	57	13	16	42	15
De transmisión respiratoria											
Enf. Invasora por Haemophilus Influenzae b	16	13	8	14	14	13	8	2	11	7	5
Enf. Meningocócicas (Bacteriana)	572	483	374	297	250	198	128	109	104	99	76
Meningitis bacteriana no clasificada en otra parte	0	0	0	0	0	0	0	0	50	35	92
Tuberculosis	3.013	3.119	3.080	2.908	2.794	2.548	2.558	2.463	2.461	2.467	2.496
De transmisión sexual											
Gonorrea	2.427	2.386	2.028	1.907	1.723	1.720	1.294	1.166	1.019	1.064	1.290
Sífilis	3.655	3.210	2.820	2.973	3.180	2.819	2.980	3.005	3.225	3.382	3.372
Prevenibles por inmunización											
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	2.251	2.257	1.798	1.841	1.483	1.572	1.468	1.393	1.239	823	892
Rubéola	706	441	305	128	3	49	0	4.281	15	1	0
Sarampión	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Tétanos	10	10	7	11	10	8	7	3	8	10	9
Tétanos Neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina (Coqueluche)	3.281	1.609	1.166	1.085	1.056	1.219	1.277	1.048	970	692	801
Hepatitis víricas											
Hepatitis A	871	1.946	4.512	3.935	1.871	642	365	252	142	187	166

Hepatitis B	200	271	229	226	245	195	263	298	356	513	1.10 2
Hepatitis C	132	61	109	90	107	126	104	159	222	405	655
Las demás Hepatitis	4.60 8	3.87 4	6.61 4	6.46 9	2.88 9	1.60 6	611	695	705	454	401
Zoonosis y Vectoriales											
Brucelosis	9	12	12	10	9	9	6	1	8	16	5
Dengue	0	5	568	0	1	9	5	62	43	51	23
Enfermedad de Chagas	802	685	28	18	24	40	29	54	92	145	242
Feto y recién nacido afectados por enfermedades infecciosas y parasitarias de la madre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hidatidosis (equinococosis)	289	384	341	310	338	334	305	320	267	271	240
Infección por Hanta Virus	28	81	65	60	56	69	39	45	41	36	62
Leptospirosis	1	0	22	27	18	28	28	18	6	13	5
Importadas											
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Malaria	7	4	5	6	7	4	3	5	4	4	3
Otras											
Enfermedad de Creutzfeld-Jacob	0	0	0	0	0	10	20	45	37	38	39

Serie histórica de Enfermedades de Declaración Obligatoria Región Metropolitana de Santiago 2000-2010

Enfermedad	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
De transmisión alimentaria											
Carbunco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	254	201	212	145	135	102	80	61	54	37	69
Meningitis Meningoencefalitis Listeriana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Triquinosis	8	2	48	5	31	4	4	0	5	3	1
De transmisión respiratoria											
Enf. Invasora por Haemóphilus Influenzae b	3	6	3	6	4	3	2	1	5	6	2
Enf. Meningocócicas (Bacteriana)	306	247	169	135	115	83	52	43	51	43	44
Meningitis bacteriana no clasificada en otra parte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	14
Tuberculosis	1.059	1.136	1.062	1.032	1.011	990	965	905	1.026	959	1.043
De transmisión sexual											
Gonorea	541	492	478	467	484	453	339	329	288	272	396
Sífilis	1.576	1.297	1.215	1.416	1.326	1.123	1.190	1.312	1.270	1.221	1.260
Prevenibles por inmunización											
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	1.097	1.006	760	769	557	663	566	525	476	298	306
Rubéola	337	211	126	48	1	2	0	2.728	3	0	0
Sarampión	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos	1	1	1	0	2	1	1	1	0	1	2

PLAN DE SALUD 2014



Tétanos Neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina (Coqueluche)	1.147	614	459	464	497	670	614	518	535	295	256
Hepatitis víricas											
Hepatitis A	238	392	994	793	169	63	17	36	34	41	66
Hepatitis B	114	125	107	135	133	72	114	104	95	113	578
Hepatitis C	83	36	58	50	65	65	51	86	111	191	381
Las demás Hepatitis	1.818	1.156	3.217	3.718	1.267	584	237	222	159	120	154
Zoonosis y Vectoriales											
Brucelosis	2	6	0	7	2	4	2	0	3	7	4
Dengue	0	3	13	0	1	8	5	30	12	11	12
Enfermedad de Chagas	84	56	5	4	7	4	2	7	5	6	21
Feto y recién nacido afectados por enfermedades infecciosas y parasitarias de la madre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hidatidosis (equinococosis)	19	32	30	16	19	24	27	17	11	13	16
Infección por Hanta Virus	2	20	6	5	4	5	9	9	1	4	4
Leptospirosis	0	0	3	4	4	2	3	2	2	1	0
Importadas											
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Malaria	4	3	3	3	4	3	0	2	2	3	0
Otras											
Enfermedad de Creutzfeld-Jacob	0	0	0	0	0	0	0	20	14	13	16

Serie histórica de Enfermedades de Declaración Obligatoria Región Metropolitana de Santiago, Comuna Renca 2000-2010

Enfermedad	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
De transmisión alimentaria											
Carbunco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	9	3	2	1	0	2	1	0	0	0	0
Meningitis Meningoencefalitis Listeriana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Triquinosis	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0
De transmisión respiratoria											
Enf. Invasora por Haemophilus Influenzae b	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enf. Meningocócicas (Bacteriana)	10	10	8	5	7	2	1	4	0	1	0
Meningitis bacteriana no clasificada en otra parte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis	36	35	27	19	26	30	27	20	32	28	21
De transmisión sexual											
Gonorrea	14	9	3	2	4	5	3	1	6	3	3
Sífilis	27	32	25	39	22	12	20	17	24	16	13
Prevenibles por inmunización											
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	39	31	12	17	2	1	5	3	5	2	5
Rubéola	7	1	1	0	0	0	0	28	0	0	0

Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos Neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina (Coqueluche)	8	8	5	8	7	8	10	4	11	9	3
Hepatitis víricas											
Hepatitis A	9	4	28	14	15	5	3	1	0	0	0
Hepatitis B	0	1	1	1	3	1	1	2	0	1	6
Hepatitis C	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	10
Las demás Hepatitis	111	80	123	62	10	11	5	3	2	0	1
Zoonosis y Vectoriales											
Brucelosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Dengue	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad de Chagas	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Feto y recién nacido afectados por enfermedades infecciosas y parasitarias de la madre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hidatidosis (equinococosis)	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Infección por Hanta Virus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leptospirosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Importadas											
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Malaria	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Otras											
Enfermedad de Creutzfeld-Jacob	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0

Fuente: www.deis.cl

PENSIONES DE INVALIDEZ

La siguiente tabla entrega datos referente a número de beneficiarios de pensiones de Invalidez a nivel país, correspondiente a trimestre Julio - Septiembre año 2012

NÚMERO DE BENEFICIARIOS Y MONTO, EN \$ DE BENEFICIOS PAGADOS EN EL MES TOTAL PAIS, SEGÚN SEXO DEL BENEFICIARIO Y TIPO DE BENEFICIO			
julio/2012			
SEXO DEL CAUSANTE	TIPO DE BENEFICIO	TOTAL PAIS	
		NÚMERO	MONTO \$ (1)
HOMBRES	PBS Vejez	117.059	9.579.223.819
	PBS Invalidez	88.350	7.330.022.900
	APS Vejez	202.381	9.885.448.001
	APS Invalidez	12.634	1.036.291.517
	Complemento Trabajo Pesado	0	0
MUJERES	PBS Vejez	288.929	23.625.224.164
	PBS Invalidez	122.827	10.287.910.867
	APS Vejez	276.215	13.383.284.857
	APS Invalidez	17.698	1.442.595.267
	Complemento Trabajo Pesado	0	0
TOTALES POR TIPO DE BENEFICIO	PBS Vejez	405.988	33.204.447.983
	PBS Invalidez	211.177	17.617.933.767
	APS Vejez	478.596	23.268.732.858
	APS Invalidez	30.332	2.478.886.784
	Complemento Trabajo Pesado	0	0

TOTAL	1.126.093	76.570.001.392
(1) Incluye pagos retroactivos		

NÚMERO DE BENEFICIARIOS Y MONTO, EN \$ DE BENEFICIOS PAGADOS EN EL MES TOTAL PAIS, SEGÚN SEXO DEL BENEFICIARIO Y TIPO DE BENEFICIO			
agosto/2012			
SEXO DEL CAUSANTE	TIPO DE BENEFICIO	TOTAL PAIS	
		NÚMERO	MONTO \$ (1)
HOMBRES	PBS Vejez	116.045	9.505.346.743
	PBS Invalidez	81.780	6.708.451.227
	APS Vejez	207.070	10.303.166.095
	APS Invalidez	19.160	1.516.749.480
	Complemento Trabajo Pesado	0	0
MUJERES	PBS Vejez	287.830	23.570.869.542
	PBS Invalidez	116.667	9.639.553.344
	APS Vejez	282.810	13.990.675.440
	APS Invalidez	23.663	1.912.333.246
	Complemento Trabajo Pesado	0	0
TOTALES POR TIPO DE BENEFICIO	PBS Vejez	403.875	33.076.216.285
	PBS Invalidez	198.447	16.348.004.571
	APS Vejez	489.880	24.293.841.535
	APS Invalidez	42.823	3.429.082.726
	Complemento Trabajo Pesado	0	0

TOTAL		1.135.025	77.147.145.117
(1) Incluye pagos retroactivos			
NÚMERO DE BENEFICIARIOS Y MONTO, EN \$ DE BENEFICIOS PAGADOS EN EL MES TOTAL PAIS, SEGÚN SEXO DEL BENEFICIARIO Y TIPO DE BENEFICIO			
septiembre/2012			
SEXO DEL CAUSANTE	TIPO DE BENEFICIO	TOTAL PAIS	
		NÚMERO	MONTO \$ (1)
HOMBRES	PBS Vejez	115.611	9.402.537.561
	PBS Invalidez	81.736	6.763.177.248
	APS Vejez	211.511	10.442.705.949
	APS Invalidez	19.316	1.552.793.889
	Complemento Trabajo Pesado	0	0
MUJERES	PBS Vejez	287.533	23.415.891.330
	PBS Invalidez	116.640	9.781.105.703
	APS Vejez	287.696	14.069.211.757
	APS Invalidez	23.918	1.914.024.118
	Complemento Trabajo Pesado	0	0
TOTALES POR TIPO DE BENEFICIO	PBS Vejez	403.144	32.818.428.891
	PBS Invalidez	198.376	16.544.282.951
	APS Vejez	499.207	24.511.917.706
	APS Invalidez	43.234	3.466.818.007
	Complemento Trabajo Pesado	0	0

TOTAL	1.143.961	77.341.447.555
(1) Incluye pagos retroactivos		

Fuente: <http://www.safp.cl> - SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES – CENTRO DE ESTADISTICAS

A nivel país se puede estimar que en el año 2012, existió un promedio de 241.463 beneficiarios de Pensiones de Invalidez (PBS – APS).

La siguiente tabla entrega datos referente a número de beneficiarios de pensiones de Invalidez a nivel país, correspondiente a trimestre Julio - Septiembre año 2013

NÚMERO DE BENEFICIARIOS Y MONTO, EN \$ DE BENEFICIOS PAGADOS EN EL MES TOTAL PAIS, SEGÚN SEXO DEL BENEFICIARIO Y TIPO DE BENEFICIO			
julio/2013			
SEXO DEL CAUSANTE	TIPO DE BENEFICIO	TOTAL PAIS	
		NÚMERO	MONTO \$ (1)
HOMBRES	PBS Vejez	113.823	9.309.660.768
	PBS Invalidez	80.448	6.721.648.420
	APS Vejez	237.441	11.493.164.507
	APS Invalidez	21.252	1.649.866.295
	Complemento Trabajo Pesado	0	0
MUJERES	PBS Vejez	286.900	23.516.711.160
	PBS Invalidez	113.259	9.542.922.435
	APS Vejez	327.498	15.640.317.400
	APS Invalidez	26.760	2.123.471.783
	Complemento Trabajo	0	0

Pesado			
TOTALES POR TIPO DE BENEFICIO	PBS Vejez	400.723	32.826.371.928
	PBS Invalidez	193.707	16.264.570.855
	APS Vejez	564.939	27.133.481.907
	APS Invalidez	48.012	3.773.338.078
	Complemento Trabajo Pesado	0	0
TOTAL	1.207.381	79.997.762.768	
(1) Incluye pagos retroactivos			

NÚMERO DE BENEFICIARIOS Y MONTO, EN \$ DE BENEFICIOS PAGADOS EN EL MES TOTAL PAIS, SEGÚN SEXO DEL BENEFICIARIO Y TIPO DE BENEFICIO			
agosto/2013			
SEXO DEL CAUSANTE	TIPO DE BENEFICIO	TOTAL PAIS	
		NÚMERO	MONTO \$ (1)
HOMBRES	PBS Vejez	112.889	9.293.481.135
	PBS Invalidez	79.869	6.623.273.921
	APS Vejez	239.444	11.811.438.084
	APS Invalidez	21.757	1.704.041.082
	Complemento Trabajo Pesado	0	0
MUJERES	PBS Vejez	286.299	23.606.504.903
	PBS Invalidez	112.410	9.385.835.516
	APS Vejez	329.632	16.056.738.143

	APS Invalidez	27.306	2.174.239.917
	Complemento Trabajo Pesado	0	0
TOTALES POR TIPO DE BENEFICIO	PBS Vejez	399.188	32.899.986.038
	PBS Invalidez	192.279	16.009.109.437
	APS Vejez	569.076	27.868.176.227
	APS Invalidez	49.063	3.878.280.999
	Complemento Trabajo Pesado	0	0
TOTAL		1.209.606	80.655.552.701
(1) Incluye pagos retroactivos			

NÚMERO DE BENEFICIARIOS Y MONTO, EN \$ DE BENEFICIOS PAGADOS EN EL MES TOTAL PAIS, SEGÚN SEXO DEL BENEFICIARIO Y TIPO DE BENEFICIO			
septiembre/2013			
SEXO DEL CAUSANTE	TIPO DE BENEFICIO	TOTAL PAIS	
		NÚMERO	MONTO \$ (1)
HOMBRES	PBS Vejez	112.931	9.757.955.546
	PBS Invalidez	78.807	6.512.226.982
	APS Vejez	241.073	12.125.554.197
	APS Invalidez	22.887	1.848.895.693
	Complemento Trabajo Pesado	0	0
MUJERES	PBS Vejez	287.419	24.419.698.527
	PBS Invalidez	110.949	9.373.547.637
	APS Vejez	331.319	16.424.761.711
	APS Invalidez	28.726	2.359.518.320
	Complemento Trabajo Pesado	0	0
TOTALES POR TIPO DE BENEFICIO	PBS Vejez	400.350	34.177.654.073
	PBS Invalidez	189.756	15.885.774.619
	APS Vejez	572.392	28.550.315.908
	APS Invalidez	51.613	4.208.414.013
	Complemento Trabajo Pesado	0	0
TOTAL		1.214.111	82.822.158.613
(1) Incluye pagos retroactivos			

Fuente: <http://www.safp.cl> - SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES – CENTRO DE ESTADISTICAS

A nivel país se puede estimar que en el año 2013, existe un promedio de 241.476 beneficiarios de Pensiones de Invalidez (PBS – APS).

LICENCIAS MÉDICAS TRAMITADAS SEGURO PÚBLICO DE SALUD

PERIODO ENERO-DICIEMBRE, AÑOS 2010-2011 – NIVEL PAIS

Variables seleccionadas	2010		2011		Variación anual
	Valores	Estructura porcentual	Valores	Estructura porcentual	
1.- Curativas (1)					
N° de licencias recepcionadas	2.734.097	80%	2.866.352	82,7%	4,8%
N° de licencias tramitadas (*)	2.717.084	80,2%	2.732.229	82,4%	0,6%
* N° de licencias autorizadas	2.550.952	80,3%	2.542.982	82,8%	-0,3%
* N° de licencias rechazadas	165.994	78,1%	189.240	78,0%	14,0%
* N° de licencias pendientes en peritaje (3)	138	88,5%	7	63,6%	-94,9%
N° de días autorizados	30.819.379	68,2%	30.486.300	69,5%	-1,1%
N° de días rechazados	2.927.110	92,7%	3.150.719	76,7%	7,6%
Monto total de SIL (mil \$ diciembre cada año) (2) (4)	327.794.564	73,7%	339.265.527	74,6%	3,5%
2.- Por reposo Preventivo					
N° de licencias recepcionadas	509	0,01%	429	0,01%	-15,7%
N° de licencias tramitadas (*)	501	0,01%	399	0,01%	-20,4%
* N° de licencias autorizadas	438	0,01%	311	0,01%	-29,0%

* N° de licencias rechazadas	63	0,03%	88	0,04%	39,7%
* N° de licencias pendientes en peritaje (3)	0	0,00%	0	0,00%	
N° de días autorizados	12.099	0,03%	8.908	0,02%	-26,4%
N° de días rechazados	1.368	0,04%	1.960	0,05%	43,3%
Monto total de SIL (mil \$ diciembre cada año) (2) (4)	78.277	0,02%	49.775	0,01%	-36,4%
3.- Patologías del Embarazo					
N° de licencias recepcionadas	142.721	4,2%	144.567	4,2%	1,3%
N° de licencias tramitadas (*)	141.655	4,2%	138.861	4,2%	-2,0%
* N° de licencias autorizadas	139.098	4,4%	135.584	4,4%	-2,5%
* N° de licencias rechazadas	2.557	1,2%	3.277	1,3%	28,2%
* N° de licencias pendientes en peritaje (3)	0	0,0%	0	0,0%	
N° de días autorizados	2.011.143	4,5%	1.952.276	4,4%	-2,9%
N° de días rechazados	36.791	1,2%	46.103	1,1%	25,3%
Monto total de SIL (mil \$ diciembre cada año) (2) (4)	17.553.403	3,9%	17.326.212	3,8%	-1,3%
4.- Maternales (1) (6)					
N° de licencias recepcionadas	144.873	4,3%	157.996	4,6%	9,1%
N° de licencias tramitadas (*)	143.930	4,2%	151.727	4,6%	5,4%
* N° de licencias autorizadas	142.154	4,5%	149.704	4,9%	5,3%
* N° de licencias rechazadas	1.770	0,8%	2.021	0,8%	14,2%

* N° de licencias pendientes en peritaje (3)	6	3,8%	2	18,2%	-66,7%
N° de días autorizados	8.087.648	17,9%	8.570.178	0	6,0%
N° de días rechazados	98.114	3,1%	109.570	0,0	11,7%
Monto total de SIL (mil \$ diciembre cada año) (2) (4)	61.793.605	13,9%	69.719.464	15,3%	12,8%
5.- Por enfermedad hijo menor (6)					
N° de licencias recepcionadas	379.143	11,1%	297.940	8,6%	-21,4%
N° de licencias tramitadas (*)	381.952	11,3%	291.581	8,8%	-23,7%
* N° de licencias autorizadas	340.071	10,7%	243.445	7,9%	-28,4%
* N° de licencias rechazadas	41.870	19,7%	48.134	19,8%	15,0%
* N° de licencias pendientes en peritaje (3)	11	7,1%	2	18,2%	-81,8%
N° de días autorizados	4.175.713	9,2%	2.854.198	6,5%	-31,6%
N° de días rechazados	90.873	2,9%	797.861	19,4%	778,0%
Monto total de SIL (mil \$ diciembre cada año) (2) (4)	36.934.669	8,3%	28.649.038	6,3%	-22,4%
6.- Curativa Mal clasificadas (5)					
N° de licencias recepcionadas	3.705	0,11%	117	0,00%	-96,8%
N° de licencias tramitadas (*)	3.705	0,11%	140	0,00%	-96,2%
* N° de licencias autorizadas	3.545	0,11%	130	0,00%	-96,3%
* N° de licencias rechazadas	159	0,07%	10	0,00%	-93,7%

* N° de licencias pendientes en peritaje (3)	1	0,64%	0	0,00%	-	100,0%
N° de días autorizados	61.709	0,14%	1.340	0,00%		-97,8%
N° de días rechazados	2.612	0,08%	134	0,00%		-94,9%
Monto total de SIL (mil \$ diciembre cada año) (2) (4)	459.111	0,10%	10.918	0,00%		-97,6%
7.- Total						
N° de licencias recepcionadas	3.405.048	100%	3.467.401	100%		1,8%
N° de licencias tramitadas (*)	3.388.827	100%	3.314.937	100%		-2,2%
* N° de licencias autorizadas	3.176.258	100%	3.072.156	100%		-3,3%
* N° de licencias rechazadas	212.413	100%	242.770	100%		14,3%
* N° de licencias pendientes en peritaje (3)	156	100%	11	100%		-92,9%
N° de días autorizados	45.167.69	100%	43.873.20	100%		-2,9%
	1		0			
N° de días rechazados	3.156.868	100%	4.106.347	100%		30,1%
Monto total de SIL (mil \$ diciembre cada año) (4)	444.613.6	100%	455.020.9	100%		2,3%
	29		35			

Nota:

- (1) Incluye licencias pre y post natal.
- (2) Monto total de SIL = monto subsidio líquido + monto aporte previsional, ejecutado por ente pagador CCAF, SS, UCP.
- (3) Corresponde a licencias resueltas como pendientes por estar con actividades de contraloría no terminadas
- (4) SIL ente pagador CCAF estimado según distribución por tipo de pago y de licencia sobre el gasto real total.
- (5) Clasificación por tipo de licencia, con sexo no correspondiente
- (6) Licencias tipo maternal o Enfermedad Hijo Menor, clasificadas con sexo masculino. Incluidas en número de Licencias Médicas Recepcionadas y Tramitadas
- (*) Corresponde a Licencias Medicas Procesadas, con Resolución (estado mayor o igual a 4). Además no incluye LM de Dipreca y Capredena.

(Forma de pago <> 5)

Fuente:

Planificación Institucional - Subdepto. de Estudios - Data Ware House FONASA.

NUMERO DE LICENCIAS TRAMITADAS EN LA REGION METROPOLITANA Y TIPO DE LICENCIA, SEXO MASCULINO

ENERO-DICIEMBRE DE 2010

Tipo licencia	Variables	RM
Curativas	N° licencias tramitadas	567.578
	N° días solicitados	6.863.605
	Días solicitados por lic.	12,1
	N° días autorizados	6.256.130
	Días autorizados por lic.	11,0
Preventivas	N° licencias tramitadas	93
	N° días solicitados	2.840
	Días solicitados por lic.	30,5
	N° días autorizados	2.492
	Días autorizados por lic.	26,8
Mal clasificadas (1)	N° licencias tramitadas	2.515
	N° días solicitados	47.202
	N° días autorizados	45.219,0
Total	N° licencias tramitadas	570.186
	N° días solicitados	6.913.647
	Días solicitados por lic.	12,1
	N° días autorizados	6.303.841
	Días autorizados por lic.	11,1

- (1) Licencias mal clasificadas: Clasificación por tipo de licencia, con sexo no correspondiente.
- (2) Fuente: Planificación Institucional - Subdepto. de Estudios - Data Ware House FONASA.

MONTO DE SUBSIDIOS PAGADOS EN LA REGION METROPOLITANO Y TIPO DE LICENCIA, SEXO FEMENINO

ENERO-DICIEMBRE DE 2010

Tipo licencia	Variables	RM
Curativas	N° licencias tramitadas	705.496
	N° días solicitados	7.819.352
	Días solicitados por lic.	11,1
	N° días autorizados	6.727.900
	Días autorizados por lic.	9,5
Preventivas	N° licencias tramitadas	68
	N° días solicitados	1.348
	Días solicitados por lic.	19,8
	N° días autorizados	1.109
	Días autorizados por lic.	16,3
Patologías del Embarazo	N° licencias tramitadas	60.572
	N° días solicitados	818.507
	Días solicitados por lic.	13,5
	N° días autorizados	801.747
	Días autorizados por lic.	13,2
Maternales	N° licencias tramitadas	64.527
	N° días solicitados	3.649.985
	Días solicitados por lic.	56,6
	N° días autorizados	3.592.185
	Días autorizados por lic.	55,7

Enf. Hijo Menor	N° licencias tramitadas	235.976
	N° días solicitados	3.182.689
	Días solicitados por lic.	13,5
	N° días autorizados	2.512.390
	Días autorizados por lic.	10,6
Total	N° licencias tramitadas	1.066.639
	N° días solicitados	15.471.881
	Días solicitados por lic.	14,5
	N° días autorizados	13.635.331
	Días autorizados por lic.	12,8

Fuente: Planificación Institucional - Subdepto. de Estudios - Data Ware House FONASA.

NUMERO DE LICENCIAS TRAMITADAS EN LA REGION METROPOLITANA Y TIPO DE LICENCIA, SEXO MASCULINO

ENERO-DICIEMBRE DE 2011

Tipo licencia	Variables	RM
Curativas	N° licencias tramitadas	493.577
	N° días solicitados	6.058.772
	Días solicitados por lic.	12,3
	N° días autorizados	5.595.391
	Días autorizados por lic.	11,3
Preventivas	N° licencias tramitadas	76
	N° días solicitados	2.792
	Días solicitados por lic.	36,7
	N° días autorizados	2.619
	Días autorizados por lic.	34,5
Mal clasificadas (1)	N° licencias tramitadas	51
	N° días solicitados	481
	N° días autorizados	420
Total	N° licencias tramitadas	493.704
	N° días solicitados	6.062.045
	Días solicitados por lic.	12,3
	N° días autorizados	5.598.430
	Días autorizados por lic.	11,3

Nota: Licencias mal clasificadas: Clasificación por tipo de licencia, con sexo no correspondiente.
Fuente: Planificación Institucional - Subdepto. de Estudios - Data Ware House FONASA.

NUMERO DE LICENCIAS TRAMITADAS POR REGION Y TIPO DE LICENCIA. SEXO FEMENINO - ENERO-DICIEMBRE DE 2011

Tipo licencia	Variables	RM
Curativas	N° licencias tramitadas	737.725
	N° días solicitados	7.975.156
	Días solicitados por lic.	10,8
	N° días autorizados	6.968.903
	Días autorizados por lic.	9,4
Preventivas	N° licencias tramitadas	50
	N° días solicitados	1.415
	Días solicitados por lic.	28,3
	N° días autorizados	1.083
	Días autorizados por lic.	21,7
Patologías del Embarazo	N° licencias tramitadas	56.913
	N° días solicitados	758.489
	Días solicitados por lic.	13,3
	N° días autorizados	737.132
	Días autorizados por lic.	13,0
Maternales	N° licencias	65.719

	tramitadas	
	N° días solicitados	3.710.916
	Días solicitados por lic.	56,5
	N° días autorizados	3.680.337
	Días autorizados por lic.	56,0
Enf. Hijo Menor	N° licencias tramitadas	172.826
	N° días solicitados	2.259.903
	Días solicitados por lic.	13,1
	N° días autorizados	1.575.039
	Días autorizados por lic.	9,1
Total	N° licencias tramitadas	1.033.233
	N° días solicitados	14.705.879
	Días solicitados por lic.	14,2
	N° días autorizados	12.962.494
	Días autorizados por lic.	12,5

Fuente: Planificación Institucional - Subdepto. de Estudios - Data Ware House FONASA.

2. DESCRIPCIÓN DE FACTORES CONDICIONANTES DE LA COMUNA DE RENCA

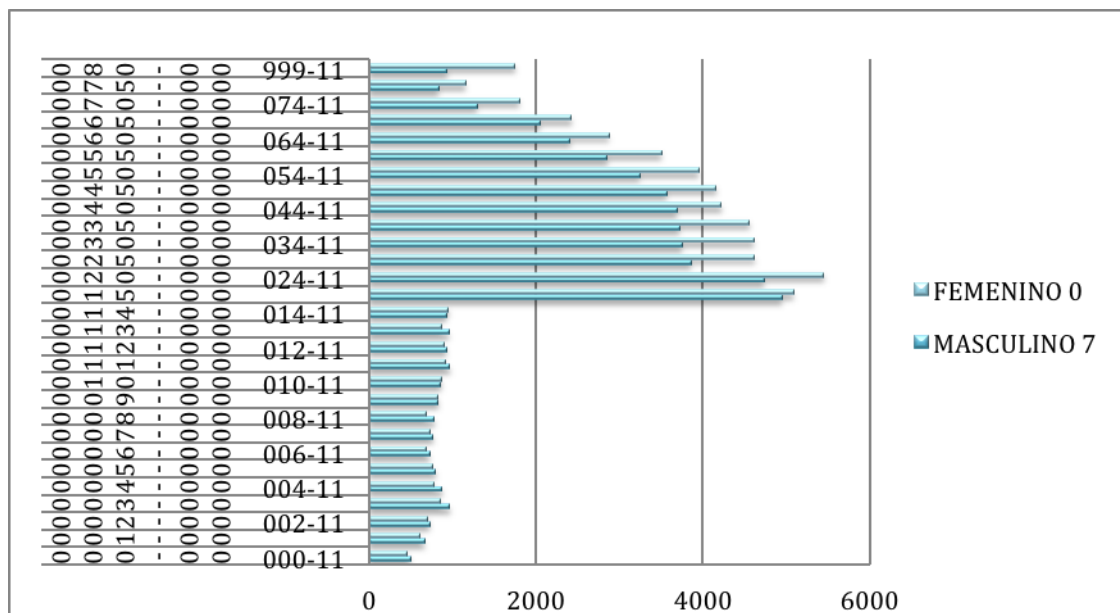
POBLACIÓN:

VOLUMEN

- Región	Metropolitana
- Provincia	Santiago
- Población comunal	141.013 habitantes
- Población femenina	71.211
- Población Masculina	69.802
- Densidad de Población	5.397,13 (Km 2)
- Categoría rural – urbano	Urbano

En la comuna de Renca, se advierte que al año 2013, la población se incrementa en un 7,9% respecto al Censo 2002, porque contrario a la tendencia regional, aumenta la tasa de natalidad y por otro lado disminuye la tasa de mortalidad, aumentando de esta forma la esperanza de vida. A ello se agrega el importante desarrollo inmobiliario de la comuna dando paso al fenómeno de la migración externa pero también a la migración interna disminuyendo de esta forma el allegamiento en los hogares. Lo anterior se observa en la siguiente tabla:

- Pirámide de población

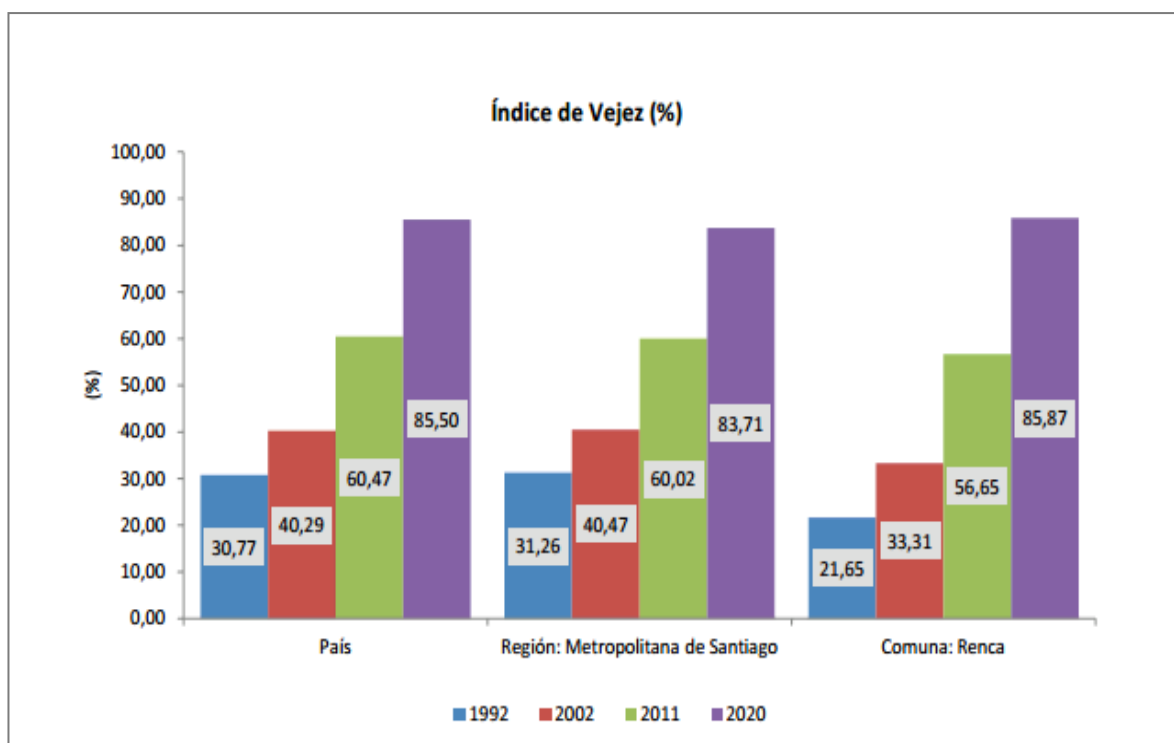


- Crecimiento vegetativo

TASA	2005			2010		
	PAIS	RM	RENCA	PAIS	RM	RENCA
Natalidad	14,9	14,9	15,8	14,7	14,7	17,2
Mortalidad General	5,3	4,9	4,9	5,7	5,4	5,7
Mortalidad Infantil	7,9	7,2	7,5	7,4	7,1	7,5

Fuente: www.Minsal.cl

- Índice vejez



- Índice de masculinidad

Territorio	Año 2002		Año 2012		Índice Masculinidad	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	2002	2012
Comuna Renca	66.253	67.265	64.000	65.531	98.50	97.66
Región Metropolitana	2.937.193	3.123.992	3.419.014	3.588.606	94.02	95.27
País	7.447.695	7.668.740	8.610.934	8.787.698	97.12	97.99

Fuente: Censo 2002 y Proyección de Población 2012, Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

- Índice de dependencia

Territorio	Índice Dependencia Demográfica	Índice de Adultos Mayores
------------	--------------------------------	---------------------------

	2002	2012	2002	2012
Comuna Renca	48.28	46.76	23.77	40.23
Región Metropolitana	48.62	44.36	31.39	43.27
País	51	45.50	31.30	43.70

Fuente: Censo 2002 y Proyección de Población 2012, Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

2.2 Estructura según grupos etáreos y género (susceptibilidad)

- Estructura según grupo etario y genero

EDAD	HOMBRE	MUJER	TOTAL
0 A 14 AÑOS	12.213	11.518	23.731
15 A 19 AÑOS	4.949	5.082	10.031
20 A 64 AÑOS	31.813	37.938	69.751
65 AÑOS Y +	5.092	7.113	12.205
TOTAL	54.067	61.651	115.718

Población comunal por grupos de edad 2002 y proyectada 2013

Edad	2002	Proyectada 2013	% 2002	% 2013	Variación %
0 a 14	35.125	32.316	26,3	22,4	- 3.9
15 a 29	35.309	35.140	26,4	24,4	- 2.0
30 a 44	31.375	30.600	23,5	21,3	- 2.2
45 a 64	23.361	32.243	17,5	22,4	+ 4.9

65 y más	8.348	13.739	6,3	9,5	+ 3.2
Total	133.518	144.037	100.0	100.0	7.9

Fuente: Censo 2002 y Proyección de Población 2013, Seremi R.M. ministerio Desarrollo Social

2.3 DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

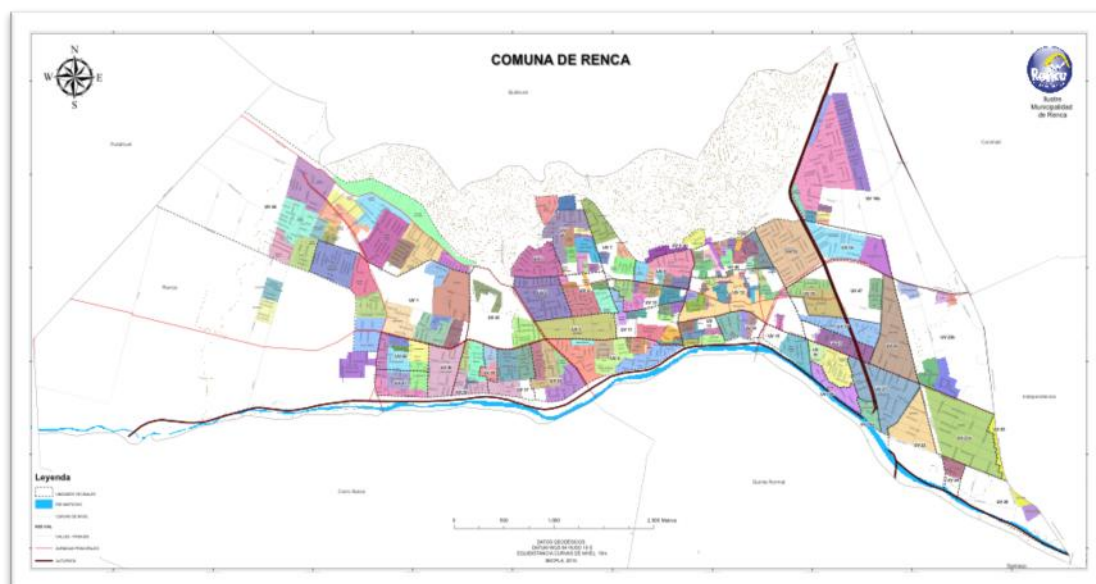
En cuanto a la distribución Geográfica (ruralidad, dispersión, etc.) es posible mencionar que la comuna de Renca es de tipo Urbana, con una distribución mixta entre terrenos habitacionales e industriales.

Podemos distinguir, de acuerdo a lo definido en el ordenamiento territorial actual, zonas industriales exclusivas, que presentan una actividad eminentemente productiva. Al observar el actual mapa comunal, claramente se trata de dos áreas extensas que encierran la comuna por el oriente y el occidente. Estos constituirán los barrios industriales que deberán ser definidos en el nuevo Plan Regulador Comunal y que debe consignar el déficit urbano que se observan en estas zonas, así como las medidas para superarlos.

Al interior de la comuna, independientemente de su definición como Zonas mixtas, nos encontramos con vastos sectores poblacionales donde predomina ampliamente el uso residencial.

En la comuna existen 183 poblaciones, agrupadas en 44 unidades vecinales. Como se muestra en la siguiente tabla, la población se concentra principalmente en las unidades vecinales N° 1, 44, 6, 14b y 32. Las unidades N° 1 y 44 se caracterizan por ser zonas en expansión, en donde actualmente se están construyendo más viviendas. En cuanto a las unidades 6, 14b y 32 se caracterizan por ser parte del casco más antiguo de la comuna y tener numerosas viviendas pero no se contemplan proyectos inmobiliarios importantes que tengan como resultado el incremento de la población.

MEDIO NATURAL Mapa de la Comuna de Renca



1. Descripción de la Comuna

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.

La comuna actualmente 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.

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.

Clima y Naturaleza

El clima en la comuna esta condicionados por la cadena de cerros que limitan Santiago, por el norte actúan como barreras al paso de vientos predominantes del sur, lo que provoca turbulencias condicionando zonas de neblina en Renca y Conchalí.

Los vientos surestes que impulsan el aire contaminado de los sectores industriales de la zona sur, como son: San Bernardo, Cerrillos, Maipú, entre otros. Han constituido un factor importante de solución ambiental, sin embargo con la gran tarea de forestación de los Cerros de Renca, emprendida por el Municipio y con los colaboradores de toda la comunidad se espera que cerca de 250.000 árboles que se han plantado, constituyan un gran aporte de oxígeno para alegrar Santiago, con todo lo que esto significa, para la descontaminación atmosférica.

PARQUE LAS PALMERAS

Está conformado por 16 hectáreas. En 1983 el SERVIU Metropolitano lo entregó en comodato a la Municipalidad de Renca por un periodo de 50 años. Cuenta con diversas áreas deportivas entre las cuales se puede mencionar cuatro canchas de fútbol empastadas e iluminadas. Además posee áreas de juegos infantiles, una cancha de skate y un canódromo.

En este recinto además se realizan importantes eventos, principalmente en Fiestas Patrias, Navidad y Año Nuevo.

Actualmente la Alcaldesa, Doctora Vicky Barahona Kunstmann está impulsando un anteproyecto de plan maestro para su remodelación a lo que se suma la oportunidad de incluir un Polideportivo comunal.

Situación Geográfica

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.

Ingreso promedio de los hogares CASEN 2003-2009

Ingresos Promedios	2003	2006	2009	Región	País
Ingreso autónomo	415.858	516.357	550.915	995.759	735.503
Subsidio monetario	5.035	6.313	17.174	12.724	18.792
Ingreso monetario	420.894	522.670	568.090	1.008.483	754.295

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social.

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 auto provisión de bienes producidos por el hogar, rentas, intereses, pensiones y jubilaciones.

Ingreso monetario del Hogar: es la suma del ingreso autónomo y las transferencias (subsidijs) 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.

Las tasas de desocupación a nivel nacional son uno de los indicadores más relevantes a la hora de establecer comparaciones regionales o comunales. Ellas, reflejan en gran medida la situación económica de la Comuna en relación a la Región y al conjunto del país. Como dato de referencia, cabe mencionar que la tasa de desempleo nacional ha ido reduciéndose desde 2009, y en la actualidad se sitúa en torno al 6-7%.

Relacionado con el empleo y la actividad económica, y con la finalidad de comprender las características propias de cada Comuna y poner en concordancia las políticas de promoción de la actividad empresarial con la realidad comunal, es necesario conocer y ponderar la importancia relativa de la pequeña, mediana y microempresa y la cantidad de empleos que generan cada una.

Los principales rubros a tener en cuenta, y donde las comparaciones con el total nacional y regional tienen más relevancia, son comercio al por mayor y menor, transportes, construcción y actividades inmobiliarias, y las actividades relativas a los servicios las cuales, en general, están presentes a lo largo de todo el país. Sin embargo, también se debe tener presente los datos de las actividades que son más importantes para cada Comuna en particular, más allá de las comparaciones nacionales.

Población ocupada, desocupada e inactiva CASEN 2003-2006-2009

Territorio	Ocupados			Desocupados			Inactivos		
	2003	2006	2009	2003	2006	2009	2003	2006	2009
Comuna de Renca	51.234	57.530	53.088	7.722	4.154	4.614	38.984	38.965	43.490
Región Metropolitana	2.646.393	2.882.673	2.905.593	272.496	215.992	326.132	1.823.071	1.939.294	2.171.864
País	5.994.561	6.577.961	6.636.881	643.977	519.357	755.252	4.995.468	5.288.126	5.871.272

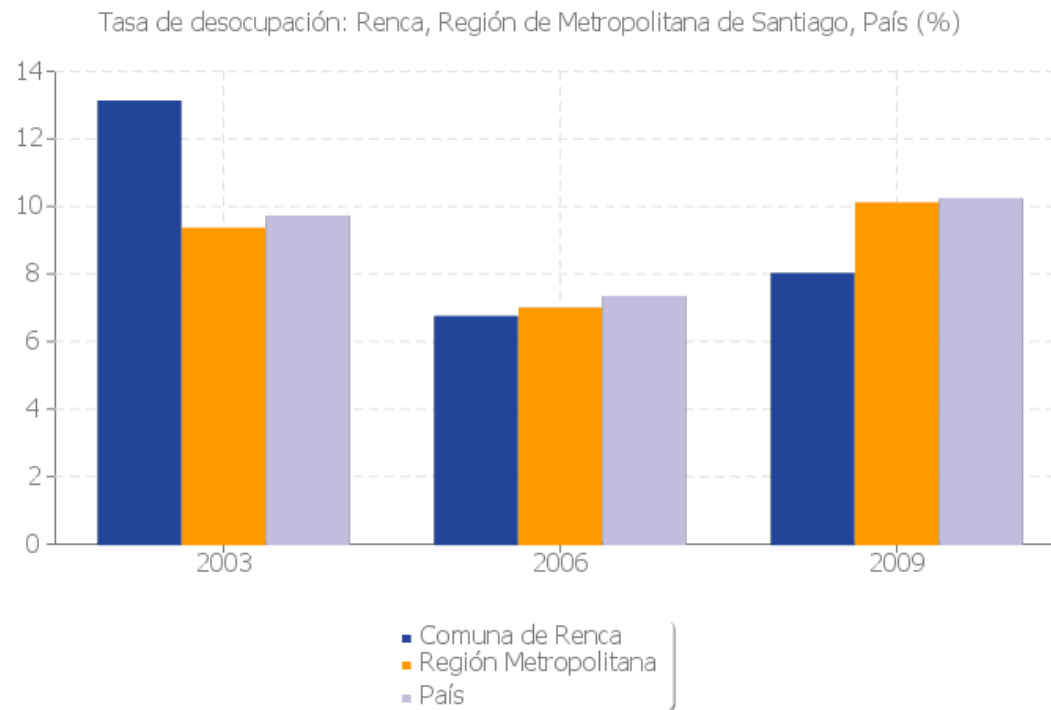
Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social.

TASAS DE OCUPACIÓN, DESOCUPACIÓN Y PARTICIPACIÓN 2003-2006-2009

Territorio	Tasa de Ocupación			Tasa de Desocupación			Tasa de Participación		
	2003	2006	2009	2003	2006	2009	2003	2006	2009
Comuna de Renca	52,31	57,16	52,46	13,10	6,73	8	60,20	61,29	57,02
Región Metropolitana	55,81	57,22	53,77	9,34	6,97	10,09	61,55	61,51	59,81

País	51,53	53,11	50,04	9,70	7,32	10,22	57,06	57,30	55,73
------	-------	-------	-------	------	------	-------	-------	-------	-------

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social.



Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social.

Número de empresas según tamaño 2006-2008-2010

Tamaño Empresa	Comuna			Región			País		
	2006	2008	2010	2006	2008	2010	2006	2008	2010
Grande	86	91	101	6.716	7.294	7.793	9.458	10.496	11.133
Mediana	113	134	130	11.055	12.264	13.163	18.317	20.653	22.044
Micro	3.016	3.112	3.129	233.962	235.258	235.214	609.613	614.747	616.702
Pequeña	560	572	616	62.781	67.151	235.214	125.425	137.118	148.194
Total	3.775	3.909	3.976	314.514	321.967	491.384	762.813	783.014	798.073

Fuente: Servicio de Impuestos Internos (SII)

NÚMERO DE TRABAJADORES SEGÚN TAMAÑO DE LA EMPRESA 2006-2008-2010

Tamaño Empresa	Comuna			Región			País		
	2006	2008	2010	2006	2008	2010	2006	2008	2010
Grande	54.199	62.117	63.971	2.177.836	2.632.770	2.725.697	2.889.169	3.529.598	3.613.373
Mediana	7.096	9.030	6.621	604.697	680.998	695.833	1.155.443	1.292.662	1.278.636
Micro	1.171	1.069	1.110	200.434	225.780	240.633	531.624	558.910	570.382
Pequeña	6.150	5.672	5.848	618.002	671.687	699.282	1.474.640	1.555.832	1.584.684
Total	68.616	77.888	77.550	3.600.969	4.211.235	4.361.445	6.050.876	6.937.002	7.047.075

Número de empresas por rama de actividad 2006-2008-2010

Origen	Comuna			Región			País		
	2006	2008	2010	2006	2008	2010	2006	2008	2010
Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	50	49	45	12.374	11.649	10.969	95.630	90.691	86.709
Pesca	0	0	0	180	180	156	3.558	3.242	2.904
Explotaciones de Minas y Canteras	5	5	5	1.027	1.117	1.205	4.279	5.127	5.183
Industrias manufactureras no metálicas	277	271	265	20.970	20.602	20.220	42.722	42.769	43.177
Industrias manufactureras metálicas	186	181	192	12.538	13.040	13.306	24.216	25.695	26.664
Suministro de electricidad, gas y agua	8	12	13	706	757	816	2.792	2.912	3.041
Construcción	319	311	295	22.945	23.406	23.660	52.919	54.344	55.409
Comercio al por mayor y menor, repuestos, vehículos, automotores/enseres	1.911	1.906	1.892	132.282	129.058	128.146	320.215	315.657	314.140

domésticos									
Hoteles y restaurantes	104	101	110	10.663	11.179	11.648	35.129	36.599	37.962
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	618	627	617	36.877	37.250	36.426	93.713	96.119	95.401
Intermediación financiera	99	119	134	24.863	28.429	32.513	32.660	37.486	42.900
Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler	324	347	355	55.370	59.215	64.472	96.570	104.791	113.904
Adm. Pública y defensa, planes de seg. social afiliación obligatoria	2	3	3	209	209	253	603	603	686
Enseñanza	37	38	42	3.893	4.070	4.376	8.304	8.782	9.583
Servicios sociales y de salud	18	19	27	8.444	9.122	10.139	16.075	17.744	19.664
Otras actividades de servicios comunitarios, sociales y personales	224	349	408	24.659	28.614	33.022	50.513	60.155	70.803
Consejo de administración de edificios	0	0	0	176	298	392	247	411	547

PLAN DE SALUD 2014



Organizaciones y órganos extraterritoriales	0	0	0	45	42	41	52	57	60
Sin información	2	2	3	175	101	245	724	452	976
Total	4.184	4.340	4.406	368.396	378.338	392.005	880.921	903.636	929.713

Fuente: Servicio de Impuestos Internos (SII)

Educación

Se expone un conjunto de datos educacionales para obtener una primera visión del mapa de establecimientos que imparten educación escolar en las comunas del país. Los datos sirven para comparar la comuna con la región y el país, cómo se distribuyen los establecimientos por dependencia -municipal, particular subvencionado, particular pagado- y si han existido variaciones en los últimos cinco años en términos de aumentos o disminuciones.

Asimismo, se aportan los resultados promedio de las pruebas de medición calidad (Simce) durante la trayectoria escolar y los resultados al egreso del sistema escolar, según la Pruebas de Selección Universitaria (PSU), en orden a observar elementos de desempeño.

Finalmente, se incluyen los años de escolaridad promedio de la población que permiten observar el nivel educacional de la población y cómo ha evolucionado en los últimos seis años. Como una cifra relevante, que da cuenta del crecimiento dramático de la cobertura de educación superior en Chile, en nivel de educación, la superior completa, más que se duplica entre los años 2003 y 2009.

NIVEL EDUCACIONAL DE LA POBLACIÓN 2003-2009

Nivel Educacional	2003	2006	2009	% según Territorio (2009)		
				Comuna	Región	País
Sin Educación	2.634	3.664	2.728	2,52	2,43	3,52
Básica Incompleta	12.794	13.141	12.706	11,73	10,08	14,34
Básica Completa	14.297	11.922	12.299	11,36	9,31	10,97
Media Incompleta	25.036	22.435	28.565	26,38	18,54	18,98
Media Completa	32.512	34.015	33.866	31,27	31,05	29,90
Superior Incompleta	5.972	7.912	8.147	7,52	11,73	9,86
Superior Completa	4.695	6.710	9.976	9,21	16,87	12,43
Total	97.940	99.799	108.287	99,99	100,01	100

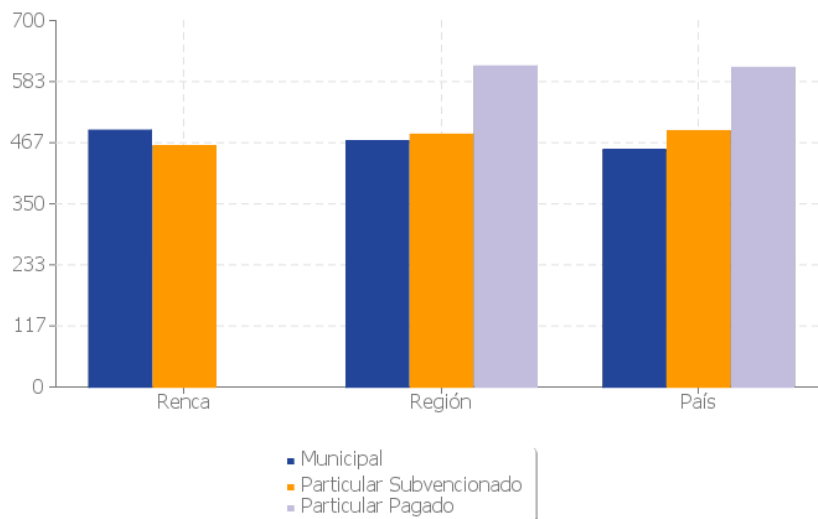
Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social.

Matrícula por dependencia 2005-2010						
Matrícula según Dependencia	Comuna		Región		País	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
Corporación Municipal	9.721	7.454	318.038	264.278	613.791	507.379
Municipal DAEM	0	0	194.256	151.934	1.227.124	999.530
Particular Subvencionado	16.133	16.681	766.386	831.604	1.626.855	1.877.514
Particular Pagado	0	0	151.323	159.967	254.572	262.108
Corporación Privada	872	856	27.864	25.821	57.117	54.743
Total	26.726	24.991	1.457.867	1.433.604	3.779.459	3.701.274
<i>Fuente: Elaboración propia en base Matrículas, Ministerio de Educación (MINEDUC).</i>						

Resultados promedio PSU por dependencia 2010-2012						
Psu Promedio por Dependencia	Comuna		Región		País	
	2010	2012	2010	2012	2010	2012
Municipal	472,61	490,11	468,33	470,12	454,26	452,9
Particular Subvencionado	465,34	460,2	480,88	482,33	487,88	489,18
Particular Pagado			610,59	612,78	609,08	609,97

Fuente: Elaboración propia

Renca: Resultados PSU promedio (Matemática y Lenguaje), por dependencia Proceso 2012



Porcentaje de alumnos con PSU sobre 450, 2008-2010

	Municipales			Particular Pagado			Particular Subvencionado		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Comuna de Renca	55	67,6	74,7				55,2	58,6	56,4

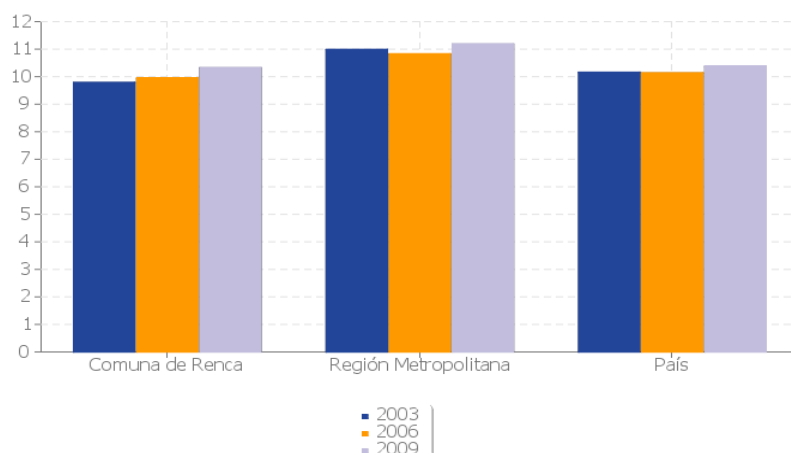
Fuente: Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM), Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo.

Años de escolaridad promedio de la población 2003-2009

Territorio	2003	2006	2009
Comuna de Renca	9,79	9,95	10,33
Región Metropolitana	10,99	10,83	11,19
País	10,16	10,14	10,38

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social.

Renca: Años de escolaridad promedio.



Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social.

VIVIENDA

Tipo de tenencia de la vivienda CASEN 2003-2009

Tenencia	2003	2006	2009	% según Territorio (2009)		
				Comun a	Regió n	País
Viviendas Pagadas	19.075	20.482	21.610	59,45	49,49	54,94
Viviendas Pagándose	5.771	1.900	4.269	11,74	15,56	12,49
Arrendadas	4.410	5.619	5.106	14,05	20,86	17
Cedidas	5.016	5.183	5.019	13,81	13,33	14,4
Usufructo	0	0	0	0	0,25	0,41
Ocupación Irregular	0	280	346	0,95	0,51	0,75
Total	34.272	33.464	36.350	100	100	100

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social.

Tipo de vivienda predominante CASEN 2003-2009

Tipo de Vivienda	2003	2006	2009	% según Territorio (2009)		
				Comuna	Región	País
Casa(Individual, en Cité, en Condominio)	26.312	25.568	30.599	84,18	80,59	88,62
Departamento	5.962	7.493	5.130	14,11	18,14	10,18
Pieza	622	0	474	1,3	0,96	0,59
Otro Tipo	1.376	403	147	0,4	0,31	0,61
Total	34.272	33.464	36.350	100	100	100

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social.

Calidad de la vivienda CASEN 2003-2009

Calidad de la Vivienda	2003	2006	2009	% según Territorio (2009)		
				Comuna	Región	País
Aceptable	26.834	27.375	31.469	86,57	88,06	80,69
Recuperable	6.062	5.686	4.526	12,45	11,42	18,17
Irrecuperable	1.376	403	355	0,98	0,51	1,14
Total	34.272	33.464	36.350	100	100	100

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social.

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.

- Porcentaje Hogares por Saneamiento de sus Viviendas Casen 2006-2009

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.

Territorio	Casen 2006		Casen 2009	
	Aceptable	Deficitario	Aceptable	Deficitario
Región Metropolitana	97,0	3,0	98,3	1,7%
Prov. Santiago	97,7	2,3	98,8	1,2%
RENCA	96,3	3,7	98,5	1,5

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud (MINSAL).

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 (555 hogares) habitan viviendas que califican de saneamiento deficitario, porcentualmente 0.2 menos que la Región, y 0.3 puntos más que la Provincia. En la comuna, este indicador disminuye en un 2,2% respecto a la Casen 2006.

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.

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 18º 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 10º lugar de las 32 comunas de la Provincia.

- Acceso a energía eléctrica.

Territorio		Con Red Publica	Sin Red Publica	No disponible de Energía Eléctrica
Comuna Renca	de	99.7%	0.0%	0.3%
Provincia Santiago	de	99.9%	0.0%	0.1%
Región Metropolitana		99.9%	0.0%	0.1%

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.

Composición de Hogares por Sistema de Eliminación de Excretas

TERRITORIO	ACEPTABLE	DEFICITARIO
RENCA	98,5%	1,5%
SANTIAGO	98,8%	1,2%
R. METROPOLITANA	98,3%	1,7%

Aceptable:

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

Deficitaria:

- Con letrina sanitaria conectada a pozo negro
- 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.

- Acceso a Agua potable

Territorio	Aceptable	Deficitario
Comuna de Renca	98.9%	1.1%
Provincia de Santiago	99.4%	0.6%
Región Metropolitana	99.1%	0.9%

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.

ALIMENTACIÓN

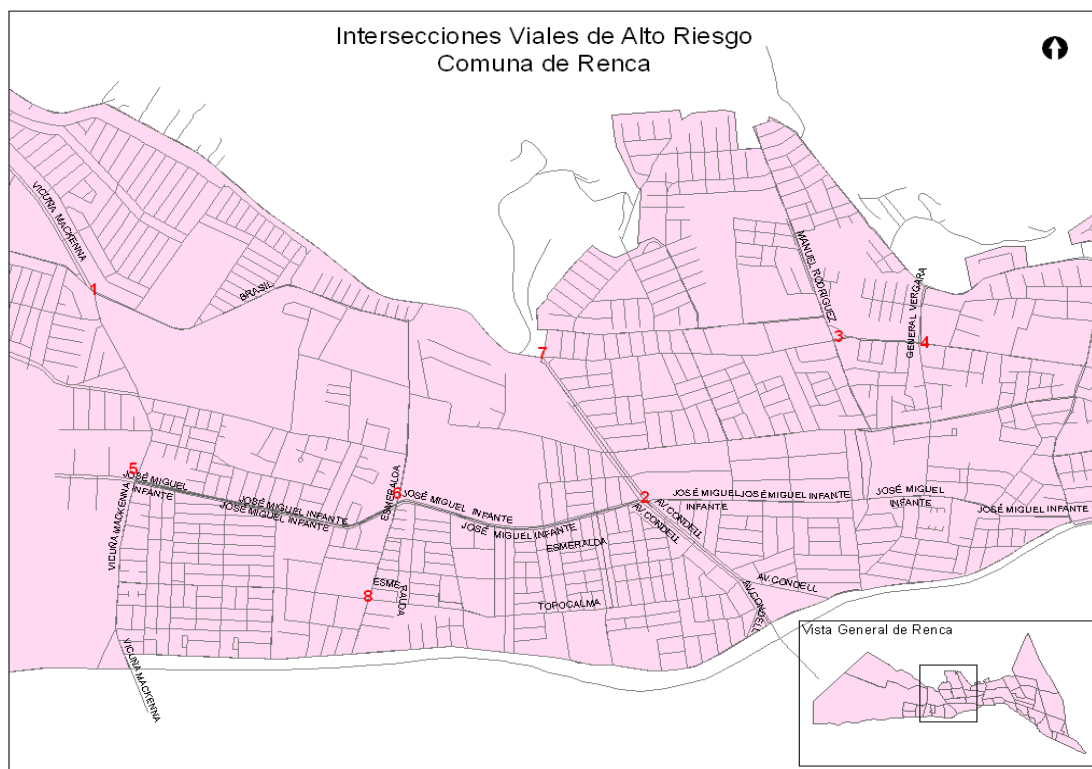
Estado nutricional de la población de 5 o menos años CASEN 2003-2009						
Estado Nutricional	2003	2006	2009	% según Territorio (2009)		
				Comuna	Región	País
Bajo Peso o Desnutrido	446	422	421	3,62	3,99	3,4
Normal	10.240	9.278	10.187	87,55	84,24	83,1
Sobre Peso u Obeso	957	955	881	7,57	9,06	11,1

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social.

ÁREA DE TRÁNSITO Y TRANSPORTE PÚBLICO

La Dirección de Tránsito y Transporte Público, según las disposiciones legales vigentes en materia de Transporte, como también de las distintas variables que se deben tener presente para la formulación de los objetivos, para el año 2010 presenta como política de servicios municipales el continuar la coordinación con las Empresas Concesionarias y la Inspección Técnica Fiscal del Sistema Autopista Central en su Eje Norte - Sur y Eje General Velásquez, Sistema Américo Vespucio Norponiente, Sistema Costanera Norte y Construcción Anillo Intermedio Avenida Senador Jaime Guzmán Errázuriz.

Simultáneamente con lo anterior, se pretende elaborar proyectos de Señalización de Tránsito en los sectores denominados como intersecciones de alto riesgo de la comuna por representar una gran posibilidad de accidentes, debido principalmente al aumento del parque automotriz.



VIALIDAD

De acuerdo a lo señalado en el nuevo Plan Regulador Comunal (en elaboración), el cordón industrial exclusivo emplazado al oriente de la comuna, inmediatamente vecino a las vías concesionadas de alta velocidad, como Panamericana, Autopista Central y Costanera Norte, deberá consolidarse aprovechando la disminución de los costos generales de viaje que implica el uso de las autopistas. Esto mismo se puede aplicar al transporte de carga mediante ferrocarriles. Podemos decir que esta zona posee, desde el punto de vista de la oferta vial, una “localización óptima”.

Situación similar enfrenta la zona denominada 30 b en el PRM. Se encuentra situada al poniente de la comuna, siendo vecina de las autopistas Américo Vespucio y Costanera Norte, a pocos minutos de la Ruta 68 y frente al Aeropuerto de la comuna de Pudahuel. Lo anterior nos hace aventurar que se mantendrá incorporada la actividad empresarial, se mantendrá ligada a la imagen comunal.

- Tasa de participación en la Fuerza laboral y Tasa de desocupación

Territorio	Fuerza de Trabajo (Nº personas)	Tasa de Desocupación %
Comuna de Renca	57.702	8.0
Provincia de Santiago	2.410.100	10.3
Región Metropolitana	3.231.725	10.1

Aceptable: Con llave dentro de la vivienda.
acarrea

Deficitaria: No tiene sistema, la

- Distribución de la población según Sistema Previsional de Salud

Territorio	Sistema Publico	ISAPRE	Particular y Otros
Comuna de Renca	84,0%	8.5%	7,5%
Provincia de Santiago	66.4%	22.8%	5.3%
Región Metropolitana	73.7%	19.8%	5.1%

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 4° 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%.

DEPORTES

Las actividades deportivas de la comuna en términos globales se pueden dividir en tres grandes áreas.

1. Actividades deportivas permanentes en el transcurso de un año, por ejemplo las escuelas deportivas tales como fútbol femenino, fútbol niños, tenis, patinaje, rugby, artes marciales, gimnasia entretenida para dueñas de casa.

- Estas se llevan a efecto entre los meses de marzo a diciembre.
- En enero y febrero se realizan las escuelas de natación por medio de diversos cursos en los dos meses.

2. Administración y mantención de la infraestructura deportiva comunal

- a. Estadio Municipal
- b. Canchas las Palmeras
- c. Casona de eventos
- d. Salón gestión
- e. Piscina Central.
- f. Piscina lo Velásquez

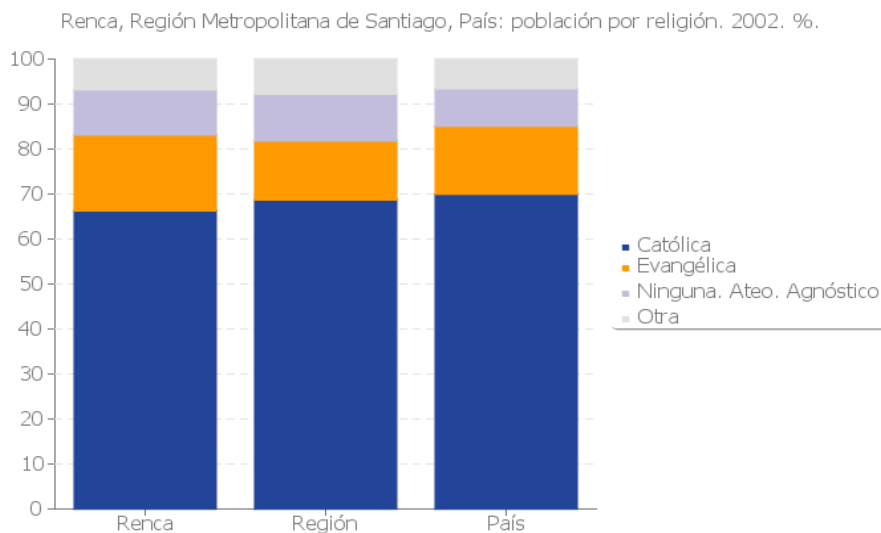
3.- Organización de eventos masivos

- a. Programa deportivo de verano
- b. Programa de celebración de navidad y año nuevo, y celebración de fiestas patrias.

4.- Actividades subsidiarias con las organizaciones deportivas de la comuna

- a. Coordinación de uso y/o arriendo de las instalaciones deportiva
- b. Programa de implementación deportiva a las organizaciones.
- c. Premiaciones de las actividades de las organizaciones.

LIBERTADES HUMANAS



Fuente: Elaboración propia en base a Censo de Población y Vivienda 2002, Instituto Nacional de Estadísticas (INE)

ETNIA

Población según etnia declarada Casen 2003-2006-2009						
Etnia	Cantidad de Personas			% según Territorio (2009)		
	2003	2006	2009	Comuna	Región	País
Atacameño	0	0	0	0	0,04	0,18
Aymara	450	0	0	0	0,12	0,57
Mapuche	4.113	9.487	9.098	6,43	3,75	5,96
Rapanui	0	0	0	0	0,03	0,03
Otras	130.732	124.496	132.303	93,57	96,05	93,26
Total	135.295	133.983	141.401	100	100	100

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social.

Número de organizaciones sociales y comunitarias 2010

Tipo de Organización	2010
Clubes Deportivos	46
Centros de Madres	8
Centros u Organizaciones de Adultos Mayores	60
Centros de Padres y Apoderados	9
Juntas de Vecinos	85
Uniones Comunales	207
Otras Organizaciones Comunitarias Funcionales	1
Total	416

INDICADORES DE SEGURIDAD

Las bases de datos de denuncias por delitos de mayor connotación social (DMCS) son llevadas por el Ministerio del Interior desde 1999 por medio de la confrontación de la información de denuncias provista por Carabineros y Policía de Investigaciones y se expresan en tasas por cada 100.000 habitantes.

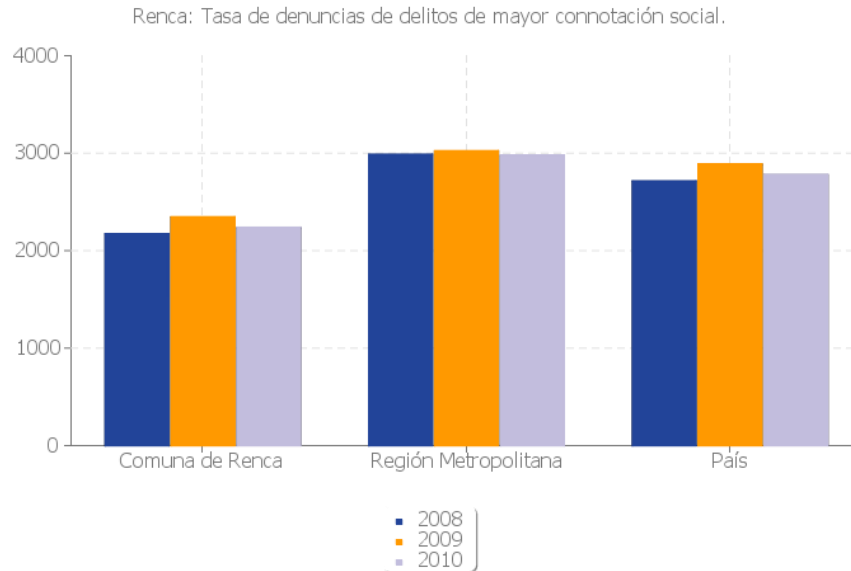
Las denuncias corresponden a reportes voluntarios de la población sobre hechos delictuales, por tanto las estadísticas de denuncia de delitos no contemplan la totalidad de los hechos delictuales registrados sino solamente aquellos que han sido denunciados. Según las encuestas de victimización, cerca de un 50 por ciento de los delitos no son denunciados.

Los DMCS involucran una serie de delitos en contra de la propiedad, además de homicidio, violación y lesiones, entendiéndose que su comisión acarrea una importante alarma pública.

Entérminos de evolución, el año 2010 rompe la tendencia ascendente de las denuncias por DMCS, experimentando leves bajas en las tasas de denuncias cada 100.000 habitantes.

Tasa de denuncias de Delitos de Mayor Connotación Social			
Territorio	2008	2009	2010
Comuna de Renca	2.171,3 0	2.346,8 0	2.238,7 0
Región Metropolitana	2.988,1 0	3.024,2 0	2.979,1 0
País	2.714,7 0	2.889,7 0	2.780,3 0

Fuente: Subsecretaría de Prevención del Delito, Ministerio del Interior



SECTOR SALUD

La Dirección de Salud, es la Encargada de operacionalizar y entregar las directrices de los lineamientos y políticas 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 de nuestra comuna mediante una política de desarrollo comunal y la generación de estrategias para entregar calidad de vida y niveles de satisfacción a su población.

Política de Salud Comunal

Normativa legal

El desarrollo de la atención Primaria se enmarca en un contexto legal dentro del cual se garantiza el acceso a la atención de salud, se establecen derechos y deberes con los trabajadores y se incorporan mecanismos de incentivo al Desempeño Colectivo.

La siguiente tabla presenta los principales cuerpos legales que rigen la operación y organización del Área salud.

Ley 19.966	AUGE - Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud. Contempla mecanismos legales que dotan al ministerio de salud para definir un conjunto de enfermedades priorizadas y las respectivas garantías asociadas.
Ley 19.378	Estatuto para funcionarios de Atención Primaria en Salud. Establece los derechos y deberes contractuales de los funcionarios que se desempeñan en los establecimientos de salud primaria.
Ley 19.813	Asignación de Estímulo al Desempeño Colectivo. Recompensa salarial para los funcionarios de APS asociada al cumplimiento de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención otorgada a los pacientes.
Ley 20.285	Sobre transparencia y acceso a la información pública.
Ley 20.589	Bonificación por retiro voluntario al personal de la atención primaria de salud y bonificación adicional.
Ley 19.966	AUGE - Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud. Contempla mecanismos legales que dotan al ministerio de salud para definir un conjunto de enfermedades priorizadas y las respectivas garantías asociadas.
Ley 19.378	Estatuto para funcionarios de Atención Primaria en Salud. Establece los derechos y deberes contractuales de los funcionarios que se desempeñan en los establecimientos de salud primaria.
Ley 19.813	Asignación de Estímulo al Desempeño Colectivo. Recompensa salarial para los funcionarios de APS asociada al cumplimiento de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención otorgada a los pacientes.
Ley 20.285	Sobre transparencia y acceso a la información pública.
Ley 20.589	Bonificación por retiro voluntario al personal de la atención primaria de salud y bonificación adicional.

ORGANIZACIÓN DE LA RED ASISTENCIAL

CORPORACIÓN MUNICIPAL DE SALUD Y EDUCACIÓN DE RENCA

ALCALDESA	DRA. VICKY BARAHONA KUNSTMANN
DIRECCIÓN	BLANCO ENCALADA 1335
FONO	(2) 6856600 – 6856602
FAX	(2) 685600
WEB	www.renca.cl
EMAIL	alcaldia@renca.cl

SECRETARIO GENERAL Y DIRECTOR DE SALUD	DR. LUIS JAPAZ LUCIO ODONTÓLOGO
DIRECCIÓN	AV. BLANCO ENCALADA 1335
FONO	(2) 6856600 – 3523802
WEB	www.cormuren.cl
EMAIL	sgeneral@crenca.cl

DISPOSITIVOS DE SALUD RED LOCAL

CENTRO DE SALUD	RENCA
DIRECTORA (S)	DRA. DEYSI SÁNCHEZ ZAVALETA
PROFESIÓN	MÉDICO
DIRECCIÓN	BALMACEDA 4420
FONO	26419289
EMAIL	direnca@yahoo.es

CENTRO DE SALUD	DR. HERNÁN URZÚA MERINO
DIRECTOR	DR. GUILLERMO SÁNCHEZ RODRIGUEZ
PROFESIÓN	ODONTÓLOGO

DIRECCIÓN	TOTAL BAJO 1011
FONO	26421400
EMAIL	direccionhernanurzua@hotmail.es

CENTRO DE SALUD	HUAMACHUCO
DIRECTORA (S)	SRA. MARILUZ AGUILAR GONZÁLEZ
PROFESIÓN	ENFERMERA UNIVERSITARIA
DIRECCIÓN	LOS TULIPANES 2465. HUAMACHUCO II
FONO	26411020
EMAIL	director_hco@hotmail.com

CENTRO DE SALUD FAMILIAR	BICENTENARIO
DIRECTOR	DRA. MARÍA JESÚS ALCALDE MACHUCA
PROFESIÓN	ODONTÓLOGA
DIRECCIÓN	AV. BRASIL 8005
FONO	26425842-26425579
EMAIL	bicentenario@crenca.cl

CENTRO DE SALUD MENTAL	“PORTAL DE LA ALEGRÍA”
DIRECTOR	DR. NELSON CUTURRUFO ARACENA
PROFESIÓN	PSIQUIATRA
DIRECCIÓN	AV. BRASIL 8005
FONO	26425492
EMAIL	cosam1@crenca.cl

CENTRO DE SALUD MENTAL	PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTENSIVO DE ALCOHOL Y DROGAS
COORDINADORA	SRTA. ALICIA VELOSO M.
PROFESIÓN	PSICÓLOGA
DIRECCIÓN	ANGAMOS 1641
FONO	26469877
EMAIL	alcoholhydrogas.renca@gmail.com

CENTRO DE SALUD MENTAL	PROGRAMA ADOLESCENTE
COORDINADORA	SRA. YANELA GONZÁLEZ MIRANDA
PROFESIÓN	PSICÓLOGA
DIRECCIÓN	LOS AROMOS 3330
FONO	26419308
EMAIL	ohdadolescente.renca@gmail.com

SERVICIO DE SALUD DE URGENCIA	SAPU 24 HRS.
COORDINADOR	DR. FELIPE VALENZUELA CERDA
PROFESIÓN	MÉDICO
DIRECCIÓN	BALMACEDA 4012
FONO	26415830
EMAIL	sapurenca@crenca.cl

SERVICIO DE SALUD DE URGENCIA	SAPU CENTRO DE SALUD HUAMACHUCO
COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA	SRA. MARILUZ AGUILAR GONZALEZ

PROFESIÓN	ENFERMERA UNIVERSITARIA
DIRECCIÓN	LOS TULIPANES 2466
FONO	26467370

SERVICIO DE SALUD DE URGENCIA	SAPU CENTRO DE SALUD DEL BICENTENARIO
COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA	DRA. MARÍA JESÚS ALCALDE MACHUCA
PROFESIÓN	ODONTÓLOGA
DIRECCIÓN	AV. BRASIL 8005
FONO	26425842-26425579

UNIDAD DE SALUD	TOMA DE MUESTRAS
COORDINADOR	SR. RENATO ESTAY CABRERA
PROFESIÓN	MATRÓN
DIRECCIÓN	BALMACEDA 4012
FONO	26415565

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

PRESUPUESTO AREA "SALUD 2014"

INGRESOS M\$

SUB TITULO	ITEM	ASIGNACION	SUB ASIGNACION	DENOMINACION	PPTO
05				TRANSFERENCIAS CORRIENTES	7.190.000
05	01			DEL SECTOR PRIVADO	
05	03			DE OTRAS ENTIDADES PUBLICAS	7.190.000
05	03	002		De la Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo	50.000
05	03	006		Del Servicio de Salud	6.240.000
05	03	006	001	Atención Primaria Ley N° 19.378 Art. 49	5.040.000
05	03	006	002	Aportes Afectados	1.200.000
05	03	101		De la Municipalidad a Servicios Incorporados a su Gestión	900.000
07				INGRESOS DE OPERACIÓN	30.000
07	02			VENTA DE SERVICIOS	30.000
					-
08				OTROS INGRESOS CORRIENTES	144.000
08	01			RECUPERACIONES Y REEMBOLSOS POR LICENCIAS MEDICAS	144.000
08	01	002		Recuperaciones Art. 12 Ley N° 18.196	144.000
15				SALDO INICIAL DE CAJA	15.000

TOTAL INGRESOS.....M\$	7.379.000
-------------------------------	------------------

GASTOS M\$

SUB TITULO	ITEM	ASIGNACION	SUB ASIG.	SUB SUB ASIG.	DENOMINACION	TOTAL
21					GASTOS EN PERSONAL	5.266.000
21	01				PERSONAL DE PLANTA	2.000.000
21	02				PERSONAL A CONTRATA	2.400.000
21	03				OTRAS REMUNERACIONES	866.000
21	03	001			Honorarios a Suma Alzada - Personas Naturales	715.000
21	03	005			Suplencias y Reemplazos	55.000
21	03	999			Otras	96.000
22					BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	1.726.000
22	01				ALIMENTOS Y BEBIDAS	30.000
22	01	001			Para Personas	30.000
22	03				COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	10.000
22	03	003			Para Calefacción	10.000

22	04		MATERIALES DE USO O CONSUMO	999.000
22	04	001	Materiales de Oficina	36.000
22	04	004	Productos Farmacéuticos	550.000
22	04	005	Materiales y Utiles Quirúrgicos	13.000
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	90.000
22	06	001	Mantenimiento y Reparación de Edificaciones	65.000
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	90.000
22	08	002	Servicios de Vigilancia	80.000



22	08	008	Salas Cunas y/o Jardines Infantiles	10.000
22	09		ARRIENDOS	191.000
22	09	002	Arriendo de Edificios	11.000
22	09	003	Arriendo de Vehículos	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	110.000
22	11	002	Cursos de Capacitación	100.000
22	11	003	Servicios Informáticos	10.000
24			TRANSFERENCIAS CORRIENTES	150.000
24	01		AL SECTOR PRIVADO	150.000
34			SERVICIO DE LA DEUDA	237.000
34	07		DEUDA FLOTANTE	237.000
35			SALDO FINAL DE CAJA	-
			TOTAL GASTOSM\$	7.379.000

RECURSOS FISICOS CENTROS DE SALUD

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	NO	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	NO	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	2011	2 378.79	SI	75	SI	5	10	SI	8	SI

ANALISIS

El presente análisis de la información se ha realizado bajo la consideración de las características que presenta nuestra población a nivel país y se entrega conforme al orden de presentación de los datos específicos para cada tema desarrollado en la descripción de la situación de salud local, 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.

- 1- La tasa de natalidad en Chile al 2010 es de 14,7%, a nivel regional se presenta con igual tasa, sin embargo en la comuna de Renca se observa un 17,2%, lo que evidencia un aumento de 2,5 puntos sobre el nivel nacional, mostrando un total de 2264 niños nacidos vivos al año 2010 de este total de nacimientos se concentran en embarazos de 37 a 41 semanas de gestación, lo que se puede entender como una disminución del riesgo de muerte, y por tanto comprensible la disminución en la tasa de mortalidad infantil que para Renca al 2009 se presenta con un 7%.
- 2- La mortalidad Materna en Chile se ha reducido en los últimos 50 años, lo que se debe a un efecto sinérgico de factores tales como, el incremento de la escolaridad de las madres, que para Renca llega a los 10 años promedio, presentando un total comunal de 31,27 % a nivel de la Enseñanza Media Completa lo que deja a Renca levemente por sobre el porcentaje país (29,9%)
- 3- La Mortalidad Infantil y Adolescente se mantiene en el promedio nacional, observándose que a medida que aumenta la edad esta tasa aumenta progresivamente, Renca no se encuentra ajena a esta realidad.
- 4- En relación al promedio de Esperanza de Vida es posible observar que en Chile llega a los 79 años, sin embargo esto no dice relación con una buena la Calidad de Vida y las condiciones de salud con que llegan los adultos mayores. Lo que es posible ser observado en las evaluaciones realizadas por los equipos de salud. En este sentido y como estrategia en Renca se presenta una participación activa de esta población organizada en Clubes de Adulto Mayor a nivel comunitario, así como también en el año 2012 Renca Inaugura el primer Centro Diurno del Adulto mayor, con actividades entre otras de Yoga, actividad física y habilidades de estimulación cognitiva.
- 5- Como parte de las estrategias empleadas en la mejora de la Satisfacción Usuaría, y de calidad en la entrega de las prestaciones, se ha incorporado a las funciones comunales el RRHH de Químico farmacéutico, a cargo de la coordinación y monitoreo permanente de las farmacias de los 4 Centros de Salud y Servicio de Urgencia Primaria, en especial considerando la existencia de medicamentos controlados y el cumplimiento de la Meta en relación a la disposición permanente de medicamentos trazadores en todos los establecimientos.
- 6- En relación a las causas de muerte de nuestros usuarios se encuentre una mayor frecuencia de decesos cardiovasculares por infarto y accidente vascular, es significativo que conforme a los antecedentes la prevalencia en cáncer es más alta en Renca que a nivel País. En este sentido es importante relevar los datos referentes a las acciones de atención y reanimación que realiza el Servicio de Urgencia Primaria en nuestra comuna, el que alcanza un promedio de 1684 atenciones en promedio con resultado efectivo logrando estabilizar y trasladar a dichos usuarios a la red de Urgencia del nivel secundario o de especialidad conforme sea el caso.

- 7- En relación a los datos AVISA, (años de vida saludables perdidos), se entrega una imagen de las doce enfermedades se observan en antecedentes a nivel nacional 2010 que la primera causa específica de los AVISA sería la enfermedad Hipertensiva del Corazón, seguido de las digestivas y las neuropsiquiátricas. Con respecto a la distribución por sexo para el año 2010 en hombres sería la enfermedad hipertensiva del corazón, seguida de la dependencia de alcohol y otras musculoesqueléticas, para las mujeres las digestivas, las neuropsiquiátricas y las hipertensivas del corazón. Esta inversión en el orden de afección entre hombres y mujeres es comprensible atendiendo que la población consultante de los establecimientos de salud primaria corresponde a mujeres, por tanto realizan un control más periódico de sus enfermedades.
- 8- En relación a los datos obtenidos en el AVPP (muertes prematuras) se observa un descenso predominando los decesos por sistema circulatorio y tumores malignos lo que es concordante con los antecedentes que muestra la Comuna de Renca. Importante mencionar que se evidencia un alza en el año 2010 a nivel país, lo que puede coincidir con el terremoto del mismo año.
- 9- En relación a la caracterización de la población en la comuna se observa según la última proyección publicada por el INE al 30 de Diciembre del 2012, que Renca contaría con una población equivalente a 129.531 habitantes; sin embargo, a la fecha del CENSO 2002, recién nuestra comuna iniciaba un proceso de expansión urbana con las construcciones de poblaciones y villas, especialmente en el sector poniente de Renca, de acuerdo a ello resultan más cercanas a la realidad las proyecciones realizadas tanto por la Seremi Regional del Ministerio de Desarrollo Social, como por la SECPLA, las cuales señalan que la comuna tendría una población proyectada al 2013 de 144.037 habitantes, correspondiendo al 49,4% a varones y a 50,6% a mujeres.
- 10- Por otra parte es importante destacar que el nivel de pobreza comunal según la CASEN 2011, afecta al 16,6% de su población, dejando a Renca como la tercera comuna más pobre de la región Metropolitana. De lo anterior se deduce que, alrededor de 23.910 habitantes de esta comuna se encuentran en situación de pobreza y con dificultad para satisfacer necesidades básicas. Por otra parte la población activa mayor de 15 y menor de 60 años es de 63,6%(91.598) y el número de personas desocupadas es de 3,9% (5.617). El porcentaje de personas mayores de 15 años, económicamente inactivas (pensionados, montepiados) es de 31,07%(44.752)
- 11- A nivel comunal y de acuerdo a lo informado por la SEREMI Regional del Ministerio de Desarrollo Social, Renca presenta una población sobre 60 años de 20.124, lo que equivale al 14,0% del total de los habitantes, correspondiendo al 43,0% a varones y 57,0% a mujeres, situación que estaría en aumento, considerando que la encuesta CASEN 2011, estima una población mayor de 65 años de sólo un 8,3%

- 12-En relación a las consultas por Morbilidad se puede señalar que al año 2012 se entregaron un total de 113.989 atenciones, en comparación con el presente año se han entregado un total de 77.337, al mes de Agosto .
- 13-En relación a los exámenes realizados en el año 2012 se han realizado un total de 229.630, en comparación durante el presente año a la fecha se han realizado un total de 209773 al mes de Septiembre, lo que en promedio arroja un total de exámenes mensuales 23.308 logrando entregando una proyección anual año 2013 de un total promedio de 279.696. Lo que nos entrega un aumento estimativo en la realización de exámenes entre 2012-2013 de 50.066. Observar que el mayor número de exámenes se concentra en perfil lipídico y glucosa en sangre, electrolitos plasmáticos, electrograma, Hemograma, hemoglobina glicosilada, velocidad de eritrosedimentación, Prueba de tolerancia TSH-T3-T4-T4L, Urocultivo y recuento de colonias, Orina Completa. Siendo relevante considerar que se realizan estudios Histopatológicos (Biopsias) y Screening de Drogas.
- 14-En relación al número de atenciones realizadas en Servicios de Urgencia Primaria de nuestra comuna, durante el año 2012 se brindaron un total de 204. 050 atenciones, en comparación al presente año y al mes de Septiembre se ha entregado un total de 137.185 Observándose que las consultas más frecuentes son, Cólico abdominal y Renal, Cuadros respiratorios, Accidentes escolares, Crisis Hipertensivas y DM tipo 2, Accidentes de tránsito, Constatación de Lesiones y Alcoholemias.
- 15-En relación a las causas de los egresos hospitalarios totales y de mayor incidencia a nivel país, Región y Comuna se observa Embarazo Parto y Puerperio, Enfermedades del sistema respiratorio, Enfermedades del sistema digestivo, Traumatismos, envenenamientos y otras algunas consecuencias y Enfermedades del sistema Circulatorio. Es relevante consignar que los egresos por enfermedades antes descritas correspondientes a la comuna de Renca, suman un total de 6.337, lo que se traduce en potenciales consultas de ingreso o reingreso a los centros de atención primaria de la comuna.
- 16-En relación a las Enfermedades de Notificación Obligatoria desde el 2000 al 2010 se observa que existe una predominancia de las demás Hepatitis, Tuberculosis, Gonorrea, Sífilis, Parotiditis y Coqueluche, Renca se mantiene en similar orden de prevalencia.
- 17-En relación a la Satisfacción Usuaría y la Participación Social, durante el 2012 y a la fecha del 2013, Renca mantiene el 100% de las respuestas a las solicitudes Reclamos y Sugerencias que realiza la comunidad, mediante los buzones y oficinas OIRS de los cuatro establecimientos. Así como también mantiene a los cuatro Consejos Locales de Salud en reuniones mensuales, lo que facilita la comunicación permanente entre usuarios y red de salud. Manteniendo a nivel usuario y profesional una activa participación de la Red CIRA, logrando la reducción de las inasistencias de los usuarios a las horas de especialidad entregadas por el nivel secundario.

Para finalizar el presente análisis, es posible mencionar que conforme a los lineamientos comunales y ministeriales que dicen relación con la búsqueda permanente de la Satisfacción Usuaría y la entrega eficiente y eficaz de las prestaciones de salud, así como también el compromiso de asegurar el acceso y la oportunidad en la atención, el área salud ha cumplido con las Metas e indicadores programados para este año 2013.

PROYECCIONES 2014

1. ACREDITACION CENTRO DE SALUD FAMILIAR BICENTENARIO

El Centro de Salud del Bicentenario, lleva dos años de funcionamiento, centrandó 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.

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 2013 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 resolutivez, 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.

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, centrando la atención en la familia y en la comunidad. Para el cumplimiento de lo anterior durante el año 2012-2013, se ha logrado la resolución del 100% de las Normas Técnicas Básicas (NTB), cumpliendo la primera etapa de disminución de brechas. Además en el año 2013 se logra la autorización sanitaria para el funcionamiento del Botiquín, Vacunatorio y PACAM, las tres siendo una necesidad muy sentida por los usuarios en el sector donde se encuentra instalado el Establecimiento.

Trabajo que se proyecta realizar durante el año 2014.

Las proyecciones apuntan para el año 2014 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 2014 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 Casino 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, feriados 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.

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

3 DAR CONTINUIDAD A LA POLÍTICA COMUNAL DE ACTIVIDAD FÍSICA

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 etáreos 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.

4 INTERVENCION PREVENTIVA Y PROMOCIONAL DE EMBARAZO ADOLESCENTE

La Primera Autoridad comunal no se puede mantener ajena al aumento que en Chile 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, y evaluación del adolescente de 10 a 19 años en Programa 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
<p>Promover el desarrollo de habilidades sociales y factores protectores en adolescentes de 10 a 19 años en la comuna de Renca.</p>	<p>Formar grupo scout con jóvenes de la comuna de Renca</p>	<p>1 grupo scout con representación de al menos el 50% de colegios de la comuna.</p>	<p>Grupo scout conformado por jóvenes representantes de los colegios municipales de Renca.</p>
<p>Fomentar estilos de vida saludables y conductas de autocuidado, adolescentes de 10 a 14 años de la comuna de Renca.</p>	<p>Realizar talleres multidisciplinares en Nutrición, Salud Mental, Salud Sexual y Reproductiva, Autocuidado, entre otros, en colegios municipales de la comuna de Renca.</p>	<p>4 colegios municipales de educación básica, con talleres realizados.(5° y 6° básico)</p>	<p>N° talleres realizados/N° talleres comprometidos x 100</p>

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.	100% puérperas que consultan en forma espontánea para ingreso a Prog. Reg. Fecundidad, reciben atención e inicio de Mac.	N° puérperas adolescentes con ingreso a Reg. Fec./N° puérperas adolescentes x100.
	Monitorización mensual y rescate de puérperas inasistentes a Prog. de regulación de fecundidad.	85% puérperas adolescentes ingresan a Prog. de Reg. de Fecundidad	
Favorecer la reinserción escolar de las madres adolescentes de la comuna de Renca	Crear e implementar una Sala Cuna Amigable para niños de adolescentes en la comuna de Renca.	Sala Cuna Amigable para hijos de madres adolescentes de la comuna de Renca implementada.	Sala Cuna Amigable en funcionamiento.

EVALUACION AÑO 2013 PER CAPITA COMUNAL 2012

		MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
		7	0	7
000-00	000-11	496	451	947
001-00	001-11	665	611	1276
002-00	002-11	726	698	1424
003-00	003-11	959	852	1811
004-00	004-11	873	778	1651
005-00	005-11	793	755	1548
006-00	006-11	720	679	1399
007-00	007-11	761	723	1484
008-00	008-11	776	675	1451
009-00	009-11	820	818	1638
010-00	010-11	852	859	1711
011-00	011-11	963	909	1872
012-00	012-11	926	901	1827
013-00	013-11	952	862	1814
014-00	014-11	924	947	1871
015-00	019-11	4949	5082	10031
020-00	024-11	4730	5449	10179
025-00	029-11	3858	4620	8478
030-00	034-11	3747	4611	8358
035-00	039-11	3720	4556	8276
040-00	044-11	3687	4219	7906
045-00	049-11	3563	4160	7723
050-00	054-11	3245	3947	7192

PLAN DE SALUD 2014



055-00	059-11	2854	3502	6356
060-00	064-11	2409	2874	5283
065-00	069-11	2045	2418	4463
070-00	074-11	1289	1798	3087
075-00	079-11	830	1154	1984
080-00	999-11	928	1743	2671
		54067	61651	115718

CONSOLIDADO COMUNAL DE METAS SANITARIAS 2012

1.- COBERTURA DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

CENTRO DE SALUD	META	NUMERADOR	DENOMINADOR	LOGRADO
RENCA	70	11	14	71,43
HERNAN URZUA	70	10	10	100,00
HUAMACHUCO	70	2	2	100,00
TOTAL COMUNAL	70	23	26	88,46

2.- COBERTURA DE PAPANICOLAU (ESTADISTICA CITOERPET)

CENTRO DE SALUD	META	NUMERADOR	DENOMINADOR	LOGRADO
RENCA	62	9779	17980	54,39
HERNAN URZUA	65	5692	11106	51,25
HUAMACHUCO	62	2460	4380	56,16
TOTAL COMUNAL	63	17931	33466	53,58

3.- ATENCION ODONTOLOGICA

3.1- Cobertura Alta Odontologica Total en adolescente 12 años

CENTRO DE SALUD	META	NUMERADOR	DENOMINADOR	LOGRADO
RENCA	76	903	1033	87,42

HERNAN URZUA	56	390	631	61,81
HUAMACHUCO	68	194	245	79,18
TOTAL COMUNAL	67	1487	1909	77,89

3.2- Cobertura Alta Odontológica Total en adolescente 6 años

CENTRO DE SALUD	META	NUMERADOR	DENOMINADOR	LOGRADO
RENCA	75	652	721	90,43
HERNAN URZUA	74	460	559	82,29
HUAMACHUCO	70	213	237	89,87
TOTAL COMUNAL	86	1325	1517	87,34

NOTA: Es importante señalar que existe un cálculo erróneo de la meta Comunal. Esto se explicita

en documentos adjuntos

3.2- Cobertura Alta Odontológica Total en Embarazadas

CENTRO DE SALUD	META	NUMERADOR	DENOMINADOR	LOGRADO
RENCA	80	630	780	80,77
HERNAN URZUA	75	458	586	78,16
HUAMACHUCO	80	184	224	82,14
TOTAL COMUNAL	79	1272	1590	80,00

4.- COBERTURA EFECTIVA DE PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CONTROLADA

CENTRO DE SALUD	META	NUMERADOR	DENOMINADOR	LOGRADO
RENCA	24	1613	6223	25,92
HERNAN URZUA	18	1048	3536	29,64
HUAMACHUCO	20	502	1623	30,93
TOTAL COMUNAL	22	3163	11382	27,79

5.- COBERTURA EFECTIVA DE PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS CON HTA CONTROLADA

CENTRO DE SALUD	META	NUMERADOR	DENOMINADOR	LOGRADO
RENCA	42	5372	11639	46,16
HERNAN URZUA	49	3453	6214	55,57
HUAMACHUCO	35	1383	3005	46,02
TOTAL COMUNAL	42	10208	20858	48,94

6.- OBESIDAD EN NIÑOS /AS MENORES DE 6 AÑOS BAJO CONTROL

CENTRO DE SALUD	META	NUMERADOR	DENOMINADOR	LOGRADO
RENCA	7	361	5418	6,66
HERNAN URZUA	7,8	301	3919	7,68
HUAMACHUCO	8,1	127	1651	7,69
TOTAL COMUNAL	7,7	789	10988	7,18

7.- CONSEJO DE DESARROLLO DE SALUD FUNCIONANDO REGULARMENTE

CENTRO DE SALUD	META	NUMERADOR	DENOMINADOR	LOGRADO
RENCA	1	1	1	100,00
HERNAN URZUA	1	1	1	100,00
HUAMACHUCO	1	1	1	100,00
TOTAL COMUNAL	3	3	3	100,00

8.- EVALUACION DE SATISFACCION USUARIA

CENTRO DE SALUD	META	NUMERADOR	DENOMINADOR	LOGRADO
RENCA	1	1	1	100,00
HERNAN URZUA	1	1	1	100,00
HUAMACHUCO	1	1	1	100,00
TOTAL COMUNAL	3	3	3	100,00

INDICE DE ACTIVIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA (IAAPS 2012)

META 1: COBERTURA EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA (EMP), EN HOMBRES DE 20 A 44 AÑOS						
Indicador	Numerador	Denominador $D - (A + B - C)$	A	B	C	D
	Nº Examen de Medicina Preventiva (EMP) realizado en población masculina de 20 a 44 años	Población masculina de 20 a 44 años inscrita, menos población bajo control en Programa Salud Cardiovascular	Población masculina de 20 a 44 años bajo control en programa de salud cardiovascular	Ingresos de población masculina al PSCV de 20 y 44 años	Egresos de población masculina del PSCV de 20 y 44 años	Población masculina de 20 a 44 años inscri
2,14	454	21.215	666	94	11	21.964

mujeres 45 - 64 años

Indicador	Numerador	Denominador $H - (E + F - G)$	E	F	G	H
	Nº Examen de Medicina Preventiva (EMP) realizado en población femenina de 45 a	Población femenina de 45 a 64 años inscrita, menos población bajo control en Programa Salud Cardiovascular	Población femenina de 45 a 64 años bajo control en Programa Salud Cardiovascular	Ingresos de población femenina al PSCV de 45y 64 años	Población femenina de 45 a 64 años bajo control en Programa Salud Cardiovascular	Población femenina de 45 a 64 años inscrita

	64 años					
6,42	485	7.554	6.811	320	113	14.572

EMP EN PERSONAS DE MAS 65 AÑOS

I n d i c a d o r	Numerador	Denominador
	Nº de adultos de 65 y más años con Examen de Medicina Preventiva	Nº de adultos de 65 y más años inscritos
9,17	1.095	11.938

META 4: PROPORCIÓN DE EMBARAZADAS QUE INGRESAN A CONTROL EMBARAZO, ANTES DE LAS 14 SEMANAS

I n d i c a d o	Numerador	Denominador
--------------------------------------	-----------	-------------

Indicador	Nº de mujeres embarazadas ingresadas antes de las 14 semanas a control	Total de mujeres embarazadas ingresadas a control
	369	419

META 5: COBERTURA EXAMEN DE SALUD DEL ADOLESCENTE ENTRE 10 Y 14 AÑOS

Indicador	Numerador	Denominador
	Nº exámenes de salud realizado en adolescentes de 10 a 14 años	Población inscrita de 10 a 14 años
	79	9.576

META 6: PROPORCIÓN DE MENORES DE 20 AÑOS CON ALTA ODONTOLÓGICA TOTAL

Indicador	Numerador	Denominador

r	Nº de personas con diabetes mellitus 2 bajo control de 15 y más años	Nº de diabéticos de 15 y más, esperados según prevalencia	Población diabética en control de 15 y más años	Ingresos de personas con diabetes a PSCV de 15 y más años	Egresos de personas diabéticas del PSCV de 15 y más años	Población 15-64 años estimada según prevalencia (población inscrita Fonasa de 15 a 64 años x 10%)	Población 65 y más años estimada según prevalencia (población inscrita Fonasa de 65 y más años x 25%)
51,32	5.841	11.381	5.094	802	55	8.396	2.984

META 9: COBERTURA DE ATENCIÓN DE HIPERTENSION ARTERIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS

Indicador	NUMERADOR (N + (O - P))	DENOMINADOR (Q + R)	N	O	P	Q	R
	r	Nº de personas con Hipertension Arterial en personas de 15 años y mas	Nº de Hipertensos de 15 y mas, esperados según prevalencia	Población hipertensa en control de 15 y más años	Ingresos de personas con hipertensión a PSCV de 15 y más años	Egresos de personas diabéticas del PSCV de 15 y más años	Población 15-64 años estimada según prevalencia (población inscrita Fonasa de 15 a 64 años x 15,7%)
64,39	13.431	20.858	12.870	723	162	13.182	7.676

META 10: COBERTURA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DE NIÑOS Y NIÑAS DE 12 A 23 MESES BAJO CONTROL		
Indicador	Numerador	Denominador
	NIÑOS Y NIÑAS 12 A 23 CON EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	NIÑOS Y NIÑAS ENTRE 12 A 23 MESES BAJO CONTROL
23,2	423	1.823

META 11: TASA DE VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL		
Indicador	Numerador	Denominador
	Nº DE VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRALES REALIZADAS	Nº DE FAMILIAS (POBLACIÓN INSCRITA / 4)
0,04	1.075	30.264

EVALUACIONES PROGRAMAS DE SALUD



PROGRAMA DEL ADULTO

Durante el año 2013, se mantiene el enfoque en la pesquisa y control de enfermedades crónicas no transmisibles en forma integral; aunando esfuerzos de los equipos locales para el logro de metas e indicadores.

DATOS GENERALES.

Población inscrita por Centro de Salud. Este año la población evaluada corresponde desde los 15 años en adelante puesto que el programa cardiovascular incluye a pacientes desde esta edad.

Población Inscrita		2013
RENCA	Adulto (15-64 Años)	41075
	Adulto Mayor (>65 Años)	7561
	Total	48636
CHUM	Adulto (15-64 Años)	27627
	Adulto Mayor (>65 Años)	2758
	Total	30385
HUAMACHUCO	Adulto (15-64 Años)	11081
	Adulto Mayor (> 65 Años)	1886
	Total	12967
Total Comunal		91988

Para la población total comunal de adultos mayores de 15 años, hubo una disminución de 33015 con respecto al corte de diciembre 2012. Y más aún si vemos que en esta evaluación se incluyó al grupo de 15 y 20 años, podemos decir que la disminución fue mayor. La población de Renca en cuando a salud es muy móvil, pudiendo haber emigrado a otras comunas.

Evaluación de nivel de cumplimiento a junio 2013 de los principales indicadores de atención primaria (IAAPS) del Programa del adulto.

I. Examen de Medicina Preventiva Adulto (EMP) en hombres.

20,5% anual de cobertura EMP en varones de 20 a 44 años.

Centro de Salud	de 1° semestre 2013	Meta	N° EMPA por realizar
Renca	1196	1846	650
Huamachuco	288	594	306
C.Hernán Urzúa	574	1486	912
Bicentenario	115	-	-
T. Comunal	2173	3926	1868

Al comparar lo logrado con respecto a la meta, se puede decir que a la Comuna le falta un **44,65%** de EMP masculino para lograr la meta. Esto debe ser logrado en 6 meses a partir de julio.

Entre las estrategias planeadas para lograr esto son mantener a un técnico que los realice por derivación desde los diferentes servicios especialmente de morbilidad. Es fundamental que cada centro cuente con este recurso para cumplir lo esperado, no es necesario contratar a uno en especial, sino destinar a un TENS para esta función. Los operativos de salud en la comunidad, también son una alternativa viable y la captación de usuarios en los centros que cuentan con SAPU, desfasando el horario del TENS a cargo, es una posibilidad.

II. Examen de Medicina Preventiva Adulto (EMP) en mujeres.

38% anual de cobertura de EMP mujeres de 45 a 64 años.

Centro de Salud	de 1er Semestre 2013	Meta	N° por cumplir
Renca	1085	1663	578
Huamachuco	214	293	79
C. Hernán Urzúa	460	1841	1381
Bicentenario	120	-	-
T. Comunal	1879	3797	2038

En cuanto a este indicador, resta un **50,6%** de EMP femenino para lograr la meta. La mayoría de éstas ya están en marcha pero algo muy importante es la focalización del grupo etáreo respectivo.

Prontamente se pondrán en marcha operativos de salud en el SAPU central, al que irán internos de enfermería que están en los diferentes centros de salud de la comuna. Por supuesto que esta iniciativa permitirá alcanza ambas metas anteriormente mencionadas.

El equipo del Programa del adulto propone colocar un TENS en el Depto. De Tránsito para tomar el EMPA a quienes van por su licencia de conducir, de manera que quienes clasifiquen según los criterios, tengan que cumplir el requisito de hacerse este examen. Esto nos facilitaría cumplir con las metas ya que acá hay usuarios de la comuna cautivos. En otras comunas se realiza y se obtienen buenos resultados.

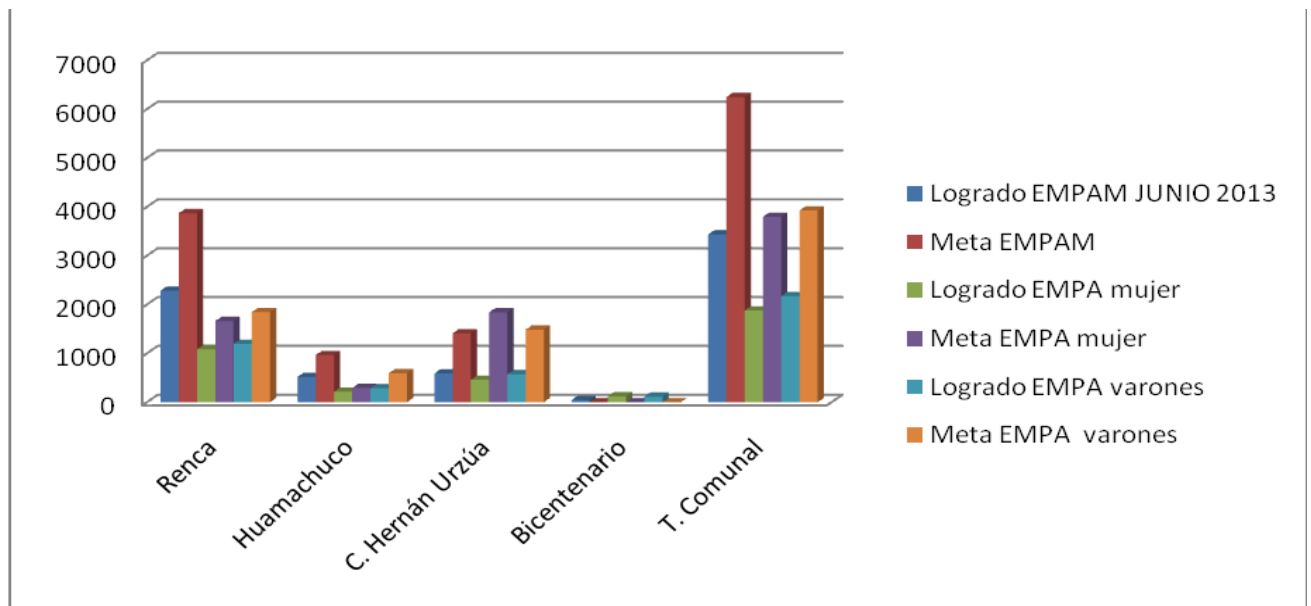
III. Examen de Medicina Preventiva Adulto Mayor (EMPAM)

51,2% de examen de medicina preventiva en adulto mayor a nivel comunal según población inscrita.

Centro de Salud	de 1er Semestre 2013	Meta	N° de EMPAM por cumplir
Renca	2286	3871	1585
Huamachuco	518	966	448
C. Hernán Urzúa	590	1412	822
Bicentenario	43	-	-
T. Comunal	3437	6249	2812

En cuanto a este indicador, a la comuna le resta un **44,9%** para lograr la meta. En la tabla se encuentra el detalle del número por CES. Cabe señalar que para lograr la meta se están realizando diversas estrategias entre las que destacan la participación de los alumnos de enfermería, para rescate en tarjetero, consultas de morbilidad, difusión a nivel local, etc.

A. Gráfico 1. Comparación entre la Logrado a junio 2013 y las metas de EMPAadulto y EMPAM.



Este gráfico muestra un resumen de los 3 primeros IAAPS con sus respectivas metas. Si bien es cierto que falta para llegar a las metas, a través de los años se han internalizado diversas estrategias que han resultado y por lo tanto esperamos llegar a las metas este año, como cada año, aunque los recursos sean escasos, destacamos el gran esfuerzo de todo el equipo y de los alumnos de enfermería.

Bicentenario, se suma a los centros y lleva un gran desafío que es cumplir con metas internas para mejorar los números de estos indicadores.

IV. Cobertura de Diabetes Mellitus 2.

Lograr el 55,25% de cobertura de atención de diabetes Mellitus tipo 2 en personas de 15 años y más años.

Centro de Salud	de 1º semestre 2013	Meta
Renca	3408	3313
Huamachuco	960	873
C. Hernán Urzúa	1908	1907
Bicentenario	293	-
T. Comunal	6569	6093

Para este Indicador la meta está cumplida ya en el primer semestre. Si vemos cada centro tiene una cobertura mayor al 100%, debido a que los centros están sobrepasados en su capacidad de atención y a que con la pesquisa de los EMPA van ingresando además nuevos pacientes.

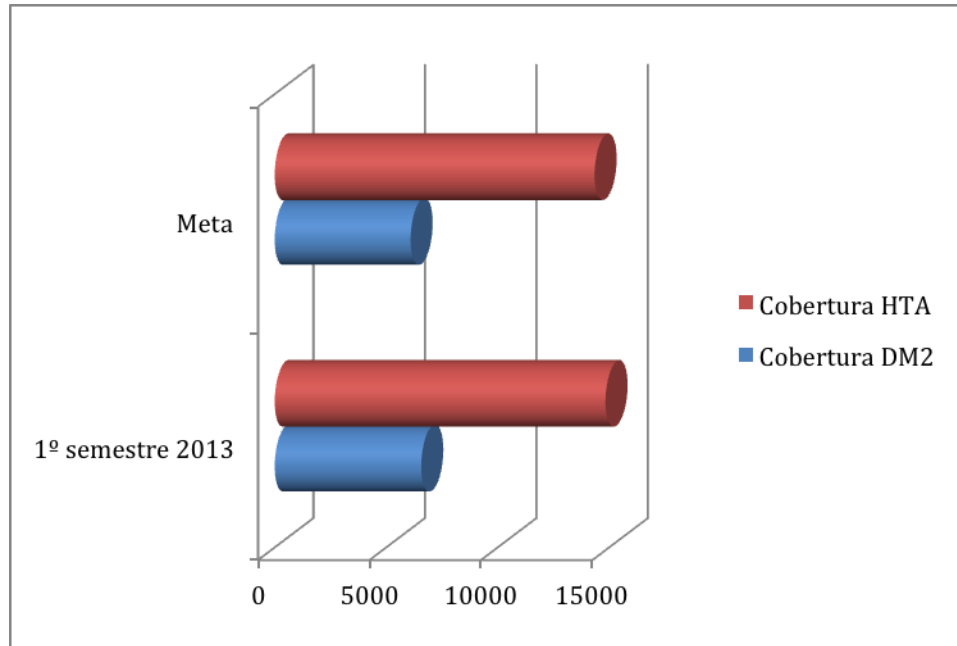
V. Cobertura de Hipertensión arterial.

Lograr un 70,4% de cobertura de atención en HTA en pacientes de 15 años y más años.

Centro de Salud	1º semestre 2013	Meta
Renca	8025	7963
Huamachuco	2084	2079
C. Hernán Urzúa	4177	4302
Bicentenario	550	-
T. Comunal	14835	14344

Este indicador, a junio 2013 también se encuentra con un cumplimiento del 100% a nivel comunal, salvo en H. Urzúa que falta un 2,9%.

B. Gráfico 2. Relación entre la cobertura de DM2 e HTA y su meta.



Como se dijo anteriormente y como muestra el gráfico B. la cobertura comunal de HTA y de DM2 se encuentra cubierta ya al corte de junio. En este IAAPS no se incluye a bicentenario puesto que al no tener una población validada no es posible calcular meta. Pero sus logros en cuanto a número se sumarán al total comunal.

Evaluación de nivel de cumplimiento a junio 2013 de las metas sanitarias.

I. Cobertura efectiva de DM2 e HTA.

- Se debe lograr el 24% de cobertura efectiva en Diabetes Mellitus tipo 2.

Centro de Salud	de	1º semestre 2013	Meta(%)comprometida	Logrado (%) a junio 2013.
Renca		2559	24%	42,66%
Huamachuco		551	24%	34,8%
C. Hernán Urzúa		1135	23%	32,87%
Bicentenario		89	-	30%
T. Comunal			24%	36,7%

La diferencia entre esta meta y el IAAPS de cobertura es que este indicador refleja la compensación de los pacientes. Para lograr la meta es necesario mantener la dotación del equipo a nivel de cada centro, para poder seguir cumpliendo el indicador y aunar esfuerzos como equipo para lograr una diabetes bien manejada. Cabe señalar que pese a cumplir la meta, es muy complejo puesto que esto depende no sólo del esfuerzo del equipo sino también del compromiso y adherencia del usuario.

- A nivel comunal se espera un 45% de cobertura efectiva de persona con 15 y más años con HTA.

Centro de Salud	1º semestre 2013	Meta (%) comprometida	Logrado(%) a junio 2013
Renca	5481	47%	48,46%
Huamachuco	967	31,8%	32,75%
C. Hernán Urzúa	3527	52%	52,41%
Bicentenario	393	-	-
T. Comunal		45%	45%

Este indicador está cumplido puesto que a junio 2013 se cuenta con un 45% de logro a nivel comunal. Repetimos que lograr estas metas requiere un gran esfuerzo.

II. Evaluación anual del pie diabético.

Esta es una meta nueva el porcentaje comprometido es de 68% para los diabéticos con evaluación del pie diabético.

Centro de Salud	1º semestre 2013	Logrado junio	a N° de pacientes diabéticos con ev. Anual esperado a dic. 2013	de Meta esperada
Renca	976	28,63%	2317	60%
Huamachuco	779	84,2%	777	84%
C. Hernán Urzúa	228	11,9%	1144	60%
Bicentenario	78	26,6%	293	100%
T. Comunal	2061	41,5%	4238	68%

Lograr evaluar que tan comprometidos están los sistemas de nuestro pacientes diabéticos. Es importante mencionar que esta meta es muy complicada de cumplir, falta un 26,5% de pacientes con evaluación vigente. Pese a esto, si vemos cada CES en 2 de ellos la meta es lejana. Para esto ya se están haciendo estrategias para llegar a dicho

cumplimiento. También se propone que Bicentenario logre el 100% de las evaluaciones en su población, aprovechando que la población es aun baja en relación a los otros CES.

Evaluación de otras prestaciones y programas transversales al programa del adulto.

1. Consultas morbilidad.

Centro de Salud	1° semestre 2012	1° semestre 2013
Renca	14853	10162
Huamachuco	3620	5979
C. Hernán Urzúa	13618	13160
Bicentenario	-	3802
T. Comunal	32091	33042

A parte de tener su consulta de cardiovascular, la población adulta consulta con morbilidad, destacando la policonsulta que es muchas veces por descompensación de sus patologías.

2. Cirugía Menor.

Centro de Salud	1° semestre 2012	1° semestre 2013
Renca	184	143
Huamachuco	180	119
C. Hernán Urzúa	67	124
Bicentenario	-	22
T. Comunal	431	408

3. Población de Bajo control de TBC.

Centro de Salud	1° semestre 2012	1° semestre 2013
Renca	4	4
Huamachuco	1	4
C. Hernán Urzúa	3	2
Bicentenario	-	0
T. Comunal	8	10

Se puede decir que mejoró la pesquisa y al comparar se ve que la diferencia no es significativamente considerable con respecto a junio 2012.

4. Número de Pacientes Pie Diabético.

Centro de Salud	1º semestre 2012	1º semestre 2013
Renca	32	29
Huamachuco	3	3
C. Hernán Urzúa	6	11
Bicentenario	-	3
T. Comunal	41	46

A aumentado la pesquisa en las evaluaciones del pie diabetico, debido a que se ha logrado evaluar más a los diabéticos. Se espera a diciembre que este número aumente.

5.- Ayudas Técnicas Comuna Renca.

	1º semestre 2013	1º semestre 2013	1º semestre 2013	1º semestre 2013	1º semestre 2013
	Silla R.	Bastón	Andador	Colchón	Cojín
Renca	53	96	24	15	12
Huamachuco	14	9	12	5	1
H. Urzúa	22	24	4	4	0
Bicentenario	2	1	0	1	0
T. Comunal	91	130	52	26	13

La cobertura alcanzada de ayudas técnicas de la comuna de Renca, por cada ayuda se entregaron el número de ayudas mostradas en la tabla, durante el primer semestre del presente año.

6.- Programación Resolución de Especialidades.

	1º semestre 2013	1º semestre 2013	1º semestre 2013	1º semestre 2013
	C.of.	lentes	eco.abd	otorrino
Renca	254	234	56	76

Huamachuco	98	98	58	51
H. Urzúa	114	114	117	5
Bicentenario			19	
Comunal	466	446	250	132

7.- Pacientes que retiran los productos del PACAM.

Centro de Salud	1° semestre 2012	1° semestre 2013
Renca	1778	1985
Huamachuco	339	337
C. Hernán Urzúa	455	501
Bicentenario	-	55
T. Comunal	2572	2878

Este indicador refleja una mayor cobertura con respecto al año 2012, ya que se realizan rescates de insistentes y talleres educativos al usuario para aumentar el retiro de los productos. La principal estrategia para aumentar este indicador es la educación al usuario con respecto a cómo utilizar los productos.

Como cifra estimativa, alrededor del 20% de la población de adultos mayores de Renca, mayores de 70 años, retiran los productos del PACAM, cifra que es baja si pensamos que estos productos están pensados para disminuir la vulnerabilidad nutricional de los adultos mayores en situación de pobreza.

Evaluación del Programa de dependencia severa y del alivio del dolor (PADI).

Los pacientes ingresados en este programa se evalúan dentro del programa del adulto puesto que muchos de ellos presentan patologías coronarias y como resultado llegan a una postración ya sea severa o moderada. También a causa de la edad.

Los pacientes que se encuentran este programa, por norma debieran ser sólo los usuarios con dependencia severa, como lo dice el nombre. Pero muchas veces se incluyen a con dependencia moderada como forma de ayuda a las familias que al tener uno de estos pacientes se ven vulnerados en todos los aspectos de su hogar; familiar, económico, etc.

1.- Número de visitas domiciliarias a pacientes con dependencia severa.

Centro de Salud	1º semestre 2012	1º semestre 2013
Renca	1619	137
Huamachuco	265	124
C. Hernán Urzúa	352	68
Bicentenario	-	99
T. Comunal	2236	

2.- Número de Visitas Domiciliaria Alivio del Dolor.

Centro de Salud	1º semestre 2012	1º semestre 2013
Renca	128	37
Huamachuco	36	17
C. Hernán Urzúa	112	39
Bicentenario	-	33
T. Comunal	276	126

3.- Población de dependientes severos según nivel de postración, patología y si recibe o no estipendio.

CENTRO DE SALUD	Postrados		Oncologicos	Con estipendio
	Dependientes severos	Moderados y leves		
RENCA	80	196	30	63
HUAMACHUCO	56	-	10	30
H. URZUA	99	42	8	69
BICENTENARIO	35	5	9	17
TOTAL COMUNAL	270	243	57	180

La comuna cuenta con un total de 513 personas en situación de dependencia, considerando a los dependientes moderados y leves. De este total 180 personas reciben apoyo monetario, Estipendio.

4.- Recursos Humanos disponibles para atención domiciliaria a personas con dependencia severa

En relación a los recursos humanos disponibles para atención en domicilio de personas dependientes severas, se observa un déficit considerable de profesionales enfermeros (as) en tres de los cuatro Centros de Salud; sin embargo lo más preocupante es la carencia de médico en el Centro de Salud Hernán Urzúa.

	<i>MEDICO</i>	<i>KINE</i>	<i>A. SOCIAL</i>	<i>TENS</i>	<i>T. O</i>	<i>NUTRI</i>	<i>ENFER</i>	<i>ADMIS</i>
Renca	44	11	22	44-33	0	0	6	44
Huamachuco	6	6	3	6	0	0	0	0
H. Urzúa	0		3	12	0	0	7	0
Bicentenario	5	5	5	5	2	1	0	0
Comunal	55	22	33	100	2	1	13	44

EVALUACIÓN PROGRAMA INFANTIL ENERO A JUNIO 2013.

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.

Chile Crece Contigo es un sistema de protección, que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente a todos los niños/as y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizando apoyos especiales aquellos que presentan una vulnerabilidad mayor: A cada quien según sus necesidades.

*Su Objetivo principal es acompañar y hacer un seguimiento personalizado a la **trayectoria de desarrollo** de los niños y niñas, desde el primer control de gestación hasta su ingreso al sistema escolar en el primer nivel de transición o pre kínder (alrededor de los 4 o 5 años de edad).*

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 hasta los 4 o 5 años de edad (**primera infancia**).

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.

En estos últimos años se ha puesto especial énfasis en actividades de Estimulación y Evaluación del Desarrollo Psicomotor, así como, el fortalecimiento de la prevención del retraso del desarrollo psicomotor a través del trabajo con los padres, cuidadores y la comunidad. Tenemos así la incorporación de salas de estimulación en todos los centros de salud y la incorporación de las educadoras de párvulos como parte del equipo de salud, ya que está demostrado que intervenciones de este tipo potencian competencias sociales y emocionales, verbal e intelectual que permitirán convertirse a este niño en un adulto armónico.

Área Estratégica: Promoción

Objetivo.

Promover acciones de estilo de vida saludable vinculadas a la alimentación y actividad física.

Actividades: Realizar actividades de promoción en temas de alimentación en jardines infantiles. , Colegios y/o centros comunitarios

META

Realizar a lo menos 3 actividades educativas comunalmente en temas de alimentación saludable según realidad local.

Realizar a lo menos 1 jornada por centro de salud

En el primer semestre aún no se han realizado actividades en jardines, estos están programados para el segundo semestre.

Las actividades en espacios libres se están realizando en el contexto de vida sana, en los llamados sábados saludables, donde asisten los participantes del programa vida sana acompañados de su grupo familiar.

Área Estratégica: Prevención

Objetivo

1.-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.

Actividad

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

META

Realizar a lo menos 40 talleres comunales con metodología Nadie es Perfecto a padres madres y/o cuidadores de niño(as) menores de 72 meses bajo control.

Estos talleres son realizados intraconsultorio con padres y cuidadores de menores bajo control y también se ha coordinado con jardines infantiles. Para estos talleres se cuenta con material de buena calidad y diseño gráfico.



Objetivo

2.-Promover factores protectores en la familia que favorezcan el desarrollo integral de los menores de 6 años y pesquisar e intervenir los factores de riesgo.

META

1.- 100% niños/as de 45 días de edad con control de salud con protocolo neurosensorial aplicado.

Actividad

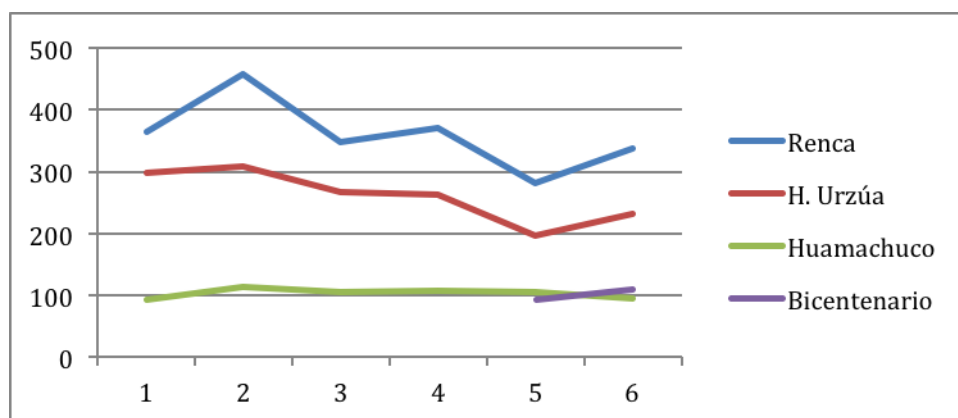
1.- Control de salud a los 45 días de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial

Cobertura pauta neurosensorial centros de salud comuna de Renca año Enero a Junio años 2011 al 2013.

Centro de salud	Nº de pauta neurosensorial aplicadas 2011	Nº de niños (as) de 0 a 5 meses bc 2011	Nº de pauta neurosensorial aplicadas 2012	Nº de niños (as) de 0 a 5 meses bc 2012	Nº de pauta neurosensorial aplicadas 2013	Nº de niños (as) de 0 a 5 meses bc 2013
Renca	363	458	348	370	281	336
H. Urzúa	297	309	267	263	197	232
Huamachuco	93	114	104	107	104	95
Bicentenario					94	111
Comunal	753	881	719	740	676	774
% cobertura		85.4 %		97.2 %		87.3 %

Fuente: Rem A03

Porcentaje de Cobertura aplicación Pauta Neurosensorial centros de salud comuna de Renca años 2011 -2013



Fuente : Rem A03

La aplicación de la pauta neurosensorial se inicio el año 2008, a niños y niñas de 45 días de edad, es aplicado por recurso médico y busca detectar de manera precoz alteraciones neurológicas, no ha sido posible lograr el 100% por la inasistencia de los lactantes ya que al ser rescatados posteriormente no se puede aplicar la pauta por estar fuera de edad.

En el ces Renca durante el primer semestre 10 lactantes (3.5%) presentaron evaluación anormal, que fueron derivados a sala de estimulación y en posterior reevaluación resultaron normal, razón por la cual no necesitaron derivación a nivel secundario. , en el ces H. Urzúa 1 evaluación anormal (0.5%).

Los otros centros de salud no presentaron evaluaciones anormales.

Meta

2.- 80% de niñas/os de 4 y 12 meses que asisten a control de salud se aplica pauta de Massie-Campbell (apego)

Actividad

2.- Aplicación de pauta Massie –Campbell en control de salud a niñas/os a los 4 y 12 meses

Cobertura aplicación pauta Massie- Campbell lactantes 4 meses en los centros de salud comuna de Renca Enero a Junio 2011- Enero a Junio 2012, enero- Junio 2013

Centro de salud	Nª de pautas aplicadas a los 4 meses 2011	Pbc de 0 a 5 meses 2011	Nª de pautas aplicadas a los 4 meses 2012	Pbc de 0 a 5 meses 2012	Nª de pautas aplicadas a los 4 meses 2013	Pbc de 0 a 5 meses 2013
Renca	331	458	271	370	57	336
H. Urzúa	250	309	222	263	190	232
Huamachuco	59	114	58	107	94	95
Bicentenario					88	111
Comunal	640	881	551	740	429	774
%Cobertura		72.6%		74.5%		55.46%

Fuente Rem A03

Porcentaje de cobertura aplicación pauta Massie-Campbell a lactantes de 12 meses, Centros de Salud Comuna de Renca Enero –Junio 2011 Enero a Junio 2012, enero a junio 2013

Centro de salud	Nº de pautas aplicadas a los 12 meses 2011	Pbc de 12 a 23 meses 2011	Nº de pautas aplicadas a los 12 meses 2012	Pbc de 12 a 23 meses 2012	Nº de pautas aplicadas a los 12 meses 2013	Pbc de 12 a 23 meses 2013
Renca	363	939	376	865	48	785
H. Urzúa	205	667	106	638	171	576
Huamachuco	73	227	91	223	99	221
Bicentenario					114	173
Comunal	641	1833	573	1726	432	1755
%Cobertura		34.9%		33.2%		24.6%

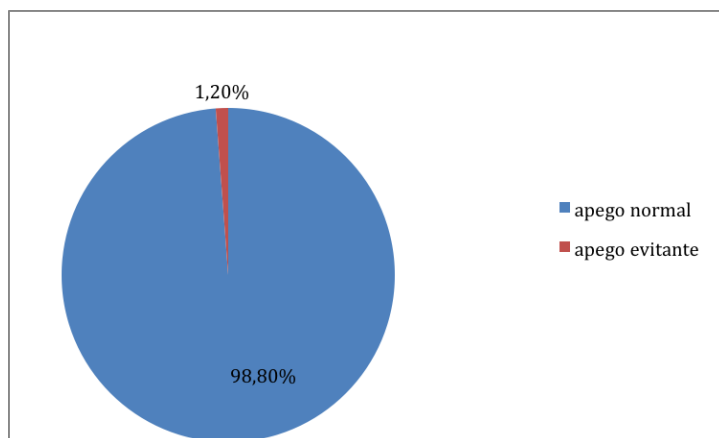
Fuente. Rem A03

La meta de cobertura para los 4 y 12 meses de edad es de 80%, lo logrado en el primer semestre 2013 para los 4 meses es de 55.46%,

Esta Pauta tiene por finalidad evaluar calidad de apego madre-hijo para poder aplicarlo el personal de salud, recibió capacitación y acreditación desde el servicio de salud.

De la pautas aplicadas sólo el 1.2% presentaron apego evitante, siendo el 98.80% normales

Porcentaje Distribución de normalidad de Pautas Massie-Campbell



META

3.- 80% de niños/as de 8 meses de edad con aplicación de desarrollo psicomotor en el control de salud.

Actividad

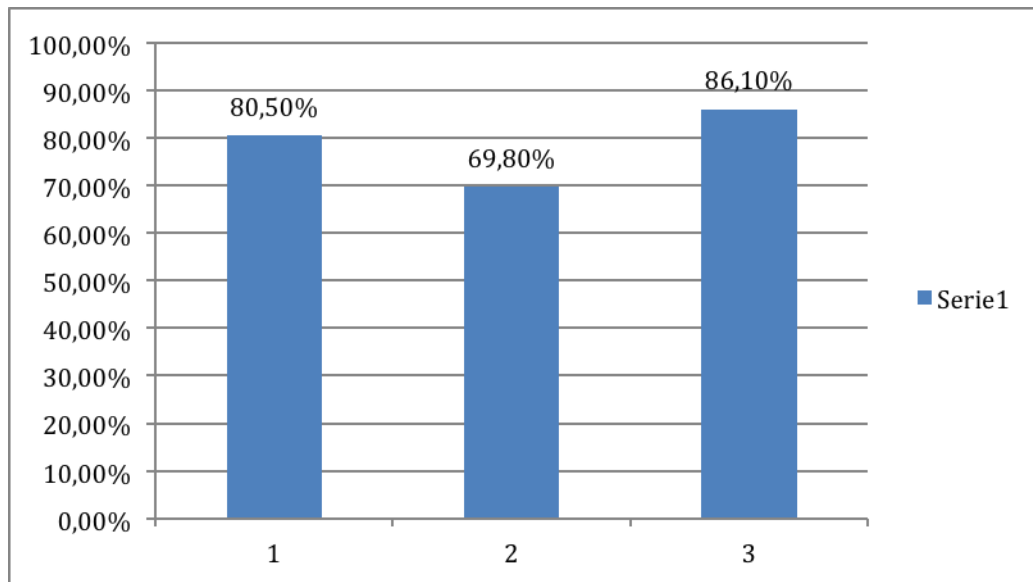
3.- Aplicación de DSM en el control de salud de niños/as de 8 meses.

Porcentaje de cobertura evaluación Desarrollo psicomotor a los 8 meses de edad años Enero a Junio 2011, Enero a Junio 2012, Enero a Junio 2013 comuna de Renca.

Centro de salud	Nª DSM aplicadas a los 8 meses	Pbc de 6 a 11 meses	Nª DSM aplicadas a los 8 meses	Pbc de 6 a 11 meses	Nª DSM aplicadas a los 8 meses	Pbc de 6 a 11 meses
	2011	2011	2012	2012	2013	2013
Renca	350	420	302	410	291	338
H. Urzúa	206	292	167	278	172	287
Huamachuco	90	90	95	119	112	114
Bicentenario					119	67
Comunal	646	802	564	807	694	806
%Cobertura		80.5%		69.8%		86.10%

Fuente Rem A03

Porcentaje de cobertura DSM 8 meses de edad, años 2011, 2012, 2013. Comuna de Renca



La meta de cobertura para este grupo etáreo es de 80%, se alcanza el 86.10%, en el primer semestre, esta actividad busca detección temprana del déficit del Desarrollo psicomotor para su intervención precoz.

El porcentaje de evaluaciones alteradas en este grupo etáreo alcanza un 1.15%, todos estos menores son derivados a sala de estimulación, donde posteriormente son reevaluados, después de tres meses de permanecer en la sala.

META

4- 91% de niños y niñas de 18 meses de edad con aplicación de desarrollo psicomotor en el control de salud

Actividad

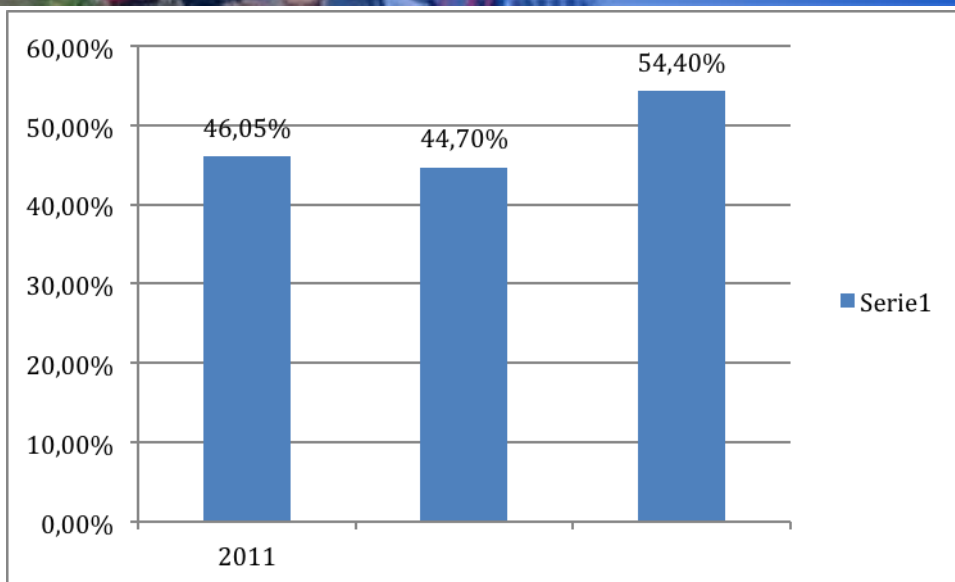
4.- Aplicación de DSM en el control de salud a los 18 meses.

Porcentaje de cobertura evaluación Desarrollo psicomotor a los 18 meses de edad, Enero a Junio 2011, Enero a Junio 2012, Enero a Junio 2013 comuna de Renca.

Centro de salud	N ^a DSM aplicadas a los 18 meses	Pbc de 12 a 23 meses	N ^a DSM aplicadas a los 18 meses	Pbc de 12 a 23 meses	N ^a DSM aplicadas a los 18 meses	Pbc de 12 a 23 meses
	2011	2011	2012	2012	2013	2013
Renca	418	939	358	865	411	785
H. Urzúa	308	621	313	638	267	576
Huamachuco	97	227	101	223	101	221
Bicentenario					170	173
Comunal	823	1787	772	1726	949	1755
%Cobertura		46.05%		44.7%		54.40%

Rem A03

Según programación la meta es 91%, de cobertura en evaluación de DSM a los 18 meses de edad; es un índice de actividad de salud de atención primaria (**IAAPS**), lo alcanzado al primer semestre es 54.4% comunalmente, estamos con una cobertura optima al semestre, y se espera que la cobertura establecida se logre a fin de año.



META

5.-50% de niños/as, de 36 meses de edad se aplica evaluación de desarrollo TEPSI, en el control de salud

Actividad

5.- Aplicación de Tepsi en el control de salud de los 36 meses

Centro de salud	Nª DSM aplicadas a los 36 meses	Pbc de 24 a 47 meses	Nª DSM aplicadas a los 36 meses	Pbc de 24 a 47 meses	Nª DSM aplicadas a los 36 meses	Pbc de 24 a 47 meses
	2011	2011	2012	2012	2013	2013
Renca	112	1854	296	1839	158	1670
H. Urzúa	250	1279	291	1158	226	1152
Huamachuco	108	388	83	326	99	347
Bicentenario					184	396
Comunal	468	3521	670	3323	667	3565
%Cobertura		13.29%		20.16%		18.70%

Aplicación de Tepsi

Este test, se realiza de rutina en el control de salud de los niños/as de 3 años, ha sido diseñado para evaluar el desarrollo psicomotor entre los 2 y 5 años. Incluye las áreas de lenguaje, coordinación y motricidad. Y el objetivo es pesquisa oportuna de rezagos, riesgo o retraso del desarrollo.

La meta anual es 50 %, lo alcanzado al semestre es 18.70% comunalmente, en relación al año 2012 hemos disminuido, consideramos que las razones son variables, inasistencia de los menores y en algunos casos poca valoración de esta evaluación en los padres, en el segundo semestre se incorporaran estrategias para mejorar este indicador.

META

6.a- 95% Cobertura en vacunas a los 6 meses de edad.

Actividad

6.a- Administración de tercera dosis de vacuna pentavalente y polio oral a los meses de edad

Porcentaje de cobertura vacunación a los 6 meses de edad, centros de salud comuna de Renca, enero a junio 2011, enero a junio 2012, enero a junio 2013.

Centros de salud	Nº de niños de 6 meses vacunados 2011	Población programada 2011	Nº de niños de 6 meses vacunados 2012	Población programada 2012	Nº de niños de 6 meses vacunados 2013	Población programada 2013
Renca	417	1035	520	1012	500	989
H. Urzúa	343	621	320	607	290	593
Huamachu	114	414	97	405	117	396
Bicentenario						
Comunal	874	2071	937	2024	907	1977
% cobertura		42.20%		46.3%		45.8%

6b.- 95% Cobertura en vacunas a los 12 meses de edad

Actividad

6b.- Administración de vacuna trivirica a los 12 meses de edad

Centros de salud	Nº de niños de 12 meses vacunados 2011	Población programada 2011	Nº de niños de 12 meses vacunados 2012	Población programada 2012	Nº de niños de 12 meses vacunados 2013	Población programada 2013
Renca	417	1030	520	1009	463	986
H. Urzúa	343	618	320	605	189	592
Huamachu	114	412	97	403	113	394
Bicentenario						
Comunal	874	2060	937	2017	765	1972
% cobertura		42.20%		46.3%		38.79%

META

7ª.-85% de cobertura de consulta nutricional individual o grupal a niños/as menores de 1 año bajo control.

Actividad

7a.- Consulta nutricional individual o grupal en el control del lactante del quinto mes

Centros de salud	Nº de consultas nutricionales al 5to mes 2011	PBC de 6 a 11 meses 2011	Nº de consultas nutricionales al 5to mes 2012	PBC de 6 a 11 meses 2012	Nº de consultas nutricionales al 5to mes 2013	PBC de 6 a 11 meses 2013
Renca	286	420	260	410	260	338
H. Urzúa	163	323	217	278	170	287
Huamachu	81	90	77	119	107	114
Bicentemar					75	94
Comunal	530	833	554	807	612	833
% cobertura		63.6%		68.6%		73.46%

Rem P 2

META

7b.- 50% de cobertura de consulta nutricional de los menores bajo control entre 3 y 4 años

Actividad

7b.- Consulta nutricional a los 3 años 6 meses con refuerzo de estilos de vida saludable y componente de salud bucal

Centros de salud	Nº de consultas nutricionales a 3ª 6 meses 2011	PBC de 3ª 6 meses 2011	Nº de consultas nutricionales a 3ª 6 meses 2012	PBC de 3ª 6 meses 2012	Nº de consultas nutricionales a 3ª 6 meses 2013	PBC de 3ª 6 meses 2013
Renca	204	927	237	920	147	835
H. Urzúa	141	640	170	579	221	576
Huamachu	86	194	100	163	64	173
Bicentemar					45	198
Comunal	431	1761	507	1662	477	1782
% cobertura		24.5%		30.5%		26.76%

Rem P 2

Malnutrición por exceso

Las consultas nutricionales a los 5 meses tiene una acción preventiva donde se fomenta la lactancia materna exclusiva hasta el 6to mes, e incorporación de alimentación complementaria; a los 3 años 6 meses el objetivo de la actividad es fomentar alimentación saludable, actividad física, y cuidado bucal.

La meta es lograr durante el año, cobertura de consulta nutricional al 85% en niños de 5 meses, lo alcanzado al primer semestre es 73.46% comunalmente, en la tabla se observa una mejoría sostenida en relación a los años anteriores 2011 (63.6%) y el 2012 (68.6%).

En la consulta nutricional de los 3 años 6 meses, la meta es alcanzar durante el año el 50% de cobertura, lo logrado al primer semestre es el 26.76%, estamos en el porcentaje esperado al primer semestre.

Ambos actividades influyen en la prevalencia de obesidad, que está establecida en 7.6% comunalmente como meta sanitaria, a la fecha lo logrado es de 7.7%.

META

8.-100% de niños/as de 3 meses de edad controlados son derivados a examen radiológico de cadera

Actividad

8.- Derivación a realizar radiografía de cadera a lactantes de 3 meses controlados.

Centros de salud	Nº de niños/as de 3 meses derivados a rx de cadera 2011	Nº de niños/as de 3 meses controlados 20011	Nº de niños/as de 3 meses derivados a rx de cadera 2012	Nº de niños/as de 3 meses controlados 20012	Nº de niños/as de 3 meses derivados a rx de cadera 2013	Nº de niños/as de 3 a 5 meses bajo control 20013
Renca	164	271	105	256	192	192
H. Urzúa	112	116	147	176	130	143
Huamachu	33	116	68	99	97	55
Bicentenario					66	74
Comunal	309	890	320	531	485	464
% cobertura		34.7%		60.2%		104.5%

La cobertura lograda es 104%, puede deberse a que se realizaron radiografía de cadera en algunos niños de 4 meses y en algunos se pide repetición indicado por profesional radiólogo.

Meta

9.- 60% de los menores de 6 meses bajo control con lactancia materna exclusiva

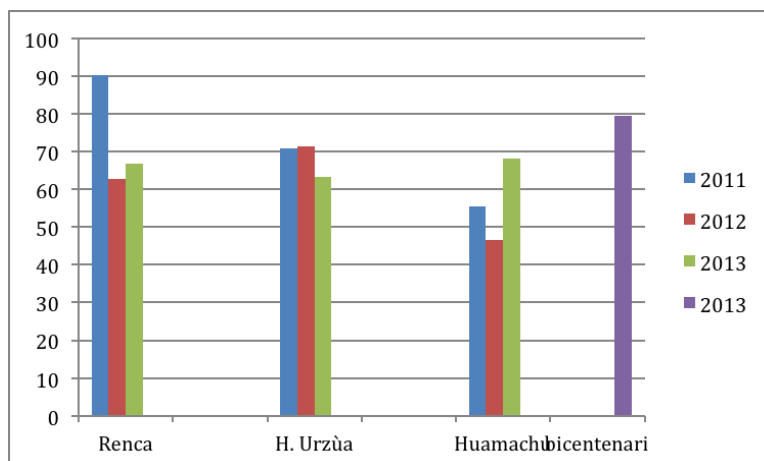
Actividad

9.- Clínicas de lactancia materna, educación a gestantes y madres de recién nacido.

Porcentaje de cobertura de lactancia materna exclusiva al 6to mes de vida.

Centros de salud	Nº de lactantes de 6 meses con LME 2011	Nº de lactantes de 6 meses controlados 2011	Nº de lactantes de 6 meses con LME 2012	Nº de lactantes de 6 meses controlados 2012	Nº de lactantes de 6 meses con LME 2013	Nº de lactantes de 6 meses controlados 2013
Renca	55	61	169	269	139	208
H. Urzúa	22	31	183	256	122	193
Huamachu	10	18	40	86	60	88
Bicentenario					39	49
Comunal	87	110	392	611	360	538
% cobertura		79.0%		64.2%		66.9%

Gráfico Cobertura Lactancia materna exclusiva al 6to mes de vida



En relación a la cobertura de lactancia materna exclusiva al sexto mes, lo logrado en el primer semestre (66.9%) está sobre la meta propuesta (60%).

La forma de medir la cobertura ha cambiado a partir del 2012, que se mide todos los meses

Anteriormente se realizaba un solo corte en Junio, Consideramos que el porcentaje obtenido se debe a que se han mantenido estrategias como son: vigilancia de lactancia en el recién nacido, las clínicas de lactancias, materna y reforzamiento de importancia de lactancia en cada control.

Meta

10.- 30% de niños/as menores de 1 año que presenten a lo menos 1 factor de riesgo biopsicosocial, reciben visita domiciliaria integral.

Actividad

10.- realizar visita domiciliaria integral a menores de 1 año con riesgo biopsicosocial.

Centros de salud	Nº de VDI a menores de 1 año con riesgo biopsicosocial 2011	PBC menor de 1 año 2011	Nº de VDI a menores de 1 año con riesgo biopsicosocial 2012	PBC menor de 1 año 2012	Nº de VDI a menores de 1 año con riesgo biopsicosocial 2013	PBC menor de 1 año 2013
Renca	158	878	446	780	263	674
H. Urzúa	90	596	168	541	144	519
Huamachu	112	204	153	226	44	209
Bicentemar					93	178
Comunal	354	1678	767	1547	544	1580
% cobertura		21.1%		49.6%		34.4%

Rem 26

El porcentaje de visitas a población bajo control menor de 1 años es de 34.4%, en el primer semestre, se espera que el 30% de esta población menor de 1 año, presente riesgo biopsicosocial, en lo observado en nuestra tabla en nuestra comuna, esto puede representar el 34.4% superior a la meta establecida (30%). Sin embargo este dato puede estar sobreestimado ya que la información es obtenida del rem 26 y en ella no se establece edad sólo toma población infantil, es posible entonces que existan algunas visitas realizadas a niños mayores de 1 año, que estimamos deben ser los menos ya que se prioriza en las visitas domiciliarias a población menor a 1 año.

Área Estratégica: Tratamiento

Objetivo:

Disminuir la incidencia de Déficit de Desarrollo psicomotor en los niños y/o niñas detectadas con rezago en su evaluación del DSM

Meta:

1.-100% de niños/as, evaluadas con rezago en su DSM, son derivados a sala de estimulación.

Actividad:

1.-Acciones de estimulación en centros de salud o comunidad.

Centros de salud	Nº de niños evaluados con rezago en su dsm 2011	Nº de niños con rezago en su dsm derivados a actividades de estimulación 2011	Nº de niños evaluados con rezago en su dsm 2012	Nº de niños con rezago en su dsm derivados a actividades de estimulación 2012	Nº de niños evaluados con rezago en su dsm 2013	Nº de niños con rezago en su dsm derivados a actividades de estimulación 2013
Renca	60	60	65	65	25	25
H. Urzúa	63	63	95	95	85	85
Huamach	42	42	38	38	39	39
Bicentena					74	74
Comunal	165	165	198	198	223	223
% cobertura		100%		100%		100%

En la tabla anterior observamos, que el 100% de los niños pesquisados con rezago ingresan a nuestras salas de estimulación, donde se desarrolla plan de trabajo por las educadoras de párvulo, con la participación de los cuidadores de los menores, en el primer semestre se logró un 54.66% de recuperación de rezago comunalmente.

Objetivo:

Aumentar porcentaje de niños y niñas recuperados de déficit en su desarrollo

Meta:

2.-90% niños y niñas recuperados con déficit en su desarrollo psicomotor en evaluaciones de los 18 meses.

Actividad:

2.-Consulta del niño o niña con déficit en su desarrollo psicomotor.

Centro de Salud	Nº de niños/as de 18 meses con déficit 2013	Nº de niños/as de 18 meses recuperados de déficit 2013
Renca	5	5
H.Urzúa	11	5
Huamachuco	1	1
Bicentenario	2	0
Comunal	19	11
% recuperación		57.89%

Desde el año 2012, se modificó la meta sanitaria, y se evalúa recuperación en niños/as de 18 meses con riesgo del DSM, se propende lograr no sólo pesquisa del menor en forma precoz, sino también lograr su recuperación. En relación al porcentaje de recuperación logrado en el primer semestre es 57.89%, está por debajo de lo esperado, esto se debe a que el ces Bicentenario y H. Urzúa, ingresaron niños en riesgo, en los meses de mayo y junio que al realizar el corte en junio no alcanzan a ser reevaluados, ya que les corresponde reevaluación en el segundo semestre.

Meta

3.- 100% de niños y niñas menores de 4 años diagnosticados con déficit de su desarrollo psicomotor reciben 2 ó más visitas domiciliarias

Actividad

3.- Visita Domiciliaria Integral a niños/as con déficit del desarrollo psicomotor.

Centro de Salud	Nº de niños/as de 8, 18 y 36 meses con déficit 2013	Nº Visitas domiciliarias realizadas a niños/as, con déficit 2013
Renca	17	52
H.Urzúa	18	22
Huamachuco	11	8
Bicentenario	29	14
Comunal	75	96
Tasa de visita		1.28

Esta actividad constituye un indicador de inversión del Chile Crece Contigo, cuya meta es una tasa visita de 1.5, a niños /as que presenten déficit, lo logrado (1.2%).

MALNUTRICIÓN POR EXCESO

Objetivo

Mantener o disminuir prevalencia de obesidad en niños y niñas menores de 6 años bajo control en los centros de salud de la comuna

Meta Sanitaria

4.- Esta diferenciada por centro de salud: Renca: 7.0

H. Urzúa 7.7

Huamachuco 8.1

Prevalencia de obesidad en población menor de 6 años bajo control, centros de salud comuna de Renca, Enero a junio 2011, enero a junio 2012, enero a junio 2013

Centros de salud	Nº de niños obesos menores de 6 años bc 2011	PBC menor de 6 años 2011	Nº de niños obesos menores de 6 años bc 2012	PBC menor de 6 años 2012	Nº de niños obesos menores de 6 años bc 2013	PBC menor de 6 años 2013
Renca	315	5245	377	5121	325	4741
H. Urzúa	281	3582	266	3450	259	3356
Huamach	101	1244	99	1222	105	1223
Bicentena					97	1018
Comunal	697	10768	742	9793	786	10338
% cobertura		6.4%		7.5%		7.6%

Rem P2

Este indicador es Meta Sanitaria con prevalencias distintas por centros de salud,

La meta final para la comuna es de 7.7 %, que debe ser lograda a Diciembre de este año; al primer semestre tenemos 7.6%, comunalmente. En este semestre observamos una alta prevalencia de obesidad en menores de 6 años en el ces Bicentenario y con su equipo se han establecido estrategias a implementar en este semestre.

Para lograr esta meta, se han mantenido las estrategias de consulta nutricional al niño mal nutrido y sesiones educativa a población menor de 6 años, además se ha mantenido fomento de lactancia materna exclusiva.

Es necesario mencionar que esta patología es de orden multifactorial, razón por la cual desde el año 2011, se viene trabajando fuertemente con colegios formando Kiosco saludable, aún sentimos es necesario formar alianza con establecimiento preescolares para reforzar alimentación saludable y actividad física y fomentar en forma precoz hábitos saludables.

Meta

5.- Controlar al 100% de menores de 7 meses con Ira Baja, y al 100% de niños con indicación de hospitalización abreviada

Actividad

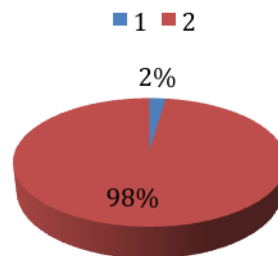
5.- Porcentaje de hospitalizaciones abreviadas en población infantil, en relación a consulta respiratoria

Centro de Salud	Nº de hospitalizaciones abreviada año 2012	Nº de consultas respiratorias población infantil año 2012	Nº de hospitalizaciones abreviada año 2013	Nº de consultas respiratorias población infantil año 2013
Renca	36	3013	51	3363
H.Urzúa	132	4325	128	4296
Huamachuco	37	1407	11	1569
Bicentenario			3	1111
Comunal	205	8745	193	10339
% de hospitalizaciones abreviadas		2.3%		1.8%

Observamos que el porcentaje de hospitalización abreviada en relación a la consulta respiratoria infantil, este año es menor a la del 2012, a pesar del aumento en el número total de consultas de morbilidad por ira, lo que nos estaría indicando que a pesar del aumento de consultas respiratorias, la severidad este año fue menor a la del año recién pasado.

Importante precisar que estas hospitalizaciones abreviadas son realizadas en las sala iRA de los centros de salud, las cuales cuentan con horas médico de programa ira local y comunal, y todo el equipo ha recibido capacitaciones y actualizaciones en el manejo y norma de enfermedades respiratorias.

Porcentaje de hospitalizaciones abreviadas en relación a morbilidad respiratoria infantil, primer semestre 2012



El porcentaje de patologías respiratorias en población infantil en relación a la morbilidad general infantil es del 60% con incremento al 70% en época de invierno, porcentaje que guarda relación a lo observado a nivel metropolitano.

Necesitamos considerar también que se mantiene convenio para radiografías de tórax en población infantil menor de 5 años, durante todo el año con Centro Radiológico San Valentín.

Área: Rehabilitación

Objetivo:

Identificar pacientes infantiles crónicos en. (Oxígeno dependiente, oncológicos y postrados)

Indicador

Nº de visitas domiciliarias a familias con pacientes crónico/total de pacientes infantiles crónicos x100

En este ítem, no se han realizado visitas domiciliarias, ya que no se tiene pacientes crónicos oxígeno dependiente.

EVALUACION PROGRAMA DE SALUD MENTAL INTEGRAL CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

ENERO-AGOSTO 2013

Este documento constituye una evaluación del Programa de Salud Mental de los cuatro centros de atención primaria con los que cuenta la comuna de Renca y considera el periodo enero a Agosto 2013. La información está organizada considerando aspectos como; dotación de recursos humanos, prestaciones realizadas, población atendida, logros alcanzados.

El Programa Integral de Salud Mental para la Atención Primaria de Salud de nuestra comuna cuenta con una dotación profesional interdisciplinaria, que incluye a un equipo asesor técnico y los coordinadores locales de cada centro de salud. Además, dentro de cada equipo existe profesional médico y psicólogo(a). Durante este periodo de evaluación es posible observar el fortalecimiento de la red existente entre los centros de salud de atención primaria y las diferentes unidades de Cosam Renca, manteniendo actividades de asesoría técnica a través de las consultorías psiquiátricas

y de capacitación para los profesionales del equipo. La presente evaluación se inicia con la descripción de las horas profesionales disponibles en el programa de salud mental para cada centro de salud y las prestaciones entregadas en el periodo.

El programa de salud mental 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 de 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.

Los datos estadísticos que han permitido elaborar la información se han obtenido de los Rem, P06 y Sigges.

I. DOTACIÓN RECURSO HUMANO – ACTIVIDADES

Tabla 1: Horas profesional por semana Periodo Enero- Agosto 2013.

Profesionales	Ces Renca	Ces Huamachuco	Ces Hernán Urzúa	Ces Bicentenario	Total
Psicólogo	121	88	66	44	319
Médico	44	22	11	2	79
Asistente Social	22	11	11	2	46
Aux. Paramédico	44				44
TOTAL	231	121	88	48	488

La dotación de recurso humano se ha mantenido estable a lo largo del tiempo con pequeñas variaciones durante el periodo enero- agosto 2013.

TABLA 2: DISTRIBUCIÓN COMPARATIVA DEL TOTAL DE PRESTACIONES EN PERÍODOS ENERO-AGOSTO 2012 Y ENERO-DICIEMBRE 2013 REALIZADAS POR PROFESIONALES DE SALUD MENTAL.

Prestaciones	Periodo enero-agosto 2012	Periodo enero-agosto 2013
Psicodiagnóstico	248	414
Intervención Psicosocial	90	59
Consulta psicóloga	5541	4839
Consulta medico	4620	4621
TOTAL	10499	9933

De la tabla n 2 se desprende que se realizaron 10499 actividades durante el periodo enero-agosto 2012, pudiéndose notar una disminución del 6 % de consultas durante el año 2013 en comparación con igual periodo año 2012. Esto puede deberse a variación de horas psicólogos y médicas en el programa.

II. PROGRAMA SALUD MENTAL

El programa de salud mental se basa por un lado en el Convenio Integral de Salud Mental con los siguientes componentes: Salud mental Infanto-juvenil (tr. hiperkinético, 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.

Por otro lado, existe gran cantidad de población que no está incluida en el convenio pero que forma del programa de Salud mental, la cual se agrupa en Programa Adulto (trastornos ansiosos, de personalidad, adaptativos) y Programa Discapacidad (retardo mental, Alzheimer y otras demencias).

CONVENIO SALUD MENTAL INTEGRAL 2013

Salud Mental infanto –Juvenil

El Programa 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 y/o abuso sexual, los trastornos hiperactivo y de la atención, los trastornos del comportamiento y de la emoción en la infancia, y la presencia de condiciones de riesgo biopsicosocial, depresión y/o de consumo perjudicial de alcohol y/o drogas en la adolescencia.

El Programa Infanto-Juvenil presente en los centros de salud de atención primaria de nuestra comuna tiene como objetivo resolver efectivamente las demandas de nuestros usuarios y comunidad. Para esto se lleva a cabo un plan de acción, considera un paquete de prestaciones que incluyen el uso de protocolos de atención, evaluación y derivación de los casos, lo cual nos ha permitido facilitar el diagnóstico diferencial. Las prestaciones de este plan de intervención incluyen un proceso diagnóstico psicológico del niño y de la familia, consejerías y talleres psicoeducativos para padres y/o cuidadores en manejo conductual y normas de crianza, atención desde el servicio social, intervenciones individuales y grupales en los menores.

La implementación de una Garantía Explícita en Salud para Adolescentes que presentan problemas asociados al consumo de alcohol y drogas responde a la necesidad de intervenir en forma temprana en un grupo de la población que aún no ha terminado con sus tareas evolutivas, por lo tanto una intervención en este grupo disminuiría muchos de los daños asociados a esta situación. Las prestaciones incluidas en el plan de intervención leve a moderado incluyen una evaluación integral por equipo multidisciplinario, psicóloga, asistente social y médico salud mental. Además, el paciente recibe consejería, intervención psicosocial grupal, psicoeducación en autocuidado, fortalecimiento red de apoyo, actividad física y farmacoterapia.

Tabla N 3: Componente Trastorno Hiperkinético

	Enero-Agosto 2013	Meta convenio	Porcentaje cumplimiento
Ingresos	146	25	584%

El componente de trastorno hiperkinético considera una meta para el año 2013 de 25 ingresos, logrando durante el periodo enero-agosto 2013 un 584% de la meta. Esto se debe a que la demanda por atención es muy superior a la estipulada por el convenio y los equipos igualmente absorben dicha demanda.

Tabla Nº 4: Componente Trastorno de Conducta y la Emoción

	ingresos enero-agosto 2013	Meta convenio	Porcentaje cumplimiento
Ingresos al Programa	411	50	822%
Organizaciones de padres y apoderados prevención en salud mental infantil	6	4	150%
Establecimientos educacionales que recibirán capacitación para sus profesores	4	4	100%

El componente de trastorno de conducta y emociones en niños y adolescentes considera una meta para el año 2013 de 50 ingresos, logrando en el periodo del año 2013 un total de 411 niños ingresados en el periodo 2013, alcanzando así un 822% de la meta. Esto se debe a que la demanda por atención es muy superior a la estipulada por el convenio y los equipos igualmente absorben dicha demanda.

Tabla Nº 5: Componente Maltrato Infantil

	ingresos enero-agosto 2013	Meta convenio	Porcentaje cumplimiento
Ingresos al Programa	48	50	96%

El componente maltrato Infantil considera una meta para el año 2013 de 50 ingresos, logrando en el primer semestre del año 2013 un total de 48 niños ingresados en el periodo 2013, alcanzando así un 96% de la meta estipulada para el periodo 2013.

Tabla Nº 6: Componente Consumo Perjudicial Alcohol y/o Drogas menores de 20 (GES)

	Bajo control enero-agosto 2013	Meta convenio	Porcentaje cumplimiento
Plazas en meses de tto	100	64 meses	156%

El componente Consumo Perjudicial de Alcohol y Drogas considera una meta para el año 2013 de 64 meses de tratamiento, logrando durante el periodo enero-agosto 2013 un total de 100 meses alcanzando así un 156% de la meta.

El convenio integral de salud mental en Salud Infanto Juvenil establece la realización de intervenciones en la comunidad en la temática de la salud mental infanto-juvenil con el propósito de aumentar la prevención y optimizar la pesquisa de problemas de salud mental en la infancia y adolescencia. Con respecto a la entrega de apoyo técnico a

docentes de establecimientos educacionales, durante el periodo 2013, se han realizado 4 intervenciones que alcanzan el 100% de la meta comunal, en temáticas como prevención de abuso sexual, detección oportuna y manejo en trastornos conductuales y trastornos hipercinéticos.

En relación a las actividades de sensibilización y prevención de los problemas de salud mental en la infancia, se realizaron 4 intervenciones en prevención de problemas de salud mental en niños y adolescentes, lográndose un 100% de la meta en este tipo de actividades.

Por último, en cuanto a las agrupaciones de autoayuda que reciben apoyo técnico en el tratamiento y seguimiento de personas con consumo, se han realizado ocho actividades, alcanzando un 100% de la meta establecida.

Violencia Intrafamiliar

La violencia intrafamiliar ejercida hacia mujeres y adultos mayores provoca daños en su salud física y psicológica. Los daños físicos pueden ser lesiones de distinta gravedad e incluso terminar con la muerte de la o del afectado. Los daños que se pueden presentar en la salud mental de una persona son el estrés post traumático, la depresión, los trastornos psicósomáticos y pueden conducir a intentos de suicidio u homicidio de parte de los afectados. Estos efectos son tan severos que implican elevados costos de atención médica, ya sea en los Servicios de Urgencia como en los programas en el nivel primario.

En este contexto una de las prioridades de los equipos de salud mental en nuestros centros de salud es la reducción del uso de la violencia intrafamiliar, por lo cual las acciones de salud están orientadas a la pesquisa precoz de estas situaciones y brindar una atención oportuna a la persona afectada, integrando acciones de orientación social y psicológica.

Las prestaciones incluidas en el plan de intervención abarcan la evaluación integral por equipo multidisciplinario: psicóloga, asistente social, médico salud mental, y un plan individual de tratamiento leve a moderado, donde se entrega consejería, intervención psicosocial grupal, psicoeducación en autocuidado, fortalecimiento red de apoyo,

farmacoterapia si se requiere. En los casos de mujeres con vivencia de violencia intrafamiliar en riesgo vital, se realiza una oportuna derivación a las instancias que la red ofrece como la corporación municipal de asistencia Judicial, Cosam Renca I y la denuncia en Tribunales de Justicia.

Tabla N° 7: Componente Violencia Intrafamiliar

	Bajo control enero-agosto 2013	Meta convenio	Porcentaje cumplimiento
Ingresos al Programa	88	80	110%
Apoyo Técnico Agrupaciones Autoayuda	5	4	125%
Sensibilización Org. Comunitarias	2	4	50%

El componente violencia intrafamiliar considera una meta para el año 2013 de 80 ingresos, logrando un total de 88 ingresos en el periodo 2013, alcanzando así un 110% de la meta. Con respecto a la entrega de apoyo técnico en organizaciones de autoayuda de la comuna, durante el periodo 2013 se ha realizado siete actividades, lográndose sobre un 50% en actividades comunitarias en esta temática considerando a agrupaciones que reciben apoyo técnico como sensibilizaciones a organizaciones comunitarias.

Prevención y Tratamiento Integral de Alcohol y Drogas

La atención primaria de salud representa una ocasión propicia para influir en forma eficaz, oportuna, preventiva y costo-efectiva, sobre el proceso evolutivo que afecta al usuario inmoderado de sustancias psicoactivas y a sus familias. Las acciones están dirigidas a lograr una prevención primaria, donde se identifica a los consultantes con consumo en riesgo y su intervención tiene como objetivo que éste modere o suspenda su consumo, evitando así el desarrollo de consecuencias mórbidas o psicosociales (consumo problema). Además, se pretende lograr la prevención secundaria, donde se

reconoce precozmente al consultante con consumo problema o dependencia y su intervención logra evitar las complicaciones mayores o tardías del mismo.

En este contexto, el Programa de Salud Mental Integral plantea el objetivo de brindar atención integral y oportuna a toda persona mayor de 20 años afectada por problemas asociados al consumo en riesgo de alcohol y drogas. Dependiendo de la evaluación integral realizada por equipo multidisciplinario: psicóloga, asistente social, médico salud mental, se determina la intervención necesaria en cada caso: plan individual de tratamiento preventivo o terapéutica.

Tabla Nº 8: Componente Prevención y Tratamiento Integral de Alcohol y Drogas

	Bajo control enero-agosto 2013	Meta convenio	
Intervenciones Terapéuticas	120	80	150%
Apoyo Técnico Agrupaciones Autoayuda	4	4	100%

En cuanto a las intervenciones preventivas se han realizado un total de 120 en el periodo 2013 lo que constituye un 150% de la meta en convenio.

En relación a las actividades comunitarias, durante el periodo 2013 se realizaron 4 intervenciones comunitarias cuyo objetivo fue psicoeducar en detección y prevención del consumo problemático de alcohol y drogas en la adultez. Estas actividades constituyen un 100% de la meta cumplida para este convenio.

Depresión (GES)

Otra prioridad del Programa de Salud Mental Integral, y que es transversal a la adolescencia, adultez y adultez mayor es la depresión. La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo que puede presentarse en cualquiera de las etapas del ciclo vital y que se caracteriza por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por a lo menos 2 semanas. En

este contexto, el convenio de Salud Mental Integral para Atención Primaria nos plantea el objetivo de detectar, diagnosticar y tratar hombres y mujeres mayores de 15 años con este problema de salud.

Durante el periodo evaluado se aprecia un total de 85 personas ingresadas al programa. Si bien este programa no tiene meta numérica asociada, si considera un conjunto de prestaciones que deben ser entregadas a los usuarios. El plan de intervención está dirigido a personas con diagnóstico de depresión leve, moderada y grave, e incluye consejería, intervención psicosocial grupal, psicoeducación autocuidado, actividad física, farmacoterapia, psicoterapia y consultoría psiquiátrica para los casos moderados a graves. Estas prestaciones han sido cumplidas exitosamente por los equipos por lo que se considera cumplimiento de un 100% para este convenio.

III. ANALISIS POBLACIONAL CENTROS DE SALUD PRIMARIOS

Tabla Nº 10: población ingresada convenios v/s población atendida

Ingresos enero-agosto 2013 convenios	Población atendida enero-agosto 2013
813	2665

Tabla N 11: distribución población bajo control enero-agosto 2013 según rango de edad

CES	Infanto-Juvenil	Adulto	Adulto mayor
Renca	342	725	364
Hernán Urzúa	230	154	14
Bicentenario	166	206	22
Huamachuco	177	212	53
TOTAL	915	1297	453

De la tabla n 10 se desprende que el total de la población atendida el año 2013 es de 2665 personas a nivel comunal, considerando los cuatro centros de salud existentes. Del total de población bajo control sólo 813 corresponden a ingresos con diagnósticos del convenio de salud mental integral, siendo 1852 personas las que se atendieron fuera de lo que cubren los convenios por diagnósticos. Es decir del total de población atendida por el Programa de Salud mental Comunal solo un 30% lo constituyen los diagnósticos

asociados a Convenio de Salud Mental Integral y 70% restante corresponden a personas con otros diagnósticos no asociados a Convenio, principalmente trastornos ansiosos, de personalidad y patologías asociadas a discapacidad psíquica.

En tabla N° 11 se puede observar que la mayoría de la población bajo control año 2013 del Programa de Salud Mental a nivel comunal corresponde a población adulta, seguida por población infantil y finalmente población adulto mayor. En términos porcentuales se corresponde con un 48%, 34% y 18 % respectivamente.

EVALUACIÓN PROGRAMA DE LA MUJER COMUNA DE RENCA

ENERO - JUNIO 2013

El Programa de la Mujer, ha presentado en los últimos años, cambios innovadores, incorporando nuevos desafíos en nuestro quehacer profesional, si bien es cierto la constante vigilancia de la salud de la mujer en su ciclo vital y del recién nacido sigue siendo el pilar fundamental del programa, los logros obtenidos por nuestro país desde la creación del Ministerio de Salud, hoy nos sitúan en un lugar privilegiado dentro del continente, lo cual nos motiva a incorporar nuevas metas dirigidas a integrar factores biológicos y psicosociales. Por este motivo y adaptándonos a las nuevas exigencias hemos reestructurado la evaluación del Programa de la Mujer.

1. METAS SANITARIAS
2. INDICES DE ATENCIÓN PRIMARIA
3. PROGRAMA PSICOSOCIAL DE APOYO A LA PRIMERA INFANCIA
4. CONVENIOS DE RESOLUTIVIDAD

1. METAS SANITARIAS

1.a) Cobertura Papanicolau

Enero - Junio 2013

Centro de salud	Pobl. Inscrita 25 a 64 años	Pobl. PAP Vigente /Cobertura Citoexpert	Pobl. PAP Vigente /Cobertura Tarjetero	Meta Sanitaria
Renca	17311	9827/56.8%	11506/66.5%	60%
H. Urzúa	11009	5141/46,7%	5650/51,3%	53%
Huamachuco	4155	2151/51.7%	2335/56.2%	60%
Bicentenario	Sin dato	654/	719/	Sindato

Fuente: REM P – 12 Junio 2013 D.SSMOcc.

- De conocimiento general, ya es habitual observar diferencias significativas entre los cálculos de coberturas entregadas por citoexpert y los registros locales, a raíz de estos inconvenientes, el SSMOCC informó del proyecto de cambio del sistema informático de papanicolau. (REVICAN)
- En relación al punto anterior, en CS H. Urzúa son tres jornadas de 44 horas, en CS Renca tres jornadas de 44 horas y en CS Huamachuco una jornada de 44 horas.

2. INDICES DE ATENCIÓN PRIMARIA

2.a) Captación Precoz del Embarazo

Enero – Junio 2013

Centro de Salud	Total de Ingresos	Ingresos < 14 sem	% Ingreso Precoz	META IAPS
Renca	357	326	91.3%	90%
H. Urzúa	265	244	92,1%	90%
Huamachuco	96	92	95.8%	90%
Bicentenario	112	107	95.5%	
TOTAL	830	769	92.6%	90%

Fuente: REM-01 Enero – Junio 2013

- Por medio de las gestiones realizadas por los equipos, implementando nuevas estrategias de pesquisa es que se logró alcanzar este indicador, considerando el aumento de cobertura para el año 2013.

2.b) Monitoreo Ges.

- N° de Mujeres Derivadas a Unidad de Patología Cervical por CaCu Ges

Enero - Junio 2013

Centro de Salud	Atípico		B. Riesgo		A. Riesgo		Ca. Invasor		Sospecha Clínica		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Renca	40	41.6	37	38.5	16	16.6	3	3.1	0	0	96
H. Urzúa	6	15,4	22	56,4	10	25,6	0	0	1	2,6	39
Huamachuco	3	27.2	7	63.6	1	9	0	0	0	0	11
Bicentenario	4	28.6	6	42.9	3	21.4	0	0	1	7.1	14
Comunal	53	33.1	72	45	30	18.7	3	1.8	2	1.2	160

Fuente REM P 12 JUNIO 2013

- N° de Mujeres Derivadas a Unidad de Patología Mamaria por CaMa Ges

Enero – Junio 2013

Centro de Salud	Usuarías Derivadas UPM	Usuarías Atendidas UPM	% Cumplimiento GES
Renca	20	20	100%
H. Urzúa	13	13	100%
Huamachuco	2	2	100%
Bicentenario	7	7	100%
Comunal	42	42	100%

Fuente Registro local

- En ambos programas existe una buena coordinación con el nivel secundario, y un seguimiento permanente por parte de las matronas encargadas, por lo que la atención por estas patologías de nuestras usuarias no exceden los plazos establecidos.

3. PROGRAMA BIOPSIOSOCIAL DE APOYO A LA PRIMERA INFANCIA CHILE CRECE CONTIGO

A. INDICADORES DE INVERSIÓN

A.1 Porcentaje de gestantes con Epsa. Aplicada al ingreso del control prenatal. Meta 100%

Enero – Junio 2013

Centro de Salud	Gestantes con epsa 1º control	Total de gestantes ingresadas	Porcentaje
Renca	357	357	100%
H. Urzúa	265	265	100%
Huamachuco	96	96	100%
Bicentenario	112	112	100%
Comunal	830	830	100%

Fuente: REM A03/A05 Enero – Junio 2013

A.2 Porcentaje de gestantes derivadas a equipo de cabecera por detección de riesgo según Epsa aplicada al ingreso a control prenatal. Meta 90%

Enero – Junio 2013

Centro de Salud	Gestantes con riesgo 1º control derivadas	Total de gestantes con riesgo 1º control	Porcentaje
Renca	189	189	100%
H. Urzúa	175	175	100%
Huamachuco	22	22	100%
Bicentenario	33	33	100%
Comunal	419	419	100%

Fuente: REM A03 Enero – Junio 2013

- Según lo establece el protocolo de atención de las gestantes, nuestras usuarias son evaluadas con Epsa en su primer control prenatal y todas las pesquisadas con riesgo derivadas atención por equipo integral.

A.3 Promedio de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con gestantes en situación de riesgo según Epsa. Meta 1,50

Enero – Junio 2013

Centro de Salud	Numero de VDI a gestantes con riesgo según Epsa	Total de gestantes con riesgo según Epsa	Promedio
Renca	103	189	0.54
H. Urzúa	169	175	1,0
Huamachuco	58	22	2.63
Bicentenario	79	33	2.39
Comunal	409	419	0.96

Fuente: REM A26/A03 Enero – Junio 2013

A.4 Porcentaje de gestantes en riesgo bajo control que recibieron 2º visita domiciliaria

Meta 20%

Junio 2013

Centro de Salud	Gestantes con riesgo según Epsa con 2º VDI	Total de gestantes con riesgo según Epsa	Porcentaje
Renca	11	201	5.4%
H. Urzúa	61	177	34,5%
Huamachuco	8	27	29.6%
Bicentenario	7	44	15.9%

Fuente P01 – Junio 2013

A.5 Porcentaje de gestantes ingresadas a control prenatal, que ingresan a educación grupal “Preparación para el parto y la crianza” Meta 80%

Enero – Junio 2013

Centro de Salud	Gestantes ingresadas a taller	Total de gestantes ingresadas	Porcentaje
Renca	354	357	99.1%
H. Urzúa	836	265	315,5%
Huamachuco	81	96	84.3%
Bicentenario	90	112	80.3%
Comunal	1361	830	163.9%

Fuente REM A27 Enero – Junio 2013

- Centro de Salud H. Urzúa envía registro REM que corresponde es sumatoria de asistentes.

A.6 Porcentaje de días controlados dentro de los 10 días de vida del RN.

Meta 70%

Enero – Junio 2013

Centro de Salud	Días controlados dentro de 10 días	Total de Recién Nacidos ingresados	Porcentaje
Renca	272	354	76.8%
H. Urzúa	178	229	78%
Huamachuco	66	80	82.5%
Bicentenario	80	120	66.7%
Comunal	596	783	76.1%

Fuente REM A01/A05

B. INDICADORES DE CONTEXTO

B.1 Porcentaje de controles prenatales realizados en presencia del padre o familiar Meta 30%

Enero – Junio 2013

Centro de Salud	Controles con padre o familiar	Total controles realizados	Porcentaje
Renca	809	2646	30.6%
H. Urzúa	632	2117	30.0%
Huamachuco	301	856	35.1%
Bicentenario	269	816	32.9%
Comunal	2011	6435	31.2%

Fuente REM 01 Enero – Junio 2013

- A través del tiempo hemos favorecido e incentivado la participación de los progenitores o de alguna figura significativa para la madre en sus controles y talleres.

B.2 Porcentaje de díadas controladas entre los 11 y 28 días de vida del R.N.

Meta 75%

Enero – Junio 2013

Centro de Salud	Díadas controladas entre 11 y 28 días	Total de Recién Nacidos ingresados 11 a 28 días	Porcentaje
Renca	82	82	100%
H. Urzúa	47	47	100%
Huamachuco	14	14	100%
Bicentenario	31	40	77.5%
Comunal	174	183	95.0%

Fuente REM A05 Enero – Junio 2013

- Ambos indicadores son alcanzados sin dificultad, ya que la atención de la puérpera y su recién nacido siguen siendo una prioridad para los equipos.

4. CONVENIOS DE RESOLUTIVIDAD

4.a) Mamografías y Ecografías mamarias

Tipo de examen	ENERO – JUNIO 2013	TOTAL	-35	35-49	50-54	55 - 59	60 - 64	+ 65
Mamografía	Solicitadas	1240	7	509	341	133	151	99
	Informadas	1100	4	451	306	106	149	84
	Birads 0	140	0	64	39	12	19	6
	Birads1-2	819	4	326	229	79	112	69
	Birads 3	133	0	58	34	14	19	8
	Birads 4-5-6	12	0	3	4	1	3	1
	Sin informe Birads	0	0	0	0	0	0	0
	Ecografía mamaria	Solicitadas	59	7	18	13	7	7
Informadas	31	0	11	7	7	3	3	
Con informe de sospecha malignidad	2	0	1	1	0	0	0	

Fuente REM SF-13 – REM SBM Enero – Junio 2013

- Si bien este año se mantienen ambos convenios, cabe señalar que la restricción de los grupos etáreos establecidos en los mismos limitan la solicitud de exámenes.

Metas Programa Odontológico Enero –Agosto 2013.

A.- Metas Sanitarias :

	Renca	Urzúa	Huamachuco	Bicent	Total
1.- 6 años					
Agosto	43	0	1	6	50
Acumulado	468	261	135	82	946
META	75 %	74 %	70 %		
Pobl. Insc.	660	510	229		
Meta altas	495	378	161		
Logrado	70,9 %	51,2 %	59 %		
Población inscrita Total : 1.399					
Logrado : 67,6 %					

META REFORZAMIENTO 80 %

Meta anual	528	408	184	1.119
------------	-----	-----	-----	-------

Meta Comunal 40 % al 31 de Agosto 2013 = 448 altas

Logrado acumulado en Agosto 2013 = 946 altas con un 84,5 %

Esta meta está cumplida para el corte de reforzamiento del 31 de Agosto 2013 y en desarrollo la meta sanitaria.

2.- 12 años

Altas Agosto	66	6	3	7	=	82
Acumulado	393	230	133	92	=	848
META	78 %	58 %	68 %			
Pobl.Insc.	931	620	276			
Meta Altas	727	360	188			
Logrado	42.2 %	37.1 %	48,2 %			

3.- Embarazadas

Meta Sanit.	80 %	76 %	80 %	
Meta Reforz.	60 %	60 %	60%	
Agosto Ing./alt.	66 / 151	37 / 29	22/10	31/5
Ing./ altas	488/375	341/269	131/98	159/118
	76,8 %	78,9 %	74,8 %	74,2 %
Acumulado Comunal :	1.119 / 860 = 76,9 %			

4.- IAPS

Meta 21,5 %

Agosto	752	428	123	56	=	1.359
Logrado	2.490	1.800	753	721	=	5.764
Inscritos	17.538	11.219	5.005		=	33.762
Meta	3.771	2.412	1.076		=	7.259

Acumulado Sin Bicentenario = 5.043 = 69,5 %

$$5.043 / 33.762 = 14,9 \%$$

Acumulado con Bicentenario = 5.764 = 79,4 %

$$5.764 / 33.762 = 17,1 \%$$

Esperado Agosto corte laps 65 % = 4.718

Logrado = Sin Bic. 5.043 Con Bic. 5.764

Esperado Octubre 2013 = 6.025

Brecha Octubre sin Bic. = 982 Con Bic. = 261

5.- Ges de 60 años

Agosto	10	10	0	5	=	25
Altas Ac.	66	46	10	9	=	131 altas
Meta 31 de Agosto : 40 % de 320 altas anuales = 128 altas						

6.- Hmer

Agosto	03	35		0	=	38
Acumulado	27	68	22	0	=	117

7 A.- Resolución Prótesis

Agosto	02	21	0	= 23
Acumulado	18	48	5	= 71

7B.- Resolución Endodoncia

Agosto	3	24	6	14	= 47
Acumulado	3	28	6	14	= 51

8.- Programa Ges Preventivo

Agosto	455	681	249	548	= 1.933
--------	-----	-----	-----	-----	---------

Nuevos Sillones Dentales



Sala de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC)

La Sala RBC abrió sus puertas en Septiembre del año 2011, constituye una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación y equiparación de oportunidades, siendo nuestro norte la inserción social de los usuarios. La cobertura es Comunal y su enfoque es biopsicosocial.

Objetivos

Asumir en su totalidad la rehabilitación integral de personas en situación de discapacidad leve, transitoria o permanente y de sus familias con un enfoque biopsicosocial, buscando la inserción social.

Apoyar la resolución en APS de los síndromes dolorosos de origen osteomuscular.

Apoyar el desarrollo de redes y el trabajo intersectorial.

Educación y prevención de discapacidad. Apoyo al trabajo con los grupos de riesgo, en particular con el adulto mayor.

Fortalecer los nodos comunales existentes.

Mejorar coordinación entre los diferentes centros de salud dentro de la comuna.

Aumentar cantidad y variedad de talleres realizados.

Aumentar cantidad de formación de monitores.

Generar flujogramas consensuados por patologías, mejorando las derivaciones.

Equipo de Trabajo

Kinesiólogos: cuatro profesionales que suman un total de 80 hrs semanales.

Cristian Jara	44 hrs.
Rodrigo Uribe	18 hrs.
Felipe Fernández	3 hrs.
Jorge Avello	15 hrs.

Objetivos del Cargo

Brindar una atención kinésica de calidad a través del trabajo interdisciplinario e integral de los usuarios de la Sala de Rehabilitación

Función:

Diseñar, ejecutar, evaluar y registrar planes de tratamiento kinésico de rehabilitación individual o grupal.

Participar de reuniones de equipo para alineamiento de tratamiento y análisis de casos clínicos específicos.

Apoyar en la creación, ejecución y evaluación de los programas de atención clínica de rehabilitación.

Colaborar en la actualización de los protocolos existentes en la Sala.

Apoyar las labores de docencia de los internos y/o alumnos de la Sala.

Desempeñar labores administrativas asociadas al llenado de estadísticas diarias de atención; registros de atención; presentación de programas y participación de reuniones del equipo.

Identificar y vincular, voluntarios o grupos de voluntarios, que con o sin capacitación previa, deseen ser incorporados a la cartera de servicios a nivel comunitario.

Desarrollar, procesos de transferencia y capacitación grupos de cuidadores y/o monitores a fin de incorporarlos como agentes en la cadena de generación de servicios de rehabilitación.

Desarrollar procesos de supervisión y monitoreo de grupos de cuidadores y/o monitores capacitados, a fin de mantener los estándares de calidad de servicios, definidos antes de la capacitación de estos.

Ejecutar otras tareas y actividades asignadas por su jefatura.

Terapeuta Ocupacional: una profesional 44hrs semanales.

Objetivo del Cargo

Brindar una atención terapéutica de calidad a través del trabajo interdisciplinario e integral de los usuarios de la Sala de Rehabilitación

Funciones del Cargo

Diseñar, ejecutar, evaluar y registrar planes de tratamiento terapéuticos de rehabilitación individual o grupal, basados en la enseñanza de las destrezas de la vida diaria, desarrollo de las destrezas perceptivo-motrices y del funcionamiento sensorial integrado, desarrollo de las destrezas de juego y de las capacidades pre-vocacionales y para el tiempo libre, diseño y fabricación o aplicación de aparatos ortésicos y protésicos seleccionados, utilización de ergoterapia, administración e interpretación de pruebas tales como el balance muscular y el grado de movilidad, y adaptación del entorno para el usuario de la sala de rehabilitación.

Participar de reuniones de equipo para alineamiento de tratamiento y análisis de casos clínicos específicos.

Apoyar en la creación, ejecución y evaluación de los programas de atención clínica de rehabilitación.

Colaborar en la actualización de los protocolos existentes en la Sala.

Apoyar las labores de docencia de los internos y/o alumnos de la Sala.

Desempeñar labores administrativas asociadas al llenado de estadísticas diarias de atención; registros de atención; presentación de programas y participación de reuniones del equipo.

Identificar y vincular, voluntarios o grupos de voluntarios, que con o sin capacitación previa, deseen ser incorporados a la cartera de servicios a nivel comunitario.

Desarrollar, procesos de transferencia y capacitación grupos de cuidadores y/o monitores a fin de incorporarlos como agentes en la cadena de generación de servicios de rehabilitación.

Desarrollar procesos de supervisión y monitoreo de grupos de cuidadores y/o monitores capacitados, a fin de mantener los estándares de calidad de servicios, definidos antes de la capacitación de estos.

Ejecutar otras tareas y actividades asignadas por su jefatura.

Metas a cumplir.

La sala forma parte de un Proyecto impulsado por el ministerio de salud y fiscalizado por el Servicio Metropolitano Occidente a través de 2 cohortes, Agosto y Diciembre.

META	Cumplimiento a Julio
10 % de procedimientos corresponden a fisioterapia	23%
10% PsD con visita domiciliaria integral	20%
10% de las PsD logran inclusión social.	60%
50% egreso posterior al plan de tratamiento	67%
20% de los ingresos son PsD con parkinson, secuela AVE u otro deficiencia secundaria con compromiso neuromuscular	23%
50% de las actividades de Educación corresponden a actividades grupales	100%
100% de los centros cuentan con diagnóstico participativo.	100%

Mensualmente se realizan alrededor de 950 atenciones, a un total de 350 usuarios aproximadamente, además se realizan talleres de: Artrosis, Estimulación Cognitiva, Actividad Física para todo Público (Zumba), Actividad Física para el Adulto Mayor, Ergoterapia (Manualidades para Mayores de 40 años) y taller de ACV y sus cuidadores.

EVALUACIÓN SERVICIOS DE FARMACIA DE LOS CENTROS DE SALUD DE LA COMUNA DE RENCA.

La Comuna de Renca cuenta con 4 Centros de Salud y 3 SAPUS, contando cada uno con una bodega de fármacos o botiquines.

La entrega de medicamentos sólo se realiza en las Farmacias de los Centros de Salud, en donde se cuenta con un amplio arsenal de medicamentos, cuya base es el arsenal de fármacos del Servicio de Salud Metropolitano Occidente y algunos fármacos que si bien, no pertenecen al Arsenal, son proporcionados a los pacientes, con el fin de mejorar la calidad de la atención y su salud.

Se realizaron las siguientes evaluaciones en las Farmacias de la comuna:

EVALUACIÓN DE LAS FARMACIAS	CAMBIOS O MEJORAS REALIZADAS
Revisión del arsenal de medicamentos en cada farmacia de los Centros de Salud	Unificación del arsenal de medicamentos en todas las farmacias de la comuna.
Revisión del arsenal de medicamentos en las bodegas de farmacias de los SAPUS.	Unificación del arsenal de medicamentos en los 3 SAPUS de la comuna.
Revisión de los stocks de fármacos en todas las farmacias de los Centros de Salud.	Identificación de los sobrestocks, stocks críticos y stocks 0. En los casos en que se encontraron sobrestocks, se realizó la redistribución en todas las farmacias de los Centros de Salud de la Comuna, para evitar pérdidas por vencimiento.
Revisión de los stocks físicos y de comparación con datos registrados en las Bincards	De esta revisión y cotejo, se definieron los consumos mensuales de cada fármaco en cada farmacia de los Centros de Salud de la comuna. Esta información es relevante, para poder obtener las necesidades reales de fármacos. Además se realizaron los Inventarios Generales de medicamentos del año 2013.
Se detectó que la comuna de Renca, no cuenta con Receta de fármacos sujetos a control de legal institucional, específicamente de Benzodiazepinas, para el despacho correcto y cumplimiento de la normativa vigente.	Se diseñó y se elaboró una formato de receta, que cuenta con todos los requerimientos que la normativa exige y que estará siendo entregada a partir de Octubre de 2013.

DOTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE FARMACIA

FARMACIA C. RENCA	5 TENS y 5 ADMINISTRATIVOS
FARMACIA C. HUAMACHUCO	2 TENS
FARMACIA C. BICENTENARIO	2 TENS
FARMACIA H. URZÚA	4 TENS

Dentro de las principales falencias que presentan los Servicios de Farmacia de la Comuna, es su falta de personal, la alta afluencia de pacientes, especialmente en el CES. Renca y el la falta d capacitación del personal en general.

Otras de las falencias que presentamos y que están siendo resueltas y esperamos tener cumplidas al 100% para el 2014, son los mejoramientos físicos de las Farmacias de los Centros de Salud y de los SAPUS y mejoras en las bodegas de almacenamiento de medicamentos e insumos, para cumplir con las condiciones establecidas por las Normas de almacenamiento generales.

CUMPLIMIENTO DE METAS DE FÁRMACOS TRAZADORES DEL AÑO 2013.

Dentro de las metas IAPS del año 2013, se incluyó el cumplimiento de disponibilidad del 15% de los fármacos trazadores. Estas mediciones se realizan en 5 supervisiones anuales, realizadas por la Químico Farmacéutico Referente Técnico del SSMOC.

Hasta la fecha, llevamos 3 revisiones del cumplimiento de los fármacos trazadores, alcanzando un 100% de disponibilidad de dichos medicamentos, cumpliendo con las metas requeridas dentro de las metas.

Faltan dos revisiones de los fármacos trazadores, pero los Servicios de Farmacia, en conjunto con el Químico Farmacéutico Comunal, Carolina Figueroa, se realizan revisiones periódicas resguardando su disponibilidad y cumplimiento de las metas faltantes.

Los Centros de Salud que ya han sido evaluados son:

C. RENCA

C. HUAMACHUCO

C. H. URZÚA

La siguiente tabla muestra la Programación de Fármacos Trazadores, enviada al SSMOC, para que puedan realizar las supervisiones correspondientes por Centro de Salud.

MEDICAMENTO TRAZADOR	BVICENTENARIO		RENCA		H. URZÚA		C. HUAMACHUCO	
	PROGRAMADO	15% CAUTELADO	PROGRAMADO	15% CAUTELADO	PROGRAMADO	15% CAUTELADO	PROGRAMADO	15% CAUTELADO
PROGRAMACIÓN 2013								
ASPIRINA 100 MG	100.000	15.000	200.000	30.000	80.000	12.000	70.000	11.000
ATORVASTATINA	2.000	300	100.000	15.000	15.000	2.500	35.000	6.000
ENALAPRIL	15.000	2.400	260.000	39.000	120.000	18.000	90.000	14.000
FLUOXETINA	1.000	150	25.000	3.800	4.000	600	10.000	1.500
GLIBENCLAMIDA	10.000	1.500	80.000	12.000	50.000	8.000	30.000	4.500
LEVOTIROXINA	6.000	900	25.000	3.800	20.000	3.000	8.500	1.300
LOSARTAN 50 MG	10.000	1.500	150.000	23.000	50.000	8.000	60.000	9.000
LOVASTATINA 20 MG	6.000	900	0	0	20.000	3.000	6.000	900
METFORMINA 850 MG	20.000	3.000	170.000	43.000	80.000	12.000	80.000	12.000
PARACETAMOL 500 MG	20.000	3.000	260.000	4.000	100.000	15.000	92.000	14.000
SERTRALINA	2.500	400	18.000	2.700	7.000	1.100	6.000	900
INSULINA	30	5	350	53	140	21	100	15
TRAMADOL COMP	0	0	0	0	0	0	0	0
CELECOXIB 200MG COMO	100	15	0	0	330	60	200	30
ACIDO VALPROICO 200MG	1.100	170	13.000	2.000	9.000	1.400	4.500	700
CARBAMAZEPINA	1.100	170	11.000	1.700	7.000	1.100	4.000	600
BROMURO IPRATROPIO	20	3	400	60	120	18	150	23
BUDESONIDA	20	3	350	53	210	32	175	27
SALBUTAMOL	70	11	1.300	200	400	60	410	62
LEVODOPA-CARBIDOPA 250-25	0	0	2.000	300	700	105	400	60

PLANIFICACIÓN AÑO 2014

Elaboración de Manuales de los siguientes Manuales de Procedimiento de la comuna, para mejorar la atención y para la acreditación de las Farmacias, como Servicio de Apoyo:

- Manuales de Procedimiento de Dispensación de Medicamentos
- Manuales de Procedimiento de Almacenamiento y conservación de Fármacos
- Manuales de Procedimiento de Reembasado de Medicamentos
- Manuales de Procedimiento de Revisión de Vencimientos de Medicamentos
- Manuales de Procedimiento de Rotulación de Medicamentos

Se medirá la puesta en marcha de los despachos de medicamentos de uso controlado, mediante auditorías periódicas de las Recetas de Medicamentos Controlados Institucional.

EVALUACION COSAM

COSAM 1

Dotación de personal Cosam 1

Personal	Horas semanales
Psicólogo	143
Médico salud mental	44
Psiquiatra	22
Asistente Social	44
Administrativo	44
Técnico Paramédico	44

La dotación ha sufrido modificaciones durante el periodo evaluado, principalmente por disminución de horas de atención psicológica y una leve fluctuación en las horas médicas disponibles.

- ▶ Informes para Tribunales de Familia y Fiscalía Centro Norte
- ▶ Evaluación y apoyo en gestión de pensiones por AFP, INP e ingreso a RND para pacientes con discapacidad.
- ▶ Gestión de traslados e internaciones administrativas de pacientes con trastornos psiquiátricos (DFL 570 del código sanitario).
- ▶ Internaciones en Hogar y/o residencia Protegida en coordinación con el red de Discapacidad Servicio Salud occidente.

Población / prestaciones periodo E junio 2012- Enero-Agosto 2013

	Población bajo control	Prestaciones	Concentración
Enero-Junio 2012	878	3831	4.36
Enero-Junio 2013	1038	6211	5.9
Variación	+12%	+62%	+13%

Convenios	Meta*	ingresos	% logrado
Tr. Hipercinéticos	400	254	64%
Trastornos Ans y Comp.	430	339	79%
Esquizofrenia y psicosis	220	144	65%
Rehabilitación tipo 1	950	648	68%
VIF	150	92	61%
Trastornos emocionales y del comportamiento en la infancia y adolescencia	300	215	72%

Convenios PAD Enero- junio 2012

Convenios	Meta *	ingresos	% logrado
Tr. Hipercinéticos	300	184	61%
Trastornos Ans y Comp. Adu	380	204	53%
Esquizofrenia y psicosis	220	118	53%
Rehabilitación tipo 1	950	565	60%
VIF	106	60	56%

*Las metas son anuales e incluyen planes de tratamiento mensual por paciente.

Convenios PAD Enero- Agosto 2013

- ▶ El periodo de enero- Agosto 2013 Cosam logró un porcentaje de cumplimiento en lo que va del año de más del 50% de la meta anual establecida para cada uno de sus convenios.
- ▶ El nuevo convenio demencia y trastornos mentales orgánicos alcanza un 100% (principalmente debido a que estos pacientes se atendían sin convenio previamente), el convenio de trastornos de ansiedad y del comportamiento un 79%, seguido por el convenio de trastornos emocionales y del comportamiento en la infancia con un 72%, y luego por el programa de rehabilitación tipo 1 un 68%, y el convenio esquizofrenia y psicosis no orgánica con un 65%, el convenio de trastornos hiperkinéticos con un 64% y el convenio VIF ha alcanzado un 61 %.
- ▶ Es importante especificar que las atenciones reales por diagnósticos superan importantemente los convenidos en PAD.

Distribución Población por Programa

Programa	P. bajo control	Convenios PAD
infantil	559	58
Adulto- AM	479	93
TOTAL	1038	151

La población bajo control atendida el periodo enero-junio 2013 es de 1038. Del total de población bajo control solo 151 de ellos están cubiertos por convenio con servicio metropolitano occidente. Es decir, un 14% de la población atendida corresponde a los convenios de prestaciones asociadas a diagnóstico y el 86% restante no se encuentra dentro de los convenios financiados a través de prestaciones asociadas a diagnóstico.

OTRAS FUNCIONES DE COSAM ROL ASESOR EN SALUD MENTAL DE LOS CES

- ▶ Establecimiento de protocolos de atención para el año 2012 con definición de áreas problemáticas, metas y actividades específicas.
- ▶ Apoyo a APS para mejorar su capacidad resolutoria a través de consultoría psiquiátrica en salud mental infantil y adulto, capacitación continua y asesorías específicas.
- ▶ Mejora de los mecanismos de monitoreo y seguimiento, que incluyen auditorías de fichas clínicas y registros estadísticos, asistencia mensual en terreno a cada centro.
- ▶ Apoyo en la gestión de Programas en cada Centro de Salud, mediante la coordinación directa con los directores y la articulación con la Dirsal.

Redefinición sistema de agenda del programa de manera de poder regular la oferta y la demanda y brindar atención de calidad.

FORTALECIMIENTO TRABAJO EN RED

Acciones:

- ▶ Mantención Reuniones Intersectoriales con Equipo Discapacidad del Municipio y Servicio de Psiquiatría del Hospital Félix Bulnes.
- ▶ Participación reuniones con el SMOCC de Discapacidad Psíquica lo que permite coordinación con otras instituciones
- ▶ Participación reuniones clínicas con el Servicio Psiquiatría H.F.B
- ▶ Participación en consejo técnico territorial del SMOCC para trabajar protocolos en salud mental.
- ▶ Coordinación con Corporación de Educación Municipal, Centro de la Mujer de la Comuna.
- ▶ Coordinación y apoyo para la derivación a Club de Integración Social para personas con esquizofrenia y Centro Diurno para adultos y menores portadores de Autismo y Retardo Mental “Portal de los Ángeles.”

CONCLUSIONES MÁS RELEVANTES

- ▶ Cumplimiento por sobre el 50% en todos los convenios
- ▶ Del total de la población atendidas sólo un 11% a corresponde a convenio
- ▶ Mantenición y fortalecimiento del trabajo en red
- ▶ Fortalecimiento del rol asesor para los CES
- ▶ Incorporación paulatina de la normativa Técnica Cosam
- ▶ Incorporación de sistema de gestión de Interconsultas
- ▶ Inexistencia de listas de espera

COSAM II RENCA ADICCIONES

Programas Existentes

Programas Financiados 2012	Programas Financiados 2013
<ul style="list-style-type: none"> • Programa Intensivo Pobl. General (SENDA) • Programa A, Básico Poli consumo (SSMO) 	<ul style="list-style-type: none"> • Programa Intensivo Pobl. General (SENDA).Poli consumo • Programa Intensivo Mujeres "Poli • Programa Intensivo Alcohol • Programa Ambulatorio Básico OH • Programa A, Básico Poli consumo (SSMO)

Horas Profesionales

Año 2012	Año 2013
Asistente social 88 horas Semanales	66 hrs Semanales
Psiquiatra 11 hrs semanales	Actualmente 0 hrs
Médico Salud Mental 11 hrs semanales	Actualmente 0 hrs
Psicólogas 99 hrs semanales	121 hrs
Técnico en rehabilitación 121 horas semanales	143 hrs
Administrativo 44 hrs semanales	88 hrs
Personal Aseo 44 hrs Semanales	44 hrs

Distribución horas

Año 2012	Año 2013
Psi. 11 hrs A. Básico poli consumo Psi. 88 horas jornada día (todos los programas)	Psi. 22 hrs Intensivo Mujeres vespertino Psi. 11 hrs A. Básico Psi. 88 horas jornada día (todos los programas)
Técnico Rehabilitación Intensivo día 77 Técnico Rehabilitación A, Básico 44 vespertino	Técnico Rehabilitación Intensivo día 77 Técnico Rehabilitación A, Básico 22 vespertino Técnico Rehabilitación

	Programa Intensivo Mujeres 44 hrs
Asistente Social 44 hrs Intensivo Día Asistente social 44 hrs Pob. Judicial y general día.	Asistente Social 44 hrs Intensivo Día, Pob. Judicial, a básico y general día. Asistente social Intensivo Mujeres 22 horas
Administrativo Día 44 horas	Administrativo 66 jornada día Administrativo 22 jornada Vespertina

Financiamiento por convenio

Año 2012	Año 2013
A. Intensivo Pob general 180 (Senda , Fonasa Minsal)	A. Intensivo Pob general 180 (Senda , Fonasa Minsal)
A. Básico Poli 108 Plazas (Servicio de salud)	A. Básico Poli 108 Plazas (Servicio de salud)
	A. Intensivo Mujeres 108 plazas
	A. Intensivo Alcohol 64 plazas
	A. Básico alcohol 64 plazas

Responsabilidades del equipo Paralelas a la atención de usuarios

- ▶ Participación a nivel nacional de Validación Instrumentos TOP (Medición de procesos de Intervención)
- ▶ Participación en actividad Intersectorial (Comunidades terapéuticas)
- ▶ Reuniones Bi mensuales Red Droga SSOC

- ▶ Reuniones mensuales Con Supervisor Senda
- ▶ Supervisión Financiera semestrales
- ▶ Capacitación Temática Judicial
- ▶ Supervisión SEREMI 1 vez al año
- ▶ Participación en Jornadas de Integración socio Ocupacional (SENDA).
- ▶ Consultoría 1 vez al mes Hospital Félix Bulnes
- ▶ Consultoría Psiquiátricas 2 veces al Mes (Dr. Nelson Cuturrufo)
- ▶ Capacitación desde SENDA referente al perfil Delictual.
- ▶

OBJETIVO PARA AÑO 2013

- ▶ Digitalizar información de los usuarios, utilizando el **Sistrat**: (Sistema de Información y Gestión SISTRAT).
- ▶ 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
- ▶ Enfoque delito
- ▶ Durante el presente año se incorporan estrategias de modelos explicativos en torno a la variable delito-droga, creando documentos que posibiliten visualizar; nivel relacional de las variables, el riesgo de reincidencia y factores psico-sociales asociados. Los cuales apunten a orientar la intervención en dicha población.
- ▶ Enfoque de genero
- ▶
- ▶ De acuerdo a necesidades detectadas durante el año 2011 y 2012, senda acoge la necesidad de dar un trato diferenciado a la población femenina otorgando plazas para instalación de dispositivo de plan ambulatorio intensivo mujeres.
- ▶ Programa Población general 50 por ciento de la población.
- ▶ **Trabajo en red**
- ▶ Durante el presente año, se destacan avances significativos en relación al trabajo coordinado con redes intersectoriales y locales, lo que a permitido una mejora continua en torno los sistemas de derivación, referencia y contra referencia eficaz.

Situación Actual

- ▶ 100% Usuarios Intensivo Hombre Ingresados Sistrat
- ▶ 100% Usuario Intensivo Mujeres Ingresadas Sistrat
- ▶ Desde Julio se implementa sistema de Demanda Sistrat.

Cobertura Comprometida

Programa	Usuarios No convenidos	Usuario Convenido mensual	Plazas convenidos	Total usuarios
P. Intensivo Hombre Poli Consumidor	10	30	180	40
P. Básico Poli consumo	30	20	108	50
Pobl. General	380			

Cobertura enero - agosto 2013

Programa	Usuarios No convenidos	Usuario Convenido mensual	Plazas convenidos	Total usuarios
P. Intensivo Hombre Poli Consumidor	1	44	180	45
P. Intensivo Mujeres poli consumidor	1	23	108	24
P. Intensivo Alcohol	0	9	64	9
P. Básico alcohol	0	8	64	8
P. Básico Poli consumidor	0	18	108	18
Pobl. General	246	0	0	246
Pobl. Judicializada	33	0	0	33
Población comprometida	490	Población a la fecha	383	78.1%



- ▶ **POBLACION GENERAL:** AL MES DE AGOSTO EXISTE UN TOTAL DE **76** CASOS EN TRATAMIENTO CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO Y LAS EMOCIONES DERIVADOS EN SU MAYOR PORCENTAJE DESDE LA CORPORACION MUNICIPAL DE EDUCACIÓN.
- ▶ **POGRAMA AMBULATORIO BASICO:** AL MES DE AGOSTO SE HAN REALIZADO UN TOTAL DE **100** PRESTACIONES, A UN TOTAL DE **17** CASOS.
- ▶ **PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO:** AL MES DE AGOSTO SE HAN REALIZADO UN TOTAL DE **64** PRESTACIONES, A UN TOTAL DE **15** CASOS, CON INTERVENCIONES FAMILIARES.

PRESTACIONES PAB

	URZUA			RENCA			BICENTENARIO			HUAMACHUCO			TOTAL PAB
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	
ENERO	4	1	5	5	2	7	0	0	0	1	1	2	14
FEBRERO	2	1	3	4	2	6	1	0	1	2	0	2	12
MARZO	2	1	3	5	2	7	0	0	0	1	1	2	12
ABRIL	6	2	8	4	2	6	0	0	0	1	1	2	16
MAYO	5	2	7	4	2	6	0	0	0	1	1	2	15
JUNIO	4	2	6	3	2	5	0	0	0	1	1	2	13
JULIO	3	2	5	2	1	3	0	0	0	0	0	0	8
AGOSTO	2	2	4	4	1	5	1	0	1	0	0	0	10

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
ENERO	9	1	10
FEBRERO	8	1	9
MARZO	8	0	8
ABRIL	8	0	8
MAYO	5	2	7
JUNIO	4	2	6
JULIO	3	2	5
AGOSTO	8	3	11

ACTIVIDADES GRUPALES Y SALIDAS RECREATIVAS

1- Taller de Arte Terapia: Los días Jueves de 14:00 a 17:00 hrs.

2-Taller de Preparación de fin de semana y prevención de recaída: Los días Viernes de 14:00 a 17:00 hrs.

3- Taller de habilidades sociales: Esta actividad se imparte bajo dos modalidades:

A- En establecimientos educacionales municipales y particulares subvencionados: Laura Vicuña, Nuestro Señor de Renca, ICCP, con grupos ampliados.

B- En dependencias del Cosam 3, con grupos focalizados.

4- Salidas Culturales y Recreativas: Museo Interactivo Mirador, Agosto 2013

Perfil del uso de sustancias: PAI-PAB

CAUSALES DE INGRESO	Nº Hombres	Nº Mujeres
Policonsumo (varias drogas)	12	3
Consumo principal de Pasta Base	5	1
Consumo principal de alcohol	1	0
Consumo principal de Cocaína	1	1
Consumo principal de Marihuana	6	8
TOTAL	25	13



Recurso Humano Actual Cosam 3

- ▶ PSIQUIATRA: 10 HRS
- ▶ PSICOLOGA: 44 HRS
- ▶ ASISTENTE SOCIAL: 22HRS
- ▶ TECNICO EN REHABILITACIÓN: 44HRS
- ▶ AUXILIAR DE ASEO: 44HRS

CUMPLIMIENTO DE META 2013

- ▶ PROGRAMA AMBULATORIO BASICO: 100 PRESTACIONES AL MES DE AGOSTO LO QUE SE TRADUCE EN UN **156 %** DE CUMPLIMIENTO DE LA COBERTURA ANUAL.
- ▶ PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO: 64 PRESTACIONES AL MES DE AGOSTO LO QUE SE TRADUCE EN UN **88,8 %** DE CUMPLIMIENTO DE LA COBERTURA ANUAL. (FUENTE: Monitoreo Sigges)

PLAN VIDA SANA: OBESIDAD

ACTIVIDADES REALIZADAS AÑOS 2011 Y 2012

Objetivo Estratégico

Controlar el daño y prevenir los problemas de salud futuros como: Obesidad Mórbida, Hipertensión

Arterial, Resistencia a la insulina, Dislipidemia.

Tratar la malnutrición por exceso, con un equipo multidisciplinario (médico, nutricionista, psicólogo y

profesional que les aumente la actividad en intervenciones ambulatorias, focalizando en:

- *1.-Educación en alimentación y nutrición saludable, aumento de actividad física y psicología positiva como apoyo a conductas saludables.*
- *2.-Actividad física*
- *3.-Terapia Psicológica de apoyo y orientación , para adultos y padres y/o apoderados*





Objetivo Estratégico Comunal

Propiciar acciones tendientes al desarrollo de hábitos y conductas asociadas a Alimentación Sana y

Actividad Física en la comuna de Renca.

MISION

- *Promover estilos de Vida Saludable en la Comuna de Renca, a fin que estos se constituyan en un factor*

protector del desarrollo y crecimiento del ser humano a lo largo de su ciclo vital.

Total de pacientes atendidos a la fecha

RESUMEN SERVICIO DE SALUD	2011-2012- 2013	
	6-19 años	20 -45 años
Programa Vida Sana, Obesidad		
Pacientes inscritos en programa	1114	458
Pacientes con control de ingreso realizado	1114	458
Pacientes con 4º control realizado	741	230
Pacientes con 6º control realizado	pendiente	pendiente
Pacientes con 9º control realizado	pendiente	pendiente
Pacientes con 12º control realizado	pendiente	pendiente
Pacientes que bajan el 5% de su peso al 4º control	0	77
Pacientes que mejoran Zscore al 4º control	455	0
Pacientes que mejoran condicion fisica al 4º control (test de 6 min)	254	88
Pacientes que mejoran perimetro de cintura al 4º control	232	117
Pacientes que mejoran IMC al 4º control	455	120

REM 05

RESUMEN SERVICIO DE SALUD

	2011		2012		2013	
	6 a 19 años	20 a 45 años	6 a 19 años	20 a 45 años	6 a 19 años	20 a 45 años
Programa Vida Sana, Obesidad						
Pacientes inscritos en programa	280	128	552	236	282	94
Pacientes con control de ingreso realizado	275	128	552	229	282	94
Pacientes con 4º control realizado	181	60	348	123	212	47
Pacientes con 6º control realizado	33	24	49	48		
Pacientes con 9º control realizado	67	12	48	9		
Pacientes con 12º control realizado	61	11	47	4		
Pacientes que bajan el 5% de su peso al 4º control	0	20	0	32	0	25
Pacientes que mejoran Zscore al 4º control	115	_____	224	_____	116	_____

Pacientes que mejoran condición física al 4º control (test de 6 min)	(*) Realizado	(*) Realizado	130	56	124	32
Pacientes que mejoran perímetro de cintura al 4º control	57	33	140	52	116	35
Pacientes que mejoran IMC al 4º control	115	20	224	62	116	38

Pacientes con 4º control realizado	40%	75 %
Pacientes que mejoran Zscore al 4º control	50%	55 %

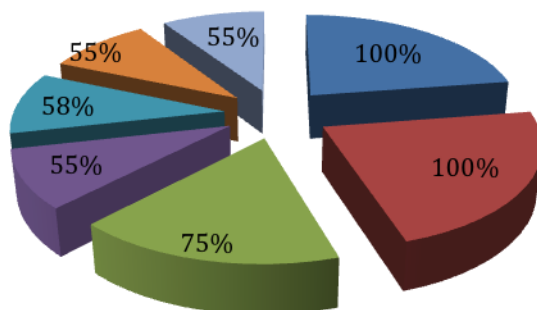
METAS OBTENIDAS EN PACIENTES DE 20 A 45 AÑOS

20 A 45 AÑOS	METAS	Obtenido
Pacientes con 4º control realizado	40%	50 %
Pacientes que bajan el 5% de su peso al 4º control	50%	53 %

TOTAL COMUNA RENCA

6 a 19 años

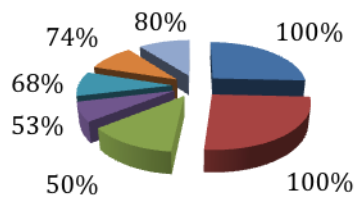
- *Pacientes inscritos en programa*
- *Pacientes con control de ingreso realizado*
- *Pacientes con 4º control realizado*
- *Pacientes que mejoran Zscore al 4º control*



TOTAL COMUNA RENCA

20 a 45 años

- *Pacientes inscritos en programa*
- *Pacientes con control de ingreso realizado*
- *Pacientes con 4º control realizado*
- *Pacientes que bajan el 5% de su peso al 4º control*
- *Pacientes que mejoran condicion fisica al 4º control (test de 6 min)*



Programa Espacios amigables

Renca 2013

Equipo COMUNAL:

- **Nutricionista: Constanza Botto**
- **Asistente Social: Carla Aguilera**
- **Matrona: Andrea Quagliotti**
- **Coordinadora: Ps. Yanela González M**

LUGAR DE FUNCIONAMIENTO:

- **COSAM 3: LOS AROMOS # 3330**
- **MARTES, MIERCOLES Y JUEVES : 17:30- 20:00HR**

POBLACION OBJETIVO: Adolescentes entre los 12 y 18 años, pertenecientes a Fonasa

- **Sistema de Ingreso:** Por consulta espontánea y derivación directa desde establecimientos educacionales, Organizaciones Sociales y Red Comunal
- **Sistema de Atención:** Cada Usuario recibe un total de 3 intervenciones individuales, lo que considera 1 Consulta y 2 Controles para ser posteriormente ser derivado a sistema de salud APS, realizando en cada ocasión actividades de consejería y participación en talleres grupales.

META 2013

ACTIVIDAD	PROGRAMADO	
	HOMBRE	MUJER
Talleres o actividades masivas que favorezcan el autocuidado y los hábitos de vida saludable	30	
Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva	40	130
Consejerías en regulacion de la fecundidad	40	130
Consejerías en VIH/SIDA e ITS	10	50
Consejerías en estilos de vida y conductas de autocuidado	40	100

TOTAL REALIZADO AL 31 DE AGOSTO DE 2013

ACTIVIDAD	REALIZADO AGOSTO	
	HOMBRE	MUJER
Talleres o actividades masivas que favorezcan el autocuidado y los hábitos de vida saludable	23	
Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva	56	57
Consejerías en regulacion de la fecundidad	56	46
Consejerías en VIH/SIDA e ITS	57	46
Consejerías en estilos de vida y conductas de autocuidado	55	40

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL 31 DE AGOSTO

ACTIVIDAD	REALIZADO AGOSTO		COBERTURA TOTAL	CUMPLIMIENTO META TOTAL
	HOMBRE	MUJER		
Talleres o actividades masivas que favorezcan el autocuidado y los hábitos de vida saludable	23		23	76.66%
Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva	56	57	113	66.47%
Consejerías en regulacion de la fecundidad	56	46	102	62.94%
Consejerías en VIH/SIDA e ITS	57	46	103	171,66%
Consejerías en estilos de vida y conductas de autocuidado	55	40	95	67,85%

ACCIONES REALIZADAS 2013

ACTIVIDADES DE CONSEJERIA Y TALLER:

- **INSTITUTO CUMBRES PONIENTE: INTERVENCION EN 2º y 3º MEDIOS A-B-C-D**
- **INSTITUTO CUMBRES ORIENTE: INTERVENCION EN 3 MEDIOS B-C-D**

BIBLIOTECA COMUNAL: GRUPO DE SOCIAS ADOLESCENTES

MODALIDAD

SALAS DE ESTIMULACION

La Sala de Estimulación es una nueva forma de aprender, es un espacio donde se realizan actividades que refuerzan el desarrollo infantil con el propósito de ayudar en la estimulación y desarrollo psicomotor de los niños y niñas en sus diferentes áreas de desarrollo.

Ingreso a Sala de Estimulación

La derivación a la sala de estimulación se realiza por medio del control sano del niño o niña, en relación a la aplicación de pautas tales como: Pauta neurosensorial, Pautas Breves, Escala de Evaluación del desarrollo Psicomotor, (EEDP , Tepsi). También a través de las pesquisas que realizan otros profesionales y otros estamentos pertenecientes a la Red Comunal Chile Crece Contigo.

Profesionales encargados

La distribución de las educadoras de Párvulos es según el número de niños bajo control, se cuenta actualmente con 2 profesionales en el centro de Salud Renca y Ces. Hernán Urzúa donde una Educadora está a cargo de las evaluaciones y la otra es de exclusividad de la sala de estimulación. En el centro de Salud Huamachuco y Cesfam Bicentenario la educadora cumple ambas funciones.

	Nº de Profesionales	Cantidad de horas
Ces Renca	2	88 hrs

	Educadoras de Párvulos	
Ces Urzúa	2 Educadoras de Párvulos	88 hrs
Ces Huamachuco	1 Educadora de Párvulos	44 hrs
CESFAM Bicentenario	1 Educadora de Párvulos	44 hrs

Profesionales de apoyo Proyecto FIADI

FONOAUDIOLOGA - TERAPEUTA OCUPACIONAL

Centro de salud	2012	días	2013	días
Ces.Renca	1 Flga.	3 días a la semana	1 Flga.	3 días a la semana
	1 T.O	2 días a la semana	0	0
Ces. Urzúa	1 Flga.	2 días a la semana	1 Flga.	2 días a la semana
	1 T.O.	1 día y medio a la semana	0	0
Ces.Huamachuco	1 Flga.	1 día y medio a la semana	1 Flga.	2 días a la semana
	1 T.O	1 día a la	0	0

		semana		
Ces. Bicentenario	1 Flga.	1 día y medio a la semana	1 Flga	3 días a la semana
	1 T.O	1 día a la semana	0	0

Con respecto al año 2012 donde se contaba con 3 profesionales de apoyo como Fonoaudióloga y Terapeuta ocupacional, este año 2013 comenzamos a trabajar con 2 fonoaudiólogas en espera de la incorporación de la Terapeuta O.

Ingreso Rezago a la sala de Estimulación

Ces. salud	Ingreso rezago Enero- junio 2012	Ingreso rezago Enero- Junio 2013
Ces. Renca	180	200
Ces. Urzúa	110	104
Ces. Huamachuco	82	61
Ces. Bicentenario	63	82

Altas de rezago a Sala de Estimulación

Ces. salud	Altas rezago Enero- junio 2012	Altas rezago Enero- Junio 2013
Ces. Renca	176	186

Ces. Urzúa	65	82
Ces. Huamachuco	82	61
Ces. Bicentenario	46	70

Ingreso Déficit DSM a la sala de estimulación

Ces. salud	Ingreso Déficit Enero- junio 2012	Ingreso Déficit Enero- Junio 2013
Ces. Renca	24	19
Ces. Urzúa	14	19
Ces. Huamachuco	0	7
Ces. Bicentenario	18	27

Altas de Déficit DSM a la sala de Estimulación

Ces. salud	Altas Déficit Enero- junio 2012	Altas Déficit Enero- Junio 2013
Ces. Renca	24	19
Ces. Urzúa	13	13
Ces. Huamachuco	0	7
Ces. Bicentenario	18	25

Actividades de Fonoaudióloga Sala Estimulación

Ces. salud	Derivados Flga. Enero-junio 2012	Ingresados Flga. Enero-Junio 2012	Atenciones Flga. Enero Junio 2012	Promedio atenciones por niño
Ces. Renca	85	85	327	4
Ces. Urzúa	72	72	288	4
Ces. Huamachuco	49	49	147	3
Ces. Bicentenario	26	26	78	3

Ces. salud	Derivados Flga. Enero-Junio 2013	Ingreso Flga. Enero Junio 2013	Atenciones Flga. Enero-Junio 2013	Promedio atenciones por niño
Ces. Renca	99	99	461	4.6
Ces. Urzúa	88	88	528	6
Ces. Huamachuco	52	52	156	3
Ces. Bicentenario	46	46	138	3

Actividades Terapeuta Ocupacional Sala de Estimulación

Ces. salud	Derivados T.O. Enero-junio 2012	Ingresados T.O. Enero-Junio 2012	Atenciones T.O. Enero Junio 2012	Promedio atenciones por niño	Altas 2012
Ces. Renca	32	32	120	4	28
Ces. Urzúa	23	23	96	4	20

Ces. Huamachuco	26	26	78	3	12
Ces. Bicentenario	26	26	65	2.5	10

Ces. salud	Derivados T.O. Enero-junio 2013	Ingresados T.O. Enero-Junio 2013	Atenciones T.O. Enero Junio 2013	Promedio atenciones por niño	Altas 2013
Ces. Renca	67	67	335	5	61
Ces. Urzúa	61	61	244	4	56
Ces. Huamachuco	49	49	147	3	46
Ces. Bicentenario	53	53	107	3	50

Talleres de Apoyo al Programa Biopsicosocial



- ☐ Taller de masajes
- ☐ Taller autocuidado
- ☐ Taller de normas de crianza
- ☐ Taller Nadie es Perfecto

Plan de promoción 2013

OBJETIVOS:

- ▶ "1.1.-Alimentación Saludable Contribuir en la educación de a lo menos 15 organizaciones sociales de JJVV Y Comité comunal de Salud en contenidos y aplicaciones de Ley 20.606 a Diciembre de 2013

- ▶ "2.1 Vida Libre del Humo de Tabaco Contribuir en la educación de a lo menos 15 organizaciones sociales de JJVV y Adulto Mayor en Ley 20.660 que modifica Ley 19.419 y Ambientes libres de Humo del Tabaco a Octubre del 2013.

- ▶ "3.1 Actividad Física Fomentar la Actividad Física a través de la ejecución de Programa de Actividad Física a Diciembre del 2013"
- ▶ "4.1 Otro Componente: Participación Social Generar una instancia de participación y diálogo en los tres componentes de la Promoción de la Salud, con Jóvenes y Adultos representantes de la comunidad Renca."

Entorno comunal

Componente	Actividad Programada	Actividad de continuidad del año	Ambito de acción	Sector de la comuna	Nº Acciones Program	Factores Protectores Psicosociales
Alimentación Saludable	CREACION DE HUERTO COMUNAL: Actividad de Capacitación y Semillero Comunal con participación de la red local Cosam 2(J.V., Club de A.Mayores, Centros Madres, etc)	SI	PSC Participación Social y Comunitaria		60	Participación social/Empoderamiento y Fortalecimiento de redes sociales
Actividad Física	PROGRAMA DE ACTIVIDAD FISICA./CONTRATO PROFESIONAL	SI	GL Gestión Local		20hrs	ACCESO A LA INFORMACIÓN
Vida libre del Humo del tabaco	EDUCACIÓN SOBRE MODIFICACIÓN 20660 A LEY 19.419 A ORGANIZACIONES DE JVVV Y ADULTO MAYOR	SI	PSC Participación Social y Comunitaria		20	Fortalecimiento Comunitario
Otro componente	DIÁLOGO PARTICIPATIVO/JORNADAS DE ENCUENTRO: "CONVERSEMOS DE PROMOCIÓN EN SALUD".	SI	PSC Participación Social y Comunitaria		3	Empoderamiento

OBJETIVOS

- ▶ "1.1.-Alimentación Saludable Fomentar estilos de alimentación saludable, reforzando estrategia de Kioscos Saludables y cambios de hábitos alimentarios, dando a conocer ley 20606.
- ▶ "2.1 Vida Libre del Humo de Tabaco Implementar programa de educación en Ley 20660 que modifica Ley 19419 y Ambientes libres de Humo del Tabaco, en establecimientos de educación municipal a Diciembre del 2013.

3.1 Actividad Física: Implementar programa de capacitación en nivel preescolar y escolar dirigido a profesionales que desempeñan funciones de orientación, Convivencia y Educación de Párvulo. En 15 establecimientos de educación municipal a Diciembre de 2013

Entorno educacional

Componente	Actividad Programada	Actividad de continuidad del año	Ambito de acción	Establecimiento educacional	Nº Acciones Program	Factores Protectores Psicosociales
Alimentación Saludable	EDUCACIÓN A LA COMUNIDAD ESCOLAR EN ALIMENTACION SALUDABLE Y ETIQUETADO NUTRICIONAL EN ESTABLECIMIENTOS MUNICIPALES DE EDUCACIÓN.	SI	GL Gestión Local	16	32	ACCESO A LA INFORMACIÓN
	PROGRAMA EDUCATIVO PARA KIOSKOS SALUDABLES	SI	GL Gestión Local	16	16	RESPONSABILIDAD SOCIAL Y TOLERANCIA
Actividad Física	PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DEL CLIMA ESCOLAR: CAPACITACIÓN EN YOGA PARA ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACIÓN MUNICIPAL	SI	GL Gestión Local	15	56	INTERACCIONES INTERPERSONALES POSITIVAS
	PROGRAMA DE CONTINUIDAD: TALLER DE CAPACITACION DOCENTE EN ACTIVIDAD FISICA PARA POBLACION PREESCOLAR.	SI	GL Gestión Local	9	56	SENTIDO DE PERTINENCIA E IDENTIDAD
	PROGRAMA DE INCENTIVO "MI FAMILIA LA LLEVA"	SI	GL Gestión Local		1	INTERACCIONES INTERPERSONALES POSITIVAS, APOYO SOCIAL Y RED COMUNITARIA
Vida libre del Humo del tabaco	EDUCACIÓN EN LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES DE LEY 19.419 Y SUS MODIFICACIONES.	SI	GL Gestión Local	16	32	Información

OBJETIVOS:

- ▶ o1.1.-Alimentación Saludable : Implementar programa educativo a funcionarios en centros de salud primaria en Ley 20.606 sobre alimentación saludable
- ▶ "2.1 Vida Libre del Humo de Tabaco Difundir el conocimiento de la Ley 19.419 y sus modificaciones.
- "

"3.1 Actividad Física IMPLEMENTAR ESPACIOS OPTIMOS PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDAD FISICA CON IMPLEMENTOS DE JUEGOS COLABORATIVOS(MESA DE PIN-PONG Y TACA-TACA)"

Componente	Actividad Programada	Actividad de continuidad del año	Ambito de acción	Lugar de trabajo (faena, sucursal, locación, otros)	Nº Acciones Program	Factores Protectores Psicosociales
Alimentación Saludable	EDUCACIÓN A FUNCIONARIOS SOBRE LEY 20.606 CENTROS DE SALUD PRIMARIA	NO	CSE Comunicación Social y Educativa	CENTROS DE SALUD	4	ACCESO A LA INFORMACIÓN
Actividad Física	PROGRAMA DE JUEGOS COLABORATIVOS EN ESPACIOS LABORALES PARA CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	NO	GL Gestión Local	4 CENTROS DE SALUD	8	DISMINUCION DE LA PERCEPCION DE ESTRÉS
Vida libre del Humo del tabaco	EDUCACIÓN A FUNCIONARIOS SOBRE MODIFICACIÓN 20660 A LEY 19.419 EN CENTROS DE SALUD PRIMARIA	SI	CSE Comunicación Social y Educativa	4 CENTROS DE SALUD	4	ACCESO A LA INFORMACIÓN

Población por grupo etáreo	Niños/as (0-9 años)	Adolescentes (10-19 años)	Adultos (20-64 años)	Adultos mayores (65 y más)	Total	Cobertura de la población comunal estimada %
Hombres	1.861	2.310	212	50	4.433	13%
Mujeres	1.956	2.493	1.133	100	5.682	
Total	3.817	4.803	1.345	150	10.115	

Cobertura

- ▶ En el mes de Julio ha sido publicada la revista de Promoción de la salud de la Seremi Metropolitana, destacando a 15 iniciativas pertenecientes a 15 comunas a nivel metropolitano por la realización de Buenas Prácticas: Destacando la capacitación en Yoga impartida a Orientadores y Encargados de Convivencia de los 16 Establecimientos educacionales, en Plan de Salud 2012, de la Comuna de Renca.
- ▶ Así también se ha realizado un anexo de convenio al 2013, por el cumplimiento del 100% de los requisitos de buena gestión, siendo asignado un 79% adicional al presupuesto 2013 de Promoción de la Salud en Renca.

PROGRAMAS DE SALUD LOCALES

Desde que la Dra. Vicky Barahona Kunstmann asume la gestión Municipal, desde hace 13 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 Siguietes 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.

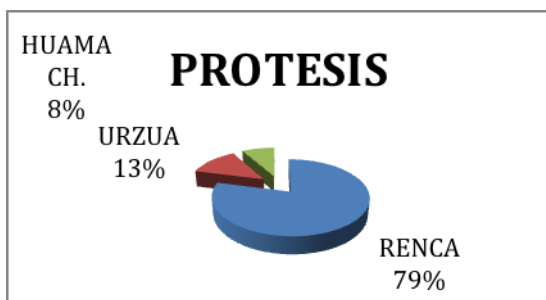
Durante Enero-septiembre del 2013, se han entregado un total de 243 prótesis

SONRIE RENCA

ENERO / SEPTIEMBRE 2012. Se entregaron 230 prótesis

ENERO /SEPTIEMBRE 2013. Se entregaron 243 prótesis

RENCA	URZUA	HUAMACH.
192	31	20



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 y lugares beneficiados con esta actividad comunitaria son, los que a continuación se detallan:

SAN GENARO

	TOTAL CONSULTAS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
MEDICOS	187	67	120	187
DENTAL	78	27	51	78
MATRONA	12		12	12
A. SOCIAL	22	2	20	22
PSICOLOGO	11	8	3	11
OFTALMOLOGIA	55	23	32	55
NUTRICIONISTA	19	8	11	19
TEC.PARAMEDICO	10	3	7	10
EMPA	22	11	11	22
DISCAPACIDAD	1		1	1
ENTREGA DE LENTE	63	23	40	63
KINESIOLOGO	15	6	9	15
TRANSITO	3	2	1	3
ABOGADO	21	10	11	21
HABITACIONAL	38	11	27	38
MODULO EDUCACIONAL	23	5	18	23
PELUQUERIA	33	12	21	33
ASEO Y ORNATO	23	8	15	23
FICHA PROTECCION SOCIAL	4	2	2	4
JURIDICA	1	1		1
FAMILIA PUENTE	2		2	2
OBRAS	1		1	1

OFICINA MUNICIPAL I.LABORAL	12	4	8	12
TOTAL	656	233	423	656
personas atendidas =493				

CERRO COLORADO

	TOTAL CONSULTAS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
MEDICOS	138	46	92	138
DENTAL	49	19	30	49
MATRONA	13		13	13
A. SOCIAL	33	10	23	33
PSICOLOGO	16	9	7	16
OFTALMOLOGIA	28	9	19	28
NUTRICIONISTA	8	2	6	8
TEC.PARAMEDICO	14	2	12	14
MEDICAMENTOS	191			
KINESIOLOGO	2	1	1	2
PODOLOGIA	1		1	1
TRANSITO	1	1		1
ABOGADO	24	8	16	24
HABITACIONAL	26	7	19	26
RECETAS	107			
MODULO EDUCACIONAL	3	1	2	3
PELUQUERIA	10	1	9	10
ASEO Y ORNATO	44	13	31	44
PPROGRAMA PUENTE	5	1	4	5

FICHA PROTECCION SOCIAL	8	2	6	8
	721	132	291	423

NUEVA RENCA

	TOTAL CONSULTAS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
MEDICOS	185	64	121	185
DENTAL	89	32	57	89
MATRONA	23		23	23
A. SOCIAL	26	5	21	26
PSICOLOGO	23	6	17	23
OFTALMOLOGIA	38	13	25	38
NUTRICIONISTA	28	3	25	28
TEC.PARAMEDICO	23	7	16	23
KINESIOLOGO	9	3	6	9
EMPA	49	16	33	49
DERIVACION OFTALMOLOGIA	2		2	2
TRANSITO	10	5	5	10
ABOGADO	17	1	16	17
HABITACIONAL	42	12	30	42
JARDIN	1		1	1
MODULO EDUCACIONAL	15	1	14	15
PELUQUERIA	43	20	23	43
ASEO Y ORNATO	42	19	23	42
PPROGRAMA PUENTE	1		1	1
FICHA PROTECCION SOCIAL	11	1	10	11

MEDIO AMBIENTE	2	1	1	2
ADULTO MAYOR	4	1	3	4
CHILE CRECE CONTIGO	34	16	18	34
ASISTENCIA JURIDICA	2		2	2
CONSULTA DOMICILIARIA	1		1	1
JUSTICIA VECINAL	1		1	1
OBRAS	8	5	3	8
	729	231	498	729

LO VELASQUEZ

	TOTAL CONSULTAS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
MEDICOS	243	81	162	243
DENTAL	144	51	93	144
MATRONA	27		27	27
A. SOCIAL	44	10	34	44
PSICOLOGO	19	11	8	19
OFTALMOLOGIA	29	6	23	29
NUTRICIONISTA	15	3	12	15
TEC.PARAMEDICO	7	3	4	7
KINESIOLOGO	6	2	4	6
DISCAPACIDAD	6		6	6
MEDICAMENTOS ENTREGADOS	434			
TRANSITO	4	1	3	4
ABOGADO	32	8	24	32
HABITACIONAL	33	5	28	33
MODULO EDUCACIONAL	23	6	17	23
PELUQUERIA	41	14	27	41

ASEO Y ORNATO	16	2	16	18
PROGRAMA PUENTE	4		4	4
FICHA PROTECCION SOCIAL	4	3	1	4
RECETAS	218			
ADULTO MAYOR	3		3	3
JUSTICIA VECINAL	1	1		1
OBRAS	2	1	1	2
INFORMACION UBICACIÓN	7		7	7
TOTAL	1362	208	504	712

VILLA GESTIÓN Y SANTA EMILIA

	TOTAL CONSULTAS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
MEDICOS	174	45	129	174
DENTAL	72	19	53	72
MATRONA	11		11	11
A. SOCIAL	27	4	23	27
PSICOLOGO	9	3	6	9
OFTALMOLOGIA	17	4	13	17
NUTRICIONISTA	11	3	8	11
TEC.PARAMEDICO	11	3	8	11
ENTREGA DE LENTE	14	1	13	14
KINESIOLOGO	15	5	10	15
EMPA	25	10	15	25
DERIVACION OFTALMOL				
TRANSITO	3		3	3
ABOGADO	13	3	10	13
HABITACIONAL	31	11	20	31

MODULO EDUCACIONAL	9	1	8	9
PELUQUERIA	36	16	20	36
ASEO Y ORNATO	13	4	9	13
OFICINA MUNICIPAL I LABORAL	7	3	4	7
FICHA PROTECCION SOCIAL	4	1	3	4
FOMENTO PRODUCTIVIDAD	1		1	1
DEPORTE	1	1		1
CHILE CRECE CONTIGO	36	8	28	36
JUSTICIA VECINAL	2		2	2
OBRAS	4	2	2	4
ASISTENCIA JURIDICA				
PROGRAMA PUENTE				
	546	147	399	546
			398 personas	

LA QUEBRADA

	TOTAL CONSULTAS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
MEDICOS	134	50	84	134
DENTAL	97	43	54	97
MATRONA	12		12	12
A. SOCIAL	23	7	16	23
PSICOLOGO	9	3	6	9
NUTRICIONISTA	9	2	7	9
TEC.PARAMEDICO	31	14	17	31
DERIVACION OFTALMOLOGIA	1		1	1
KINESIOLOGO	4	2	2	4
EMP.	2	1	1	2

ENTREGA DE LENTE	55	22	33	55
OFTALMOLOGIA	77	35	42	77
ED.BUCAL	7	3	4	7
TRANSITO	2	2		2
ABOGADO	24	5	19	24
HABITACIONAL	26	5	21	26
MODULO EDUCACIONAL	22	4	18	22
PELUQUERIA	26	11	15	26
ASEO Y ORNATO	23	8	15	23
PROGRAMA PUENTE	1		1	1
OBRAS	5	1	4	5
OFICINA P.LABORAL	7	4	3	7
JARDIN	1		1	1
FOMENTO Y PRODUCTIVIDAD	1	1		1
	599	223	376	599
	personas	468		

BULNES

	TOTAL CONSUL.	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
MEDICOS	112	65	47	112
DENTAL	18	8	10	18
C.S.V.	5	3	2	5
MATRONA	12		12	12
A. SOCIAL	20	4	16	20
PSICOLOGO	5	1	4	5
OFTALMOLOGIA	31	14	17	31
NUTRICIONISTA	11	3	8	11
TEC.PARAMEDICO	26	12	14	26
KINESIOLOGO	8	4	4	8
ABOGADO	11	5	6	11
HABITACIONAL	10	2	8	10
INSCRITO	1		1	1
MODULO EDUCACIONAL	1		1	1
PELUQUERIA	24	7	17	24
PROTECCION SOCIAL	2		2	2
RECETAS	121			121
CHILE CRECE CONTIGO	39			
	457	128	169	297

HUAMACHUCO 2

	TOTAL CONSULTAS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
MEDICOS	180	64	116	180
DENTAL	115	39	76	115
MATRONA	42		42	42
A. SOCIAL	37	7	30	37
PSICOLOGO	6	1	5	6
OFTALMOLOGO	89	33	56	89
NUTRICIONISTA	8	1	7	8
TEC.PARAMEDICO	16	7	9	16
EMP.	9	5	4	9
KINESIOLOGO	5	4	1	5
ENTREGA DE LENTE	47	19	28	47
EDUCACION BUCAL	8	2	6	8
TRANSITO	4	4		4
ABOGADO	35	7	28	35
HABITACIONAL	34	6	28	34
MODULO EDUCACIONAL	15	1	14	15
PELUQUERIA	35	32	3	35
ASEO Y ORNATO	10	5	5	10
FICHA PROTECCION SOCIAL	4	1	3	4
OBRAS	4	2	2	4
RESOLUTIVIDAD	2	1	1	2
OFICINA MUNICIPAL I.LABORAL	7	2	5	7
ADULTO MAYOR				0
JUSTICIA VECINAL				0
PROGRAMA PUENTE				0

	TOTAL CONSULTAS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
MEDICOS	167	46	121	167
DENTAL	104	47	57	104
MATRONA	7		7	7
A. SOCIAL	33	5	28	33
PSICOLOGO	11	5	6	11
OFTALMOLOGIA	65	28	37	65
NUTRICIONISTA	22	9	13	22
TEC.PARAMEDICO	23	10	13	23
KINESIOLOGO	10	6	4	10
ENTREGA DE LENTE	57	22	35	57
EMPA	13	8	5	13
DISCAPACIDAD	1		1	1
TRANSITO	10	9	1	10
ABOGADO	36	15	21	36
HABITACIONAL	38	14	24	38
MODULO EDUCACIONAL	15		15	15
PELUQUERIA	45	19	26	45
ASEO Y ORNATO	22	6	16	22
PROGRAMA PUENTE	1		1	1
FICHA PROTECCION SOCIAL	11		11	11
FOMENTO PRODUCTIVIDAD	1		1	1
DEPORTE	1	1		1
VETERINARIO	1	1		1
SEGURIDAD CIUDADANA	1		1	1
OFICINA MUNICIPAL I LABORAL	7	3	4	7
JUSTICIA VECINAL	4	1	3	4
OBRAS	9	3	6	9
	715	258	457	715
				564

	TOTAL CONSULTAS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
MEDICOS	88	25	63	88
DENTAL	22	9	13	22
MATRONA	9		9	9
A. SOCIAL	9	1	8	9
OFTALMOLOGO	14	5	9	14
NUTRICIONISTA	6		6	6
TEC.PARAMEDICO	10	7	3	10
EMP.	1	1		1
ENTREGA DE LENTE	7	3	4	7
EDUCACION BUCAL				0
PSICOLOGO				0
KINESIOLOGO				0
OFICINA MUNICIPAL I.LABORAL	2		2	2
ABOGADO	10	4	6	10
HABITACIONAL	3		3	3
PELUQUERIA	7	2	5	7
ASEO Y ORNATO	3		3	3
OTRA CONSULTA(BINGO)	1		1	1
DISCAPACIDAD	1		1	1
MODULO EDUCACIONAL				0
TRANSITO				0
FICHA PROTECCION SOCIAL				0
JUSTICIA VECINAL				0
OBRAS				0
RESOLUTIVIDAD				0
TOTAL	193	57	136	193

Aló 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.

1.

MES	LLAMADOS		TRASLADO		DOMICILIOS	
	DIURNO	NOCTURNO	DIURNO	NOCTURNO	DIURNO	NOCTURNO
ENERO	145	298	1	88	6	41
FEBRERO	158	315	3	64	3	52
MARZO	170	332	2	45	8	57
ABRIL	152	215	5	61	7	42
MAYO	172	298	2	84	5	64
JUNIO	180	299	4	91	14	53
JULIO	166	402	12	68	12	47
AGOSTO	190	415	10	105	11	57
SEPTIEMBRE	260	454	6	112	17	66
TOTAL	1448	2730	44	630	77	438

LLAMADOS		TRASLADOS		DOMICILIOS	
DIURNO	NOCTURNO	DIURNO	NOCTURNO	DIURNO	NOCTURNO
1448	2730	44	630	77	438

GESTION DE RECLAMOS

La satisfacción usuaria, hoy en día constituye un indicador de calidad en la atención en salud, más aún es un indicador de cumplimiento de la Ley que resguarda los Derechos y Deberes 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.

Es de estos resultados y sumado al interés permanente de la primera autoridad comunal que durante el año 2013 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 2013 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 difusión y acceso a las nuevas patologías Ges, incentivando el acceso de los usuarios a los distintos servicios en los centros de salud y la red de derivación y apoyo con que cuentan los distintos establecimientos. Simultáneamente se han desarrollado una serie de intervenciones con funcionarios en los distintos centros de salud exponiendo los resultados obtenidos en año 2012 en Encuesta de Usuario Incognito desarrollada por SSMO, que considera la identificación de puntos críticos y trato al usuario obteniendo en ella valores superiores al 80% de cumplimiento en cada factor medido.

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 SSMO, 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 la Carta de Deberes y Derechos resumida para su difusión por parte del MINSAL se encuentra exhibida en los cuatro centros de salud de la comuna, visible y en puntos de alta afluencia de cada centro, considerando la cobertura mediante volantes 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, que introduce un cambio significativo en los modos y cantidad de la información entregada a los usuarios en su acceso y entrega de atención en salud, así como también fija nuevos plazos asociados a los tiempos de respuestas a los reclamos realizados por dichos usuarios, reduciendo de 20 a 15 días hábiles, la entrega de la misma. Renca a la fecha mantiene un 100% de cumplimiento de estos requisitos.

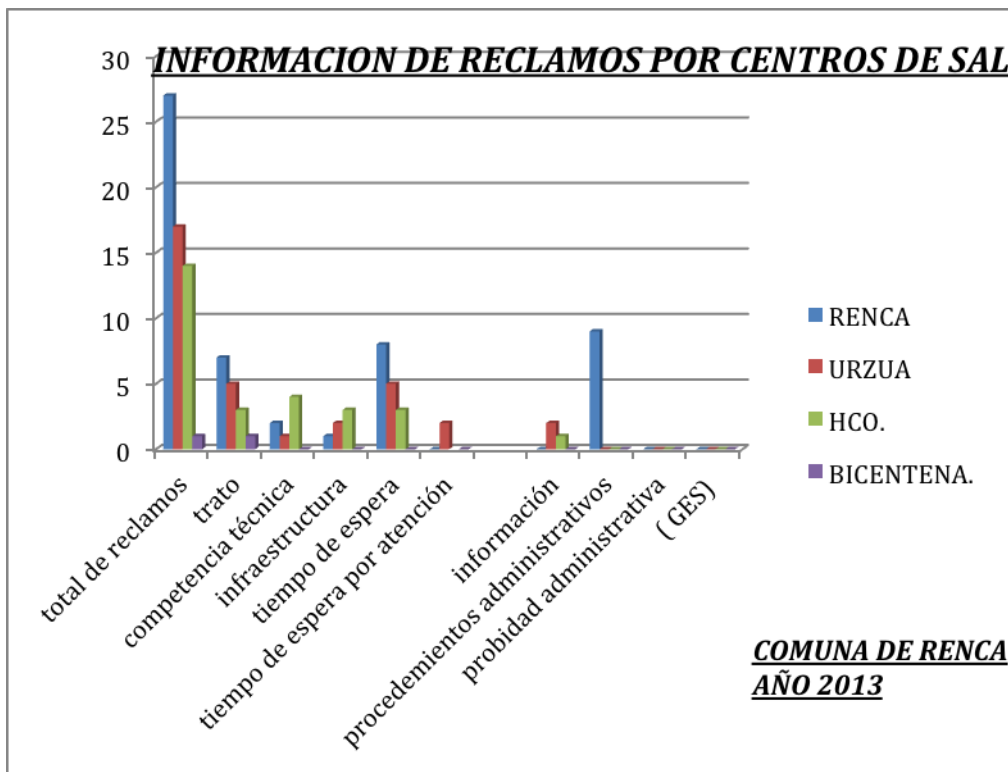
En las Oficinas OIRS de los centros de salud de la comuna se realizaron durante el segundo semestre del año 2012, un total de 31.172 consultas de las cuales sólo 10 corresponden a reclamos y de los cuales sólo 2 a la categoría de Trato. Finalizando el año 2012 con un total de 37 reclamos entre los 4 establecimientos de salud comunal, con una distribución por centro de 18 en Ces Renca, 2 en Cesfam Bicentenario, 9 en ces Hernán Urzúa Merino y 8 en Ces Huamachuco. (Fuente: IAAPS 2012-SSMO)

Durante este año 2013, en las oficinas OIRS, considerando el Período Enero- Agosto se han realizado un total de 87. 231 atenciones y consultas de las cuales 59 corresponden a Reclamos, siendo sólo 16 relacionados con el factor Trato. (Fuente: Serie A, Rem 19b).

Es importante destacar que bajo esta misma modalidad; cartillas buzón, se han recepcionado un total de 258 Felicitaciones a nivel de los 4 Centros de Salud, destacando en el número de Felicitaciones el reciente Cesfam Bicentenario.

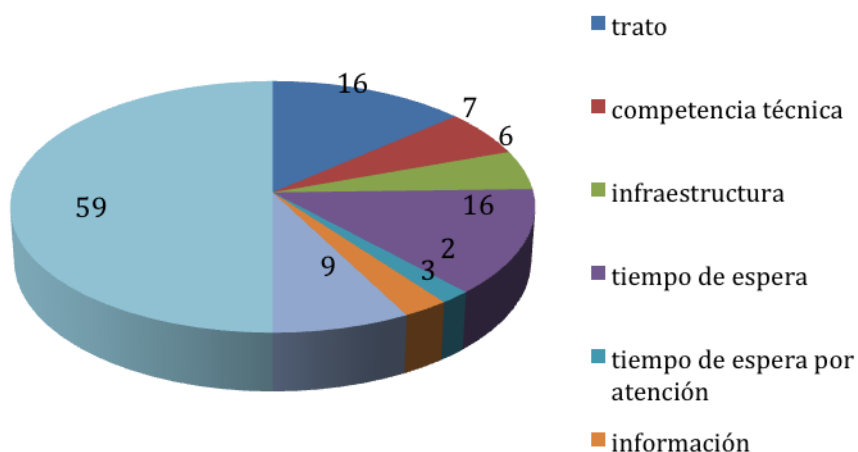
Se adjunta Gráfica comunal consultas y Reclamos OIRS año 2013

ENERO/AGOSTO 2013		1			
Actividades	RENCA	URZUA	HCO.	BICENTENA.	TOTAL
total de reclamos	27	17	14	1	59
trato	7	5	3	1	16
competencia técnica	2	1	4	0	7
infraestructura	1	2	3	0	6
tiempo de espera	8	5	3	0	16
tiempo de espera por atención	0	2		0	2
información	0	2	1	0	3
procedimientos administrativos	9	0	0	0	9
probidad administrativa	0	0	0	0	0
(GES)	0	0	0	0	0
Total reclamos	27	17	14	2	59

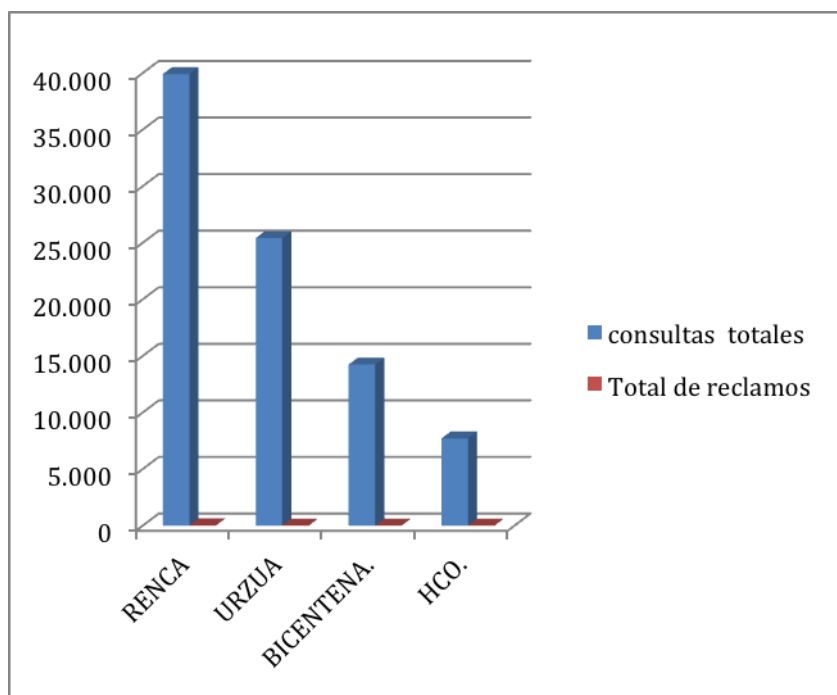


Actividades	TOTAL
trato	16
competencia técnica	7
infraestructura	6
tiempo de espera	16
tiempo de espera por atención	2
información	3
procedimientos administrativos	9
probidad administrativa	0
(GES)	0
(GES) plazo 10 días	0
total de reclamos	59

TOTAL DE RECLAMOS DE LOS CENTROS DE SALUD DE LA COMUNA DE RENCA (Enero a Agosto 2013)



	RENCA	URZUA	BICENTENA.	HCO.	
consultas totales	39.896	25.401	14.230	7.704	87.231
Total de reclamos	27	17	2	14	59



PROGRAMACIÓN ACTIVIDADES



PROGRAMACION 2014

PROGRAMA INFANTIL 2014.

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
Promover acciones de estilo de vida saludable vinculadas a la alimentación y actividad física.	Realizar actividades de promoción en temas de alimentación en jardines infantiles. , Colegios y/o centros comunitarios	Realizar a lo menos 4 actividades educativas comunales e en temas de alimentación saludable. Realizar a lo menos 1 jornada por centro de salud.	N° de actividades anuales de promoción que fomentan la vida saludable en jardines infantiles, o centros comunitarios /N° de centros de salud.	REM A19B1
	Consejerías (Consejo breve) de actividad física individual entregada a niños y niñas menores de 6 años, basados en las guías para una vida saludable.	10% de niñas y niños bajo control que reciben consejería individual de actividad física	N° de consejerías en actividad física entregadas a niños y niñas menores de 6 años/total niños menores de 6 años bajo control x 100	REM A 19a

Área Estratégica: Prevención

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Fortalecer el control de salud del niño (a) con énfasis en	Taller educativo de habilidades parentales	<p>Ces Renca 08 talleres de 6 sesiones cada uno.</p> <p>Ces H. Urzúa, 12 talleres de 6 sesiones cada uno.</p> <p>Ces. Huamachuco, 4 talleres de 6 sesiones cada uno.</p> <p>Ces. Bicentenario, 4 talleres de 6 sesiones cada uno.</p>	(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	<p>Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo</p> <p>(Módulo Nadie es Perfecto)</p>

<p>intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral.</p>	<p>con metodología "Nadie es Perfecto" a madres, padres y/o cuidadores de niños (as) menores de 72 meses bajo control</p>	<p>5% de padres, madres o cuidadores de niños y niñas menores de 72 meses bajo control ingresen a los talleres con metodología Nadie es Perfecto</p>	<p>Nº de padres, madres y/o cuidadores de niños o niñas menores de 72 meses bajo control que ingresan a los talleres con metodología nadie es perfecto / N° Total de niños o niñas menores de 72 meses bajo control x 100</p>	<p>Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo REM P2 a</p>
<p>Fortalecer el control de salud del niño (a) con</p>	<p>Realizar talleres de auto cuidado: Estimulación y normas de crianza a madres padres y/o cuidadores</p>	<p>Mantener el calendario de talleres de autocuidado, estimulación y normas de crianza dentro del ciclo vital (recién nacido,</p>	<p>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</p>	<p>Numerador REM A27a, Denominador: REM P2 "Sección A</p>

<p>énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral.</p>	<p>de niños y niñas menores de 6 años inscritos en el establecimiento</p>	<p>3 meses, 5 meses, 7 u 8 meses, 15 meses, 30 meses, 54 meses).</p>	<p>crianza/ N° total de niños o niñas menores de 6 años bajo control</p>	
	<p>Taller a madres, padres y/o cuidadores de niños y niñas de 0 a 6 meses, para prevención de IRA.</p>	<p>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.</p>	<p>N° de madres, padres y /o cuidadores que ingresan a educación grupal en prevención de IRA/ N° total de niños menores de 6 meses, bajo control) * 100</p>	<p>REM A27 Sección A REM P2 Sección A</p>

	Primer control de Salud de la puérpera y su recién nacido antes de los 10 días de vida.	80% Puérperas y Recién Nacido antes de los 10 días de vida, que reciben atención integral, apoyo para el fomento en la seguridad del apego, fomento lactancia materna exclusiva y refuerzo en el uso de implementos PARN.	Nº de puérperas y Recién Nacidos con control integral de Salud antes de los 10 días de vida/Nº Total de Recién Nacidos que ingresan	REM AO1 REM AO5
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	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial	90% niños/as de 45 días de edad 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 0-5 meses bajo control)*100	Numerador: REM A-03, Sección A REM P2, Sección A
	Detección precoz de displasia de caderas en los niños y niñas	100% de los niños y niñas de 3 meses de edad son derivadas a examen	Nº de niños y niñas de 3 meses de edad derivadas a examen radiológico de	Numerador: Registro SIGGES Denominador: REM P 2,

años.	menores de 4 meses	radiológico de cadera.	cadera/ N° total de niños y niñas de 3 a 5 meses de edad bajo control)*100	sección A
	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.	Mantener el 60% a los 4 meses y 30% a los 12 meses de edad en la aplicación de pauta de observación de calidad de apego de su madre/ padre o figura significativa en el control de salud en relación a lo obtenido en el año 2012	N° de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada al grupo de 4 meses/ Total de niños y niñas 0-5 meses bajo control)* 100 N° de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada al grupo de 12 meses/ Total de niños y niñas 12-23 meses bajo control)* 100	Numerador: REM A-03, Sección A REM P2“Sección A
	Aplicar pauta de Edimburgo a los 2y 6 meses de	90% pauta de Edimburgo aplicada a los 2 meses 80% pauta de	N° de aplicaciones de la escala de evaluación de depresión postparto Edimburgo a los 2 y 6	REM A03 Sección A

	edad	Edimburgo aplicada a los 6 meses	meses de vida del niño/N° de controles realizados a los niños y niñas a los 2 y 6 meses de edad	REM A01 Sección B
	Control de salud a los 08 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor	80% de niños y niñas de 8 meses de edad con aplicación de evaluación del desarrollo Psicomotor. (EDP)	N° de aplicaciones de EDP a niños y niñas de 8 meses /N° Total de niños y niñas de 6-11 meses bajo control	REM A03 Sección B REM P2 sección A
	Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor	97% niños/as de 18 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud	N° Aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 12 a 23 meses / N° total de niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control)* 100	REM A-03, Sección A REM P2 Sección A

	Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor	50% niños y niñas de 36 meses de edad se les aplica evaluación de Desarrollo Psicomotor (Tepsi) en el control de Salud.	N° de aplicaciones Tepsi realizadas al grupo de 24-47 meses / N° Total de niños y niñas de 24-47 meses Bajo Control x 100	REM A03 Sección A REM P2 Sección A
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles	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	95% Cobertura de vacunación	N° de vacunas Neumocócica Conjugada, tercera dosis, administrada durante el primer año de vida /N° de	Numerador: Sistema Informático REM – RNI Denominador: Proyección

	de vida		niños con un año de vida) * 100	INE
	Administración de la primera dosis de vacuna Trivírica durante el primer año de vida.	95% Cobertura de vacunación	Nº de vacunas Trivírica, primera dosis administrada durante el primer año de vida/ Nº de niños con un año de vida) * 100	Numerador: Sistema Informático REM – RNI Denominador: Proyección INE
	Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en las altas totales de niñas y niños de 2,3, 4 y 5 años	80% de altas odontológicas de niños de 2 ,3, 4 y 5 años han recibido Educación Individual y/o grupal con instrucción de técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología	Nº de niños /as de 2, 3,4 y 5 años con Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado/ total de niños/as de 2, 3, 4 y 5 años con alta odontológica total) * 100	REM A09, Sección B o J

Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad parvularia y escolar	Entregar kit de Salud Bucal con cepillo y pasta de dientes a niñas y niños de 2,3 y 4 años de jardines Junji/ Integra.	100%de entrega de kit de salud bucal a niños y niñas con aplicación de Flúor barniz comunitario en jardines Junji/Integra.	N° de kit entregados/N° de niños o niñas de 2, 3, y 4 años con aplicación de Flúor barniz comunitario en jardines Junji/ Integra x 100	Registro local lista rutificada
	Entregar kit de Salud Bucal con cepillo y pasta de dientes a niñas y niños de 4-5 años de Mineduc.	100%de entrega de kit de salud bucal a niños y niñas de 4 y 5 años, de Mineduc comprometidos por convenio	N° de kit entregados/N° de niños o niñas de 4 a 5 años de Mineduc comprometidos por convenio x 100	REM A09 Sección C
	Entregar Kit de Salud bucal a niños y niñas de 6 años ingresados a tratamiento odontológico	100% de entrega de kit de salud bucal a niños y niñas de 6 años ingresados a tratamiento odontológico	N° de kit de salud bucal / N° de niños y niñas de 6 años ingresados a tratamiento odontológico x 100	REM09 sección B y C

	<p>Educación individual con instrucción de técnica de cepillado en las altas totales de las niñas y niños de 6 años.</p>	<p>95% de Educación individual con instrucción de técnica de cepillado a niñas y niños de 6 años con alta odontológicas totales ya sea por odontólogo o técnico dental</p>	<p>N° de educaciones de técnica de cepillado a niños y niñas de 6 años /altas totales en niños y niñas de 6 años x 100</p>	<p>REM09 Sección B</p>
	<p>Realizar aplicación de Flúor barniz comunitario en niñas y niños 2,3,4 años de los jardines Junji- Integra</p>	<p>2 aplicaciones al año de flúor barniz comunitario en niñas y niños 2,3,4 años de los jardines Junji- Integra según convenio</p>	<p>N° de aplicaciones al año de flúor barniz comunitario en niños y niñas de 2,3,4 años/N° de niños en convenio=2</p>	<p>REM 09, Sección B</p>

<p>Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital</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 6-11 meses) * 100</p>	<p>REM P2 Sección E</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 de 2 años hasta la adolescencia</p>	<p>50% de cobertura de consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida</p>	<p>Nº de niños que asisten a consulta nutricional con componente bucal</p> <p>en control de 3 años 6 meses /Nº total de niños y niñas de 24-47 meses bajo control/2 x 100</p>	<p>REM P2 Sección E-A</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>Alcanzar un 60% con lactancia materna exclusiva en niños y niñas hasta el 6 mes de vida</p>	<p>(N° de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva en el control de salud del sexto mes de vida/N° de lactantes con control de salud al día al sexto mes de vida)*100</p>	<p>Rem A03</p>
<p>Contribuir a la disminución de morbimortalidad en menores de un año por IRA</p>	<p>Visitas domiciliarias realizadas a familias de niñas y niños con score de riesgo de morir de neumonía grave</p>	<p>Realizar visita domiciliaria integral al 90% de las familias con niñas y niños con score de riesgo de morir de neumonía grave</p>	<p>N° de visitas domiciliarias integrales de las familias con niñas y niños con score de riesgo de morir de neumonía grave / N° total de niñas y niños menores de 7 meses con score de riesgo de IRA grave x100</p>	<p>REM A23 Sección M REM P2 Sección D</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	5% de cobertura en altas odontológicas totales en los niños/as de 2, 3, 4 y 5 años, inscritos y validados	Nº de niños de 2, 3, 4 y 5 años con alta odontológica total/ Nº Total de niños/as de 2, 3, 4 y 5 años inscritos y validados) * 100	REM A09, Sección C
	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 2, 3, 4 y 5 años	95% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de CEO a los 2, 3, 4 y 5 años de edad	Nº de niños /as de 2, 3, 4 y 5 años con registro de CEO / total de niños/as de 2, 3, 4 y 5 años con ingreso odontológico)* 100	REM A09, Sección C

<p>Incrementar la cobertura de atención odontológica integral en niñas y niños (GES Salud Oral Integral para niñas</p>	<p>Atención odontológica integral a niñas y niños de 6 años</p>	<p>80% de cobertura en altas odontológicas totales en los niños y niñas de 6 años, inscritos y validados</p>	<p>Nº de niños/as de 6 años con alta odontológica total/ N° Total de niños/as de 6 años inscritos y validados) * 100</p>	<p>REM A09, Sección C</p>
<p>y niños de 6 años) de 6 años Incrementar la cobertura de atención odontológica integral en niñas y niños (GES Salud Oral Integral para niñas y niños de 6 años) de 6 años</p>	<p>Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 6 años</p>	<p>100% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de CEO a los 6 años de edad</p>	<p>Nº de niños /as de 6 años con registro de CEO / total de niños/as de 6 años con ingreso) * 100</p>	<p>REM A09, Sección C</p>

<p>Disminuir el porcentaje de niños y niñas con déficit o rezago de su desarrollo sicomotor</p>	<p>Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad, en sala de estimulación.</p>	<p>100% de niños y niñas con déficit (riesgo retraso) en el DSM ingresan a modalidades de estimulación del DSM.</p>	<p>Nº de niños/as 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.</p>	<p>REM A03,</p>
	<p>Reevaluación de niños y niñas con déficit en su desarrollo psicomotor</p>	<p>90 % de los niños y niñas detectados con riesgo en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses intervenidos</p>	<p>Nº de niños y niñas diagnosticados con riesgo en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperados / Nº total de niños y niñas diagnosticadas con déficit en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses)*100</p>	<p>REM A03</p>

<p>Disminuir el porcentaje de niños y niñas con déficit o rezago de su desarrollo sicomotor</p>	<p>Visita domiciliaria integral</p>	<p>100% de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor recibe 2 o más visitas domiciliarias integrales</p>	<p>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 x100</p>	<p>REM A 26 Sección A REM P2 Sección C</p>
<p>Mejorar la calidad de la atención respiratoria aguda en menores de 5 años que cursen con IRA baja.</p>	<p>Acceder atención kinésica dentro de 24 horas según derivación medica por IRA baja en menores de 5 años.</p>	<p>100% en niños menores de 5 años atendidos antes de 24 horas luego de derivación medica por IRA baja.</p>	<p>(Nº de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación/Nº de casos con inicio de garantía por tratamiento kinésico)x 100</p>	<p>SIGGES Planilla AUGE</p>

Área: Rehabilitación

OBJETIVO ACTIVIDAD META INDICADOR FUENTE DEL INDICADOR

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Aumentar 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	Aumentar en 10% la cobertura en visitas a pacientes portadores de enfermedades crónicas oxígeno dependiente.	Nº de visitas domiciliarias a familias con niños, niñas y adolescentes menores de 15 años oxígeno dependiente / Nº total de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años (oxígeno dependiente)* 100	Numerador: Registro local Denominador: REM P3, Sección A "Existencia de población en control"

PROGRAMACIÓN COSAM 1

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 2014 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 2014 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 2014:

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

I.CONVENIOS

Se planifica en relación a los convenios para el año 2014, 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 Hipercinético, Trastornos de Ansiedad y del Comportamiento en adultos, Trastornos del Comportamiento y la emoción de la Infancia , Demencia y otros trastornos mentales orgánicos; 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 2014

Convenio Prestaciones Valoradas	Meta Convenio 2014
Trastornos Hipercinético	440
Trastornos ansiedad y comportamiento del adulto	473
Esquizofrenia y psicosis no orgánica	242
Rehabilitación psicosocial tipo 1 (Esquizofrenia)	950
VIF	165
Trastornos emocionales y del comportamiento en la infancia	330

Demencia y otros trastornos mentales orgánicos
--

110

II.DESARROLLO DE PROGRAMAS

Dentro de los Programas de Cosam 1 se encuentra: Programa Adulto, Programa Infanto- 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 diagnóstico 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 2014:

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 realizarán:

- 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.
- 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 hipercinéticos (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.

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 2014, 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 ,etc.

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 2014 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:

- Mantener 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.

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.

PROGRAMACIÓN COSAM II

PROGRAMA DE DEPENDENCIAS A ALCOHOL Y DROGAS EN POBLACIÓN ADULTA

Etapa de vida : adulto y adulto mayor

Sexo : Hombres y mujeres

Meta : 130 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 2012, según su grupo diagnóstico, calidad de convenio y prestaciones convenidas.

Programa	Usuarios no convenidos	Usuarios convenidos	Prestaciones convenidas	Total de usuarios
Ambulatorio Intensivo población adulta Hombre Alcohol Mixto (SENDA-FONASA-MINSAL)	0	20	108	20
Ambulatorio Intensivo población adulta Poli consumo (SENDA-FONASA-MINSAL)	0	30	180	30
Ambulatorio Intensivo población adulta Mujeres (SENDA-FONASA-MINSAL)	0	25	108	25
Ambulatorio básico Pobl. adulta Convenio alcohol Mixto (SENDA-FONASA-MINSAL)	0	25	96	25
Ambulatorio básico Pobl. adulta Poli consumo Convenio MINSAL	0	25	108	25
Población adulta general y Judicializados	300	0	0	425
Total	300	125	600	425

El convenio FONASA- SENDA - MINSAL a partir de Febrero de la 2013 y junio 2013 amplia la Cobertura instalándose nuevos dispositivos de intervención en el área de tratamiento de adicciones población adulta; los cuales pasamos a describir a continuación:

1. **Programa Alcohol y Drogas Tratamiento Ambulatorio Intensivo Pobl. Masculina Poli consumo:** Convenio con 180 plazas anuales, su objetivo es entregar tratamiento y rehabilitación de manera integral a **usuarios con dependencia** de Alcohol y drogas mayores de 20 años, que presenten compromiso biopsicosocial, **moderado a severo** y que cuenten con disponibilidad para permanecer 5 días a la semana Desde las 10:00 a 17:00 horas. El tratamiento tiene una duración que variaría entre ocho meses a un año.
2. **Programa Alcohol Tratamiento Ambulatorio Intensivo Pobl. Mixta:** Convenio con 108 plazas anuales, su objetivo es entregar tratamiento y rehabilitación de manera integral a **usuarios con dependencia** exclusivamente de Alcohol mayores de 20 años, que presenten compromiso biopsicosocial, **moderado a severo** y que cuenten con disponibilidad para asistir a intervenciones semanales con Psicólogo, técnico en rehabilitación y asistente social, sumándose intervenciones grupales tres veces por semana Desde las 18:00 a 20:00 horas. El tratamiento tiene una duración que variaría entre ocho meses a un año.
3. **Programa Tratamiento Ambulatorio Intensivo Pobl. Femenina poli consumidoras** Convenio con 108 plazas anuales, su objetivo es entregar tratamiento y rehabilitación de manera integral con perspectiva de género a **usuarias con dependencia** de alcohol y drogas mayores de 20 años, que presenten compromiso biopsicosocial, **moderado a severo**; con y sin hijos menores de 5 años y que cuenten con disponibilidad para asistir para permanecer 5 días a la semana Desde las 15:00 a 20:30 horas. El tratamiento tiene una duración que variaría entre ocho meses a un año.
4. **Programa Exclusivamente Alcohol Tratamiento Ambulatorio básico;** Convenio con, con 96 plazas en el año; el objetivo es entregar tratamiento y rehabilitación de Alcohol a usuarios que presenten **dependencia a dicha sustancia con un compromiso biopsicosocial leve a moderado** Que puedan asistir tres veces por semanas entre las 18:00 a 20:30 horas (Lunes, Miércoles y Viernes) y atenciones quincenales de Psicoterapia Individual, Consulta de salud mental asistente social y técnico en rehabilitación, una vez al mes médico psiquiatra.
5. **Programa Tratamiento Ambulatorio básico Poli consumo;** Convenio con, con 108 plazas en el año; CONVENIO CETROS COMUNITARIOS FINANCIADO POR MINSAL el objetivo es entregar tratamiento y rehabilitación de Alcohol a usuarios que presenten **dependencia a dicha sustancia con un compromiso biopsicosocial leve a moderado** Que puedan asistir tres veces por semanas entre las 18:00 a 20:30 horas (Lunes, Miércoles y Viernes) y atenciones quincenales de Psicoterapia Individual, Consulta de salud mental asistente social y técnico en rehabilitación, una vez al mes médico psiquiatra.
6. **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
 - Diagnóstico compromiso bio psicosocial
 - Aplicación instrumento de riesgo reincidencia en el delito
 - Exámenes preventivos.
 - Seguimiento de casos.
 - Consulta de salud Mental
 - Aplicación instrumento de derivación a tratamiento residencial
 - Internaciones administrativas
 - Psi diagnóstico

- Informes Mensuales a tribunales de droga; Juzgados de familia, fiscalía centro norte, corporación de asistencia judicial, defensoría penal y comunidades terapéuticas.
- Gestión y derivación a las distintas redes (salud, jurídicas, entre otras)

PROYECCIONES 2014

Proceso Digitalización

Durante el año 2013 se inicia el desafío de digitalizar la información de ingreso de tratamiento de los usuarios. A través de la modificación que tiene el sistema de registros Sistrat permite ingresar la ficha de demanda, la cual nos dará cuenta número de días de espera en su primera atención, si el usuario asiste a la hora tomada y cuando demoramos en la resolutivez de ingreso de alguno de los programas que cuenta el centro. Nos proponemos que el 65 por ciento de los usuarios que soliciten su hora sea ingresado al sistema de demanda Sistrat.

Y Un 40 por ciento de la población consultante confeccionarle la ficha de ingreso digital (sistema Sistrat) de manera que, nos permita realizar el seguimiento previo al abandono de tratamiento.

Enfoque de Genero

De acuerdo a necesidades detectadas durante el año 2012 se proyectó realizar plan piloto que posibilitara incorporar enfoque de género en las estrategias de intervención destinadas a los/as usuarias/as en general; Sin embargo, Desde Febrero 2013 se posibilita instalar un dispositivo piloto de atención exclusivo para mujeres, con ello permite diferenciar la intervención por tipo de población. Bajo dicho contexto se realizará seminario de dos días que implique análisis y formación en la perspectiva de género. Dicho seminario, está pensado para primer trimestre 2014.

Auto cuidado equipo V/S Prevención Burnout: Dentro de los compromisos en el plan bienal del SENDA donde se exige plan y ejecución cuatrimestral de programa de auto cuidado. Considerando que El personal sanitario que trabaja en adicciones, se enfrenta frecuentemente a situaciones de alta vulnerabilidad y frustración. El estrés que se deriva de este contexto implica el desarrollo de problemas conductuales como *burnout* y otros problemas de salud y psicológicos (ansiedad, depresión, etc.). En la actualidad esta temática es importante ya que afecta a la moral y bienestar psicológico de los trabajadores, a la calidad y tratamiento que se proporciona a los pacientes y, por último, puede tener una influencia fuerte en el funcionamiento administrativo de los servicios

sanitarios. Varios autores concuerdan en que este síndrome es un proceso que comienza con niveles excesivos de tensión, la cual produce sensaciones de irritabilidad y agotamiento físico, mental y emocional como resultado de haberse involucrado durante mucho tiempo en **situaciones que son emocionalmente demandantes, traducidos en la presencia de estrés** un sistema de salud, resulta prioritario un espacio en que el equipo pueda mirarse a sí mismo al impacto que recibe, y pueda trabajar sus propias ansiedades, temores, impotencias y confusiones, resulta imprescindible. Se habla de la salud mental del equipo de Salud Mental, como un elemento que requiere de cuidado. Por ello para el año 2014 nos proponemos llevar a cabo el programa de auto cuidado de equipo confeccionado el año 2013. La meta será realizar a lo menos el 90 % de las actividades de auto cuidado de equipo.

Trabajo en red

Para el año 2014, 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, Félix Bulnes, Hospital Horwitz, Hospital San Juan de dios (VIH), Posta 3, 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. Se proyecta reuniones de coordinación trimestrales con las distintas instancias de redes formales establecidas.

Implementar nuevas Herramientas metodológicas en el ámbito de integración social solicitadas desde SENDA para año 2014

1.-Implementación de Test TOP: La test TOP es una herramienta que permite evaluar el nivel de avance de un paciente en su proceso terapéutico, esta herramienta mide 5 niveles de intervención y sirve como carta de navegación a la elaboración de los planes de intervención.

PTI: Niveles medios

- transgresión a la norma social
- Tipología de consumo
- Periodos abstinencia de consumo
- Ocupación del tiempo

- Situación habitacional y económica
Se pretende aplicar al 100 % de los usuarios Intensivos poli consumo Hombre y mujeres Primera ficha top, y a un 70 % la segunda y tercera entrevista TOP de la misma población.

2.- ESTRATEGIA EN CASOS JUDICIALES

Instalación de **Modelo de la Buena Vida (Good Live Model)**(Ward et al.)Enfoque basado en las fortalezas de las personas, que pretende otorgar a los infractores de ley las capacidades para conseguir los bienes humanos primarios en una forma socialmente aceptable y que tenga significado personal

- Estrategia metodológica Diagnostico de riesgo
- Intervención basada en competencias y fortalezas

Se pretende implementar en el 100 % de los usuarios convenidos por convenio SENDA FONASA MINSAL.

Infraestructura y R.R.H.H

Comparativo 2012 y 2014

Situación actual	Año 2014
Asistente social 66 horas Semanales	99 hrs Semanales
Psiquiatra 0 hrs semanales	Actualmente 11 hrs
Médico Salud Mental 0 hrs semanales	Actualmente 11hrs
Psicólogas 121 hrs semanales	121 hrs
Técnico en rehabilitación 143 horas	143 hrs

semanales	
Administrativo 44 hrs semanales	88 hrs
Personal Aseo 44 hrs Semanales	44 hrs
Técnico en párvulo ó educadora párvulo 0 horas semanales	33 horas semanales
Preparador físico o profesor de educación física	11 horas semanales

Se espera Para el año 2014 nivelar las horas Psiquiatras que teníamos en el año 2012, puesto que es requisito de todos los convenios contar con un psiquiatra a lo menos 7 horas exclusivas para cada programa; sin embargo, nivelando las 11 horas semanales disponibles año 2012 de psiquiatra y 11 horas de medico salud mental podríamos dar Cobertura adecuadamente a los requerimientos mínimos del convenio. Paralelamente contar con el recurso de educadora de párvulo exigido por convenio mure senda para cuidado de menores de 5 años, o en su caso contar con la posibilidad de extensión horaria de salas cunas y jardines infantiles que mantengan a los niños en un apropiado cuidado.

Para el año 2014 se pretende dar cumplimiento a compromiso de infraestructura programa mujeres contar con una sala o dos anexas principalmente para jornada vespertina.

PROGRAMAS ADOLESCENTES COSAM 3

A la fecha el Cosam Adolescentes, cuenta con 4 años de funcionamiento en nuestra comuna. Siendo de la red Cosam Renca el de más reciente implementación, desde el año 2009. Así es como, para el año 2014 se proponen nuevos desafíos. No obstante, éstos podría estar sujeta a modificaciones según se presenten las dinámicas con los usuarios.

Lo anterior obedece, a la consideración del perfil de la población consultante de nuestro establecimiento la cual presenta características de vulnerabilidad, deserción escolar, disfunción familiar, lo anterior potenciando los factores de riesgo de deserción del tratamiento inicial de dependencia, más aún se agrava la posibilidad de adherencia se ve dificultada por que la consulta inicial del adolescente siempre se realiza bajo un contexto de cohesión, ya sea desde los establecimientos educacionales o un adulto responsable. Así también es importante considerar que la población atendida en Cosam 3 se encuentra en pleno proceso evolutivo, con necesidades también variables. Esta característica tan particular de los adolescentes, se ha transformado en uno de los desafíos 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 12 y 18 años que presenten trastornos emocionales y conductuales asociados al consumo de alcohol y drogas y con alteraciones o patologías que si bien no están asociadas a drogas, producen un deterioro psicológico en su proceso evolutivo.

Los programas que están funcionando actualmente y se proponen mantener durante el año 2014 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 EMOCIONALES 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 en la 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 2014.

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
- ✓ Intervenciones grupales
- ✓ Consulta Médica becados
- ✓ Consulta de Especialidad Psiquiatría
- ✓ Visita Integral de salud mental
- ✓ Psicodiagnóstico con aplicación de Test psicológicos
- ✓ 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:

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
9:00-13:00	REUNION CLINICA: EVALUACION DE INGRESO – EGRESO DE PROGRAMA, DISTRIBUCION DE TAREAS EN PIT	ATENCION CLINICA (PSICÓLOGA) ENTREVISTAS INDIVIDUALES TECNICO EN REHABILITACION	REALIZACION DE TALLER DE ACTIVIDAD FISICA	ATENCION CLINICA (PSIQUIATRA-PSICOLOGA)	TALLER RECREATIVO CULTURAL (TEC.REHAB-A.S-PS)
14:00 - 17:00	-TALLER: “ACOGIDA FIN DE SEMANA” (TEC. REH.) -PSICOTERAPIA GRUPAL: Diferenciados etareamente y con responsabilidads parentales. (Tec. Rehabilitación)	-TALLER DE HABILIDADES SOCIALES - ATENCION CLINICA (PSICOLOGA) -ACTIVACION COGNITIVA (PSICOPEDAGOGA.)	TALLER ACTIVIDAD FISICA (PROFESOR DE ED. FÍSICA) -VISITAS DOMICILARES, DE RESCATE, INTERVENCION FAMILIAR Y PSICOEDUCACION (A.S-PS-TEC.REH)	-TALLER DE ARTETERAPIA (TEC. REH) - CONSULTORIA Y CONSULTA POR PSIQUIATRA . -ATENCION CLINICA (PSICOLOGA)	- TALLER PLANIFICACION “FIN DE SEMANA” (TEC. REH) - PREVENCIÓN RECAIDAS (TEC .REH)
	DESPEDIDA	DESPEDIDA	DESPEDIDA	DESPEDIDA	DESPEDIDA

FASES DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO INTENSIVO

La duración del tratamiento se encuentra planificado con una duración promedio de 6 meses, a partir de la entrevista de ingreso. Este periodo se encuentra 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: PREEGRESO
(Primer Mes) - Acogida - contención emocional - diagnóstico integral - Abordaje del proceso de desintoxicación - Motivación al Cambio - Elaboración Plan intervención individual.	(2º al 3º 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	(4º al 5º mes) - Orientar restructuración de proyecto de vida. - Resignificación de situaciones de consumo. - Fortalecer percepción de autoeficacia. - Propiciar y apoyar la vinculación a redes sociales de apoyo.	(5º al 6º) - 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 implementa 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 traslada a Cosam III adolescentes como una forma de optimizar los recursos profesionales e infraestructura y contar con un programa de 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 EMOCIOANEALES 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 2014 están:

- ✓ 1ª Consulta psicológica o Social.
- ✓ 2ª Evaluación psiquiátrica
- ✓ 3ª Psicoterapia individual y/o familiar si corresponde.
- ✓ 4ª Intervención grupal preventiva y educativa a población con consumo exploratorio y/o ocasional

TRABAJO CON REDES INTERSECTORIALES

Dentro de la programación 2014 se ha considerado mantener el trabajo con las redes locales, para ello se han programado las siguientes actividades:

- 1) Participar de la red intersectorial conformada por Previene Renca, Carabineros de Renca, PDI Renca, Dirección de Educación
- 2) Intervención en con talleres educativos y de prevención en consumo de THC y otras sustancias en establecimientos de educación particular subvencionada con características de alto riesgo e incidencia en policonsumo.
- 3) Dar continuidad al trabajo iniciado con red extrasectorial, tales como DEM, DAM Y PIE, CESFAM CATAMARCA de Qta. Normal, entre otros.

OTRAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS PARA EL AÑO 2014

- 1) El equipo técnico asistirá una vez al mes a actividades de "Capacitación Continua". Actividad programada y coordinada por la Dirección de COSAM I.
- 2) Asistencia 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 propone la realización conjunta de actividades de autocuidado con Cosam 2 por el trabajo realizado en temáticas afines
- 4) Se propone la incorporación de profesional psicopedagoga al menos 11 hrs. semanales a fin de realizar el fortalecimiento de la reinserción escolar o el refuerzo de los usuarios con problemáticas educacionales.

5) Se propone la realización de procesos de capacitación para el equipo de trabajo en temática de: Intervención familiar en adicciones, Actualización en tratamiento de drogodependencia.

6) 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.)

PROGRAMACIÓN SALUD MENTAL APS 2014

El presente documento constituye la programación 2014 del Programa Salud Mental en APS, considera metas y protocolos de atención a nivel Comunal y por Centro de Salud. Las metas establecidas por el SMOCC son comunales y han sido distribuidas considerando la información de población inscrita validada por cada CES.

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. hiperkinético, 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). El Programa Adulto agrupa a personas con diagnóstico de trastornos depresivos. Ansiosos, de personalidad, adaptativos y el Programa Discapacidad considera los diagnósticos de retardo mental, Alzheimer y otras demencias.

II. CONVENIO SALUD MENTAL INTEGRAL 2014

La Programación 2014 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 hiperkinético 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.	58 Ingresos Ces Renca: 23 Ces Urzúa: 14 Ces Hco: 12 Ces Bic: 9	1 consulta médico general 4 consultas de salud mental 2 visitas domiciliarias. 4 intervenciones psicosociales de grupo.
Trastorno Hiperkinético en niños y adolescentes	Detección precoz, prevención del daño e intervención temprana de problemas y trastornos de salud mental en la población infantil en trastornos hiperkinéticos.	29 Ingresos Ces Renca: 12 Ces Urzúa: 7 Ces Hco: 6 Ces Bic: 4	3 consultas Médico general 3 Consultas de Salud Mental 4 Intervenciones psicosociales de grupo.

<p>Maltrato Infantil</p>	<p>Detección precoz, prevención del daño e intervención temprana de maltrato infantil.</p>	<p>58 ingresos Ces Renca: 23 Ces Urzúa: 14 Ces Hco: 12 Ces Bic: 9</p>	<p>1 consulta Medico 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 ges</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>74 meses de tratamiento Ces Renca: 30 Ces Urzúa: 18 Ces Hco: 15 Ces Bic: 11</p>	<p>Plan ambulatorio básico: 3 a 4 horas 2 0 3 días a la semana por un mínimo de seis meses. Plan de tratamiento individual y atención de seguimiento: 6 consultas Medico general, 6 Consultas de Salud Mental 1 visita domiciliaria 12Intervenciones psicosociales de grupo. 24 psicoterapia grupal</p>

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.	92 Ingresos Ces Renca: 37 Ces Urzúa: 23 Ces Hco: 18 Ces Bic: 14	1 consulta Medico general, 6 Consulta de Salud Mental 2 Visita Domiciliaria 8 Intervención psicosocial grupal
Intervención Terapéutica	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. Orientado a obtener la moderación o la supresión del consumo, el mejoramiento de las condiciones de salud física y mental	92 Ingresos Ces Renca: 37 Ces Urzúa: 23 Ces Hco: 18 Ces Bic.: 14	3consulta Medico general, 1 Consulta de Salud Mental 6 consulta salud mental por psicólogo 2 visita domiciliaria por asistente social o enfermera 12Intervención psicosocial grupal

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	4
Agrupaciones de auto ayuda se constituyen en red de apoyo psicosocial para mujeres que sufren violencia intrafamiliar	4
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	4
Organizaciones de padres y /u organizaciones comunitarias participan en programa de prevención en problemas de salud mental de niñas y adolescentes	4
Profesores de establecimientos educacionales participan en programa de salud mental de niños y adolescentes	4

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 médico 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 médico 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	<p>Derivar a nivel secundario independiente de quien realice la pesquisa, sin esperar necesariamente la consulta de medico o profesional de salud mental.</p> <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 2014

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

- Dar continuidad a **plan de mejora** que incluye:
 - Ficha Clínica:** mantener el uso de consentimiento informado, escalas clínicas, registro formal de derivación en cada uno de nuestros pacientes por convenio. Objetivo permitir la fluidez de información con el resto de los profesionales de los CES.
 - Dar continuidad a las actividades de consultoría para pacientes fuera de convenio para identificar pacientes crónicos y establecer estrategias de intervención diferenciados.
 - Diseño de instrumento estadístico actualizado, creación de nueva cartola.

Gestión y Distribución horas/pacientes:

- Implementación de sistema de gestión de interconsulta para determinar nivel de complejidad y prioridad de la atención, sistema de selección.
- Favorecer la estabilidad en los equipos de Salud Mental, para cumplir con la alta demanda de consultas.
- 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.
- Realizar actividades de prevención para la comunidad en problemas de Salud Mental Atingentes, fuera de los programas por convenio.
- Fomentar la participación de médicos a las instancias de capacitación de Salud Mental, para favorecer mayor resolutive en diagnósticos y derivación de pacientes de Salud Mental.
- Mejorar trabajo interdisciplinario con los otros Programas del CES.

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 a gestantes y acompañantes.	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.	30% 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)	30% 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 o mantener el N° controles realizados año 2013	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	Aplicar pauta Edimburgo en ingreso o 2° control	100% de las gestantes en ingreso o 2° control prenatal	N° gestantes al ingreso o 2° control con pauta aplicada/N° total gestantes ingresadas x 100 N° gestantes que se repite la

protocolo)	Gestantes con puntaje > o = 11 ptos. Repetir aplicación de pauta entre 2 a 4 semanas después	100% de gestantes con puntaje 11 o más se repite aplicación entre 2 a 4 semanas	pauta/Total gestantes con puntaje > o = a 11 ptos. 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	N° gestantes ingresadas a taller IRA/Total gestantes BC. X100
Vigilar la malnutrición en gestantes por exceso o déficit	Consulta nutricional a gestantes con malnutrición	70% de gestantes con malnutrición con consulta nutricional	N° gestantes con malnutrición con consulta nutricional/N° total de gestantes con malnutrición
Mejorar y mantener la salud bucal de las gestantes	Educación individual en técnica de cepillado en las altas totales de embarazadas	67% de altas odontológicas han recibido educación en técnica de cepillado	N° embarazadas con educación individual en técnica de cepillado/ N° total embarazadas con alta odontológica total X 100

<p>Aumentar el N° de mujeres adultas que ingresan y controlan su regulación de fertilidad</p>	<p>Ingreso y control según criterios de elegibilidad</p>	<p>Ingreso de mujeres a control de regulación de fertilidad según criterios</p>	<p>N° de mujeres en edad fértil BC. /N° mujeres en edad fértil inscritas x 100</p>
<p>Disminuir la transmisión vertical del VIH</p>	<p>Orientación y educación VIH sobre pre y post test a gestantes</p>	<p>100% de gestantes acceden al test de detección y consejería abreviada pre y post test</p>	<p>N° consejerías a gestantes pre test VIH/N° gestantes ingresadas a control prenatal x 100</p>
	<p>Tamizaje para VIH durante el embarazo</p>	<p>100% de gestantes que ingresan a control acceden a tamizaje para VIH</p>	<p>N° consejerías a gestantes post test VIH/N° gestantes que acceden a test de detección x100</p> <p>N° gestantes que acepta tomarse el examen y se lo realiza/N° gestantes que aceptan tomarse el examen x 100</p> <p>N° gestantes en proceso de</p>

	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	confirmación visitadas 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
Garantizar la realización del examen de detección de sífilis	Consejería en ITS y entrega de preservativos	80% de personas que consultan por ITS reciben consejería y preservativos	N° de personas que se realizan examen de VDRL con consejería y reciben preservativos/ N° personas que se realizan el examen de VDRL
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	Aplicar Audit y Evaluación psicosocial abreviada a	100% de gestantes en control con Audit	N° gestantes con Audit y Epsa aplicado/N° gestantes



drogas en gestantes	gestantes en control	y Epsa aplicado	ingresadas a control 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	70% 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	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

(GES)	Diagnóstico periodontal (básico) a gestantes	Linea de base de gestantes con diagnóstico periodontal básico	N° gestantes con diagnóstico periodontal/N° total de altas odontológicas en gestantes x 100
-------	--	---	---

Disminuir la transmisión vertical de la sífilis	<p>Tamizaje para sífilis durante la gestación</p> <p>Tratamiento a gestantes con serologías para VDRL positiva</p>	<p>70% gestantes que ingresan a control prenatal antes de las 14 sem acceden a tamizaje</p> <p>100% de gestantes con serología positiva reciben tratamiento</p>	<p>N° gestantes con examen de VDRL antes de las 14 sem /N° gestantes que ingresan a control prenatal antes de las 14 sem x 100</p> <p>N° gestantes con serología VDRL positiva tratadas/N° gestantes con serología VDRL positiva.</p> <p>N° gestantes con</p>
---	--	---	---

	<p>Visita domiciliaria e ingreso a programa ITS a gestantes con serología VDRL positiva</p>	<p>100% de gestantes con serología positiva son visitadas e ingresadas al programa</p>	<p>serología VDRL positiva visitadas e ingresadas al programa/N° 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>N° mujeres de 50 a 54 años con mamografía/N° 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>N° mujeres de 25 a 64 años con Pap vigente/N° 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
	Consejería en regulación de fertilidad a gestantes	100% de gestantes adolescentes reciban consejería	N° gestantes adolescentes con consejería R.F./N° total gestantes

<p>Aumentar el N° de adolescentes madres en control de fertilidad para prevenir 2° embarazo</p>	<p>adolescentes</p>	<p>en R.F.</p>	<p>adolescentes x 100</p>
	<p>Ingreso precoz a control de regulación de fertilidad a puérperas adolescentes</p>	<p>80% de puérperas adolescentes ingresan a control de R.F.</p>	<p>N° puérperas adolescentes ingresadas a R.F./N° puérperas adolescentes x 100</p>
	<p>Monitorización mensual de ingreso a control de regulación fertilidad de puérperas adolescentes</p>	<p>Registro mensual de puérperas adolescentes que ingresan a R.F</p>	<p>Informe mensual del porcentaje de puérperas adolescentes en control R.F.</p>
	<p>Rescate de puérperas adolescentes inasistentes a control de reg. fertilidad</p>	<p>100% de puérperas adolescentes inasistentes a R.F. son citadas por terreno.</p>	<p>N° puérperas adolescentes inasistentes citadas/N° puérperas inasistentes x 100</p>
	<p>Consulta nutricional de</p>		<p>N° gestantes</p>

Disminuir las adolescentes gestantes con malnutrición	gestantes con malnutrición	80% de cobertura de consulta nutricional de las adolescentes gestantes con malnutrición	adolescentes BC con consulta nutricional por malnutrición/N° total de gestantes adolescentes BC con diagnóstico por malnutrición
---	----------------------------	---	--

ODONTOLÓGICO COMUNAL 2014

La población que tenemos a cargo se caracteriza, principalmente, por ser vulnerable. Y entre todos los factores biosociales que influyen para su salud, tenemos que es una población muy dañada desde el punto de vista Odontológico.

El Programa Odontológico atraviesa todos los ciclos vitales en distintos ámbitos como son: Promoción, Prevención, Tratamiento y Rehabilitación.

Por eso es de suma importancia tratar de intervenir a una edad temprana, cuando los niños aún están sanos o el daño no es tan severo; para procurar que se mantenga al máximo ese estado de salud.

Para nuestra población contamos con atenciones por GES: 6 años, Gestantes, 60 años, Urgencias y Preventivo en preescolares. Atenciones por Programas de Resolución de especialidades (Prótesis y Endodoncia). Programa de Hombres y Mujeres de escasos recursos. Y atenciones de demanda espontánea.

El Objetivo es devolver la Salud Bucal de nuestra población y dar solución a los problemas odontológicos que los aquejan en forma oportuna y eficiente.

Para cumplir nuestras tareas contamos con 4 Centros de Salud y un SAPU DENT con la siguiente dotación de Personal Odontológico:

Establecimiento	Horas Odontólogo semanal	Horas Auxiliar Dental Semanal
CES Hernán Urzúa	165	176
CES Huamachuco	88	88
CES Renca	319	176
CES Bicentenario	121	88
SAPU DENT	42	42
TOTAL COMUNAL	735	570

Comparación del Programa Odontológico de Enero a Julio 2012/2013

META SANITARIA 6 AÑOS	Altas Enero - Julio 2012	Inscritos validados 2012	% Cumplimiento	Meta %	Altas Enero - Julio 2013	Inscritos validados 2013	% Cumplimiento	Meta %
Hernán Urzúa	222	559	39.7%	74 %	261	510	51.2%	74 %
Huamachuco	140	237	59%	70 %	134	229	58.5%	70 %
Renca	349	721	48.4%	75 %	425	660	64.4%	75 %
Bicentenario	57	---	---	---	76	---	---	---

META SANITARIA 12 AÑOS	Altas Enero – Julio 2012	Inscritos validados 2012	% Cumplimiento	Meta %	Altas Enero – Julio 2013	Inscritos validados 2013	% Cumplimiento	Meta %
Hernán Urzúa	136	631	21.55%	56 %	224	620	36.1%	58 %
Huamachuco	146	245	59.6%	68 %	130	276	47.1%	68 %
Renca	700	1033	67.7%	76 %	327	931	35.1%	78 %
Bicentenario	37	---	---	---	85	---	---	---

META SANITARIA GESTANTES	Altas Enero – Julio 2012	Ingresos Enero – Julio 2012	% Cumplimiento	Meta %	Altas Enero – Julio 2013	Ingresos Enero – Julio 2013	% Cumplimiento	Meta %
Hernán Urzúa	246	304	80.9%	75 %	240	304	78.9%	76 %
Huamachuco	73	92	79.3%	80 %	88	109	80.7%	80 %
Renca	381	425	89.6%	80 %	224	422	53.1%	80 %
Bicentenario	57	---	---	---	113	128	88.3%	---

IAAPS Altas en menores de 20 años	Altas Enero – Julio 2012	Inscritos validados 2012, menores de 20 años	% Cumplimiento	Meta %	Altas Enero – Julio 2013	Inscritos validados 2013, menores de 20 años	% Cumplimiento	Meta %
Hernán Urzúa	1.246	11.706	10.6%	19 %	1.372	11.219	12.2%	4.269
Huamachuco	582	5.281	11%	19 %	630	5.005	12.6%	21,5 %
Renca	2.076	18.840	11%	19 %	1.738	17.538	9.9%	21,5 %
Bicentenario	365	---	---	---	665	---	---	---
Total Comunal	4.269	35.827	11.9%	19 %	4.405	33.762	13%	21,5 %

Área estratégica: **PROMOCIÓN**



OBJETIVO: MEJORAR Y MANTENER LA SALUD BUCAL DE NIÑAS Y NIÑOS EN EDAD PARVULARIA Y ESCOLAR.

- **Actividad:** Educación Individual y/o grupal con Instrucción de Técnica de cepillado en las altas totales de niñas y niños de 2, 3, 4 y 5 años.
- **Meta:** 80% de altas odontológicas de niños de 2, 3, 4 y 5 años han recibido Educación Individual y/o grupal con instrucción de técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología.
 - **Actividad:** Entregar Kit de salud bucal con cepillo y pasta de dientes a niñas y niños de 2, 3 y 4 años de Jardines Junji/ Integra.
- **Meta:** 100% de entrega de kit de salud bucal a niñas y niños con aplicación de Flúor barniz comunitario en Jardines Junji/ Integra.
 - **Actividad:** Realizar educación de técnica de cepillado a niñas y niños de 2, 3 y 4 años de Jardines Junji/ Integra.
- **Meta:** 100% de Educación grupal a niñas y niños con aplicación de Flúor barniz comunitario en Jardines Junji/ Integra.



- **Actividad:** Entregar Kit de salud bucal con cepillo y pasta de dientes a niñas y niños de 4 y 5 años de Mineduc.
- **Meta:** 100% de entrega de kit de salud a niñas y niños de 4 y 5 años de Mineduc comprometidos por convenio.
- **Actividad:** Realizar educación de técnica de cepillado a niñas y niños de 4 y 5 años de Mineduc.

- **Meta:** 100% de Educación grupal de Técnica de cepillado a niñas y niños de 4 y 5 años de Mineduc comprometidos por convenio; realizado por odontólogo o técnico paramédico de odontología.
- **Actividad:** Entregar Kit de salud bucal a niñas y niños de 6 años ingresados a Tratamiento Odontológico.
- **Meta:** 100% de Entrega de Kit de salud bucal a niñas y niños de 6 años ingresados a Tratamiento Odontológico.
- **Actividad:** Educación Individual con Instrucción de Técnica de cepillado en las altas totales de niñas y niños de 6 años.

Meta: 95% de Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado a niñas y niños de 6 años con altas odontológicas totales. Realizada ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología.

- **Actividad:** Educación Individual y/o grupal con Instrucción de Técnica de cepillado en las altas totales de niñas y niños de 12 años.
- **Meta:** 80% de altas odontológicas de niñas y niños de 12 años reciben Educación Individual y/o grupal con instrucción de técnica de cepillado, realizado por odontólogo o técnico paramédico de odontología.
- **Actividad:** Realizar Consejería Antitabaco en niñas y niños de 12 años en las altas odontológicas totales.
- **Meta:** 10% de Consejerías Antitabaco en las niñas y niños de 12 años con altas odontológicas totales.

OBJETIVO:MEJORAR Y MANTENER LA SALUD BUCAL DE LAS GESTANTES.

- **Actividad:** Entregar Kit de salud bucal a las Gestantes ingresadas a Tratamiento Odontológico.
- **Meta:** 100% de entrega de kit de salud a Gestantes ingresadas a Tratamiento Odontológico.
- **Actividad:** Realizar educación individual de Técnica de cepillado a las Gestantes ingresadas a Tratamiento Odontológico.

Meta: 95% de educación individual de técnica de cepillado a Gestantes ingresadas a Tratamiento Odontológico.

- **Actividad:** Realizar Consejería Antitabaco en Gestantes que ingresan a Tratamiento Odontológico.
- **Meta:** 10 % (30% puso maternal) de Consejerías Antitabaco en las Gestantes que ingresan a Tratamiento Odontológico.



Área estratégica: **PREVENCIÓN**



OBJETIVO: MEJORAR Y MANTENER LA SALUD BUCAL DE NIÑAS Y NIÑOS EN EDAD PARVULARIA

Actividad: Realizar aplicación de Flúor Barniz comunitario en niñas y niños de 2, 3 y 4 años de los Jardines Infantiles Junji/Integra de la comuna.

Meta: 2 aplicaciones al año de Flúor barniz comunitario a niñas y niños de 2, 3 y 4 años de los Jardines Junji/Integra de la comuna, según convenio.

OBJETIVO: MEJORAR Y MANTENER LA SALUD DE NIÑAS Y NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR MEDIANTE MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECUPERATIVAS.

- **Actividad:** Atención odontológica integral a niñas y niños en edad preescolar de 2, 3, 4 y 5 años.
- **Meta:** 5% de cobertura en altas odontológicas totales en las niñas y niños de 2, 3, 4 y 5 años inscritos y validados.
- **Actividad:** Evaluación del estado de Salud Bucal de la población en edad preescolar de 2, 3, 4 y 5 años.
- **Meta:** 95% de los ingresos a Tratamiento Odontológico tiene registro de CEO en niñas y niños de 2, 3, 4, y 5 años.

OBJETIVO: INCREMENTAR LA COBERTURA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL EN NIÑAS Y NIÑOS DE 6 AÑOS (GES)

- **Actividad:** Atención Odontológica integral a niñas y niños de 6 años.
- **Meta:** 80% de cobertura en altas Odontológicas totales en las niñas y niños de 6 años, inscritos y validados.
- **Actividad:** Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 6 años.
- **Meta:** 100% de los ingresos a tratamiento Odontológico tiene registro de CEO a los 6 años.

OBJETIVO: INCREMENTAR LA COBERTURA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL EN NIÑAS Y NIÑOS DE 12 AÑOS

- **Actividad:** Atención Odontológica integral a niñas y niños de 12 años.
- **Meta:** 69% de cobertura en altas Odontológicas totales en las niñas y niños de 12 años, inscritos y validados.
- **Actividad:** Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 12 años.
- **Meta:** 95% de los ingresos a tratamiento Odontológico tiene registro de COP a los 12 años.

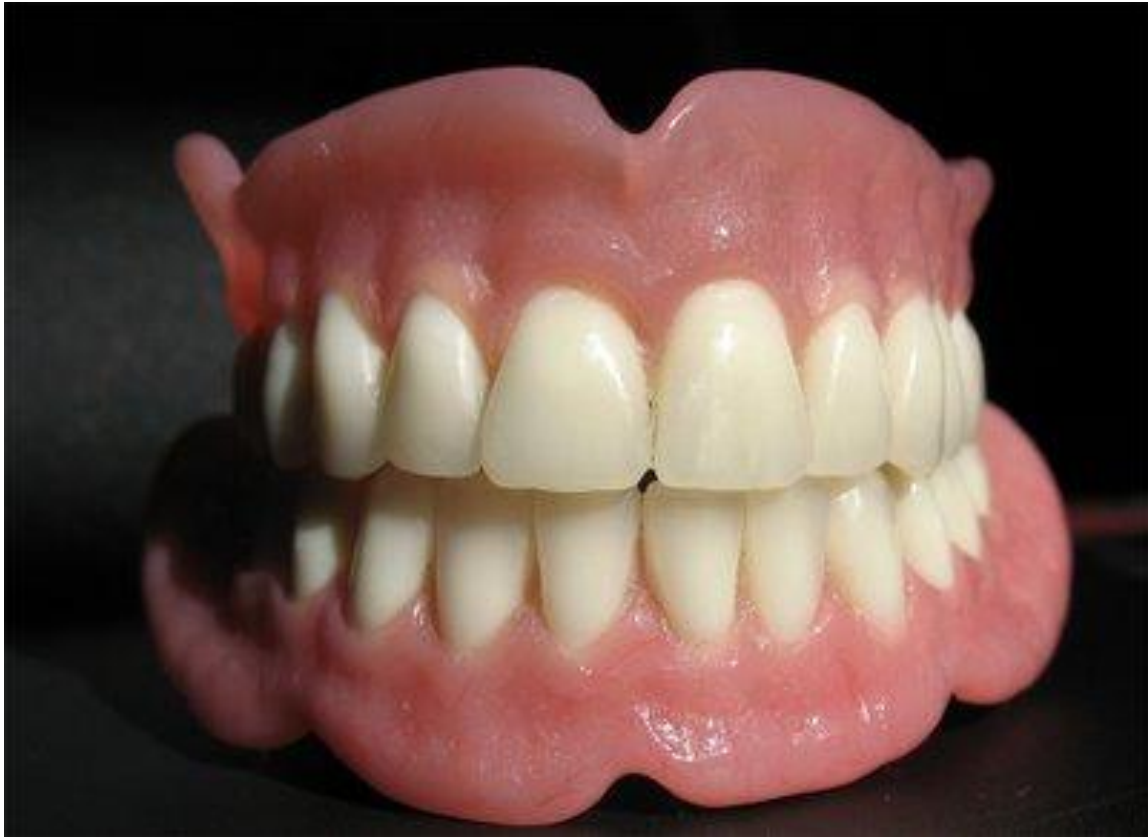
OBJETIVO: INCREMENTAR LA COBERTURA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL EN GESTANTES.

- **Actividad:** Atención Odontológica integral a Gestantes.
- **Meta:** 80% de cobertura en altas Odontológicas totales de Gestantes del total de Ingresos a Control Maternal.
- **Actividad:** Evaluación del estado de Salud Bucal de las Gestantes.
- **Meta:** 95% de los ingresos a tratamiento Odontológico tiene registro de COP a las Gestantes.
- **Actividad:** Diagnóstico Periodontal básico
- **Meta:** Determinar línea base de IHO de los ingresos a tratamiento Odontológico.

OBJETIVO: INCREMENTAR LA COBERTURA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL EN MENORES DE 20 AÑOS.

- **Actividad:** Atención Odontológica integral a menores de 20 años. (IAAPS)
- **Meta:** 22% de cobertura en altas Odontológicas totales en menores de 20 años, inscritos y validados.

Área Estratégica: **REHABILITACIÓN.**

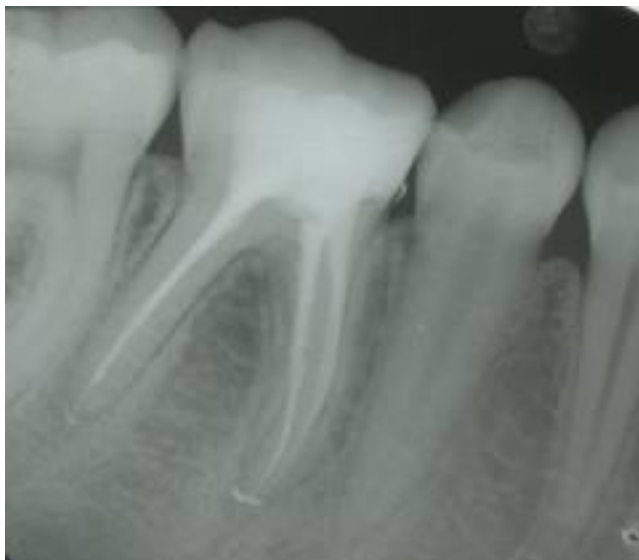


Objetivo: Otorgar atención odontológica integral en paciente de 60 años. (GES)

- **Actividad:** Atención odontológica integral a pacientes de 60 años, incluyendo rehabilitación prótesis si es necesario.
- **Meta:** Cumplimiento del 100% del convenio ministerial. (año 2013 320 altas odontológicas comprometidas)

Objetivo: Otorgar atención Odontológica de rehabilitación de Prótesis y Endodoncia.

- **Actividad:** Atención de pacientes de 15 a 64 años que califican según pautas sociales, para recibir rehabilitación protésica o endodóntica.
- **Meta:** 100 % de cumplimiento de número comprometido por convenio de Resolución y HMER según corresponda.



PROGRAMA ADULTO

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
Promover el autocuidado en las personas de 20 años y más	Reuniones con la comunidad para difundir prácticas de alimentación saludable y de actividad física. Responsable: Equipo de Promoción.	Incrementar al menos en 5 puntos porcentuales respecto al año anterior	(N° de consejerías individuales en estilos de vida y autocuidado realizadas a personas adultas/N° total de personas adultas)*100	REM A19 Sección A Población inscrita validada.
Fomentar la disminución y la abstinencia del consumo de tabaco en	Realizar consejerías breves antitabaco en todas las consultas y controles	100% de las consultas y controles respiratorios de adultos de 20 y 64 años con	(N° de consejerías breves antitabaco realizadas/por N° total de consultas y	REM A23 sección B1, A, B, C, D y E. Sujeto a cambio

adultos.	respiratorios del adulto. Responsable: Sala ERA	consejería breve antitabaco	controles respiratorios realizados)*100	REM 2014
-----------------	--	------------------------------------	--	-----------------

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del EMPA en personas de 20 a 64 años.	Realizar EMPA aplicando pauta de protocolo.	Incrementar un (Mantener)20% la cobertura de EMPA respecto a lo realizado el 2013.	(Nº de EMPA realizados a población adulta beneficiaria / Población Total adulta beneficiaria) x 100.	REM REM A02 , Sección B población beneficiaria.
	Realizar EMPA focalizado en hombres en edad productiva aplicando pauta de protocolo.	Incrementar 15% (Mantener) la cobertura de EMPA realizado.	(Nº de EMPA realizados a población adulta masculina en edad productiva/ Población Total adulta masculina beneficiaria) x 100	REM A02 Sección B

Aumentar el número de usuarios, particularmente hombres, que reciben tratamiento para reducir su riesgo cardiovascular.	Control de Salud cardiovascular.	Aumentar 10% (5%) 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 Total masculina beneficiaria
--	---	--	---	--

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
Reducir el riesgo de reincidencia en un evento CV en personas de 20 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 20 y más años bajo control, está en tratamiento con AAS y estatinas.	(N° de personas con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular en tratamiento con AAS y estatinas los últimos 12 meses / N° total de personas bajo control con antecedentes de infarto o enfermedad cerebro vascular al corte)*100	REM P04 sección B y A
Aumentar el N° de personas Hipertensas compensadas con riesgo Cardiovascular alto y muy alto	Control de salud cardiovascular	Aumentar en un 5% respecto al año anterior la cobertura de personas con hipertensión compensadas bajo control. (establecer	(N° de personas hipertensas con riesgo cardiovascular alto y muy alto compensadas/N° total de personas con riesgo	REM P4 sección B y A.

		<i>línea de base)</i>	<i>cardiovascular alto y muy alto)*100</i>	
Aumentar el N° de personas con diabetes compensadas con riesgo cardiovascular alto o muy alto	<i>Control de salud cardiovascular</i>	<i>Aumentar 3% respecto al año anterior la cobertura de personas con diabetes compensadas bajo control.(establecer línea de base)</i>	<i>(N° de personas diabeticas con riesgo CV alto y muy alto compensadas/N° total de personas con riesgo CV alto y muy alto)*100</i>	<i>REM P4 sección B y A.</i>

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
Evaluar el PSCV a pacientes adultos con ACV o IAM hospitalizados, dentro de los primeros meses post alta.	<i>Control de salud cardiovascular</i>	<i>Establecer Línea de Base de pacientes adultos con ACV o IAM hospitalizados, que reciben evaluación en AP dentro de los primeros meses post alta.(coordinar con SOME)</i>	<i>N° de egresos hospitalarios adultos con ACV o IAM reciban evaluación en AP dentro de los 3 meses post alta/N° total de egresos hospitalarios adultos con ACV o IAM)*100</i>	<i>SIDRA DEIS base de egresos hospitalarios.</i>

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	Control de salud CV: realizar tamizaje de la ERC en las personas hipertensas y diabéticas en PSCV al menos una vez al año.	100% (50%) de las personas adultas diabéticas o hipertensas que ingresan al PSCV que han sido clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica	Nº de adultos hipertensos o diabéticos bajo control al PSCV y clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses) / (Nº total de Adultos bajo control en el PSCV al corte) x 100	REM P4 Sección B y A
Aumentar cobertura de personas de 20-64 años con hipertensión	Detección de personas hipertensas a través del EMP en consulta de morbilidad.	Aumentar en un 15% (5%) la cobertura de personas adultas con hipertensión respecto al año anterior	(Nº de personas adultas con hipertensión, bajo control/ Nº total de personas adultas hipertensas esperados según prevalencia) x 100	REM P04; Sección A Población estimada según prevalencia Estudio Fasce E. 2007 (15,7%)
Aumentar la cobertura de personas entre 20 y 64 años con diabetes tipo 2.	Pesquisa a través del EMP en consulta de morbilidad.	Aumentar en un 15% (3%) la cobertura de personas adultas con diabetes tipo 2 respecto al	(Nº de personas adultas con diabetes tipo 2 bajo control / Nº total de personas adultas según	REM P04; Sección A Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010

		año anterior.	prevalencia local de diabetes tipo 2 esperado según prevalencia) x 100	(10%)
--	--	---------------	--	-------

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
	Control de salud	Aumentar en un 15% (5%) las personas de 20-64 años en el PSCV no diabéticas de riesgo CV alto y muy alto con colesterol (LDL < 100mg/dl)	(Nº personas de 20 a 64 años en el PSCV no diabéticas de riesgo CV alto y muy alto con presión arterial < 140/90mmHg colesterol LDL < 100mg/dl/Nº total de personas no diabéticas de 20 a 64 años de riesgo CV alto y muy alto al corte) x 100	REM P04 sección B y A
	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en las personas con diabetes, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	El 100% de las personas con diabetes tipo 2 ingresadas al PSCV se les realiza Examen de los pies, clasificación del riesgo de ulceración e intervención educativa correspondiente	(Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses/ Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control) x 100	REM P04; sección C y A
		100% de las personas diabéticas bajo control con	(Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie	REM P04, SECCION

		<i>úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.</i>	<i>tratadas con manejo avanzado/ N° total de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie) x 100</i>	C
<i>Pesquisa de TBC en las personas de 15 a 64 años que presenten síntomas respiratorios, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de 3 episodios al año por 10 días.</i>	<i>Examen de baciloscopia en personas de 15 a 64 años, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de 3 episodios al año por 10 días.</i>	<i>Baciloscopia en el 100% de personas de 15 a 64 años con síntomas respiratorios, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de 3 episodios al año por 10 días.</i>	<i>(N° de baciloscopia de diagnóstico realizadas a personas de 15 a 64 años)/N° total de consultas de morbilidad)*100</i>	REM A10 sección A REM A04 sección A
			<i>(N° de baciloscopias de diagnóstico realizadas en personas de 15 a 64 años/N° total de controles de salud</i>	REM A 10 sección A REM A 01 sección B

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
<i>Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las</i>	<i>Control de salud CV: realizar tamizaje de la ERC en las personas hipertensas</i>	<i>100% (50%) de las personas adultas diabéticas o hipertensas que ingresan al</i>	<i>N° de adultos hipertensos o diabéticos bajo control al PSCV y clasificadas según etapa</i>	REM P4 Sección B y A

personas en riesgo.	y diabéticas en PSCV al menos una vez al año.	PSCV que han sido clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica	de la ERC en los últimos 12 meses) / (Nº total de Adultos bajo control en el PSCV al corte) x 100	
Aumentar cobertura de personas de 20-64 años con hipertensión	Detección de personas hipertensas a través del EMP en consulta de morbilidad.	Aumentar en un 15% (5%) la cobertura de personas adultas con hipertensión respecto al año anterior	(Nº de personas adultas con hipertensión, bajo control/ Nº total de personas adultas hipertensas esperados según prevalencia) x 100	REM P04; Sección A Población estimada según prevalencia Estudio Fasce E. 2007 (15,7%)
Aumentar la cobertura de personas entre 20 y 64 años con diabetes tipo 2.	Pesquisa a través del EMP en consulta de morbilidad.	Aumentar en un 15% (3%) la cobertura de personas adultas con diabetes tipo 2 respecto al año anterior.	(Nº de personas adultas con diabetes tipo 2 bajo control / Nº total de personas adultas según prevalencia local de diabetes tipo 2 esperado según prevalencia) x 100	REM P04; Sección A Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (10%)

TRATAMIENTO

<i>Objetivo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Meta</i>	<i>Indicador</i>	<i>Fuente del Indicador</i>
Aumentar la cobertura efectiva de personas hipertensas de 20 a 64 años.	Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento.	Al menos 3(2)% de incremento de cobertura efectiva de los hipertensos de 20 a 64 años bajo control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg respecto al año anterior.	(Nº de personas hipertensas de 20 a 64 años bajo control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg / Nº total de personas hipertensas de 20 a 64 años esperadas según prevalencia) x 100	REM P4 Sección B Población estimada según prevalencia Estudio Fasce E. 2007 (15,7%)
Aumentar la cobertura efectiva de personas con DM2 de 20 a 64 años.	Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento.	Incrementar en un 2% (Mantener) la cobertura efectiva de personas de 20 a 64 años con DM2 (HbA1c<7%) respecto de lo logrado el año anterior.	(Nº de personas con diabetes de 20 a 64 años con HbA1c <7% según último control / Nº total de personas de 20 a 64 años con DM2 esperados según prevalencia) x 100	REM P4 Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (10%)

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
<p>Aumentar la compensación en personas diabéticas de 20 a 64 años con riesgo cardiovascular alto y muy alto.</p>	<p>Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento.</p>	<p>Aumentar en un 10% las personas con diabetes de 20 a 64 años de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c < 7%, y PA < 130/80 mm Hg bajo control en PSCV. (hacer línea de base)</p>	<p>(Nº personas con diabetes de 20 a 64 años de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c < 7% y PA < 130/80 mmHg, en el último control, bajo control en PSCV / Nº total de personas con diabetes de 20 a 64 años de riesgo CV alto y muy alto al corte de bajo control en PSCV) x 100.</p>	<p>REM P4 Sección B y A</p>
	<p>Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento.</p>	<p>Aumentar en un 10% las personas con diabetes de 20 a 64 años de riesgo CV alto y muy alto con</p>	<p>(Nº personas con diabetes de 20 a 64 de riesgo CV alto y</p>	<p>REM P4 Sección B y A</p>

		<p>HbA1c < 7%, y PA < 130/80 mm Hg y Colesterol LDL < 100 mg/dl.</p> <p>(Establecer línea de base)</p>	<p>muy alto con HbA1c < 7%, PA < 130/80 mmHg y Colesterol LDL < 100 mg/dl, en el último control / N° Total de personas con diabetes de 20 a 64 años de riesgo CV alto y muy alto al corte bajo control en PSCV) x 100.</p>	
<p><i>Evaluar la calidad de la atención que reciben las personas diabéticas de 20 a 64 años (que ingresen por DM2 en el centro centinela de la comuna) en al menos un centro centinela del Servicio de Salud.</i></p>	<p><i>Control de Salud Cardiovascular: Al menos una evaluación de la calidad de la atención del paciente con DM en los últimos 12 meses.</i></p>	<p><i>100% de las personas entre 20 a 64 años bajo control en los centros centinela del Servicio de Salud están ingresadas a un sistema electrónico para medir periódicamente la calidad de la atención otorgada.</i></p>	<p><i>(N° de personas con diabetes de 20 a 64 años bajo control en PSCV en los centros centinela con evaluación de la calidad de la atención</i></p>	<p><i>QUALIDIAB-Chile u otro sistema informático que recoja los elementos básicos para evaluar la calidad de la atención</i></p> <p><i>REM P4 Sección A</i></p>

			<p>en los últimos 12 meses) / N° total de personas con diabetes bajo control en los centros centinela al corte) x 100.</p>	
--	--	--	--	--

<i>Objetivo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Meta</i>	<i>Indicador</i>	<i>Fuente del Indicador</i>
<p>Identificar a las personas no diabéticas bajo control en PSCV con riesgo cardiovascular alto o muy alto para intensificar su tratamiento.</p>	<p>Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento.</p>	<p>Aumentar en un 10% (5%) las personas "no diabéticas" de 20 a 64 años de riesgo CV alto y muy alto bajo control en PSCV con colesterol LDL<100mg/dl.</p>	<p>(Nº personas de 20 a 64 años no diabéticos de riesgo CV alto y muy alto bajo control en PSCV con colesterol LDL<100mg/dl Col. LDL < 100 mg/dl en el último control / N° total de personas no diabéticas de 20 a 64 años de riesgo CV alto y muy alto al corte bajo control en</p>	<p>REM P4 Sección B y A</p>

			<i>PSCV) x 100</i>	
<i>Vigilancia de tuberculosis en adultos con sintomatología respiratoria y/o VIH.</i>	<i>Examen de baciloscopia.</i>	<i>100% de adultos con sintomatología respiratoria y/o VIH con examen BK realizado.</i>	<i>(Nº de BK de diagnóstico realizadas a personas de 15 a 64 años / Nº total de consultas médicas por patologías respiratorias y/o VIH) x 100</i>	<i>REM A10 Sección A</i> <i>REM A04 Sección A</i>

<i>Objetivo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Meta</i>	<i>Indicador</i>	<i>Fuente del Indicador</i>
<i>Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.</i>	<i>Categorizar por severidad a pacientes crónicos respiratorios.</i>	<i>100% de adultos de 20 a 64 años bajo control en sala ERA con categorización de severidad por capacidad funcional.</i>	<i>(Nº de adultos de 20 a 64 años con categorización de severidad / Nº total de adultos de 20 a 64 años bajo control en sala ERA) x 100</i>	<i>REM P3 Sección A</i> <i>SUJETO A</i> <i>CAMBIO</i> <i>REM 201</i>
	<i>Evaluar calidad de vida al ingreso del Programa ERA</i> <i>(gestionar escala y materiales)</i>	<i>60% cuenta con evaluación de calidad de vida al ingreso del programa ERA</i>	<i>(Nº de adultos de 20 a 64 años con evaluación de calidad de vida al ingreso del programa / Nº de adultos de 20 a 64 años ingresados) x</i>	<i>REM A23 Sección N</i> <i>REM P3 Sección B</i> <i>SUJETO A</i> <i>CAMBIO</i>

			100	REM 2014
--	--	--	-----	-------------

Rehabilitación

<i>Objetivo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Meta</i>	<i>Indicador</i>	<i>Fuente del Indicador</i>
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC según criterios de inclusión al programa.	10% de pacientes EPOC con criterios de inclusión que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar de baja intensidad. <i>Establecer línea de base en centro comunal</i>	(Nº de usuarios con EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado / Nº de adultos EPOC bajo control en sala ERA) x 100	REM P3 Sección E y A

Promoción

<i>Objetivo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Meta</i>	<i>Indicador</i>	<i>Fuente del Indicador</i>
Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco en las personas de 65 años y más.	Realizar consejerías breves antitabaco en todas las consultas y controles respiratorios	100% de las consultas y controles respiratorios de las personas de 65 años y más con	(Nº de consejerías breves antitabaco realizadas a personas de 65 años y más / N°	REM A23 Sección L1, A,B,C,D,E SUJETO A CAMBIO REM

	de las personas de 65 años y más.	consejería breve antitabaco.	total de consultas y controles respiratorios realizados) x 100	2014
Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.	Promover y difundir en la comunidad la importancia del EMP en las personas de 65 años y más como acción de detección precoz del riesgo.	Incrementar al menos en 3 puntos(queda igual) porcentuales respecto a la línea base del año anterior.	(Nº de personas de 65 años y más autovalentes bajo control/ Nº total de AM bajo control) x 100	REM P5 Sección A

Prevención

<i>Objetivo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Meta</i>	<i>Indicador</i>	<i>Fuente del Indicador</i>
Prevenir la dependencia en las personas de 65 años y más con factores de riesgo detectados en el EMP del Adulto	Realización de Examen de Medicina Preventiva del adulto mayor.	Incrementar a lo menos en un 15%(Mantener) el EMP del AM respecto al año anterior.	(Nº de personas de 65 y más años con examen de medicina preventiva vigente / Población inscrita de	REM A02 Sección B Población inscrita de 65 y más años validada

mayor.			65 y más años) x 100	
Brindar atención integral y oportuna a las personas de 65 años y mas identificadas en riesgo psicosocial.	Intervención Preventiva o Terapéutica en personas de 65 años y más con sospecha de maltrato según protocolo local.	100% de las personas de 65 años y más detectadas con riesgo social tienen un plan de intervención y derivación según corresponda.	(Nº de personas de 65 años y más bajo control con sospecha de maltrato / Nº de población inscrita validada de 65 años y más) x 100	REM P5 Sección C Población de 65 años y más inscrita validada
	Intervención Preventiva o Terapéutica en las personas de 65 años y mas y sus familias que presentan consumo o riesgo de consumir alcohol u otras drogas.	100% de las personas de 65 años y más detectadas con riesgo social tienen un plan de intervención y derivación según corresponda.	(Nº de personas de 65 años y mas bajo control con consumo o en riesgo de consumir alcohol u otras drogas / Nº de población de 65 años y más inscrita) x 100	REM P6 Sección A Población de 65 años y más inscrita validada

Mejorar la detección de la enfermedad renal crónica (ERC) en las personas hipertensas o diabéticas (de alto riesgo) de 65 y más años bajo control en PSCV.	Aplicar la “Ficha de Prevención de Enfermedad Renal Crónica” a las personas de 65 años y mas en control de salud cardiovascular.	100% (50%)de las personas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificadas según etapa enfermedad renal crónica.	(N° de personas de 65 años y mas bajo control en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de personas de 65 años y mas bajo control en PSCV al corte) x 100	REM P4 Sección A
--	--	---	--	------------------

<i>Objetivo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Meta</i>	<i>Indicador</i>	<i>Fuente del Indicador</i>
<i>Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años en PSCV que presentan micro albuminuria (RAC ≥30</i>	<i>Control de Salud Cardiovascular.</i>	<i>100% de las personas diabética de 65 y más años bajo control en PSCV que presentan micro albuminuria está en tratamiento con</i>	<i>(N° de personas de 65 años y mas diabéticos bajo control en PSCV con micro albuminuria y tratamiento con IECA o ARA II los últimos 12</i>	<i>REM P4 Sección B SUJETO A CAMBIO REM 2014</i>

<p>mg/grs.).</p>		<p>IECA o ARA II. Establecer línea de base</p>	<p>meses / N° de personas de 65 años y mas diabéticos bajo control en PSCV con micro albuminuria al corte) x 100</p>	
<p>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.</p>	<p>Control de Salud Cardiovascular.</p>	<p>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.</p>	<p>(N° de personas de 65 años y más con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular en tratamiento con AAS y estatinas los últimos 12 meses / N° total de personas de 65 años y mas bajo control en PSCV con el antecedente de infarto o enfermedad cerebrovascular al corte) x 100</p>	<p>REM P4 Sección B y A</p>
<p>Pesquisa de Tuberculosis en las personas de 65 años y más que presenten síntomas respiratorios, con tos periódica permanente por más de 15 días</p>	<p>Examen de baciloscopía en personas de 65 años y más, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios</p>	<p>Baciloscopía en el 100% de personas de 65 años y mas con síntomas respiratorios, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente</p>	<p>(N° de baciloscopías de diagnóstico realizadas personas de 65 años y mas / N° total de consultas de morbilidad) x 100</p>	<p>REM A10 Sección A REM A04 Sección A</p>

<i>o intermitente de tres episodios al año por 10 días.</i>	<i>al año por 10 días.</i>	<i>de tres episodios al año por 10 días.</i>		
			<i>(Nº de bacilos copias de diagnóstico realizadas en personas de 65 años y más / Nº total de controles de salud) x 100</i>	<i>REM A10 Sección A REM A01 Sección B</i>

<i>Objetivo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Meta</i>	<i>Indicador</i>	<i>Fuente del Indicador</i>
<i>Aumentar cobertura de vacuna neumocócica polisacárida 23 valente en los usuarios de 65 años de edad.</i>	<i>Administración de una dosis de vacuna neumocócica polisacárida a los usuarios de 65 años de edad.</i>	<i>Incrementar en un 50% (20%) la Cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior.</i>	<i>(Nº de personas de 65 años vacunadas / Nº Total de personas de 65 años de la comuna) x 100</i>	<i>REM C13 Población inscrita validada</i>
<i>Aumentar la cobertura de las personas de 70 años y más que retiran PACAM.</i>	<i>Citación a domicilio para entrega de alimentos PACAM. Talleres de demostración de preparación de alimentos</i>	<i>Aumentar en 10% (Mantener) la cobertura respecto al año anterior de personas de 70 años y más que reciben PACAM.</i>	<i>(Nº de personas de 70 años y más que reciben PACAM/ Nº total de personas de 70 años y más bajo</i>	<i>REM D16 Sección B REM P5 Sección A</i>

	<i>PACAM.</i>		<i>control) x 100</i>	
<i>Aumentar la cobertura de personas de 65 años y más con hipertensión arterial.</i>	<i>Detección de personas hipertensas a través del EMPAM, consulta de morbilidad u otros.</i>	<i>Incrementar a lo menos en un 15% (5%) la cobertura de personas de 65 años y más con hipertensión arterial respecto al año anterior.</i>	<i>(Nº de personas de 65 años y mas con hipertensión, bajo control en PSCV/ Nº total personas de 65 años y mas hipertensos esperados según prevalencia) x 100</i>	<i>REM P4 Sección A Población estimada según prevalencia Estudio Fasce E. 2007 (64,3%)</i>
<i>Aumentar la cobertura de personas de 65 años y más con diabetes tipo 2.</i>	<i>Detección de las personas de 65 años y más con DM2 a través del EMPAM, consulta de morbilidad u otros.</i>	<i>Incrementar a lo menos en un 15% (5%) la cobertura de la población de 65 años y más con diabetes tipo 2 bajo control con respecto al año anterior.</i>	<i>(Nº de personas de 65 años y mas con DM2, bajo control en PSCV/ Nº total de personas de 65 años y mas diabéticos esperados según prevalencia) x 100</i>	<i>REM P4 Sección A Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%)</i>

<i>Objetivo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Meta</i>	<i>Indicador</i>	<i>Fuente del Indicador</i>
-----------------	------------------	-------------	------------------	-----------------------------

<p><i>Evaluar en PSCV a personas de 65 años y más con ACV o IAM hospitalizados, dentro de los primeros 3 meses post alta.</i></p>	<p><i>Control de salud cardiovascular.</i></p>	<p><i>Establecer línea base de personas de 65 años y más con ACV o IAM hospitalizados, que reciben evaluación en AP dentro de los primeros 3 meses post alta.</i></p>	<p><i>(Nº de egresos hospitalarios de personas de 65 años y más con ACV o IAM reciben evaluación en AP dentro de los primeros 3 meses post alta/ Nº total de egresos hospitalarios de personas de 65 años y más con ACV o IAM) x 100</i></p>	<p><i>SIDRA</i> <i>DEIS Base de egresos hospitalarios</i></p>
<p><i>Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalente con riesgo y/o riesgo de dependencia detectado en EMPAM.</i></p>	<p><i>Realizar control de seguimiento a personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y con riesgo de dependencia por un profesional del equipo de salud dentro de los primeros 6 meses realizado EMPAM.</i></p>	<p><i>80% de las personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia, cuentan con control de seguimiento efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el EMPAM.</i></p> <p><i>Establecer línea de base a los con riesgo de dependencia)</i></p>	<p><i>(Nº de personas de 65 años y más con riesgo y/o riesgo de dependencia con control de seguimiento efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el EMPAM / Nº de personas de 65 años y más con riesgo de dependencia con EMPAM vigente) x 100</i></p>	<p><i>REM A01 Sección C</i> <i>REM A02 Sección E.1</i> <i>SUJETO A CAMBIO REM 2014</i></p>
<p><i>Aumentar la cobertura de</i></p>	<p><i>Visitas domiciliarias a</i></p>	<p><i>Establecer línea base e</i></p>	<p><i>(Nº de visitas domiciliarias</i></p>	<p><i>REM A23</i></p>

<p><i>atención en domicilio a personas de 65 años y más, portadores de enfermedades respiratorias crónica severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA).</i></p>	<p><i>personas de 65 años y más portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA).</i></p>	<p><i>incrementar en 15% la cobertura de visitas a personas de 65 años y más portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA).</i></p>	<p><i>realizadas a personas de 65 años y más con enfermedad respiratorio crónico severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA) / N° total de personas de 65 años y más con enfermedades respiratorias crónicas severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA) bajo control) x 100</i></p>	<p><i>REM P3 SUJETO A CAMBIO REM 2014</i></p>
---	--	---	--	---

Tratamiento

<i>Objetivo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Meta</i>	<i>Indicador</i>	<i>Fuente del Indicador</i>
Aumentar la cobertura efectiva de personas de 65 años y más con PA inferior a 140/90 mm Hg en el último control.	Control de Salud Cardiovascular.	A lo menos un 3% (2%) de incremento de cobertura efectiva de personas de 65 años y mas hipertensos con PA <140/90 respecto al año anterior.	(Nº de personas de 65 años y mas hipertensas con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/ Nº total de personas de 65 años y mas hipertensas esperadas según prevalencia ENS2009-2010) x 100	REM P04 Sección B Población estimada según prevalencia Estudio Fasce E. 2007 (64,3%)
Aumentar la cobertura efectiva de personas de 65 años y más con Hb1Ac < 7% en el último control.	Control de Salud Cardiovascular.	A lo menos un 2% (Mantener) de incremento de cobertura efectiva de personas de 65 años y mas diabéticos con Hb1Ac <7% respecto al año anterior.	(Nº de personas de 65 años y mas diabéticos con Hb1Ac <7% / Nº total de personas diabéticas esperadas según prevalencia ENS2009-2010) x 100	REM P04 Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%)

<p>Aumentar la cobertura efectiva de personas de 65 años y más con Hb1Ac < 7% en el último control.</p>	<p>Control de salud Cardiovascular.</p>	<p>Aumentar respecto al año anterior a lo menos en un 10% (Mantener) las personas con diabetes de 65 años y más de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c<7%, y PA <130/80mm Hg bajo control en PSCV.</p>	<p>(Nº personas con diabetes de 65 años y más de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c < 7% y PA < 130/80 mmHg, en el último control, bajo control en PSCV /</p> <p>Nº total de personas con diabetes de 65 años y más de riesgo CV alto y muy alto al corte de bajo control en PSCV) x 100</p>	<p>REM P4 Sección B</p> <p>REM P4 Sección A</p>
	<p>Control de salud Cardiovascular.</p>	<p>Aumentar respecto al año anterior a lo menos en un 10% (Mantener) las personas con diabetes de 65 años y más de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c<7%, y</p>	<p>(Nº personas con diabetes de 65 años y más de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c < 7%, PA < 130/80</p>	<p>REM P4 Sección B</p> <p>REM P4 Sección A</p>

		PA <130/80mm Hg y Col LDL<100mg/dl.	mmHg y Col LDL < 100 mg/dl, en el último control) / Nº total de personas con diabetes de 65 años y más de riesgo CV alto y muy alto al corte bajo control en PSCV) x 100.	
--	--	--	---	--

<i>Objetivo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Meta</i>	<i>Indicador</i>	<i>Fuente del Indicador</i>
<i>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.</i>	<i>Medición periódica de la actividad con personas de 65 años y mas diabéticos en el centro centinela.</i>	<i>100% de personas de 65 años y mas ingresadas al PSCV del centro centinela de la comuna en el centro centinela del Servicio de Salud están ingresadas a un sistema electrónico para medir periódicamente la calidad de la atención otorgada.</i>	<i>(Nº de personas de 65 años y mas diabéticos bajo control en PSCV del centro centinela evaluadas para determinar la calidad de la atención en los últimos 12 meses) /</i>	<i>QUALIDIAB-Chile u otro sistema informático que recoja los elementos básicos para evaluar la calidad de la atención en centro centinela</i>

			<i>Nº total de personas de 65 años y mas diabéticos, bajo control en PSCV en el centro centinela al corte) x 100</i>	
<i>Identificar a las personas no diabéticas bajo control en PSCV con riesgo cardiovascular alto o muy alto para intensificar su tratamiento.</i>	<i>Control de salud Cardiovascular.</i>	<i>Aumentar respecto al año anterior a lo menos en un 10 % (Mantener) las personas de 65 años y más “no diabéticos” de riesgo CV alto y muy alto con PA <140/90mm Hg y colesterol LDL <100 mg/dl bajo control en PSCV.</i>	<i>(Nº personas de 65 años y más no diabéticos 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 personas no diabéticas de 65 años y más de riesgo CV alto y muy alto al corte) x 100</i>	<i>REM P4 Sección B REM P4 Sección A</i>

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
<p><i>Brindar atención integral y oportuna a personas de 65 años y más con problemas o trastornos mentales y sus familias.</i></p>	<p><i>Intervención Terapéutica en alcohol y drogas a las personas de 65 años y más.</i></p>	<p><i>90 % de las personas de 65 años y más con consumo perjudicial o dependencia de alcohol reciben intervención terapéutica o son derivados según corresponda.</i></p>	<p><i>(N° de personas de 65 años y más inscritas y con consumo perjudicial o dependencia reciben intervención terapéutica o son derivados / N° total de personas de 65 años y más inscritas) x 100</i></p>	<p><i>REM A05 Sección M</i></p> <p><i>REM P6 Sección A</i></p>
		<p><i>90 % de las personas de 65 años y más con consumo perjudicial o dependencia a drogas reciben intervención terapéutica o son derivados según corresponda.</i></p>	<p><i>(N° de personas de 65 años y más inscritas y con consumo perjudicial o dependencia a drogas que reciben intervención terapéutica o son derivados / N° total de</i></p>	<p><i>REM A05 Sección M</i></p> <p><i>REM P6 Sección A</i></p>

			<i>personas de 65 años y más inscritas) x 100</i>	
	<i>Tratamiento y seguimiento a personas de 65 años y más con depresión.</i>	<i>100% de personas de 65 años y más con depresión leve, moderada o grave reciben tratamiento según algoritmo GPC.</i>	<i>(Nº de personas de 65 años y más ingresadas por depresión que reciben tratamiento en GES / Nº de personas de 65 años y más inscritas) x 100</i>	<i>SIGGES REM P6 Sección A</i>
	<i>Consulta médica para diagnóstico de personas de 65 años y más con Alzheimer y otras demencias.</i>	<i>Aumentar la cobertura de personas de 65 años y más con Alzheimer y otras demencias que ingresan a tratamiento.</i>	<i>(No de personas de 65 años y más que ingresan a tratamiento por Alzheimer y otras demencias / Población inscrita personas de 65 años y más) x 100</i>	<i>REM P6 Sección A REM A05 Sección K Población inscrita</i>

<i>Objetivo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Meta</i>	<i>Indicador</i>	<i>Fuente del Indicador</i>
-----------------	------------------	-------------	------------------	-----------------------------

<p><i>Incrementar la cobertura de usuarios crónicos respiratorios en personas de 65 años y más.</i></p>	<p><i>Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica a usuarios de 65 años y más.</i></p>	<p><i>Aumentar en 10% (5%) la población de 65 años y más bajo control en el Programa ERA.</i></p>	<p><i>(Población de 65 años y más bajo control actual – Población de 65 años y más bajo control año anterior) / Población de 65 años y más bajo control año anterior) x 100</i></p> <p><i>(Patologías Asma, EPOC, y otras respiratorias crónicas)</i></p>	<p><i>REM P3 Sección A</i></p> <p><i>SUJETO A</i></p> <p><i>CAMBIO REM 2014</i></p>
<p><i>Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control de 65 y más años.</i></p>	<p><i>Categorizar por severidad a usuarios crónicos respiratorios de 65 y más años.</i></p>	<p><i>100% de personas de 65 años y más bajo control en sala ERA con categorización de severidad por capacidad funcional.</i></p> <p><i>Establecer línea de base</i></p>	<p><i>(Nº de personas de 65 años y más con categorización de severidad / Nº total de personas de 65 años y más bajo control en sala ERA) x 100</i></p>	<p><i>REM P3 Sección A</i></p> <p><i>SUJETO A</i></p> <p><i>CAMBIO REM 2014</i></p>
<p><i>Evaluar calidad de vida al ingreso al Programa ERA.</i></p>	<p><i>Evaluar calidad de vida al ingreso al Programa ERA.</i></p>	<p><i>60% cuenta con evaluación de calidad de vida al ingreso al programa ERA.</i></p>	<p><i>(Nº de personas de 65 años y más con evaluación de calidad de vida al ingreso</i></p>	<p><i>REM A23 Sección N</i></p> <p><i>REM P3 Sección</i></p>

		<i>Establecer línea de base</i>	<i>del programa ERA/ N° de personas de 65 años y más ingresados al Programa ERA) x 100</i>	<i>B SUJETO A CAMBIO REM 2014</i>
<i>Mejorar la calidad de la atención respiratoria en usuarios de 65 años y más que cursen con NAC de manejo ambulatorio.</i>	<i>Acceder a atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por NAC de manejo ambulatorio en mayores de 65 años.</i>	<i>100% de los adultos mayores de 65 años y más, atendidos antes de las 24 horas luego de derivación médica por NAC de manejo ambulatorio. Establecer línea de base</i>	<i>(N° de casos en personas de 65 años y más con cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación/N° de casos en personas de 65 años y más con inicio de garantía por tratamiento kinésico) x 100</i>	<i>SIGGES</i>

<i>Objetivo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Meta</i>	<i>Indicador</i>	<i>Fuente del Indicador</i>
<i>Atención integral de la persona de 65 años y más con dependencia (excluye a</i>	<i>Visitas domiciliarias integrales (VDI) a familias con persona de 65 años y</i>	<i>100% de las familias con persona de 65 años y más con dependencia (excluye a</i>	<i>(Número de VDI a familias con persona de 65 años y más con dependencia</i>	<i>Rem A26 Sección A SUJETO A CAMBIO</i>

<i>los severos), con demencia y/o en riesgo psicosocial.</i>	<i>más con dependencia (excluye a los severos).</i>	<i>los severos) con VDI.</i>	<i>(excluye a los severos) / Nº total de persona de 65 años y más con dependencia (excluye a los severos 50) x 100</i>	<i>REM 2014</i>
	<i>Visitas domiciliarias integrales (VDI) a familias con persona de 65 años y más con demencia.</i>	<i>100% de las familias con persona de 65 años y más demencia con VDI.</i>	<i>(Número de VDI a familias con persona de 65 años y más con demencia / Nº total de persona de 65 años y más con demencia 51) x 100</i>	<i>Rem A26 Sección A SUJETO A CAMBIO REM 2014</i>
	<i>Visitas domiciliarias integrales (VDI) a familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial.</i>	<i>100% de las familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial con VDI.</i>	<i>(Número de VDI a familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial / Nº total de persona de 65 años y más con riesgo psicosocial 52) x 100</i>	<i>Rem A26 sección A SUJETO A CAMBIO REM 2014</i>

<i>Objetivo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Meta</i>	<i>Indicador</i>	<i>Fuente del Indicador</i>
Aumentar el número de personas de 65 años y más que reciben rehabilitación integral con base comunitaria.	Organizar grupos de personas de 65 años y más para realizar actividades de rehabilitación en Salas de RBC, RI u hospitales Comunitarios.	Incrementar en un 3% con respecto al año anterior.	(Nº de personas de 65 años y más integrados a grupos de rehabilitación en Salas de RBC , RI u hospitales Comunitarios / Nº total de personas de 65 años y más bajo control) x 100	REM A28 Sección A REM P5 Sección A
Prevenir la progresión de la discapacidad de personas de 65 años y más que egresen del hospital con valoración funcional.	Realizar rehabilitación en salas de RBC o RI (rehabilitación integral) u hospitales comunitarios a personas de 65 años y más que egresen de hospitales con valoración funcional dependiente.	Establecer línea base de personas de 65 y más años que ingresan a rehabilitación comunitaria derivadas desde hospital con valoración funcional dependiente.	Nº de ingresos a rehabilitación de personas de 65 años y más con evaluación de funcionalidad al alta hospitalaria	REM A28 Sección B1 SUJETO A CAMBIO REM 2014

<p>Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control de 65 años y más.</p>	<p>Realizar rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC según criterios de inclusión al programa.</p>	<p>10% de personas de 65 años y más con EPOC que cumplen criterios de inclusión y han finalizado programa de Rehabilitación Pulmonar de baja intensidad.</p>	<p>(Nº de personas de 65 años y más con EPOC que finalizan programa de rehabilitación pulmonar / Nº de personas de 65 años y más con EPOC bajo control) x 100</p>	<p>REM P3 Sección E y A</p>
--	--	--	---	---------------------------------

Estrategias transversales Promoción

<i>Objetivo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Meta</i>	<i>Indicador</i>	<i>Fuente del Indicador</i>
Prevenir la discapacidad en los cuidadores de personas con alta dependencia.	Realizar Talleres destinados a entregar herramientas de cuidado a los cuidadores.	20 % de las actividades de educación grupal y promoción y trabajo intersectorial se orientan al cuidado de los cuidadores.	(Nº Total de actividades de cuidado a los cuidadores/ total de actividades promoción y trabajo Intersectorial + total actividades educación grupal) x 100	REM A28 SUJETO A CAMBIO REM 2014

Prevención

<i>Objetivo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Meta</i>	<i>Indicador</i>	<i>Fuente del Indicador</i>
Prevenir y/o retardar la Discapacidad en grupos de personas con enfermedades crónicas, y capacitación a los cuidadores de personas con alta dependencia	Realizar Talleres destinados a entregar herramientas a las personas con problemas crónicos, a objeto de prevenir y/o retardar la discapacidad,	30 % de las actividades de Educación Grupal y Trabajo Comunitario se orientan a la prevención de discapacidad.	(Nº Total de actividades de Educación Grupal + Total de actividades de Educación Grupal + Total de actividades de	REM A28 SUJETO A CAMBIO REM 2014

para dar continuidad de los cuidados de rehabilitación en domicilio.	entregar herramientas de manejo a los cuidadores para cuidados domiciliarios para personas de alta dependencia, entregar herramientas de autocuidado a los cuidadores.		Promoción y Trabajo Intersectorial) x 100	
--	--	--	---	--

Tratamiento-Rehabilitación

<i>Objetivo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Meta</i>	<i>Indicador</i>	<i>Fuente del Indicador</i>
Mantener la atención a personas en situación de discapacidad permanente y transitoria, leve, moderada o severa.	Realizar el proceso de rehabilitación, logrando funcionalidad, independencia en las actividades de la vida diaria.	Mantener al menos un 20% de PsD con Parkinson , secuela de AVE,TEC, LM otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	(PsD con Parkinson , secuela de AVE, TEC; LM otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular/Total Ingresos) x 100	REM A28

Realizar visitas domiciliarias integrales para conocer el entorno familiar, físico de las personas en situación de discapacidad y realizar adecuaciones e intervenciones individuales y/o familiares.	Visita Domiciliaria Integral.	10% RBC, RI y 70% RR PsD con Visita Domiciliaria Integral.	(Nº Total de Visitas Domiciliarias Integrales/Total de Ingresos) x 100	REM A28
Favorecer que las personas en situación de discapacidad atendidas en APS, logren el máximo de autonomía e independencia.	Trabajar con Plan de Tratamiento consensuado, con objetivos terapéuticos definidos y alta posterior a su cumplimiento.	50% de PsD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo.	(Nº Total de Egresos por Alta posterior a PTI/ Total Ingresos) x 100	REM A28

<i>Objetivo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Meta</i>	<i>Indicador</i>	<i>Fuente del Indicador</i>
<i>Promover el trabajo en rehabilitación de acuerdo a Medicina Basada en Evidencia.</i>	<i>Procedimientos con énfasis en movilización activa.</i>	<i>30% o menos de los procedimientos corresponden a fisioterapia.</i>	<i>(Nº de procedimientos de fisioterapia / Total de procedimientos) x 100</i>	<i>REM A28</i>

<p><i>Contribuir al logro de la inclusión social de las personas en situación de discapacidad.</i></p>	<p><i>Conocer las redes locales y articularse con el intersector para el apoyo a la inclusión social.</i></p>	<p><i>10% de las personas atendidas en el Centro logran la inclusión social 20% de las actividades de trabajo comunitario son intersectoriales.</i></p>	<p><i>Nº personas que logran inclusión social /Nº total de ingresos *100</i></p> <p><i>Nº de Actividades de Planificación Participativa destinadas a comunas, comunidades, Dg. Participativo, trabajo intersectorial /Total de actividades de Promoción y Trabajo Intersectorial.</i></p>	<p><i>REM A28</i></p> <p><i>SUJETO A CAMBIO REM 2014</i></p>
--	---	---	---	--

Estrategia de atención domiciliaria en personas con dependencia severa

<i>Objetivo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Meta</i>	<i>Indicador</i>	<i>Fuente del Indicador</i>
<p>Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico,</p>	<p>Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona con dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y</p>	<p>A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales anuales a personas con dependencia severa.</p>	<p>Nº De visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a personas con dependencia severa / Nº de población bajo control dependencia</p>	<p>REM A26</p> <p>Población bajo control</p>

emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	su familia.		severa	
	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias para la prevención y cuidado de "Escaras" (Úlcera por presión).	Línea de Base	(Nº de personas escaradas con dependencia severa /Nº de población bajo control con dependencia severa) x 100	REM P3
	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral del paciente.	100% de los cuidadores de personas con dependencia severa capacitados.	(Nº de Cuidadores de personas con dependencia severa Capacitados / Nº Total de cuidadores de personas con dependencia severa) x 100	REM P3
	Mantener registro actualizado en página web para el apoyo monetario a cuidadores.	100% de las personas con apoyo monetario a cuidadores registradas en plataforma web.	(Nº de personas registradas en plataforma web/ Nº de cupos totales asignados a	Plataforma web Registro del programa



			personas con apoyo monetario a cuidadores) x 100	
--	--	--	--	--

PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA Y ALIVIO DEL DOLOR

En este programa se incluyen a las personas que, de manera permanente, sufren de postración y/o pérdida de autonomía severa, beneficiaria del Sistema Público de Salud. Por esta condición, estos pacientes no pueden acudir al centro asistencial, o se les hace muy difícil, por lo que son principales beneficiarios de la realización de Visitas Domiciliarias periódicas por el Equipo de Programa Postrados.

<i>Objetivo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Meta</i>	<i>Indicador</i>	<i>Fuente del Indicador</i>
Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona con dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales anuales a personas con dependencia severa.	Nº De visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a personas con dependencia severa / Nº de población bajo control dependencia severa	REM A26 Población bajo control
	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias para la prevención y cuidado de "Escaras" (Úlcera por presión).	Línea de Base	(Nº de personas escaradas con dependencia severa /Nº de población bajo control con dependencia severa) x	REM P3

			100	
	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral del paciente.	100% de los cuidadores de personas con dependencia severa capacitados.	(Nº de Cuidadores de personas con dependencia severa Capacitados / Nº Total de cuidadores de personas con dependencia severa) x 100	REM P3
	Mantener registro actualizado en página web para el apoyo monetario a cuidadores.	100% de las personas con apoyo monetario a cuidadores registradas en plataforma web.	(Nº de personas registradas en plataforma web/ Nº de cupos totales asignados a personas con apoyo monetario a cuidadores) x 100	Plataforma web Registro del programa

Según los datos obtenidos al primer corte comunal a Junio del 2013, la comuna presenta la siguiente cantidad de Dependientes severos y Alivios del dolor, según Establecimiento de salud.

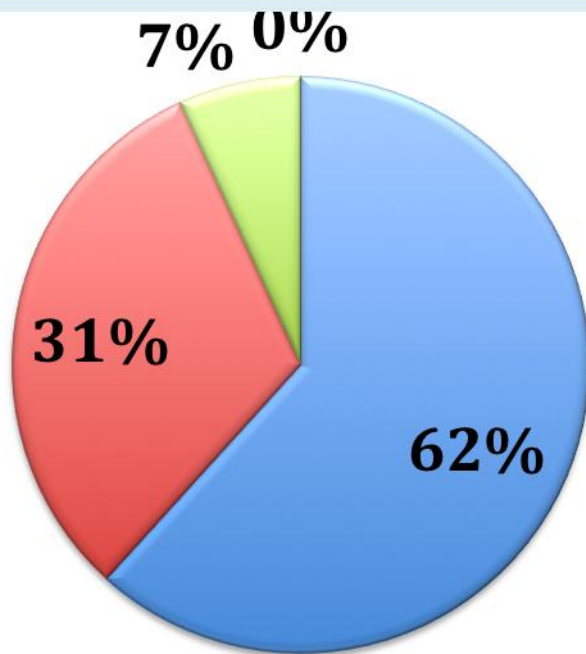
	Total Postrados	Total Dep. Severos	Cuidadores con Estipendio	Alivio del dolor
CES Renca	276	80	69	30
CES Huamachuco	56	56	33	10
CES Urzúa	141	99	70	8
CESFAM Bicentenario	40	26	9	9
TOTAL	513	261	177	57

La población en control de los cuatro establecimientos de salud corresponde a un total de 513 usuarios con atención domiciliaria, de los cuales sólo el 31% de ellos corresponden a Personas dependientes severas, y un 7% Alivios del dolor. Respecto a lo anterior es importante referir que un 62% de los usuarios fueron ingresados de manera excepcional según criterio de cada equipo de salud.

Población en control

■ Total Postrados ■ Dep. severos

■ Alivio del dolor



	MEDICO	KINE	A. SOCIAL	TENS	T. O	NUTRI	ENFER	ADMIS
Renca	44	11	22	44-33	0	0	6	44
Huamachuco	6	6	3	6	0	0	0	0
H. Urzúa	0	0	3	12	0	0	7	0
Bicentenario	5	5	5	5	2	1	0	0
Comunal	55	22	33	100	2	1	13	44

PLAN ESTRATEGICO DE INTERVENCION EN OBESIDAD PILOTO VIDA SANA 2014

DIAGNÓSTICO

PACIENTES	6-19 AÑOS 2012	20-25 AÑOS 2012	6-19 años 2013	20-45 años 2013
INSCRITOS	552	128	282	94
4º CONTROL	348	60	123	47
REBAJAN 5%	0	20	0	25
MEJORAN ZSCORE	224	0	116	0
MEJORAN CONDICION FISICA	130	56	124	32
MEJORAN PC	140	52	116	35
MEJORAN IMC	224	62	116	38

METAS DEL PLAN 2014

INDICADORES	6 A 19 AÑOS	META	20ª 45 AÑOS	META -
INGRESO	560		180	
4º CONTROL	280	50%	90	50%
MEJORAN ZSCORE	140	50%	45	0
BAJAN 5% PESO	0	0 - 0	45	50%

Objetivo Estratégico

- **Controlar el daño y prevenir los problemas de salud futuros como: Obesidad Mórbida, Hipertensión Arterial ,Resistencia a la insulina, Dislipidemia.**
- **Tratar la malnutrición por exceso, con un equipo multidisciplinario (médico, nutricionista, psicólogo y profesional que les aumente la actividad en intervenciones ambulatorias, focalizando en:**
 - **1.-Educación alimentario-nutricional**
 - **2.-Actividad Física**
 - **3.-Terapia Psicológica**

Objetivo Estratégico Comunal

- *Propiciar acciones tendientes al desarrollo de hábitos y conductas asociadas a Alimentación Sana y Actividad Física en la Comuna de Renca.*

MISION

Promover estilos de Vida Saludable a la Comuna de Renca, a fin de que estos se constituyan en un factor protector del desarrollo del crecimiento del ser humano a lo largo de su ciclo vital.



FODA

Fortalezas
Solidéz del equipo de trabajo
Experiencia en el quehacer
Estabilidad del recurso humano
Equipo más consolidado
Consolidación de protocolo de trabajo
Consolidación de trabajo más técnico
Innovación en actividades
Desarrollo de un programa idóneo para los usuarios de acuerdo al plan
En búsqueda de nuevas estrategias
Capacidad de autoevaluación
Flexibilidad de horarios para Actividad Física que pueden elegir
Aprovechar días de preemergencia y alerta ambiental y se les
Realiza educación

Debilidades
Fecha de pago sin fecha definida
Inseguridad de continuidad del plan

Oportunidades

Potencialidades

Desarrollarnos como profesionales

Desarrollar un plan estratégico para varios años

Permitir ejecutar actividades innovadoras

Contribuir al bienestar psicosocial de los pacientes del plan

Permitir trabajar con el paciente y la familia

Empoderar el plan Vida Sana en la comuna

Potenciar espacios libres y atractivos para Actividad Física

Desafíos

Incertar el programa plan vida sana dentro de la

Calendarizar anualmente con los colegios municipales

Amenazas

Riesgos

Inestabilidad programática para continuidad

Plataforma para ingreso de pacientes poco amigable

Atrasa fechas programadas del plan

Limitaciones

Gestión de colegios poco eficiente e insuficiente

Poca disponibilidad horaria en los colegios por carga académica

METAS

INDICADORES	META	%	Nº
1.-Mejorar o mantener en niños y niñas entre 6 a 14 años la relación Zscore de IMC y PC	280	60	168
2.-Mejorar en adolescentes de 10 a 18 años	280	60	160
La relación Zscore de IMC y PC			
3.-En adultos de 19 a 45 años			
a)Reducir el 5% del peso inicial	180	60	108

INDICADORES	META	%	Nº
b)Mejorar la condición nutricional en términos de la categorización del IMC y PC	180	60	168
1.-Prehipertensión arterial			

2.-Alteraciones lipídicas			
3.-Intolerancia a la glucosa			
c)Mejorar perímetro de cintura	740	50	370
4.-Mejorar condición física	740	60	444
5.-Mujeres que recuperan el peso pregestacional	10 ??	70	7

COMPONENTES-ESTRATEGIAS

COMPONENTE 1

ESTRATEGIA	META
4 meses de intervención, con controles tardíos 6 ^a , 9 ^a y 12 ^a meses post-intervención	50% mejora su pc al 4 ^o mes
5 atenciones individuales (1 médico, 2 nutricionista y 2 de psicólogo)	60% mejora su condición física al 4 ^o mes
10 intervenciones grupales (5 nutricionista y 5 psicólogo)	40% de pacientes intervenidos con 4 ^o mes realizado
40 sesiones guiadas de actividad física, terapeuta de actividad física, kinesiólogo y/o derivación a gimnasio)	

COMPONENTES-ESTRATEGIAS

COMPONENTE 2

ESTRATEGIA	META
4 meses de intervención, con controles tardíos 6 ^a , 9 ^a y 12 ^a meses post-intervención	50% mejora su pc al 4 ^o mes
5 atenciones individuales (1 médico, 2 nutricionista y 2 de psicólogo)	60% mejora su condición física al 4 ^o mes
10 intervenciones grupales (5 nutricionista y 5 psicólogo)	50% mejora condición asociada a HTA, Dislipidemia e intolerancia a la glucosa en ayunas en el 4 ^o mes
40 sesiones guiadas de actividad física, terapeuta de actividad física, kinesiólogo y/o derivación a gimnasio)	70% de mujeres recupera peso pregestional al 4 ^o mes.
	40% de pacientes intervenidos con 4 ^o mes realizado

EQUIPO DEL PLAN VIDA SANA



CRONOGRAMA DE TRABAJO

1º MES	2º MES	3º MES	4º MES
Reclutamiento de pacientes adultos	Educación a adultos	Educación a adultos	Educación
Toma de peso y talla a niños y niñas cursos seleccionados	Educación a padres y apoderados	Educación a padres y apoderados	Actividad Física
Envío de Consentimiento Informado	Educación a niños	Educación a niños	4º control peso, talla y cc
consentimiento de padres firmado ,toma de CC, presión y screening perfil lipídico y glicemia	Actividad física	Actividad física	Toma del test 6 minutos final
Toma del test 6 minutos inicial	Citación a adultos y padres apoderados a controles	Citación a adultos y padres apoderados a controles	Reclutamiento pacientes próximo período

RECLUTAMIENTO

DERIVACION	RESPONSABLES DIRECTOS	EXIGENCIAS AL PACIENTE
Diferentes profesionales	NUTRICIONISTA CES	FIRMA CONC.INFORMADO
EMPA	NUTRICIONISTA COORDINADORA	TOMA DE PERFIL LIPIDICO Y GLICEMIA
Comunidad	DERIVACIÓN A PROFESIONALES	ASISTIR A LOS CONTROLES MEDICOS,NUTRICIONISTAS Y PSICOLOGO.
Interesado	Colocar información visibles para informar el inicio de cada período	ASISTIR A LA ACTIVIDAD FISICA
Colegios	INGRESOS DE PACIENTES EN PLANILLAS PARA EL S.S.M.OCCIDENTE	ASISTIR A LAS EDUCACIONES
Padres y apoderados		

PLAN DE CAPACITACIÓN



PROGRAMA DE CAPACITACION ANUAL CORPORACION MUNICIPAL DE RENCA AÑO 2014

FUNDAMENTO GENERAL DEL PROGRAMA:

El plan de Capacitación del año 2014 , para APS de la comuna de Renca, se fundamenta en :

- La Ley y Reglamento de Atención Primaria (Ley N° 19. 378)
- Los requerimientos institucionales, para el desarrollo de capacidades y/o competencias de desempeño de los funcionarios y equipos de trabajo ; en el ámbito del saber , del saber ser y del saber hacer.
- Los intereses e inquietudes de los funcionarios de los CES de la comuna, expresados en la detección formal por medio de la aplicación de encuesta todos los participantes de las acciones de capacitación desarrolladas durante el año 2013.
- El interés prioritario de la Autoridad Comunal en relación a la Excelencia en la Atención al Usuario y al cumplimiento riguroso de las normativas legales vigentes.
- Interés prioritario de la Autoridad Comunal en relación a la Excelencia en la Gestión y en la administración de recursos, materializado en el proceso de acreditación de servicios y procedimientos bajo las normas ISO 9001, con la participación de todos los funcionarios.
- 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.

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, se ha considerado como fecha de corte lo realizado hasta el día 25 de Octubre de 2013. Y para efectos de las actividades de capacitación desarrolladas o en desarrollo, se ha considerado las que se encuentran ya calendarizadas hasta el 30 de Noviembre de 2013.
- La elaboración del Programa de Capacitación anual contempló 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 los 4 CES, de acuerdo a la ley, en su calidad de representantes de los intereses institucionales y de los funcionarios.
- Se consideró además los resultados obtenidos de la evaluación mediante sistema de usuario incógnito, efectuada entre los años 2010 y 2012, resultados que 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 2013 se ha desarrollado o se encuentran en desarrollo las siguientes acciones de capacitación:

ACTUALIZACIÓN EN EL ABORDAJE TEMPRANO DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN APS 24 Hrs.:

Objetivo: Actualizar y entrenar técnicas de abordaje temprano en salud mental APS

Número de actividades: 01 en 01 grupo

Número de participantes en los cursos realizados: 17

EXCELENCIA EN LA ATENCIÓN AL USUARIO 40 Hrs.

Objetivo: Revisar e internalizar protocolos de atención que aseguren la excelencia en la atención al usuario.

Número de actividades :1 en 3 grupos

Número de participantes en los cursos realizados: 96

TRABAJO EN EQUIPO PARA LA PLANIFICACION ESTRATEGICA ANUAL DE LOS EQUIPOS DE APS” 40 Hrs.

Objetivo: Fortalecer la integración de equipos de trabajo para una efectiva planificación anual.

Número de actividades : 1 en 1 grupo

Número de participantes en los cursos realizados: 62

AUTOCAUIDADO Y VIDA SALUDABLE 40 Hrs.

Objetivo: Analizar e internalizar los factores personales y los del ambiente natural y sociocultural que condicionan el nivel de salud de las personas y de las comunidades.

Analizar e internalizar el concepto de autocuidado de la salud, sus fundamentos y su expresión en las conductas de los funcionarios.

Número de actividades: 01 en 01 grupo

Número de participantes en los cursos realizados: 29

1.3 Problemas de salud de las personas y del servicio comunal de salud priorizados en el Diagnóstico Comunal:

En continuidad con los Programas anuales anteriores, el Programa de Capacitación que se realizará durante el año 2014 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.

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”

1.4 Objetivos del Programa de Salud Municipal:

Los objetivos 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 Atención Primaria”, y que como postulado esencial se mantiene para el año 2014.

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
- ❁ INCORPORAR TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES (TICs)

ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN SEGÚN LINEAMIENTOS PROGRAMATICOS PARA EL AÑO 2014:

Lineamiento Estratégico

FORTALECER LA INSTALACIÓN DEL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN ,

CURSO FAMILIAR HERRAMIENTAS TECNICAS DE INTERVENCION.

✿ Objetivo de la Acción de Capacitación:

FORTALECER EL ENFOQUE DE SALUD FAMILIAR CON HERRAMIENTAS ESPECIFICAS COMO VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL, INTERVENCIÓN FAMILIAR E INSTRUMENTOS PARA EVALUACIÓN CON FAMILIA

Lineamiento Estratégico

DESARROLLAR EL MODELO DE GESTION EN RED LOCAL, REGIONAL Y SUPRA REGIONAL (MACRO Y MICRO REDES) :

CURSO MODELO DE GESTION DE SALUD EN RED.

✿ Objetivo de la Acción de Capacitación: :

Fortalecer la Red de Atención , a fin de propender a la atención pertinente, eficaz y preventiva del usuario.

Lineamiento Estratégico

FORTALECER EL SISTEMA DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES)

CURSO

ACTUALIZACION EN GES EN EL AMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD “

⚙ Objetivos de la Acción de Capacitación: :

Precisar e internalizar los protocolos de atención en patologías GES con el fin de asegurar su cumplimiento al usuario.

Lineamiento Estratégico

MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y TRATO AL USUARIO:

CURSO TÉCNICAS DE EXCELENCIA EN LA ATENCIÓN DEL USUARIO

⚙ Objetivos de la Acción de Capacitación:

Revisar y entrenar protocolos de atención que aseguren la excelencia en el trato al usuario.

Lineamiento Estratégico

INCORPORAR TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES (TICs)

CURSO SISTEMA DE REGISTROS Y MANEJO ESTADISTICO EN APS

⚙ Objetivos de la Acción de Capacitación: :

Contribuir al mejoramiento de la gestión a través de la implementación y manejo fluido del sistema de registros en APS, facilitando el conocimiento y acceso a la información completa y oportuna , disponible para todos los usuarios

Lineamiento Estratégico

MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y TRATO AL USUARIO

CURSO OPERATORIA Y FUNCIONAMIENTO DE LA BODEGA DE LECHE EN APS

⚙ Objetivos de la Acción de Capacitación: :

Actualizar e internalizar protocolos de funcionamiento que aseguren la excelencia en la atención al usuario

Lineamiento Estratégico

MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y TRATO AL USUARIO

CURSO OPERATORIA Y FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA EN APS

⚙ Objetivos de la Acción de Capacitación: :

Actualizar e internalizar protocolos de funcionamiento que aseguren la excelencia en la atención al usuario

Lineamiento Estratégico

MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y TRATO AL USUARIO

CURSO DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS EN EL AMBITO DE APS

⚙ Objetivos de la Acción de Capacitación: :

Explicar los alcances de las disposiciones sobre derechos y deberes de los usuarios

Lineamiento Estratégico

INCORPORAR TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES(TICs)

“ CURSO MANEJO DE HERRAMIENTAS COMPUTACIONALES PARA LA GESTION EN APS

⚙ Objetivos de la Acción de Capacitación: :

Fortalecer el uso de herramientas computacionales para mejorar la gestión administrativa y comunicacional

FORTALECER EL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD	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. MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL ESTIMADO DE PRESUPUESTO			
			Curso	FORTALECER EL ENFOQUE DE SALUD FAMILIAR CON HERRAMIENTAS ESPECIFICAS COMO VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL, INTERVENCIÓN FAMILIAR E INSTRUMENTOS PARA EVALUACIÓN CON FAMILIA	"MODELO DE SALUD FAMILIAR : HERRAMIENTAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN"	10	10		10		30		60	40			

CONSOLIDAR EL MODELO DE GESTION EN RED	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			
			Curso	FORTALECER LA RED DE ATENCIÓN A FIN DE PROPENDER A LA ATENCIÓN PERTINENTE, EFICAZ Y PREVENTIVA DEL USUARIO	" MODELO DE GESTION DE SALUD EN RED"	10	10		10		30		60	40			



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. MUNICIPAL	OTROS FONDOS				TOTAL ESTIMADO DE PRESUPUESTO
FORTALECER EL SISTEMA DE GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD GES	Curso PRECISAR E INTERNALIZAR LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN PATOLOGÍAS GES CON EL FIN DE ASEGURAR SU CUMPLIMIENTO AL USUARIO	"ACTUALIZACIÓN EN GES: OPERATORIA Y BASES LEGALES"	20	20		20	40		100	40	100% SENCE			120.000	USACH	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						HRS .PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO				Organismo Ejecutor	Coordinador	Fecha	
			A	B	C	D	E	F		TOTAL	CAPACITACION	F. MUNICIPAL	OTROS FONDOS				TOTAL ESTIMADO DE PRESUPUESTO
MEJORAR LA CALIDAD Y LA ATENCION AL USUARIO	Curso REVISAR E INTERNALIZAR PROTOCOLOS DE ATENCION QUE ASEGUREN LA EXCELENCIA EN LA ATENCION AL USUARIO DE APS	"EXCELENCIA EN LA ATENCION DEL USUARIO DE APS"	20	20		20	40		100	40	100% SENCE			120.000	OTEC SOFOFA	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						HRS PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO				Organismo Ejecutor	Coordinador	Fecha	
			A	B	C	D	E	F		CAPACITACION	F. MUNICIP	OTROS FONDOS	TOTAL ESTIMADO DE PRESUPUESTO				
			TOTAL														
MEJORAR LA CALIDAD Y LA ATENCION AL USUARIO	Curso ACTUALIZAR E INTERNALIZAR PROTOCOLO DE FUNCIONAMIENTO QUE ASEGUREN LA EXCELENCIA EN LA ATENCION AL USUARIO	"OPERATORIA Y FUNCIONAMIENTO DE BODEGA DE LECHE EN APS"				10	10		20	24	100% SENCE			120.000	UCHILE	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						HRS PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO				Organismo Ejecutor	Coordinador	Fecha	
			A	B	C	D	E	F		CAPACITACION	F. MUNICIP	OTROS FONDOS	TOTAL ESTIMADO DE PRESUPUESTO				
			TOTAL														
MEJORAR LA CALIDAD Y LA ATENCION AL USUARIO	Curso EXPLICAR LOS ALCANCES DE LAS DISPOSICIONES SOBRE DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS	"DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS EN EL AMBITO DE APS"	20	20		20	40		100	40	100% SENCE			120.000	OTEC SOFOFA	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						HRS .PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO				Organismo Ejecutor	Coordinador	Fecha		
			A	B	C	D	E	F		TOTAL	CAPACITACION	F. MUNICIPAL	OTROS FONDOS				TOTAL ESTIMADO DE PRESUPUESTO	
			MEJORAR LA CALIDAD Y LA ATENCION AL USUARIO	Curso	ACTUALIZAR E INTERNALIZAR PROTOCOLO DE FUNCIONAMIENTO QUE ASEGUREN LA EXCELENCIA EN LA ATENCION AL USUARIO					10	10						20	24

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. MUNICIPAL	OTROS FONDOS				TOTAL ESTIMADO DE PRESUPUESTO	
			INCORPORAR TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES TIC	CURSO	FORTALECER EL USO DE HERRAMIENTAS COMPUTACIONALES PARA MEJORAR LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y COMUNICACIONAL		8			10	7						25	40

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. MUNICIPAL	OTROS FONDOS			
FORTALECER EL MODELO DE ATENCION EN SALUD	CURSO	CONTRIBUIR AL MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN DE LOS CES, FACILITANDO EL CONOCIMIENTO Y ACCESO DE LA INFORMACIÓN COMPLETA OPORTUNA, DISPONIBLE PARA TODOS LOS USUARIOS	"SISTEMA DE REGISTROS Y MANEJO ESTADÍSTICO EN APS"	6	6		9	4	25	40	100% SENCE			120.000	OTEC HERA GESTION E INFORMATICA	DIRSAL Y UNIDAD DE CAPACITACION Y DESARROLLO	ENERO Y JULIO



PLAN DE SALUD 2014



