

## INTRODUCCION

El presente documento tiene como finalidad generar una Planificación Anual de Salud guiada por las Orientaciones Programáticas de 2015 planteadas por el MINSAL, con una sistematización que pretende dar cuenta del estado de situación actual y la proyección de la gestión de salud comunal en el contexto global; se basa en consecuencia en entender y comprender a la Salud en un concepto más amplio, ligado al desarrollo de las personas, familias y comunidad en su relación con el medio ambiente y su hábitat, donde los énfasis **promocionales y preventivos**, sustentados en el auto cuidado, requieren necesaria y progresivamente de un mejor trabajo intersectorial.

Para nuestra Primera Autoridad Comunal Dra. Vicky Barahona Kunstmann, es fundamental entregar a nuestros vecinos una Salud de excelencia, dirigida y orientada a brindar una atención que mejore la calidad de vida de las personas, con énfasis en el desarrollo de estrategias de promoción y prevención de la salud a través de intervención en colegios municipales, unidades vecinales y organizaciones de adultos mayores y por supuesto en nuestros Centros de Salud. Por lo anterior, los lineamientos y directrices de la Planificación Metodológica son emanados en base a su gestión.

Es así que la Corporación Municipal a través de su Secretario General (I) - Dr. Luis Japaz Lucio y su Directora de Salud Dra. María Jesús Alcalde Machuca y el Equipo de Salud (Profesionales, Técnicos y Administrativos) desarrollan un trabajo aunado para dar cumplimiento a los requerimientos de la administración de nuestra Primera Autoridad Comunal.

Por otra parte el MINSAL ha redefinido las políticas, prioridades y objetivos sanitarios para la década 2011-2020; para estos últimos, definió 9 Objetivos Estratégicos, con 50 Metas de Impacto a lograr al año 2020, y en adición, introduce durante este período un total de 500 Resultados Esperados, lo que debiera permitir un mejor control de la gestión.

## **Los objetivos sanitarios para el periodo 2011-2020 Minsal**

- Mejorar la salud de la población.
- Disminuir las inequidades.
- Aumentar la satisfacción de la Población.
- Asegurar la calidad de las prestaciones de salud

## **OBJETIVOS ESTRATEGICOS PAIS 2011-2020 MINSAL**

1. Reducir la carga sanitaria de las Enfermedades Transmisibles y contribuir a bajar su impacto social y económico.
2. Reducir la Morbilidad, la discapacidad, y mortalidad prematura por Afecciones Crónicas No Transmisibles, Trastornos Mentales, Violencia y Traumatismo.
3. Reducir los factores de Riesgo asociados a carga de enfermedad a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludable.
4. Reducir la Mortalidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital.
5. Reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos en la salud.
6. Proteger la salud de la población a través del mejoramiento de las condiciones ambientales y de la inocuidad de los alimentos.
7. Fortalecer la institucionalidad del sector salud.
8. Mejorar la calidad de la atención en salud en un marco de respeto de los derechos de las personas.
9. Fortalecer la respuesta adecuada del sector salud ante Emergencias, Desastres y Epidemias.

## Principales Metas al 2020 por el MINSAL

| DISMINUIR                             | AUMENTAR                          |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| 10% en consumo de alcohol             | 30% en actividad física           |
| 10% en sobrepeso y obesidad           | 50% en tratamientos de HTA        |
| 10% embarazo adolescente              | 20% tratamiento para la diabetes  |
| 5% consumo de tabaco                  | 20% en uso de preservativos       |
| 15% el suicidio adolescente           | 90% resolución de lista de espera |
| 20% el gasto de las personas en salud | 20% Factores protectores          |
| 40% en accidentes de trabajo          | 10% Sobrevida del infarto         |
| 25% en inequidad en la salud          | 10% Sobrevida en ACV              |

Estos objetivos y lineamientos estratégicos definidos por el MINSAL involucran la gestión en red de los tres niveles de atención, en la cual la Atención Primaria, como primer nivel, constituye la base esencial para el logro de estos resultados.

Siguiendo los lineamientos de brindar una salud de calidad y de constituirnos en un real aporte a los usuarios de la comuna, en julio del 2014 se Inauguró el **CENTRO DE REHABILITACION PARA EL ADULTO MAYOR**, Centro que nace por iniciativa de nuestra Primera Autoridad Comunal, para dar respuesta a un importante número de usuarios, mayores de 65 años de edad, que por su condición física y características requieren de apoyo permanente de un equipo multidisciplinario de profesionales, conformado por médicos, kinesiólogos, enfermeras, nutricionistas. Estas prestaciones son absolutamente gratuitas y son brindadas de Lunes a Viernes de 8:00 a 18:00 horas.

El Centro en mención pionero en este tipo de prestaciones, cuenta con modernas y espaciosas dependencias, con un equipamiento de última generación, entre las que se destacan:

- sala de atención kinesiológica con 3 boxes. 1 box de atención de enfermería.
- 1 box de atención nutricional.
- 1 sala multimedia (charlas preventivas e inductivas).
- 2 salas de máquinas para ejercicios adecuados y monitorizados. ( 1 trotadora, 1 elíptica, 2 bicicletas, proyector con monitorización cardiaca)
- Espacio multiuso.

- Gimnasio terapéutico.( colchonetas terapéuticas, barras paralelas para marcha, balones terapéuticos, implementos de rehabilitación, pesas)
- Implementación de última tecnología.
- 4 baños (1 baño discapacitados).

Es importante mencionar que desde su inauguración se han atendido a 250 usuarios, brindando 2.340 atenciones mensuales, números que nos confirman la exitosa respuesta de la comunidad, quienes han confirmado que esta iniciativa es digna de reconocer como una experiencia exitosa en salud.

Por último es importante mencionar que la elaboración del Plan de Salud fue realizado con la intervención de aportes y trabajo en conjunto de:

- Dirección de Salud de la Corporación Municipal de Renca
- Directores de los Centros de Salud:
  - Ces Renca
  - Ces Huamachuco
  - Cefam del Bicentenario
  - Ces Hernán Urzúa Merino
- Equipos de Salud de los establecimientos de la comuna y programas comunales
- Cosam I, II y III
- Comité Comunal de Salud

Asociación de Funcionarios

## **DIAGNOSTICO SITUACION COMUNAL**

Este Diagnóstico, realizado en conjunto con la Dirección de Salud y Equipos de Salud, está refrendado por una serie de encuentros participativos con la comunidad sostenidos durante el año para estos fines, sin desmedro del trabajo sistemático realizados en los Consejos Consultivos de cada CESFAM, lo que ha permitido, como parte de sus planes de trabajo, ir evaluando y adecuando el quehacer sanitario a las necesidades emergentes. Respecto a la situación de Salud, se puede señalar que el acceso 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, 1 Servicios de Urgencia 24 horas, Dos Servicios de Urgencia corto, Tres Centros de Salud Mental y Una Sala de Rehabilitación Comunitaria, entre otros.

### **ANTECEDENTES CONTEXTUALES DE LA COMUNA DE RENCA**

#### **Aspectos generales de la comuna de Renca**

El historiador Alberto Medina, afirma que las tierras de Renca, junto con las de Conchalí, fueron ampliamente y por muchos años disputadas entre españoles e indígenas. Dicho lugar era considerado por los indios, como la tierra fértil y militarmente estratégico por contar con barreras de tipo natural para defenderse de los españoles; los cuales eran: el cerro de Renca y el río Mapocho.

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.

Geográficamente 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.

### **Antecedentes históricos de la demografía en la Comuna de Renca**

Según el Censo de 1992, el número de habitantes de la comuna ascendía a 128.756 personas, y representaba el 2,45% de la población regional. En ese entonces, la tasa de crecimiento histórica era de 7,5% (proyección lineal desde 1970 hasta 1992). Renca al año 2011 su población ascendió a 141.013 habitantes, de los cuales el 49,5% corresponde a varones y el 50,5% a mujeres.

Según datos preliminares del censo 2012 la población total ascendería a 143.158 habitantes. **Ésta no es considerada una comuna vulnerable según la información obtenida desde programa comunas vulnerables.**

Respecto de la población distribuida en Infantil y Adulta, al año 2011 indica un 24,3% de población infantil de 0 a 14 años, un 25,2% de población juvenil de 15 a 29 años, un 38,8% de población adulta de 30 a 59 años y un 11,7% de adultos mayores de 60 y más años de edad.

Por otro lado, según lo establecido por Naciones Unidas y asumido por el INE haciendo el corte a los 65 años en su información censal, Renca tiene una cantidad no menor de población envejecida. Así, en el 2008, los mayores de 65 años eran 10.843 personas, representando al 7,69% del total de población.

| <b>Proyección Población Infantil y Adulta Mayor año 2012 v/s 2008</b> |        |        |                      |
|---|--------|--------|----------------------|
| <b>PROYECCIÓN INE</b>   |        |        |                      |
| Población   | 2008   | 2012   | Variación Porcentual |
| Infantil  | 32.425 | 29.432 | - 9,2%               |
| Adulta Mayor  | 15.556 | 17.481 | + 12,4%              |

Si comparamos este grupo etéreo con los datos del Censo 2002, que informaba para la comuna de Renca un 9,3% de población adulta mayor, claramente estamos frente a un importante envejecimiento demográfico.

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.

### **Población en situación de discapacidad de la comuna de Renca**

En términos generales, la discapacidad es un gran tema a nivel nacional. Así lo demuestran las actuales estadísticas que nos dicen que el 12,9% de la población chilena presenta algún tipo de discapacidad, lo que equivale a 2.068.072 personas. Las estadísticas también indican, que de las personas discapacitadas en Chile, 2 de cada 5 viven en condición socioeconómica baja, 1 de cada 3 hogares en Chile tiene al menos un integrante con discapacidad. Según sexo, el 58,2% son mujeres y el 41,8% hombres; según tramos de edad, el 51% se concentra en el tramo de 30 a 64 años, seguidos por los 65 y más años, con un 35,1%, luego un 8,3% de 15 a 29 años, seguido por el 4,6% de 6 a 14 años, y finalmente 1,1% menores de 0 – 5 años.

| <b>COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN POR SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2006</b> |                  |                  |
|---|------------------|------------------|
|   | Con Discapacidad | Sin Discapacidad |
| Región Metropolitana  | 6,6%             | 93,4%            |
| Provincia de Santiago   | 6,9%             | 93,1%            |
| Comuna de Renca   | 9,0%             | 91,0%            |

## Natalidad

Contrario a la tendencia nacional y regional, Renca tiene un aumento en la tasa de natalidad y por otro lado disminuye la tasa de mortalidad, aumentando de esta forma la esperanza de vida.

| LUGAR                              | TASA DE NATALIDAD |
|------------------------------------|-------------------|
| <b>Comuna Renca</b>                | 17,2              |
| <b>Servicio de Salud Occidente</b> | 15,3              |
| <b>Región Metropolitana</b>        | 14,7              |
| <b>País</b>                        | 14,7              |

Fuente: Estadística Minsal Año 2010

En la siguiente tabla se muestran los Nacidos vivos inscritos, según edad gestacional, por Región y Comuna de Residencia de la Madre.

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

Chile, 2010

La tabla anterior, nos indica que los recién nacidos vivos inscritos según edad Gestacional se concentran entre las semanas 37 a 41.

## Mortalidad General

La tasa de mortalidad general es la proporción de personas que fallecen respecto al total de la población (usualmente expresada en tanto por mil, ‰). En los últimos años la tasa de mortalidad ha sufrido un sostenido descenso. Lo anterior se debe a varios sucesos, uno de los cuales se debe considerar es 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.

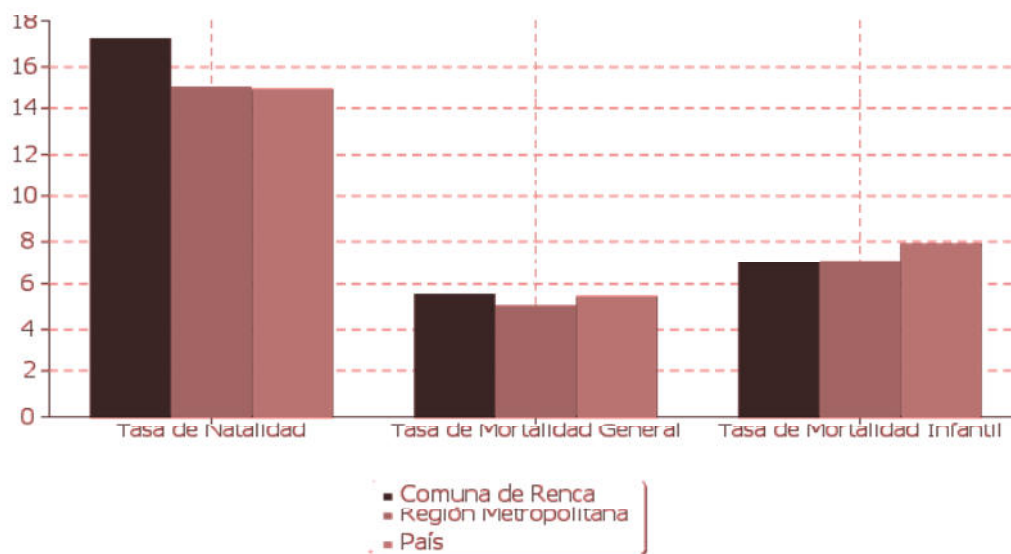
### Tasas de natalidad, mortalidad general e infantil año 2009

| 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

En el siguiente gráfico se puede observar que nuestra comuna se escapa, como se menciona anteriormente, de la cifra País con respecto a la Natalidad, pero en mortalidad general e infantil mantenemos porcentajes similares a los nacionales.

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



## Mortalidad materna

La tasa de mortalidad materna (TMM) es el número anual de muertes de mujeres por cada 100.000 niños nacidos vivos por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo (excluyendo las causas accidentales o incidentales).

### Defunciones y Mortalidad<sup>1</sup> Materna, según región. Chile 2005-2010.

| REGION            | 2005 |      | 2006 |      | 2007 |      | 2008 |      | 2009 |      | 2010 |      |
|-------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|                   | Nº   | TASA | Nº   | TASA | Nº   | TASA | Nº   | TASA | Nº   | TASA | Nº   | TASA |
| <b>TOTAL PAIS</b> | 48   | 19,8 | 47   | 19,3 | 44   | 18,2 | 41   | 16,5 | 50   | 19,7 | 46   | 18,3 |
| <b>RM</b>         | 12   | 12,3 | 15   | 15,2 | 15   | 15,3 | 16   | 15,9 | 22   | 21,4 | 17   | 16,8 |

Como se indica en la tabla (arriba) la mortalidad materna ha tenido una baja en los últimos años. En Chile a partir del año 1957, 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 disminución de muertes durante el embarazo esta estrechamente a los factores:

- Incremento de la escolaridad de las madres.
- Autocuidado.
- 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 Programa CHCC.
- 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.

## Mortalidad general e infantil año 2010

La tasa de mortalidad infantil en Chile cayó en un 52% en los últimos 22 años según un informe mundial divulgado hoy por la Organización de Naciones Unidas (ONU), el cual señala que si en 1990 morían 19 de cada mil niños menores de cinco años, en 2012 la cifra se redujo a nueve, lo que representa una disminución de 3,4% anual.

Según muestra la siguiente tabla, la realidad comunal se asemeja en datos y valores a nivel nacional.

### Mortalidad (\*) infantil y sus componentes, por Región y Comuna de residencia de la madre. Chile, 2010

| Región y comuna |                              |      | 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  |
| RM              | 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 (*) |
| País            | 500                   | 0,2      | 312         | 0,3      | 188         | 0,2      |
| RM              | 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 (*) |
| País            | 967         | 0,3      | 661         | 0,5      | 306         | 0,2      |
| RM              | 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 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     |

Fuente: deisminsal.cl

## Mortalidad por causas

| Causas de muerte |   |
|------------------|---|
| <b>GRUPO I</b>   | Enfermedades infecciosas y parasitarias, enfermedades del aparato respiratorio, gripe, neumonía y bronquitis. |
| <b>GRUPO II</b>  | Cáncer  |
| <b>GRUPO III</b> | Enfermedades Cardiovasculares   |
| <b>GRUPO IV</b>  | Muertes Violentas   |
| <b>GRUPO V</b>   | 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 |
| <b>Sistema circulatorio</b>                    | 8,7  | 21,9 | 26,6 | 26,4 | 27,9 | 27   |
| <b>Tumores</b>                                 | 8,4  | 12,1 | 15,8 | 18,1 | 24,2 | 25,6 |
| <b>Sistema respiratorio</b>                    | 20,6 | 18,3 | 9,5  | 12,3 | 10,5 | 9,7  |
| <b>Causas externas de mortalidad</b>           | 7,2  | 9,7  | 11,9 | 12,2 | 9,8  | 8,9  |
| <b>Sistema digestivo</b>                       | 11,9 | 6,5  | 8,1  | 7,8  | 7,2  | 7,3  |
| <b>Endocrinas, nutricionales y metabólicas</b> | 0,7  | 2,6  | 2,5  | 2,3  | 4,2  | 4,7  |
| <b>Mal definidas</b>                           | 8,7  | 5,5  | 9,6  | 7,3  | 3,9  | 2,6  |
| <b>Afecciones Perinatales</b>                  | 14,4 | 5,3  | 4,3  | 2,2  | 1,2  | 0,9  |
| <b>Infecciosas y parasitarias</b>              | 8,7  | 11,6 | 3    | 3,2  | 2,6  | 2    |
| <b>Las demás causas</b>                        | 10,6 | 6,4  | 8,6  | 8,2  | 8,5  | 11,4 |

Fuente: DEIS-MINSAL

## **Esperanza de vida Chile**

En Chile la esperanza de vida entre los años 2010 a 2015 fluctúa con un aumento promediando los 79 años con una longevidad en las mujeres.

El cuadro que a continuación se presenta muestra los indicadores en los últimos 64 años y con una proyección de 10 años.

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

| <i>Periodo</i>   | <i>Sexo</i>        |                |                |
|------------------|--------------------|----------------|----------------|
|                  | <i>Ambos sexos</i> | <i>Hombres</i> | <i>Mujeres</i> |
| <i>1950-1955</i> | <i>54,80</i>       | <i>52,91</i>   | <i>56,77</i>   |
| <i>1955-1960</i> | <i>56,20</i>       | <i>53,81</i>   | <i>58,69</i>   |
| <i>1960-1965</i> | <i>58,05</i>       | <i>55,27</i>   | <i>60,95</i>   |
| <i>1965-1970</i> | <i>60,64</i>       | <i>57,64</i>   | <i>63,75</i>   |
| <i>1970-1975</i> | <i>63,57</i>       | <i>60,46</i>   | <i>66,80</i>   |
| <i>1975-1980</i> | <i>67,19</i>       | <i>63,94</i>   | <i>70,57</i>   |
| <i>1980-1985</i> | <i>70,70</i>       | <i>67,38</i>   | <i>74,16</i>   |
| <i>1985-1990</i> | <i>72,68</i>       | <i>69,59</i>   | <i>75,89</i>   |
| <i>1990-1995</i> | <i>74,34</i>       | <i>71,45</i>   | <i>77,35</i>   |
| <i>1995-2000</i> | <i>75,71</i>       | <i>72,75</i>   | <i>78,78</i>   |
| <i>2000-2005</i> | <i>77,74</i>       | <i>74,80</i>   | <i>80,80</i>   |
| <i>2005-2010</i> | <i>78,45</i>       | <i>75,49</i>   | <i>81,53</i>   |
| <i>2010-2015</i> | <i>79,10</i>       | <i>76,12</i>   | <i>82,20</i>   |
| <i>2015-2020</i> | <i>79,68</i>       | <i>76,68</i>   | <i>82,81</i>   |
| <i>2020-2025</i> | <i>80,21</i>       | <i>77,19</i>   | <i>83,36</i>   |

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

Dentro de la comuna se identifica un progresivo envejecimiento de la población, esto se relaciona con la realidad nacional y mundial, la cual en la última década muestra un incremento de la población adulta mayor.

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.

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.

Por todo lo anterior por iniciativa de la primera autoridad comunal Dra. Vicky Barahona Kunstmann gestiona el 1º Centro de Rehabilitación del Adulto Mayor “Cumbres Mayores” el cual junto al Primer Centro Ambulatorio del Adulto Mayor cumplen con el objetivo de brindar cuidados, apoyo social y físico, rehabilitación y prestaciones de alta complejidad.

### **Índice de Swaroop**

Esta tasa comparara la mortalidad entre poblaciones con diferente estructura. Los índices que se presentan a continuación relejan indicadores similares a los nacionales, es importante señalar que la diferencia que se genera entre hombre/mujer son mínimas.

#### **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        |
| RM    | 36.934                     | 18.888        | 18.046        | 77.1              | 70.9        | 83.5        |
| PAIS  | <b>97.930</b>              | <b>52.237</b> | <b>45.693</b> | <b>76.4</b>       | <b>71.1</b> | <b>82.5</b> |

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 |
|                                     |         | Enfermedad Hipertensiva del                     |         |  |         |
| Otras Musculoesqueléticas           | 121,571 | Corazón   | 140,668 | Otras Neurosiquiátricas                    | 223,156 |
|                                     |         | Trastornos de las vías biliares y vesícula      |         | Trastornos depresivos unipolares           |         |
| Cirrosis Hepática                   | 100,452 |   | 124,816 |  | 179,472 |
|                                     |         | Trastornos depresivos unipolares                |         | Otras Musculoesqueléticas                  |         |
| Accidentes de Tránsito              | 91,627  |   | 120,949 |  | 173,304 |
|                                     |         | Trastornos ansiosos                             |         | Trastornos de las vías biliares y vesícula |         |
| Otras Neurosiquiátricas             | 82,343  |   | 72,31   |  | 171,314 |
| Violencia                           | 76,858  | Violencia                                       | 56,948  | Dependencia de alcohol                     | 141,285 |
| Otras Digestivas                    | 75,219  | Otras Musculo esqueléticas                      | 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    |         | Infertilidad femenina, masculina y de la pareja |         |  |         |
|                                     | 58,523  |   | 39,687  | Úlcera péptica                             | 93,888  |

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

**MINSAL**

### AVPP (años de vida potencialmente perdidos)

Este indicador nos muestra los años perdidos a causa de muerte de personas jóvenes o fallecimientos prematuros. Lo anterior refiere que mientras mas prematura es la muerte, mayor es la perdida.

| 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

Según refleja el cuadro anterior la comuna presenta una disminución de las muertes tempranas en los hombres, entendiendo que las políticas de salud local han mejorado en educación, acceso y protección.

Dentro de las causas que presentan mayor índice de mortalidad prematura son:

- **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

Las atenciones realizadas en los Centros de Salud de la comuna en correspondientes a los años 2010 y 2013 muestran un incremento durante los primeros años de consultas medicas, dentro del 2013 se observa una pequeña baja en las atenciones lo que se debe

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

| CES          | 2010   | 2011    | 2012    | 2013    | Agosto 2014 |
|--------------|--------|---------|---------|---------|-------------|
| RENCA        | 41.849 | 52.715  | 43.746  | 41.294  | 21.248      |
| H. URZUA     | 38.426 | 42.083  | 43.702  | 36.524  | 17.972      |
| HUAMACHUCO   | 13.831 | 13.500  | 14.842  | 16.040  | 8.092       |
| BICENTENARIO | -----  | 2.543   | 11.699  | 12.456  | 6.066       |
| TOTAL        | 94.106 | 110.841 | 113.989 | 106.314 | 53.378      |

## EXÁMENES DE SALUD

Los exámenes dentro de la comuna se realizan en las Unidades de Toma de Muestra, las cuales son realizadas en cada uno de los Centros de Salud, exceptuando el Ces Renca quien realiza esta actividad en dependencias del SAPU Renca.

A partir del año 2011, se realiza la compra de servicios a **Laboratorio Holanda** quien procesa las muestras de exámenes Tomadas en los Centros de Salud de la comuna.

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.

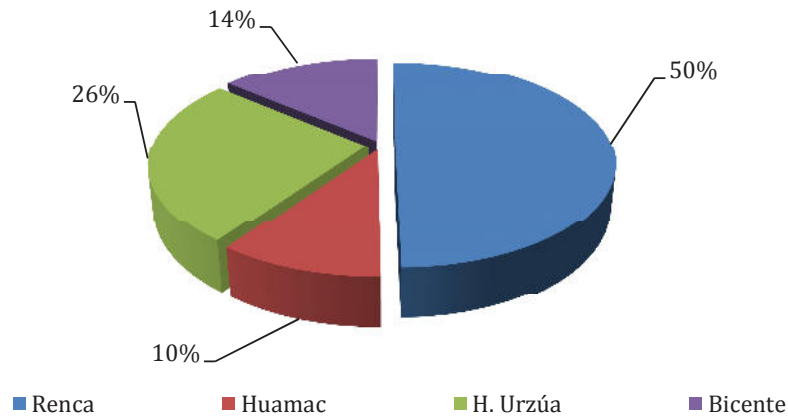
Cabe destacar que por gestión local de nuestra Alcaldesa Dra. Vicky Barahona K. se da continuidad al **Programa de Desayunos, adjunto a la toma de muestras** para los pacientes que ya se han realizado sus exámenes de laboratorio. Este programa, lleva varios años en funcionamiento sin inconvenientes, 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.

**DATOS ESTADÍSTICOS COMPARATIVOS**  
**AÑOS: 2010 – 2011 – 2012- 2013**

| <b>Total exámenes tomados por Centro de Salud</b> |              |                   |                     |                     |
|---|--------------|-------------------|---------------------|---------------------|
|   | <b>RENCA</b> | <b>HUAMACHUCO</b> | <b>H. U. MERINO</b> | <b>BICENTENARIO</b> |
| <b>2009</b>                                       | 103.909      | 35.532            | 63.451              | 0                   |
| <b>2010</b>                                       | 112.603      | 32.281            | 73.288              | 0                   |
| <b>2011</b>                                       | 115.735      | 30.762            | 71.169              | 4.176               |
| <b>2012</b>                                       | 144.574      | 31.705            | 79.701              | 36.650              |
| <b>2013</b>                                       | 130.154      | 29.152            | 70.602              | 37.176              |

Como se puede apreciar durante los últimos años de el porcentaje de exámenes realizados ha tenido un considerable aumento, debido principalmente al incremento de la población inscrita en nuestros Centros de Salud y al funcionamiento del Cefam del Bicentenario, el cual ha tenido un sostenido aumento de su población desde su apertura.

## Total exámenes realizados año 2014



La tabla siguiente muestra los nueve meses del año en curso y refleja una cobertura del 73,68%, en relación a igual período del año 2013.

### EXAMENES REALIZADOS AÑO 2014

| CENTRO DE SALUD | ENERO        | FEBRERO      | MARZO        | ABRIL        | MAYO         | JUNIO        | JULIO        | AGOSTO       | SEPT.        | TOTAL         |
|-----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| Renca           | 14195        | 11361        | 15651        | 15381        | 15642        | 14550        | 14340        | 14028        | 13682        | 128830        |
| Huamachuco      | 2340         | 2171         | 2521         | 3729         | 3729         | 2945         | 3289         | 3134         | 2618         | 26476         |
| H. Urzúa        | 6252         | 5916         | 7983         | 9049         | 7069         | 7839         | 7892         | 8205         | 7042         | 67247         |
| Bicentenario    | 4062         | 4169         | 5263         | 4134         | 3551         | 3552         | 4133         | 3712         | 3669         | 36245         |
| <b>Total</b>    | <b>26849</b> | <b>23617</b> | <b>31418</b> | <b>32293</b> | <b>29991</b> | <b>28886</b> | <b>29654</b> | <b>29079</b> | <b>27011</b> | <b>258803</b> |

### PLANTILLA DE EXAMENES DE MAYOR FRECUENCIA REALIZADOS Y DISPONIBLES EN LA RED DE SALUD LOCAL 2014

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,

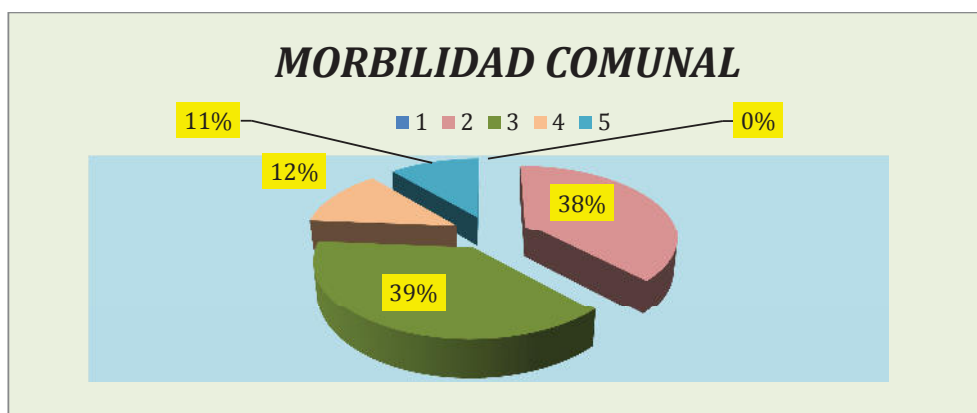
PROTOMBINA, TIEMPO DE O CONSUMO DE (INCLUYE INR, RELACION  
RECUENTO DE PLAQUETAS (ABSOLUTO)  
TTPK  
VELOCIDAD DE ERITROSEDIMENTACION (PROC. AUT.)  
ACIDO URICO, EN SANGRE  
BILIRRUBINA TOTAL (PROC.AUT.)  
BILIRRUBINA TOTAL Y CONJUGADA  
CALCIO EN SANGRE  
CREATININA EN SANGRE  
CREATININASA CK – TOTAL  
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  
COPROPARASITOLOGICO SERIADO SIMPLE (INCLUYE DIAGNOSTICO DE  
GRAHAM, EXAMEN DE (INCLUYE DIAGNOSTICO DE  
VIRUS HEPATITIS B, ANTIGENO DE SUPERFICIE O ANTIGENO  
ANTICUERPOS VIRALES, DETERM. DE H.I.V.  
CREATININA CUANTITATIVA EN ORINA ( indice Mau/crea)  
MICROALBUMINURIA CUANTITATIVA  
ORINA COMPLETA, (INCLUYE COD. 03-09-023 Y 03-09-024)  
ORINA, SEDIMENTO (PROC. AUT.)  
PROTEINA (CUANTITATIVA), EN ORINA  
ESTUDIO HISTOPATOLOGICO (BIOPSIA)

## CONSULTAS MÉDICAS

A continuación se presentan las atenciones realizadas por cada Centro de Salud en la comuna durante el año 2013, detallada cada patología.

| 2013                | MORBILIDAD 2013 |       |       |          |
|---------------------|-----------------|-------|-------|----------|
|                     | RENCA           | URZUA | HCO   | BICENTE. |
| IRA ALTA            | 6130            | 7524  | 2796  | 1659     |
| SBO                 | 1888            | 490   | 1076  | 504      |
| BN                  | 163             | 99    | 161   | 178      |
| ASMA                | 37              | 13    | 15    | 29       |
| EPOC                | 25              | 14    | 67    | 5        |
| OTRAS RESPIRATORIAS | 292             | 1548  | 0     | 35       |
| OBSTETRICA          | 4               | 0     | 2     | 0        |
| GINECOLOGICAS       | 233             | 673   | 46    | 0        |
| ENF.TRANS.SEXUAL    | 2               | 0     | 0     | 0        |
| VIH-SIDA            | 4               | 0     | 0     | 0        |
| OTRAS MORBILIDADES  | 21297           | 16101 | 7759  | 6468     |
| TOTAL               | 30075           | 26462 | 11922 | 8878     |

| 2014                | MORBILIDAD 2014 |        |        |          |
|---------------------|-----------------|--------|--------|----------|
|                     | RENCA           | URZUA  | HCO    | BICENTE. |
| IRA ALTA            | 4978            | 6.530  | 2.567  | 1.322    |
| SBO                 | 929             | 197    | 527    | 504      |
| BN                  | 136             | 119    | 79     | 101      |
| ASMA                | 35              | 64     | 54     | 35       |
| EPOC                | 30              | 100    | 121    | 11       |
| OTRAS RESPIRATORIAS | 1010            | 2.032  | 405    | 171      |
| OBSTETRICA          | 112             | 69     | 21     | 0        |
| GINECOLOGICAS       | 181             | 311    | 109    | 50       |
| ENF.TRANS.SEXUAL    | 6               | 3      | 0      | 0        |
| VIH-SIDA            | 3               | 0      | 0      | 0        |
| OTRAS MORBILIDADES  | 22073           | 14.959 | 7182   | 6786     |
| TOTAL               | 29493           | 24.384 | 11.065 | 8.980    |



## CONSULTAS CARDIO VASCULAR

### ATENCIONES SAPU – ESTADISTICAS COMUNALE

| <b>AÑO 2013</b>       | <b>RENCA</b> | <b>URZUA</b> | <b>HCO</b>  | <b>BICENTENA.</b> | <b>TOTAL</b> |
|-----------------------|--------------|--------------|-------------|-------------------|--------------|
| <b>MÉDICO</b>         | 6464         | 1793         | 3023        | 421               | 11701        |
| <b>ENFERMERA</b>      | 2784         | 2119         | 646         | 128               | 5677         |
| <b>NUTRICIONISTA</b>  | 2523         | 492          | 397         | 647               | 4059         |
| <b>TEC-PARAMÉDICO</b> | 0            | 0            | 188         | 0                 | 188          |
|                       | <b>11771</b> | <b>4404</b>  | <b>4254</b> | <b>1196</b>       | <b>21625</b> |

| <b>AÑO 2014</b>       | <b>RENCA</b> | <b>URZUA</b> | <b>HCO</b>  | <b>BICENTENA.</b> | <b>TOTAL</b> |
|-----------------------|--------------|--------------|-------------|-------------------|--------------|
| <b>MÉDICO</b>         | 6213         | 1598         | 2252        | 780               | 10843        |
| <b>ENFERMERA</b>      | 2686         | 2033         | 939         | 425               | 6083         |
| <b>NUTRICIONISTA</b>  | 1335         | 389          | 492         | 526               | 2742         |
| <b>TEC-PARAMÉDICO</b> | 0            | 0            | 0           | 0                 | 317          |
| <b>TOTAL</b>          | <b>10234</b> | <b>4020</b>  | <b>3683</b> | <b>1931</b>       | <b>19685</b> |

### ATENCIONES SAPU 2013-2014

| <b>año 2013</b> | <b>RENCA</b> | <b>HUAMACHU.</b> | <b>BICENTENA.</b> | <b>TOTAL</b>  |
|-----------------|--------------|------------------|-------------------|---------------|
| <b>INFANTIL</b> | 23738        | 7238             | 11046             | 42022         |
| <b>ADULTO</b>   | 66575        | 13761            | 15427             | 95763         |
| <b>TOTAL</b>    | <b>90313</b> | <b>20999</b>     | <b>26473</b>      | <b>137785</b> |

| <b>año 2014</b> | <b>RENCA</b>  | <b>HUAMACHU.</b> | <b>BICENTENA.</b> | <b>TOTAL</b>  |
|-----------------|---------------|------------------|-------------------|---------------|
| <b>INFANTIL</b> | 37374         | 9858             | 15735             | 62967         |
| <b>ADULTO</b>   | 99993         | 20243            | 20847             | 141083        |
| <b>TOTAL</b>    | <b>137367</b> | <b>30101</b>     | <b>36582</b>      | <b>204050</b> |



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

|   |
|---|
| <b>Cólico abdominal</b>                       |
| <b>cólico renal</b>                           |
| <b>Cuadros respiratorios (NAC.SBO.SBPOC).</b> |
| <b>Accidentes escolares</b>                   |
| <b>Crisis HTA.</b>                            |
| <b>Crisis DMII.</b>                           |
| <b>Accidentes de tránsito</b>                 |
| <b>Constatación de lesiones</b>               |
| <b>Alcoholemias</b>                           |
| <b>Procedimientos quirúrgicos</b>             |
| <b>Patologías de salud mental</b>             |
| <b>Abdomen agudo</b>                          |
| <b>Cirrosis hepática</b>                      |
| <b>Crisis convulsivas</b>                     |

## Patologías extrema urgencias

|                                 |
|---------------------------------|
| <b>Paro cardiorrespiratorio</b> |
| <b>Infarto agudo miocardio</b>  |
| <b>Shock s séptico</b>          |
| <b>Heridas corto punzantes</b>  |
| <b>Heridas arma de fuego</b>    |
| <b>Angina inestables</b>        |
| <b>Hemorragias digestivas</b>   |
| <b>Intoxicaciones</b>           |

## 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   |
| 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    |
| Enfer. del Sist. 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 Lab. 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     |
| <b>Todas las Causas</b>  | <b>66.19</b> | <b>9.26</b>          | <b>2.19</b> | <b>7.50</b> | <b>24.12</b> | <b>11.95</b> | <b>11.13</b> |
| 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 otra parte | 457          | 76                   | 27          | 38          | 69           | 96           | 151          |
| 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 Hematopoyéticos                                     | 33    | 2                    | 3   | 12    | 6     | 4     | 6        |
| 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](http://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 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     |                |
| <b>HOMBRES</b>                        | 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  |
|                                       | Complem. Trabajo Pesado    | 0          | 0              |
| <b>MUJERES</b>                        | 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  |
|                                       | Complem. Trabajo Pesado    | 0          | 0              |
| <b>TOTALES POR TIPO DE BENEFICIO</b>  | 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              |
| <b>TOTAL</b>                          |                            | 1.207.381  | 79.997.762.768 |
| <b>(1) Incluye pagos retroactivos</b> |                            |            |                |

**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 | MONTO \$ (1)   |
|---------------------------------------|----------------------------|------------|----------------|
|                                       |                            | NÚMERO     |                |
| <b>HOMBRES</b>                        | 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  |
|                                       | Complem Trabajo Pesado     | 0          | 0              |
| <b>MUJERES</b>                        | 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  |
|                                       | Complem. Trabajo Pesado    | 0          | 0              |
| <b>TOTALES POR TIPO DE BENEFICIO</b>  | 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              |
| <b>TOTAL</b>                          |                            | 1.209.606  | 80.655.552.701 |
| <b>(1) Incluye pagos retroactivos</b> |                            |            |                |

**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 | MONTO \$ (1)   |
|---------------------------------------|----------------------------|------------|----------------|
|                                       |                            | NÚMERO     |                |
| <b>HOMBRES</b>                        | 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              |
| <b>MUJERES</b>                        | 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              |
| <b>TOTALES POR TIPO DE BENEFICIO</b>  | 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              |
| <b>TOTAL</b>                          |                            | 1.214.111  | 82.822.158.613 |
| <b>(1) Incluye pagos retroactivos</b> |                            |            |                |

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). Si bien cabe mencionar que esta pensión se tramita en el Compin o AFP de cotización del usuario o paciente, el rol que cumplen los Centros de Salud Primarios y Secundarios en esta labor es la base para la gestión y logro del beneficio.

## DESCRIPCIÓN DE FACTORES CONDICIONANTES DE LA COMUNA DE RENCA

### POBLACIÓN

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

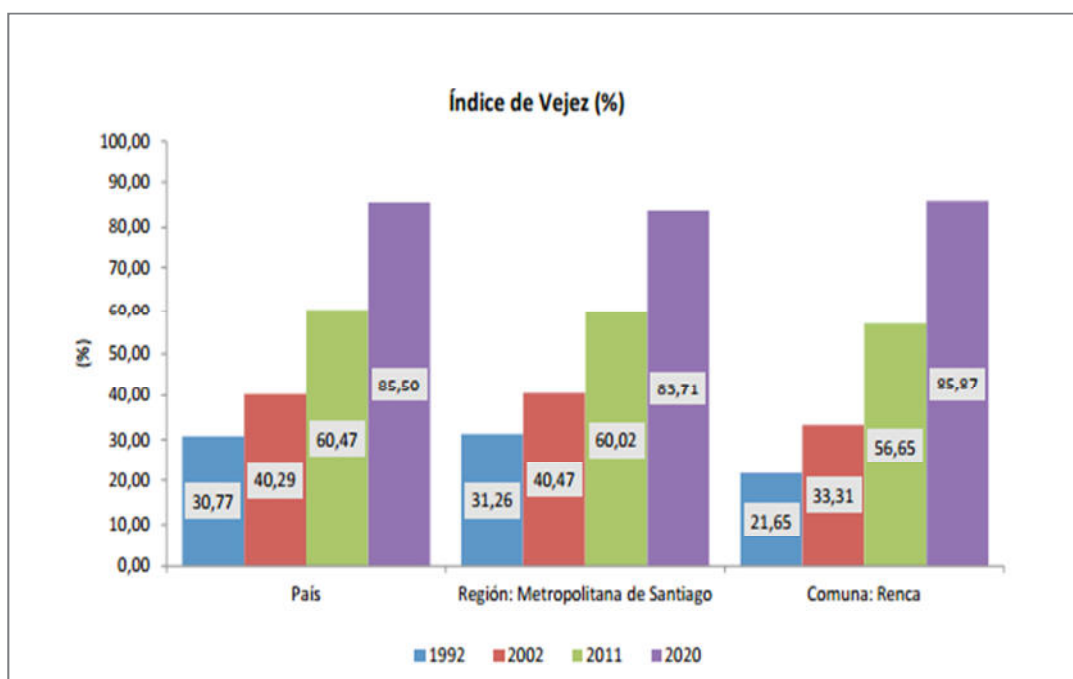
En la comuna de Renca, se advierte que al año 2013, la población se incrementa en un 7,9% respecto al Censo 2002, porque contrario a la tendencia regional, aumenta la tasa de natalidad y por otro lado disminuye la tasa de mortalidad, aumentando de esta forma la esperanza de vida. A ello se agrega el 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:

- Crecimiento vegetativo

| TASA                       | 2005 |      |       | 2010 |      |       |
|----------------------------|------|------|-------|------|------|-------|
|                            | PAIS | RM   | RENCA | PAIS | RM   | RENCA |
| <b>Natalidad</b>           | 14,9 | 14,9 | 15,8  | 14,7 | 14,7 | 17,2  |
| <b>Mortalidad General</b>  | 5,3  | 4,9  | 4,9   | 5,7  | 5,4  | 5,7   |
| <b>Mortalidad Infantil</b> | 7,9  | 7,2  | 7,5   | 7,4  | 7,1  | 7,5   |

Fuente: [www.Minsal.cl](http://www.Minsal.cl)

- Índice vejez



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 se ha organizado en torno a 117 Clubes de Adultos Mayores, una asertiva instancia para la integración social, generación de sentido de pertenencia e importancia de lazos sociales de los adultos mayores.

- **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).

## 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         |
| <b>TOTAL</b> | <b>54.067</b> | <b>61.651</b> | <b>115.718</b> |

## 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 Socia

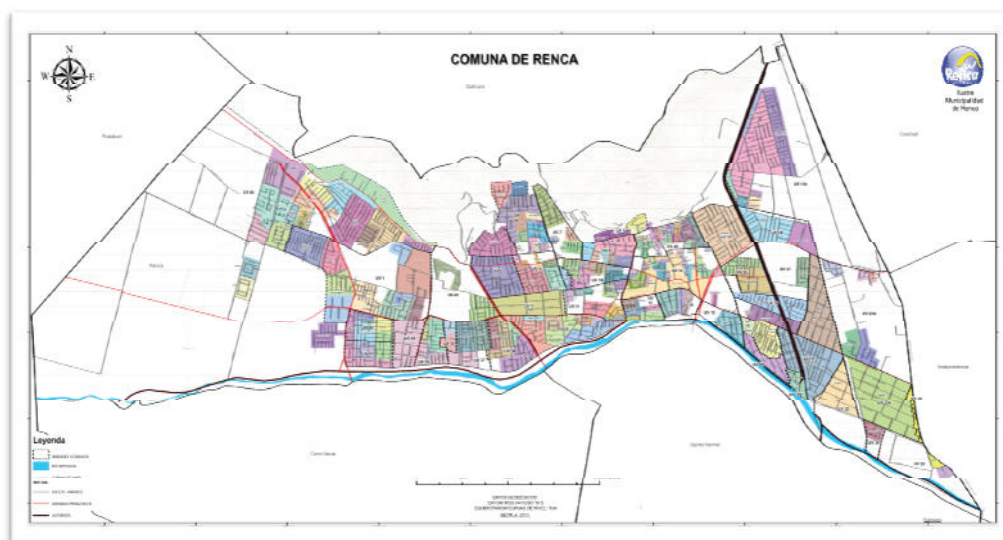
## DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

Renca es una comuna urbana, la cual posee terrenos habitacionales e industriales. Según el ordenamiento territorial las 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.

Los sectores residenciales son amplios en la zona interior de la comuna dividiéndose en 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



### 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 km<sup>2</sup>, lo que equivale al 0,15% de la superficie regional (15.554,51 km<sup>2</sup>) y al 1,14 % de la Provincia de Santiago (2.000 km<sup>2</sup>). 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 Km<sup>2</sup>. 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 durante el año 2014 se postuló por gestión de la Dra. Vicky Barahona Kunstmann al Proyecto para mejoramiento de cerros Isla creado por la Intendencia Metropolitana lo que podría constituir un gran aporte de oxígeno para alegrar Santiago, con todo lo que esto significa, para la descontaminación atmosférica.

**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 Km<sup>2</sup>, 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.

## INGRESOS PROMEDIO DE HOGARES

| Ingresos Promedios        | 2003    | 2006    | 2009    | Región    | País    |
|---------------------------|---------|---------|---------|-----------|---------|
| <b>Ingreso autónomo</b>   | 415.858 | 516.357 | 550.915 | 995.759   | 735.503 |
| <b>Subsidio monetario</b> | 5.035   | 6.313   | 17.174  | 12.724    | 18.792  |
| <b>Ingreso monetario</b>  | 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.

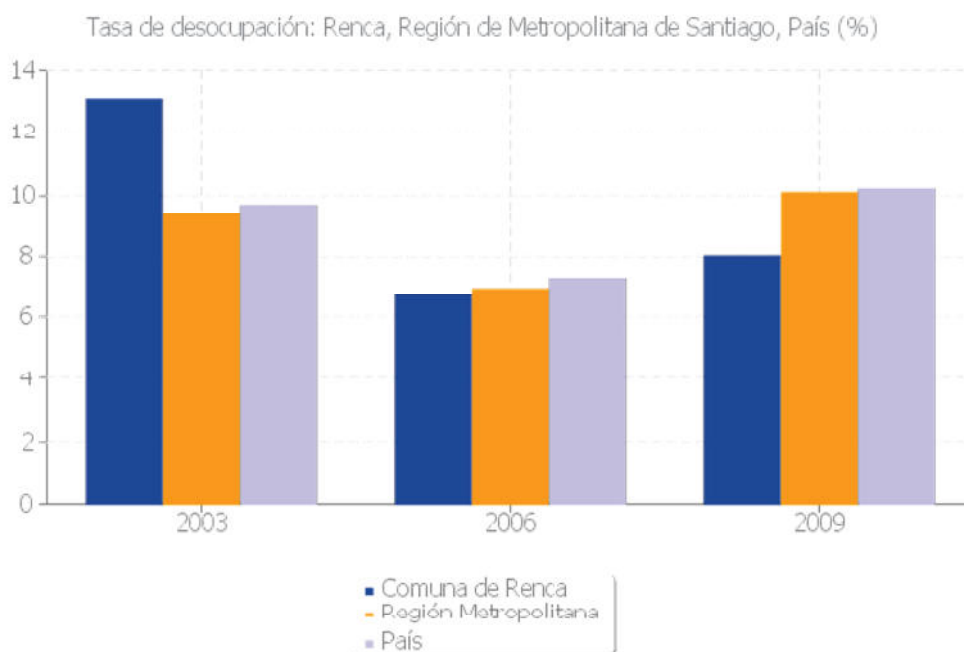
Los principales rubros a tener en cuenta, y donde las comparaciones con el total nacional y regional tienen más relevancia, son comercio al por mayor y menor, transportes, construcción y actividades inmobiliarias, y las actividades relativas a los servicios las cuales, en general, están presentes a lo 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.

| Territorio           | Ocupados  |           |           |           |
|----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                      | 2003      | 2006      | 2009      | 2011      |
| Comuna de Renca      | 51.234    | 57.530    | 53.088    | 53.463    |
| Región Metropolitana | 2.646.393 | 2.882.673 | 2.905.593 | 3.053.904 |
| País                 | 5.994.561 | 6.577.961 | 6.636.881 | 6.914.037 |

| Territorio           | Desocupados |         |         |         |
|----------------------|-------------|---------|---------|---------|
|                      | 2003        | 2006    | 2009    | 2011    |
| Comuna de Renca      | 7.722       | 4.154   | 4.614   | 4.128   |
| Región Metropolitana | 272.496     | 215.992 | 326.132 | 209.017 |
| País                 | 643.977     | 519.357 | 755.252 | 579.050 |

| Territorio           | Inactivos |           |           |           |
|----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                      | 2003      | 2006      | 2009      | 2011      |
| Comuna de Renca      | 38.984    | 38.965    | 43.490    | 39.033    |
| Región Metropolitana | 1.823.071 | 1.939.294 | 2.171.864 | 2.189.606 |
| País                 | 4.995.468 | 5.288.126 | 5.871.272 | 5.900.029 |

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



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      |
| <b>Grande</b>        | 54.199 | 62.117 | 63.971 | 2.177.836 | 2.632.770 | 2.725.697 | 2.889.169 | 3.529.598 | 3.613.373 |
| <b>Mediana</b>       | 7.096  | 9.030  | 6.621  | 604.697   | 680.998   | 695.833   | 1.155.443 | 1.292.662 | 1.278.636 |
| <b>Micro Pequeña</b> | 1.171  | 1.069  | 1.110  | 200.434   | 225.780   | 240.633   | 531.624   | 558.910   | 570.382   |
| <b>Total</b>         | 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    |
|  | <b>Agricultura, ganadería, caza y silvicultura</b> | 50    | 49    | 45      | 12.374  | 11.649  | 10.969  | 95.630  | 90.691  |
| <b>Pesca</b>   | 0  | 0     | 0     | 180     | 180     | 156     | 3.558   | 3.242   | 2.904   |
| <b>Explotaciones de Minas y Canteras</b>   | 5  | 5     | 5     | 1.027   | 1.117   | 1.205   | 4.279   | 5.127   | 5.183   |
| <b>Industrias manufactureras no metálicas</b>  | 277  | 271   | 265   | 20.970  | 20.602  | 20.220  | 42.722  | 42.769  | 43.177  |
| <b>Industrias manufactureras metálicas</b>   | 186  | 181   | 192   | 12.538  | 13.040  | 13.306  | 24.216  | 25.695  | 26.664  |
| <b>Suministro de electricidad, gas y agua</b>  | 8  | 12    | 13    | 706     | 757     | 816     | 2.792   | 2.912   | 3.041   |
| <b>Construcción</b>  | 319  | 311   | 295   | 22.945  | 23.406  | 23.660  | 52.919  | 54.344  | 55.409  |
| <b>Comercio al por mayor y menor, repuestos, vehículos, automotores/enseres domésticos</b> | 1.911  | 1.906 | 1.892 | 132.282 | 129.058 | 128.146 | 320.215 | 315.657 | 314.140 |
| <b>Hoteles y restaurantes</b>  | 104  | 101   | 110   | 10.663  | 11.179  | 11.648  | 35.129  | 36.599  | 37.962  |
| <b>Transporte, almacenamiento y comunicaciones</b>   | 618  | 627   | 617   | 36.877  | 37.250  | 36.426  | 93.713  | 96.119  | 95.401  |
| <b>Intermediación financiera</b>   | 99   | 119   | 134   | 24.863  | 28.429  | 32.513  | 32.660  | 37.486  | 42.900  |
| <b>Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler</b>                              | 324  | 347   | 355   | 55.370  | 59.215  | 64.472  | 96.570  | 104.791 | 113.904 |
| <b>Adm. Pública y defensa, planes de seg. social afiliación obligatoria</b>                | 2  | 3     | 3     | 209     | 209     | 253     | 603     | 603     | 686     |
| <b>Enseñanza</b>   | 37   | 38    | 42    | 3.893   | 4.070   | 4.376   | 8.304   | 8.782   | 9.583   |
| <b>Servicios sociales y de salud</b>   | 18   | 19    | 27    | 8.444   | 9.122   | 10.139  | 16.075  | 17.744  | 19.664  |
| <b>Otras actividades de servicios comunitarios, sociales y personales</b>                  | 224  | 349   | 408   | 24.659  | 28.614  | 33.022  | 50.513  | 60.155  | 70.803  |
| <b>Consejo de administración de edificios</b>  | 0  | 0     | 0     | 176     | 298     | 392     | 247     | 411     | 547     |
| <b>Organizaciones y órganos extraterritoriales</b>   | 0  | 0     | 0     | 45      | 42      | 41      | 52      | 57      | 60      |
| <b>Sin información</b>   | 2  | 2     | 3     | 175     | 101     | 245     | 724     | 452     | 976     |
| <b>Total</b>   | 4.184  | 4.340 | 4.406 | 368.396 | 378.338 | 392.005 | 880.921 | 903.636 | 929.713 |

Fuente: Servicio de Impuestos Internos (SII)

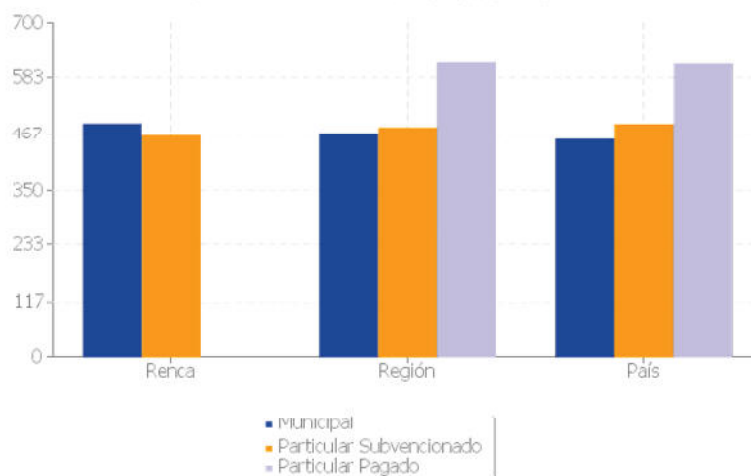
## EDUCACION

En cuanto a la educación, la brecha de alfabetización entre la población no indígena y la población indígena ha tendido a estrecharse. Sin embargo, la educación media parece constituirse en una barrera para los indígenas. El promedio de indígenas que acceden a la educación superior corresponde a la mitad del porcentaje de población no indígena que sí accede a estudios superiores. De 100 chilenos 16 van a la universidad. De 100 indígenas sólo 7 van a la universidad

### NIVEL EDUCACIONAL DE LA POBLACIÓN 2003-2009

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

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



### Resultados promedio PSU por dependencia 2010-2012

| Psu Promedio por Dependencia    | Comuna           |        | Región |        | País   |        |
|---------------------------------|------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
|                                 | 2010             | 2012   | 2010   | 2012   | 2010   | 2012   |
|                                 | <b>Municipal</b> | 472,61 | 490,11 | 468,33 | 470,12 | 454,26 |
| <b>Particular Subvencionado</b> | 465,34           | 460,2  | 480,88 | 482,33 | 487,88 | 489,18 |
| <b>Particular Pagado</b>        |                  |        | 610,59 | 612,78 | 609,08 | 609,97 |

*Fuente: Elaboración propia*

*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      |
|                                 | <b>Corporación Municipal</b> | 9.721  | 7.454     | 318.038   | 264.278   | 613.791   |
| <b>Municipal DAEM</b>           | 0                            | 0      | 194.256   | 151.934   | 1.227.124 | 999.530   |
| <b>Particular Subvencionado</b> | 16.133                       | 16.681 | 766.386   | 831.604   | 1.626.855 | 1.877.514 |
| <b>Particular Pagado</b>        | 0                            | 0      | 151.323   | 159.967   | 254.572   | 262.108   |
| <b>Corporación Privada</b>      | 872                          | 856    | 27.864    | 25.821    | 57.117    | 54.743    |
| <b>Total</b>                    | 26.726                       | 24.991 | 1.457.867 | 1.433.604 | 3.779.459 | 3.701.274 |

*Fuente: Elaboración propia en base Matriculas, Ministerio de Educación (MINEDUC).*

| Porcentaje de alumnos con PSU sobre 450, 2008-2010  |             |      |      |                   |      |      |                          |      |      |
|---|-------------|------|------|-------------------|------|------|--------------------------|------|------|
|   | Municipales |      |      | Particular Pagado |      |      | Particular Subvencionado |      |      |
|   | 2008        | 2009 | 2010 | 2008              | 2009 | 2010 | 2008                     | 2009 | 2010 |
| <b>Comuna de Renca</b>  | 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  |
|-----------------------------|-------|-------|-------|
| <b>Comuna de Renca</b>      | 9,79  | 9,95  | 10,33 |
| <b>Región Metropolitana</b> | 10,99 | 10,83 | 11,19 |
| <b>País</b>                 | 10,16 | 10,14 | 10,38 |

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<br>a                | Regió<br>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       |
| <b>Total</b>        | <b>34.272</b> | <b>33.464</b> | <b>36.350</b> | <b>100</b>                | <b>100</b> | <b>100</b> |

*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       |
| <b>Total</b>                             | <b>34.272</b> | <b>33.464</b> | <b>36.350</b> | <b>100</b>                | <b>100</b> | <b>100</b> |

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

| Calidad de la vivienda CASEN<br>2003-2009  |        |        |        |                              |        |       |
|--|--------|--------|--------|------------------------------|--------|-------|
|  | 2003   | 2006   | 2009   | % según Territorio<br>(2009) |        |       |
|  |        |        |        | Comuna                       | Región | País  |
| <b>Aceptable</b>   | 26.834 | 27.375 | 31.469 | 86,57                        | 88,06  | 80,69 |
| <b>Recuperable</b>   | 6.062  | 5.686  | 4.526  | 12,45                        | 11,42  | 18,17 |
| <b>Irrecuperable</b>   | 1.376  | 403    | 355    | 0,98                         | 0,51   | 1,14  |
| <b>Total</b>   | 34.272 | 33.464 | 36.350 | 100                          | 100    | 100   |
| <i>Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social.</i> |        |        |        |                              |        |       |

**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                | <b>96,3</b> | <b>3,7</b>  | <b>98,5</b> | <b>1,5</b>  |

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 de Renca       | 99.7%           | 0.0%            | 0.3%                               |
| Provincia de Santiago | 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:

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

Deficitaria:

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

El 98,5% de los hogares de Renca cuenta con un sistema adecuado de eliminación de excretas, mientras que sobre 545 (1,5%) hogares tienen un sistema deficitario ó no disponen de un sistema, lo que implica un riesgo sanitario para aprox. 2.180 personas.

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

- 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.

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 |
| <b>Bajo Peso o Desnutrido</b> | 446    | 422   | 421    | 3,62                      | 3,99   | 3,4  |
| <b>Normal</b>                 | 10.240 | 9.278 | 10.187 | 87,55                     | 84,24  | 83,1 |
| <b>Sobre Peso u Obeso</b>     | 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.



## **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.

## **DEPORTES**

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

## ETNIA

De acuerdo a los antecedentes aportados por la Casen 2009, en Chile la población que se autoidentifica con pertenencia a pueblos indígenas, alcanza a 1.188.340 personas lo que equivale al 7% de la población del país, siendo la población mapuche la más grande de todas.

### Población según etnia declarada Casen 2003-2006-2009

| Etnia        | Cantidad de Personas |                |                | % según Territorio (2009) |            |            |
|--------------|----------------------|----------------|----------------|---------------------------|------------|------------|
|              | 2003                 | 2006           | 2009           | Comuna                    | Región     | Pais       |
| 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      |
| <b>Total</b> | <b>135.295</b>       | <b>133.983</b> | <b>141.401</b> | <b>100</b>                | <b>100</b> | <b>100</b> |

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          |
| <b>Total</b>                                  | <b>416</b> |

#### 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.

En términos 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  | 2.171,30 | 2.346,80 | 2.238,70 |
| Región Metropolitana                                     | 2.988,10 | 3.024,20 | 2.979,10 |
| País   | 2.714,70 | 2.889,70 | 2.780,30 |

*Fuente: Subsecretaría de Prevención del Delito, Ministerio del Interior*

## **Detección de problemas asociados a Salud:**

- 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 idéntifica 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- Oportunidades de Integración del adulto Mayor:** Durante este período a través de instancias de participación Ciudadana que ha propiciado nuestra Primera Autoridad Comunal, se ha podido detectar que existe un interés creciente desde la población Adulta Mayor perteneciente a Nuestra Comuna, de alcanzar oportunidades referidas a sus problemáticas de Salud Integral (movilidad, tratamiento de enfermedades crónicas, auto valencia, entre otras).

### **Antecedentes de Salud Comunales**

En Renca los Servicios Públicos de Educación y Salud están bajo la administración de la Corporación Municipal. Para cumplir la función asignada por la ley, la misión del Sistema de Salud Municipal es entregar servicios de Salud Integrales a toda la población de Renca, con la máxima calidad, eficiencia y equidad para hacer de Renca “una comuna saludable”.

El objetivo del servicio de salud municipal se centra en las acciones de promoción, prevención y atención del nivel preventivo y promocional, con un fuerte énfasis en el auto cuidado, más allá de las acciones de carácter curativo.

El dispositivo de Salud de esta Comuna esta compuesto por cuatro Centros de Salud de Atención Primaria: Centro de Salud Renca, Centro de Salud Hernán Urzúa Merino, Centro de Salud Huamachuco y Centro de Salud Familiar Bicentenario. Además de los 4 Centros de Salud, funcionan los Centros Comunitarios de Salud Mental (Cosam 1,2 y 3) y los Servicios de Urgencia; Sapu Central de 24 horas, Sapu Corto de Huamachuco y Bicentenario.



## Red de salud de la comuna

| Población Inscrita en los Centros de Salud       |   |                                |
|--|---|--------------------------------|
| <b>CENTRO DE SALUD</b>                           | <b>Población Per cápita validada año 2011</b> | <b>Nº inscritos porcentual</b> |
| Centro de salud Renca                            | 56.898  |                                |
| Centro de salud Dr. Hernán Urzúa Merino          | 32.791  |                                |
| Centro de salud Huamachuco                       | 15.625  |                                |
| <b>Centro de salud Familiar del Bicentenario</b> | <b>10.401</b>                                 | <b>115.715</b>                 |

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.<br>Contempla mecanismos legales que dotan al ministerio de salud para definir un conjunto de enfermedades priorizadas y las |
| Ley 19.378 | Estatuto para funcionarios de Atención Primaria en Salud.<br>Establece los derechos y deberes contractuales de los funcionarios  |
| Ley 19.813 | Asignación de Estímulo al Desempeño Colectivo.<br>Recompensa salarial para los funcionarios de APS asociada al cumplimiento de metas sanitarias y al mejoramiento de la              |
| 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.<br>Contempla mecanismos legales que dotan al ministerio de salud para definir un conjunto de enfermedades priorizadas y las |
| Ley 19.378 | Estatuto para funcionarios de Atención Primaria en Salud.<br>Establece los derechos y deberes contractuales de los funcionarios  |
| Ley 19.813 | Asignación de Estímulo al Desempeño Colectivo.<br>Recompensa salarial para los funcionarios de APS asociada al cumplimiento de metas sanitarias y al mejoramiento de la              |
| 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

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>ALCALDESA</b> | <b>DRA. VICKY BARAHONA<br/>KUNSTMANN</b>                 |
| DIRECCIÓN        | BLANCO ENCALADA 1335                                     |
| FONO             | (2) 6856600 – 6856602                                    |
| FAX              | (2) 685600   |
| WEB              | <a href="http://www.renca.cl">www.renca.cl</a>           |
| <b>EMAIL</b>     | <a href="mailto:alcaldia@renca.cl">alcaldia@renca.cl</a> |

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <b>SECRETARIO GENERAL (I)</b> | <b>DR. LUIS JAPAZ LUCIO<br/>ODONTÓLOGO</b>                 |
| DIRECCIÓN                     | AV. BLANCO ENCALADA 1335                                   |
| FONO                          | (2) 6856600 – 3523802                                      |
| WEB                           | <a href="http://www.cormuren.cl">www.cormuren.cl</a>       |
| <b>EMAIL</b>                  | <a href="mailto:sgeneral@crenca.cl">sgeneral@crenca.cl</a> |

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>DIRECTORA DE SALUD</b> | <b>DRA. MARIA JESUS ALCALDE<br/>MACHUCA<br/>ODONTÓLOGA</b> |
| DIRECCIÓN                 | AV. BLANCO ENCALADA 1335                                   |
| FONO                      | (2) 6417905  |
| WEB                       | <a href="http://www.cormuren.cl">www.cormuren.cl</a>       |
| <b>EMAIL</b>              | <a href="mailto:sgeneral@crenca.cl">sgeneral@crenca.cl</a> |

## DISPOSITIVOS DE SALUD RED LOCAL

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>CENTRO DE SALUD</b> | <b>RENCA</b>   |
| DIRECTORA (S)          | DRA. DEYSI SÁNCHEZ ZAVALETA                            |
| PROFESIÓN              | MÉDICO   |
| DIRECCIÓN              | BALMACEDA 4420   |
| FONO                   | 26419289   |
| <b>EMAIL</b>           | <a href="mailto:direnca@yahoo.es">direnca@yahoo.es</a> |

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>CENTRO DE SALUD</b> | <b>DR. HERNÁN URZÚA MERINO</b>   |
| DIRECTOR               | DR. GUILLERMO SÁNCHEZ RODRIGUEZ  |
| PROFESIÓN              | ODONTÓLOGO   |
| DIRECCIÓN              | TOTAL BAJO 1011  |
| FONO                   | 26421400   |
| <b>EMAIL</b>           | <a href="mailto:direccionhernanurzua@hotmail.es">direccionhernanurzua@hotmail.es</a> |

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>CENTRO DE SALUD</b> | <b>HUAMACHUCO</b>  |
| DIRECTORA (S)          | SRA. MARILUZ AGUILAR GONZÁLEZ  |
| PROFESIÓN              | ENFERMERA UNIVERSITARIA  |
| DIRECCIÓN              | LOS TULIPANES 2465. HUAMACHUCO II                                      |
| FONO                   | 26411020   |
| <b>EMAIL</b>           | <a href="mailto:director_hco@hotmail.com">director_hco@hotmail.com</a> |

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>CENTRO DE SALUD FAMILIAR</b> | <b>BICENTENARIO</b>  |
| DIRECTOR                        | SRA. JULIA CARDENAS GONZALEZ                                       |
| PROFESIÓN                       | ASISTENTE SOCIAL   |
| DIRECCIÓN                       | AV. BRASIL 8005  |
| FONO                            | 26425842-26425579  |
| <b>EMAIL</b>                    | <a href="mailto:bicentenario@crenca.cl">bicentenario@crenca.cl</a> |

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <b>CENTRO DE SALUD MENTAL</b> | <b>“PORTAL DE LA ALEGRÍA”</b>                                 |
| DIRECTOR                      | DR. NELSON CUTURRUFO ARACENA                                  |
| PROFESIÓN                     | PSIQUIATRA  |
| DIRECCIÓN                     | AV. BRASIL 8005   |
| FONO                          | 26425492  |
| <b>EMAIL</b>                  | <a href="mailto:cosam1@crenca.cl"><u>cosam1@crenca.cl</u></a> |

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <b>CENTRO DE SALUD MENTAL</b> | <b>PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTENSIVO DE ALCOHOL Y DROGAS</b>                             |
| COORDINADORA                  | SRTA. ALICIA VELOSO M.  |
| PROFESIÓN                     | PSICÓLOGA   |
| DIRECCIÓN                     | ANGAMOS 1641  |
| FONO                          | 26469877  |
| <b>EMAIL</b>                  | <a href="mailto:alcoholhydrogas.renca@gmail.com"><u>alcoholhydrogas.renca@gmail.com</u></a> |

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <b>CENTRO DE SALUD MENTAL</b> | <b>PROGRAMA ADOLESCENTE</b>   |
| COORDINADORA                  | SRTA. PAULA PINOCHET VALENZUELA   |
| PROFESIÓN                     | PSICÓLOGA   |
| DIRECCIÓN                     | LOS AROMOS 3330   |
| FONO                          | 26419308  |
| <b>EMAIL</b>                  | <a href="mailto:ohdadolescente.renca@gmail.com"><u>ohdadolescente.renca@gmail.com</u></a> |

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <b>SERVICIO DE SALUD DE URGENCIA</b> | <b>SAPU 24 HRS.</b>   |
| COORDINADOR                          | DR. FELIPE VALENZUELA CERDA   |
| PROFESIÓN                            | MÉDICO  |
| DIRECCIÓN                            | BALMACEDA 4012  |
| FONO                                 | 26415830  |
| <b>EMAIL</b>                         | <a href="mailto:sapurenca@crenca.cl"><u>sapurenca@crenca.cl</u></a> |

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>SERVICIO DE SALUD DE URGENCIA</b> | <b>SAPU CENTRO DE SALUD HUAMACHUCO</b> |
| COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA          | SRA. MARILUZ AGUILAR GONZALEZ          |
| PROFESIÓN                            | ENFERMERA UNIVERSITARIA                |
| DIRECCIÓN                            | LOS TULIPANES 2466                     |
| <b>FONO</b>                          | <b>26467370</b>                        |

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>SERVICIO DE SALUD DE URGENCIA</b> | <b>SAPU CENTRO DE SALUD DEL BICENTENARIO</b> |
| COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA          | SRA. JULIA CARDENAS GONZALEZ                 |
| PROFESIÓN                            | ASISTENTE SOCIAL                             |
| DIRECCIÓN                            | AV. BRASIL 8005                              |
| <b>FONO</b>                          | <b>26425842-26425579</b>                     |

|                        |                             |
|------------------------|-----------------------------|
| <b>UNIDAD DE SALUD</b> | <b>TOMA DE MUESTRAS</b>     |
| COORDINADOR            | DR. FELIPE VALENZUELA CERDA |
| PROFESIÓN              | MEDICO                      |
| DIRECCIÓN              | BALMACEDA 4012              |
| <b>FONO</b>            | <b>26415565</b>             |

## DOTACIÓN DE SALUD AÑO 2015

| CARGO                        | DOTACION     |            |
|------------------------------|--------------|------------|
|                              | HORAS        | CARGOS     |
| DIRECTOR                     | 176          | 4          |
| MEDICO                       | 1584         | 36         |
| ODONTOLOGO                   | 1012         | 23         |
| QUIMICO<br>FARMACEUTICO      | 44           | 1          |
| ENFERMERA                    | 748          | 17         |
| MATRONA                      | 748          | 17         |
| NUTRICIONISTA                | 528          | 12         |
| KINESIOLOGO                  | 660          | 15         |
| ASISTENTE SOCIAL             | 528          | 12         |
| PSICOLOGO                    | 528          | 12         |
| EDUCADORA DE<br>PARVULOS     | 264          | 6          |
| TECNICO DE NIVEL<br>SUPERIOR | 3168         | 72         |
| ADMINISTRATIVOS              | 2640         | 60         |
| AUXILIAR<br>PARAMEDICOS      | 1100         | 25         |
| AUXILIAR DE ASEO             | 1320         | 30         |
| OTROS                        | 176          | 4          |
| TOTAL                        | <b>15224</b> | <b>346</b> |

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

## 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               |        | x |   |   |   |          | x |   |   |   |
| Medicina Física y<br>Rehabilitación | x      |   |   |   |   | x        |   |   |   |   |
| Neurología                          | x      |   |   |   |   |          | x |   |   |   |
| Psiquiatría                         | x      |   |   |   |   | x        |   |   |   |   |
| Urgencia Psiquiatría                | x      |   |   |   | x | x        |   |   |   |   |
| Cirugía                             | x      |   |   |   |   | x        |   |   |   |   |
| Proctología                         | x      |   |   |   |   | x        |   |   |   |   |
| Cirugía vascular y<br>Obstetricia   | x      | x |   |   |   |          | x |   |   |   |
| Ginecología                         | x      |   |   |   |   | x        |   |   |   |   |
| Oftalmología                        | x      | x |   | x |   |          | x |   |   |   |
| Otorrinolaringología                | x      | x |   | 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**



## **EVALUACION 2013-2014**

### INDICADORES DE ATENCION PRIMARIA (IAAPS 2013)

Los Indicadores de Atención Primaria comenzaron a ser medidos a partir de enero del año 2005 como forma de evaluar la calidad de atención en los diferentes programas a nivel nacional. Estos indicadores se miden en semestres móviles y el cumplimiento de las metas planteadas se asocia al traspaso completo o parcial de recursos económicos según resultado, que se encuentran incorporados al per cápita.

El ***Índice de Actividades de la Atención Primaria***, en adelante IAAPS, establece un conjunto de ámbitos a evaluar, con sus respectivos indicadores y funciona aplicando rebajas ante los incumplimientos

La evaluación de los indicadores debe ser un proceso de ejecución sistemática para asegurar el buen desarrollo del plan de salud, en el sentido de que sus resultados permitan:

- Determinar brechas de equidad y calidad, aplicando rebajas o incentivos, dependiendo de los énfasis del mecanismo de evaluación
- Otorgar información útil a los Servicios de Salud, que les permita analizar cada realidad local y efectuar las adecuaciones necesarias , para generar mejoras en el aspecto evaluado

La comuna de Renca se ha destacado, ya que desde que se inició esta medición, el cumplimiento de las actividades ha superado el 98%, lo que lo posesiona en las comunas de mejor cumplimiento del Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

| <b>Componente</b>  | <b>Meta</b> | <b>Logrado</b> |
|--|-------------|----------------|
| <b>COBERTURA EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA (EMP), EN HOMBRES DE 20 A 44 AÑOS</b> | 20.5        | <b>21.9</b>    |
| <b>COBERTURA EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA</b>                                   | 38          | <b>40.6</b>    |
| <b>COBERTURA DE EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO DE 65 AÑOS Y MÁS</b>             | 51.2        | <b>52.7</b>    |
| <b>INGRESO A CONTROL EMBARAZO, ANTES DE LAS 14 SEMANAS</b>                       | 90          | <b>90.5</b>    |
| <b>COBERTURA MEDICINA PREVENTIVA EN ADOLESCENTES</b>                             | 6           | <b>9.8</b>     |
| <b>COBERTURA ALTAS ODONTOLÓGICAS TOTALES EN POBLACION MENOR DE 20 AÑOS</b>       | 21.5        | <b>22.8</b>    |
| <b>GESTION DE RECLAMOS EN ATENCION PRIMARIA</b>                                  | 95          | <b>100</b>     |

|  |       |             |
|--|-------|-------------|
| <b>COBERTURA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS</b>                   | 55.25 | <b>59.5</b> |
| <b>COBERTURA HIPERTENSION ARTERIAL PRIMARIA O ESENCIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS</b>  | 70.4  | <b>73.7</b> |
| <b>COBERTURA DE EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS Y NIÑAS DE 12-23 MESES</b> | 97    | <b>98.1</b> |
| <b>TASA DE VISITA INTEGRAL</b>   | 021   | <b>0.23</b> |

**Actividad GES:** 100% Cumplimiento

### METAS SANITARIAS 2013

Las metas sanitarias se encuentran insertas en la Ley 18813, la cual otorga beneficios para la atención primaria en Salud.

| <b>1.- RECUPERACION RIESGO</b>                              |             |                  |                    |                |
|---|-------------|------------------|--------------------|----------------|
| <b>CENTRO DE SALUD</b>                                      | <b>META</b> | <b>NUMERADOR</b> | <b>DENOMINADOR</b> | <b>LOGRADO</b> |
| <b>RENCA</b>  | 90          | 12               | 12,3               | 97,56          |
| <b>HERNAN URZUA</b>   | 90          | 14               | 15,3               | 91,50          |
| <b>HUAMACHUCO</b>   | 90          | 4                | 4,3                | 93,02          |
| <b>TOTAL COMUNAL</b>  | 90          | 30               | 31,9               | 94,02          |
| <b>2.- COBERTURA DE PAPANICOLAU (ESTADISTICA CITOERPRT)</b> |             |                  |                    |                |
| <b>CENTRO DE SALUD</b>                                      | <b>META</b> | <b>NUMERADOR</b> | <b>DENOMINADOR</b> | <b>LOGRADO</b> |
| <b>RENCA</b>  | 60          | 9641,3           | 10387              | 92,82          |
| <b>HERNAN URZUA</b>   | 53          | 4830,3           | 5835               | 82,78          |
| <b>HUAMACHUCO</b>   | 60          | 2253,3           | 2501               | 90,10          |
| <b>TOTAL COMUNAL</b>  | 58          | 16724,9          | 18723              | 88,56          |

| <b>2.- COBERTURA DE PAPANICOLAU (TARJETERO)</b>                      |             |                  |                    |                |
|--|-------------|------------------|--------------------|----------------|
| <b>CENTRO DE SALUD</b>   | <b>META</b> | <b>NUMERADOR</b> | <b>DENOMINADOR</b> | <b>LOGRADO</b> |
| <b>RENCA</b>   | 60          | 11586            | 10387              | 111,54         |
| <b>HERNAN URZUA</b>  | 53          | 5438             | 5835               | 93,20          |
| <b>HUAMACHUCO</b>  | 60          | 2378             | 2501               | 95,08          |
| <b>TOTAL COMUNAL</b>   | 58          | 19402            | 18723              | 99,94          |
| <b>3.- ATENCION ODONTOLOGICA</b>                                     |             |                  |                    |                |
| <b>3.1- Cobertura Alta Odontológica Total en adolescente 12 años</b> |             |                  |                    |                |
| <b>CENTRO DE SALUD</b>   | <b>META</b> | <b>NUMERADOR</b> | <b>DENOMINADOR</b> | <b>LOGRADO</b> |
| <b>RENCA</b>   | 78          | 843              | 931                | 90,55          |
| <b>HERNAN URZUA</b>  | 58          | 406              | 620                | 65,48          |
| <b>HUAMACHUCO</b>  | 68          | 228              | 276                | 82,61          |
| <b>TOTAL</b>   | 68          | 1477             | 1827               | 79,54          |

|   |             |                  |                    |                |
|---|-------------|------------------|--------------------|----------------|
| <b>COMUNAL</b>  |             |                  |                    |                |
| <b>3.2- Cobertura Alta Odontológica Total en adolescente 6 años</b> |             |                  |                    |                |
|   |             |                  |                    |                |
| <b>CENTRO DE SALUD</b>  | <b>META</b> | <b>NUMERADOR</b> | <b>DENOMINADOR</b> | <b>LOGRADO</b> |
| <b>RENCA</b>  | 75          | 551,3            | 660                | 83,53          |
| <b>HERNAN URZUA</b>   | 74          | 446,3            | 510                | 87,51          |
| <b>HUAMACHUCO</b>   | 70          | 208,3            | 229                | 90,96          |
| <b>TOTAL COMUNAL</b>  | 73          | 1205,9           | 1399               | 87,33          |
| <b>3.3- Cobertura Alta Odontológica Total en Embarazadas</b>        |             |                  |                    |                |
|   |             |                  |                    |                |
| <b>CENTRO DE SALUD</b>  | <b>META</b> | <b>NUMERADOR</b> | <b>DENOMINADOR</b> | <b>LOGRADO</b> |
| <b>RENCA</b>  | 80          | 628              | 769                | 81,66          |
| <b>HERNAN URZUA</b>   | 76          | 453              | 581                | 77,97          |
| <b>HUAMACHUCO</b>   | 80          | 210              | 260                | 80,77          |
| <b>TOTAL COMUNAL</b>  | 79          | 1291             | 1610               | 80,13          |
|   |             |                  |                    |                |

| <b>4.- COBERTURA EFECTIVA DE PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CONTROLADA</b> |             |                  |                    |                |
|--|-------------|------------------|--------------------|----------------|
| <b>CENTRO DE SALUD</b>   | <b>META</b> | <b>NUMERADOR</b> | <b>DENOMINADOR</b> | <b>LOGRADO</b> |
| RENCA  | 24          | 1504,3           | 6112,3             | 24,61          |
| HERNAN URZUA   | 23          | 1036,3           | 3567,3             | 29,05          |
| HUAMACHUCO   | 24          | 460,3            | 1694,3             | 27,17          |
| <b>TOTAL COMUNAL</b>   | 24          | 3000,9           | 11373,9            | 26,94          |
| <b>5.- COBERTURA EFECTIVA DE PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS CON HTA CONTROLADA</b>                      |             |                  |                    |                |
| <b>CENTRO DE SALUD</b>   | <b>META</b> | <b>NUMERADOR</b> | <b>DENOMINADOR</b> | <b>LOGRADO</b> |
| RENCA  | 47          | 6095,3           | 11498,6            | 53,01          |
| HERNAN URZUA   | 52          | 3388,3           | 6298,6             | 53,79          |
| HUAMACHUCO   | 37          | 1209,3           | 3139,6             | 38,52          |
| <b>TOTAL COMUNAL</b>   | 45          | 10692,9          | 20936,8            | 48,44          |
| <b>6.- EVALUACION ANUAL DE PIE DIABETICO EN PERSONAS CON</b>                                       |             |                  |                    |                |

| <b>DIABETES BAJO CONTROL DE 15 Y + AÑOS</b>   |             |                  |                    |                |
|---|-------------|------------------|--------------------|----------------|
| <b>CENTRO DE SALUD</b>  | <b>META</b> | <b>NUMERADOR</b> | <b>DENOMINADOR</b> | <b>LOGRADO</b> |
| <b>RENCA</b>  | 60          | 2120             | 3526,3             | 60,12          |
| <b>HERNAN URZUA</b>   | 60          | 1217             | 2025,3             | 60,09          |
| <b>HUAMACHUCO</b>   | 84          | 850              | 1011,3             | 84,05          |
| <b>TOTAL COMUNAL</b>  | 68          | 4187             | 6562,9             | 68,08          |
| <b>7.- OBESIDAD EN NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS</b>  |             |                  |                    |                |
| <b>CENTRO DE SALUD</b>  | <b>META</b> | <b>NUMERADOR</b> | <b>DENOMINADOR</b> | <b>LOGRADO</b> |
| <b>RENCA</b>  | 7           | 333,6            | 5113,6             | 6,52           |
| <b>HERNAN URZUA</b>   | 7,7         | 297,6            | 3868,6             | 7,69           |
| <b>HUAMACHUCO</b>   | 8           | 143,6            | 1842,6             | 7,79           |
| <b>TOTAL COMUNAL</b>  | 7,6         | 774,8            | 10824,8            | 7,33           |
| <b>8.- CONSEJO DESARROLLO DE SALUD FUNCIONANDO REGULARMENTE EN LOS ESTABLECIMIENTOS</b> |             |                  |                    |                |



| <b>CENTRO DE SALUD</b> | <b>META</b> | <b>NUMERADOR</b> | <b>DENOMINADOR</b> | <b>LOGRADO</b> |
|------------------------|-------------|------------------|--------------------|----------------|
| <b>RENCA</b>           | 100         | 100              | 100                | 100,00         |
| <b>HERNAN URZUA</b>    | 100         | 100              | 100                | 100,00         |
| <b>HUAMACHUCO</b>      | 100         | 100              | 100                | 100,00         |
| <b>TOTAL COMUNAL</b>   | 100         | 100              | 100                | 100,00         |

| OBJETIVO   | ACTIVIDAD  | META   | INDICADOR                           | FUENTE DEL INDICADOR           |
|--|--|--|-------------------------------------|--------------------------------|
| <b>Lograr la compensación efectiva de la población con patologías cardiovasculares estimadas según prevalencia nacional en la comuna de Renca.</b> |  |  |                                     |                                |
| <b>Lograr la compensación efectiva de la población de diabéticos estimados por prevalencia nacional.</b>   | - Controles en el PSCV según protocolo y por equipo multidisciplinario.                  | Lograr el 30,2% de compensación efectiva de la población de diabéticos estimados por prevalencia nacional.                   | $\frac{3112}{10808} * 100 = 28,7\%$ | REM P04, Sección B, C35.       |
| <b>Lograr la compensación efectiva de la población de hipertensos estimados por prevalencia nacional.</b>  | - Rescate de inasistentes.<br>- Realización de talleres educativos.                      | Lograr el 40% de compensación efectiva en la población de hipertensos estimados por prevalencia nacional.                    | $\frac{9570}{20012} * 100 = 47,8\%$ | REM P04, sección B, C34.       |
| <b>Disminuir el riesgo de complicaciones microangiopáticas en la población de diabéticos.</b>  |  |  |                                     |                                |
| <b>Evaluar el riesgo de ulceración del pie diabético en la población bajo control de 15 años y más de la comuna de Renca.</b>                      | - Aplicación de la pauta de estimación de riesgo de ulceración en personas con diabetes. | Evaluar el riesgo de ulceración en pie diabético al 60% de la población bajo control de 15 años y más de la comuna de Renca. | $\frac{2857}{6565} * 100 = 43,5\%$  | REM P04, sección C, C51 a C54. |

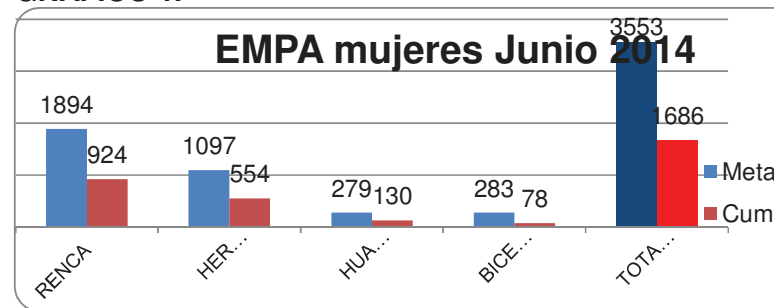
**ANEXOS.**

**1. EMPA MUJER Y VARONES.**

**1.1 TABLA: CUMPLIMIENTO DE EMPA MUJERES 45 A 64 SEGÚN CENTRO DE SALUD Y TOTAL COMUNAL A JUNIO 2014.**

| CENTRO DE SALUD | META ANUAL | CUMPLIMIENTO CES | % DE CUMPLIMIENTO |
|-----------------|------------|------------------|-------------------|
| RENCA           | 1894       | 924              | 49%               |
| HERNAN URZUA    | 1097       | 554              | 51%               |
| HUAMACHUCO      | 279        | 130              | 47%               |
| BICENTENARIO    | 283        | 78               | 28%               |
| TOTAL COMUNA    | 3553       | 1686             | 47%               |

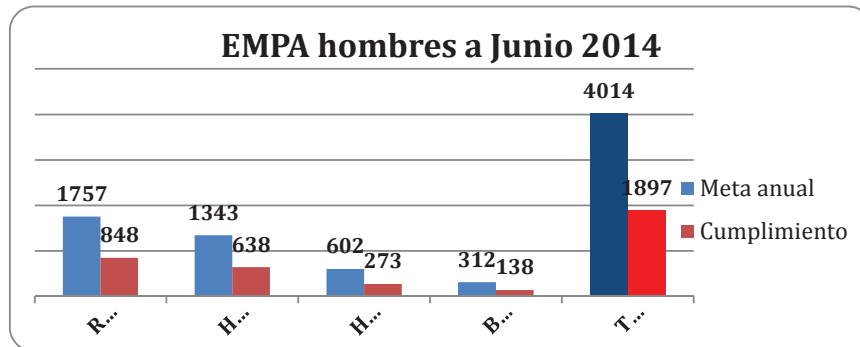
**GRAFICO 1.**



**1.2 TABLA: CUMPLIMIENTO DE EMPA HOMBRES DE 20 A 44 SEGÚN CENTRO DE SALUD Y TOTAL COMUNAL A JUNIO 2014.**

| CENTRO DE SALUD     | META ANUAL  | CUMPLIMIENTO CES | % DE CUMPLIMIENTO |
|---------------------|-------------|------------------|-------------------|
| RENCA               | 1757        | 848              | 48%               |
| HERNAN URZUA        | 1343        | 638              | 48%               |
| HUAMACHUCO          | 602         | 273              | 45%               |
| BICENTENARIO        | 312         | 138              | 44%               |
| <b>TOTAL COMUNA</b> | <b>4014</b> | <b>1897</b>      | <b>47%</b>        |

**GRAFICO 2.**



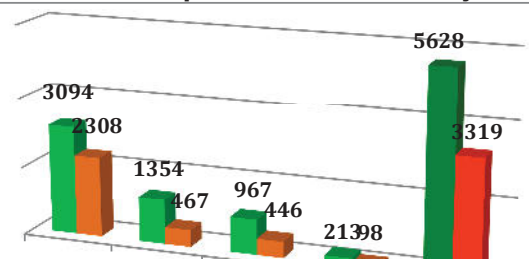
Este IAAPS se encuentra logrado al segundo corte.

## 2. EMPAM

### 2.1 TABLA: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE EMPAM SEGÚN CENTRO DE SALUD Y TOTAL COMUNAL A JUNIO 2014.

| CENTRO DE SALUD     | META ANUAL  | CUMPLIMIENTO CES | % DE CUMPLIMIENTO |
|---------------------|-------------|------------------|-------------------|
| RENCA               | 3094        | 2308             | 75%               |
| HERNAN URZUA        | 1354        | 467              | 34%               |
| HUAMACHUCO          | 967         | 446              | 46%               |
| BICENTENARIO        | 213         | 98               | 46%               |
| <b>TOTAL COMUNA</b> | <b>5628</b> | <b>3319</b>      | <b>59%</b>        |

GRAFICO 3. Cumplimiento EMPAM a junio 2014.



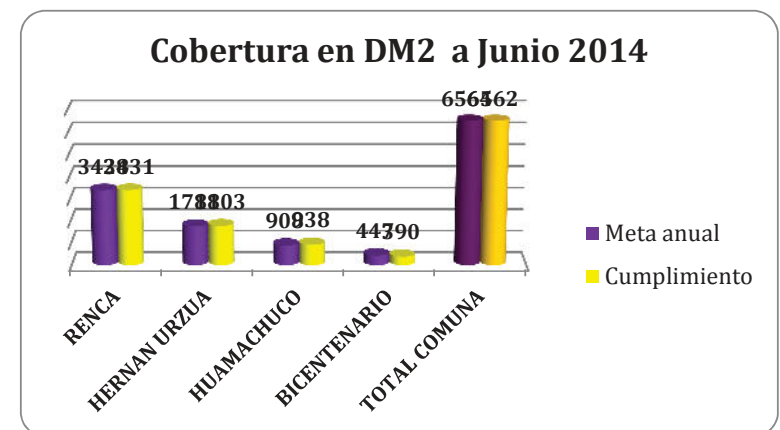
En general, los cuatro centros se encuentran con un muy 59% de nivel de cumplimiento. Cabe señalar que es muy importante el apoyo de los alum

### 3. COBERTURA DIABETES MELLITUS 2 E HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN CENTRO Y TOTAL COMUNAL.

3.1 TABLA: CUMPLIMIENTO DE LA COBERTURA DE DM2 SEGÚN CENTRO.

| CENTROS DE SALUD    | META ANUAL  | CUMPLIMIENTO CES | % DE CUMPLIMIENTO |
|---------------------|-------------|------------------|-------------------|
| RENCA               | 3428        | 3431             | 100%              |
| HERNAN URZUA        | 1781        | 1803             | 101%              |
| HUAMACHUCO          | 908         | 938              | 103%              |
| BICENTENARIO        | 447         | 390              | 87%               |
| <b>TOTAL COMUNA</b> | <b>6564</b> | <b>6562</b>      | <b>100%</b>       |

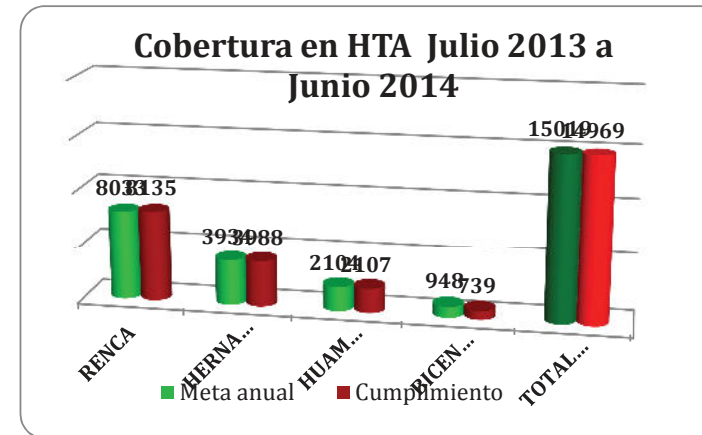
GRAFICO 4.



La cobertura de DM2 para la comuna de Renca, es de un 60% de la población esperada por prevalencia (nacional). Con respecto a esto, la cobertura se encuentra cumplida, salvo en Bicentenario que tiene una población en constante aumento.

| CENTRO DE SALUD     | META ANUAL   | CUMPLIMIENTO CES | % DE CUMPLIMIENTO |
|---------------------|--------------|------------------|-------------------|
| RENCA               | 8033         | 8135             | 101%              |
| HERNAN URZUA        | 3934         | 3988             | 101%              |
| HUAMACHUCO          | 2104         | 2107             | 100%              |
| BICENTENARIO        | 948          | 739              | 78%               |
| <b>TOTAL COMUNA</b> | <b>15019</b> | <b>14969</b>     | <b>100%</b>       |

GRAFICO 5.



A nivel comunal esta meta es cumplida en un 100%. Bicentenario a junio lleva un 78%, porque posee una población en crecimiento.

#### 4. CUMPLIMIENTO DE METAS SANITARIAS AL CORTE DE JUNIO 2014.

4.1 TABLA: COBERTURA EFECTIVA DM2 A JUNIO 2014.

| CENTRO DE SALUD | META ANUAL | CUMPLIMIENTO CES | % DE CUMPLIMIENTO |
|-----------------|------------|------------------|-------------------|
| RENCA           | 1618       | 1630             | 101%              |
| HERNAN URZUA    | 1025       | 842              | 82%               |
| HUAMACHUCO      | 403        | 410              | 102%              |
| BICENTENARIO    | 226        | 230              | 102%              |
| TOTAL COMUNA    | 3272       | 3112             | 95%               |

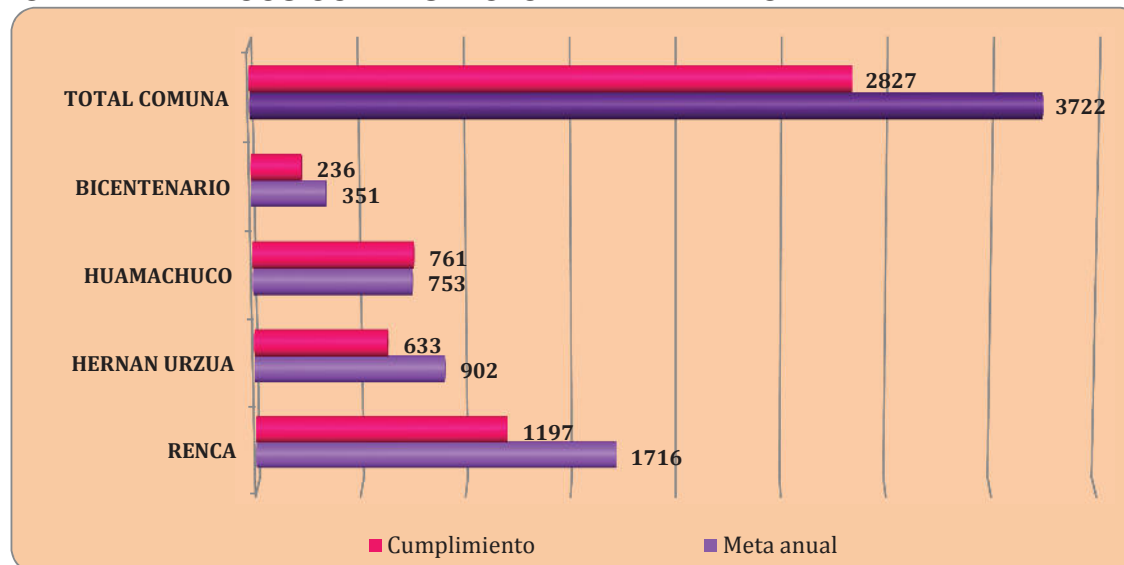
4.2 TABLA: COBERTURA EFECTIVA HTA A JUNIO 2014.

| CENTRO DE SALUD | META ANUAL | CUMPLIMIENTO CES | % DE CUMPLIMIENTO |
|-----------------|------------|------------------|-------------------|
| RENCA           | 3669       | 4851             | 132%              |
| HERNAN URZUA    | 2200       | 3081             | 140%              |
| HUAMACHUCO      | 1120       | 1130             | 101%              |
| BICENTENARIO    | 956        | 508              | 53%               |
| TOTAL COMUNA    | 7945       | 9570             | 120%              |



#### 4.3 EVALUACION ANUAL DEL PIE DIABÉTICO.

**GRAFICO 6. LOGRADO A JUNIO DE EVALUACION DEL RIESGO DE ULCERACIÓN EN LA POBLACION BAJO CONTROL DE DIABÉTICOS CON RESPECTO A LA META ANUAL.**



En cuanto a la cobertura efectiva (compensación) de DM2, se ha observado una gran rotación médica que va en desmedro del logro de la compensación de los usuarios con esta patología, pese a todos los esfuerzos empleados para lograrlo. Sin embargo, durante el segundo semestre se harán mayores esfuerzos para lograr este objetivo.

A diferencia del diabético, el paciente hipertenso tiene una mayor adherencia a su tratamiento por ser más amigable y "más equilibrado" con los hábitos previos. Es por esto que la cobertura efectiva a junio está con un cumplimiento del 120% a nivel comunal.

La evaluación del pie diabético nos demuestra que los esfuerzos del equipo por monitorizar las complicaciones en el diabético, son suficientes como para predecir que en diciembre esta meta está cumplida en un 100%.

### **EVALUACIÓN DE PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA Y ALIVIO DEL DOLOR**

De acuerdo a las actividades realizadas durante el periodo 2014, se puede señalar que se da cumplimiento a lo establecido.

| <b>Objetivo</b>   | <b>Meta</b>  | <b>Actividad</b>   | <b>Indicador</b>  | <b>Fuente del indicador</b>       |
|---|--|--|---|-----------------------------------|
| <b>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.</b> | A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales anuales a personas con dependencia severa. | Atender de forma integral considerando el estado de salud de la persona con dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia. | <b>(1325/327= 3.3)</b><br><br>Lo que indica que se realizaron al menos 3 visitas por paciente dependiente severo. | REM A26<br>Población bajo control |
|   | A lo menos 2 veces a la semana realizar curación en domicilio.                           | Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias para la   | <b>( 46 / 397 * 100= 11.6)</b><br><br>Lo que indica que se realiza  | REM P3                            |

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
|  | prevención y cuidado de escaras (Ulcera por presión)  | aproximadamente 2 visitas semanales para tratamiento de escaras.   |   |
| 100% de los cuidadores de personas con dependencia severa capacitados.               | Se realizan reuniones comunales para capacitar a los cuidadores con un equipo multidisciplinario del programa | <b>(174/174*100=100%)</b><br><br>El 100% de los cuidadores recibieron capacitación.                                      | REM P3                                  |
| 100% de las personas con apoyo monetario a cuidadores registradas en plataforma web. | Mantener registro actualizado en página web para el apoyo monetario a cuidadores.                             | <b>(174 / 174 * 100=100%)</b><br><br>El 100% de los cuidadores registrados en la plataforma web reciben apoyo monetario. | Plataforma web<br>Registro del programa |

### **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 usuarios 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.**

| <b>Centro de Salud</b> | <b>2º semestre 2013</b> | <b>A Junio 2014</b> | <b>Nº pacientes con <u>dependencia severa</u></b> |
|------------------------|-------------------------|---------------------|---|
| <b>Renca</b>           | 2736                    | 3664                | 142   |
| <b>Huamachuco</b>      | 260                     | 234                 | 78  |
| <b>C. Hernán Urzúa</b> | 512                     | 464                 | 127   |
| <b>Bicentenario</b>    | 113                     | 70                  | 50  |
| <b>T. Comunal</b>      | <b>3621</b>             | <b>4432</b>         | <b>397</b>  |

Se puede destacar en este ítem es que las visitas realizadas no sólo son a pacientes dependientes severos, sino que también se realizan visitas a pacientes dependientes moderados, además de mencionar que falta unificar los datos registrados en el REM de cada establecimiento.

que al contrastar el número de pacientes con dependencia severa y el n° de visitas, se puede apreciar que es muy complejo verlos cada 3 meses como debiera ser. Esto por la escasez del recurso médico y el vehículo, entre otras.

## 2.- Número de Visitas Domiciliaria Alivio del Dolor.

| Centro de Salud | 2º semestre 2013 | A Junio 2014 | Nº ingresos Al Programa alivio del dolor. |
|-----------------|------------------|--------------|---|
| Renca           | 100              | 120          | 31  |
| Huamachuco      | 62               | 56           | 9   |
| C. Hernán Urzúa | 63               | 57           | 8   |
| Bicentenario    | 16               | 42           | 11  |
| T. Comunal      | 241              | 275          | 59  |

El Programa de alivio del dolor en promedio realiza una visita semanal a pacientes con cáncer terminal. Superando ampliamente la orientación programática 2014, que establece 1 visita mensual.

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

|              | DEPENDIENTES MODERADOS | DEPENDIENTES SEVEROS | CON ESTIPENDIO |
|--------------|------------------------|----------------------|----------------|
| Renca        | 109                    | 142                  | 68             |
| Huamachuco   | 0                      | 78                   | 31             |
| H. Urzúa     | 18                     | 127                  | 59             |
| Bicentenario | 5                      | 50                   | 31             |
| Comunal      | 132                    | 397                  | 189            |



EVALUACION PROGRAMA INFANTIL



| OBJETIVO   | ACTIVIDAD  | META  | INDICADOR     | FUENTE DEL INDICADOR                              |
|--|--|---|---------------|---|
| <b>Promover acciones de estilo de vida saludable vinculadas a la alimentación y actividad física</b>       | Realizar actividades de promoción en temas de alimentación en jardines infantiles, colegios y/o centros comunitarios | Realizar a lo menos 4 actividades educativas comunalmemente en temas de alimentación saludable. Realizar a lo menos de 1 jornada por Centro de Salud. | 4 / 4 = 100%  | Registro Local                                    |
| <b>Fortalecer el control de salud de niños y niñas con intervenciones educativas de apoyo a la crianza</b> | NEP Taller "Nadie es Perfecto".  | 28 talleres   | 9/28= 32,1%   | Sistema de registro y monitoreo CHCC (modelo NEP) |
| OBS. Personal acreditado por el servicio salud y se cuenta con 6 facilitadores en la comuna.               |  |   |               |   |
| <b>Promover factores protectores</b>   | Aplicación pauta neurosensorial  | 100%  | 750/911=82,3% | Rem A03   |



OBS: Esta pauta es aplicada por médico y busca detectar de manera precoz alteraciones neurológicas. No se cumple el 100% de lo programado por inasistencia de los lactantes, ya que al ser rescatados posteriormente no cumplen el rango de edad.

|   |      |               |                        |
|---|------|---------------|------------------------|
| Cobertura Rx pelvis a lactantes 3 meses de edad | 100% | 532/541=98,3% | SERIE BM18A<br>REM A01 |
|---|------|---------------|------------------------|

OBS: La RX es una estrategia implementada para la pesquisa oportuna de la displasia de caderas, es una garantía explícita de salud y Actualmente se considera las Rx realizadas no así las derivadas.

|   |     |                            |         |
|---|-----|----------------------------|---------|
| Aplicación Massie-Campbell a los 4 y 12 meses | 60% | 4 meses<br>581/911=63,7%   | REM A03 |
|   | 30% | 12 meses<br>571/1570=36,3% |         |

OBS: Esta evaluación mide la calidad de apego madre e hijo, para poder aplicarlo el profesional debe estar acreditado por el servicio de salud.

|                          |       |                |         |
|--------------------------|-------|----------------|---------|
| Pauta DSM a los 8 meses  | 80%   | 686/919=74,6%  | REM A03 |
| Pauta DSM a los 18 meses | 98,1% | 877/1770=49,5% | REM A03 |

OBS: este indicador es un índice de actividad de salud de atención primaria el cual busca una detección temprana del déficit del desarrollo psicomotor para una intervención oportuna. La comuna está dentro del porcentaje esperado.

|                                 |     |               |         |
|---------------------------------|-----|---------------|---------|
| Aplicación Tepsi a los 36 meses | 50% | 766/889=85,2% | REM A03 |
|---------------------------------|-----|---------------|---------|

OBS: en el primer semestre de este año se mejoró la cobertura en la aplicación del

tepsi , alcanzando una cobertura de un 85.2% .

|   |  |      |                |         |
|---|--|------|----------------|---------|
| <b>Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenible.</b>                                   | Cobertura vacuna al 6to mes                            | 95%  | 870/1978=43,9% | RNI     |
|   | Cobertura vacuna a los 12 meses                        | 95%  | 860/1796=47,8% | RNI     |
| <b>Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables como factores protectores.</b> | Cobertura de consulta Nutricional al 5to mes           | 85%  | 700/919=76,1%  | P 02    |
|   | Cobertura de consulta nutricional a los 3 años 6 meses | 50%  | 385/980=39,2%  | P 02    |
|   | Cobertura LME al sexto mes                             | 60%  | 398/649=61,3%  | REM A03 |
| <b>Disminuir el déficit del desarrollo psicomotor de niños con</b>                            | Derivación de niños con Rezago a sala de estimulación  | 100% | 462/466=99,1%  | REM A03 |

|   |     |             |         |
|---|-----|-------------|---------|
| Recuperación de niños de 18 meses con déficit en el DSM | 90% | 10/14=71,4% | REM A03 |
|---|-----|-------------|---------|

OBS: Los niños con déficit en el DSM que ingresan al tope del mes de corte estadístico no logran su recuperación en los plazos establecidos, puesto que les corresponde la reevaluación en el segundo periodo.

|  |           |                             |                     |
|--|-----------|-----------------------------|---------------------|
| Visita Domiciliaria integral a niños con déficit del DSM | Tasa: 1.5 | 77/47=1,63 visita por niños | Rem+ registro local |
|--|-----------|-----------------------------|---------------------|

**Mantener o disminuir la prevalencia de obesidad en población menor de 6 años**

|                       |      |                 |            |
|-----------------------|------|-----------------|------------|
| Consulta Nutricional. | 7,7% | 791/10466=7,55% | Remp junio |
|-----------------------|------|-----------------|------------|

OBS: Este indicador es meta sanitaria con prevalencias distintas en cada centro de salud, la meta comunal es de un 7,7%

En relación a enfermedades respiratorias en población infantil, se ha mantenido estrategia de actividades de educación a grupos de madres o cuidadores de menores con factores de riesgo de morir por bronconeumonía, y se ha observado desde el año 2012 a la fecha disminución de porcentaje de hospitalizaciones abreviadas en relación a consultas respiratorias, de un 2.3% a 1.8%. razón por la que se mantendrá la misma estrategia, asimismo se mantendrá prioridad de atención en consultas de morbilidad a la población menor de 5 años.

## EVALUACIÓN PROGRAMA DE LA MUJER COMUNA DE RENCA

### 1. METAS SANITARIAS Nº MUJERES CON CITOLOGÍA VIGENTE DE 25 A 64 AÑOS

|            |             |     |   |                             |
|------------|-------------|-----|---|-----------------------------|
| RENCA      | PAPANICOLAU | 58% | 8661/16077 = 53.9%<br>10785/16077 = 67.2% | CITOEXPERT<br>TARJETERO APS |
|            | PAPANICOLAU | 50% | 4056/9201 = 44.1%                         | CITOEXPERT                  |
| HUAMACHUCO | PAPANICOLAU | 58% | 1944/4169 = 46.6%                         | CITOEXPERT                  |
|            | PAPANICOLAU | S/M | 1128/2947 = 38.3%                         | CITOEXPERT                  |

### 2. INDICES DE ATENCIÓN PRIMARIA A) CAPTACIÓN PRECOZ DEL EMBARAZO Nº GESTANTES INGRESADAS A CONTROL PRENATAL ANTES DE LAS 14 SEMANAS DE GESTACIÓN.

|       |                              |       |                  |                        |
|-------|------------------------------|-------|------------------|------------------------|
| RENCA | INGRESO ANTES DE LAS 14 SEM. | 90%   | 237/301 = 78.7 % | REGISTRO APS<br>REM 01 |
|       | INGRESO ANTES DE LAS 14 SEM. | 90.5% | 123/217 = 56.7%  | REGISTRO APS<br>REM 01 |

|                   |                                     |              |                        |                            |
|-------------------|-------------------------------------|--------------|------------------------|----------------------------|
| <b>HUAMACHUCO</b> | <b>INGRESO ANTES DE LAS 14 SEM.</b> | <b>90.5%</b> | <b>83/83 = 100%</b>    | <b>REGISTRO APS REM 01</b> |
|                   | <b>INGRESO ANTES DE LAS 14 SEM.</b> | <b>90.5%</b> | <b>124/135 = 91.8%</b> | <b>REGISTRO APS REM 01</b> |

**B) MONITOREO GES.**

**Nº USUARIAS DERIVADAS Y ATENDIDAS EN NIVEL SECUNDARIO POR SOSPECHA CA CU**

**Nº USUARIAS DERIVADAS Y ATENDIDAS EN NIVEL SECUNDARIO POR SOSPECHA CA MA**

|  |              |             |                     |                     |
|--|--------------|-------------|---------------------|---------------------|
|  | <b>CA CU</b> | <b>100%</b> | <b>33/33 = 100%</b> | <b>REM - P 12</b>   |
|  | <b>CA MA</b> | <b>100%</b> | <b>23/23 = 100%</b> | <b>REGISTRO APS</b> |
|  | <b>CA CU</b> | <b>100%</b> | <b>11/11 = 100%</b> | <b>REM - P 12</b>   |
|  | <b>CA MA</b> | <b>100%</b> | <b>4/4 = 100%</b>   | <b>REGISTRO APS</b> |
|  | <b>CA CU</b> | <b>100%</b> | <b>11/11= 100%</b>  | <b>REM - P 12</b>   |
|  | <b>CA MA</b> | <b>100%</b> | <b>0</b>            | <b>REGISTRO APS</b> |
|  | <b>CA CU</b> | <b>100%</b> | <b>7/7 = 100%</b>   | <b>REM - P 12</b>   |
|  | <b>CA MA</b> | <b>100%</b> | <b>8/8 = 100%</b>   | <b>REGISTRO APS</b> |
|  | <b>CA CU</b> | <b>100%</b> | <b>62/62= 100%</b>  | <b>REM - P 12</b>   |
|  | <b>CA MA</b> | <b>100%</b> | <b>35/35= 100%</b>  | <b>REGISTRO APS</b> |

**3. PROGRAMA BIOPSIICOSOCIAL DE APOYO A LA PRIMERA INFANCIA CHILE CRECE CONTIGO  
A) INDICADORES DE INVERSIÓN**

---

|            |  |     |               |          |
|------------|--|-----|---------------|----------|
| RENCA      | VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL A GESTANTES | 1.5 | 58/160 = 0.36 | REM A 26 |
|            | VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL A GESTANTES | 1.5 | 165/151=1.1   | REM A 26 |
| HUAMACHUCO | VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL A GESTANTES | 1.5 | 23/           | REM A 26 |
|            | VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL A GESTANTES | 1.5 | 108/25 = 4.32 | REM A 26 |
| COMUNAL    | VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL A GESTANTES | 1.5 |               | REM A 26 |

---

|            |  |     |               |          |
|------------|--|-----|---------------|----------|
| RENCA      | 2 <sup>a</sup> V.D. INTEGRAL A<br>GEST. CON RIESGO | 20% | 3/159 = 1.8%  | REM - P1 |
|            | 2 <sup>a</sup> V.D. INTEGRAL A<br>GEST. CON RIESGO | 20% | 57/147= 38,8% | REM - P1 |
| HUAMACHUCO | 2 <sup>a</sup> V.D. INTEGRAL A<br>GEST. CON RIESGO | 20% | 0/32= 0%      | REM - P1 |
|            | 2 <sup>a</sup> V.D. INTEGRAL A<br>GEST. CON RIESGO | 20% | 9/34 = 26.4%  | REM - P1 |
| COMUNAL    | 2 <sup>a</sup> V.D. INTEGRAL A<br>GEST. CON RIESGO | 20% | 69/372= 18.5% | REM - P1 |

---

|            |                            |     |                   |         |
|------------|----------------------------|-----|-------------------|---------|
| RENCA      | CONTROL PRECOZ DE LA DIADA | 70% | 251/346 = 72.5%   | REM A 1 |
|            | CONTROL PRECOZ DE LA DIADA | 70% | 67/220 = 30.5%    | REM A 1 |
| HUAMACHUCO | CONTROL PRECOZ DE LA DIADA | 70% | 122/160 = 76.2%   | REM A 1 |
|            | CONTROL PRECOZ DE LA DIADA | 70% | 102/164 = 62.2%   | REM A 1 |
| COMUNAL    | CONTROL PRECOZ DE LA DIADA | 70% | 542/890 = 60.9%74 | REM A 1 |

#### B) INDICADORES PADBP PARA COMUNAS COSTO FIJO

|       |                                      |      |                |         |
|-------|--------------------------------------|------|----------------|---------|
| RENCA | EPSA APLICADA EN 1º CONTROL PRENATAL | 100% | 308/308 = 100% | REM A 5 |
|       | EPSA APLICADA EN 1º CONTROL PRENATAL | 100% | 217/217 = 100% | REM A 5 |
|       | EPSA APLICADA EN                     |      |                |         |



|            |                                      |      |                |          |
|------------|--------------------------------------|------|----------------|----------|
| HUAMACHUCO | 1º CONTROL PRENATAL                  | 100% | 83/83 = 100%   | REM A 5  |
|            | EPSA APLICADA EN 1º CONTROL PRENATAL | 100% | 135/135 = 100% | REM A 5  |
| COMUNAL    | EPSA APLICADA EN 1º CONTROL PRENATAL | 100% | 743/743 = 100% | REM A 5  |
| RENCA      | TALLERES GRUPALES                    | 80%  | 54/308= 17.5%  | REM A 27 |
|            | TALLERES GRUPALES                    | 80%  | 0              | REM A 27 |
| HUAMACHUCO | TALLERES GRUPALES                    | 80%  | 0              | REM A 27 |
|            | TALLERES GRUPALES                    | 80%  | 188/135 = 139% | REM A 27 |
| COMUNAL    | TALLERES GRUPALES                    | 80%  | 242/743= 32.6% | REM A 27 |

#### 4. CONVENIOS DE RESOLUTIVIDAD

---



---

|        |                                |            |          |           |           |           |           |           |          |          |          |
|--------|--------------------------------|------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|
| M<br>A | <b>SOLICITADAS</b>             | <b>225</b> | <b>1</b> | <b>42</b> | <b>83</b> | <b>69</b> | <b>19</b> | <b>10</b> | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>0</b> |
|        | <b>INFORMADAS</b>              | <b>253</b> | <b>1</b> | <b>43</b> | <b>82</b> | <b>88</b> | <b>23</b> | <b>12</b> | <b>3</b> | <b>1</b> | <b>0</b> |
| G<br>R | <b>BIRADS 0</b>                | <b>19</b>  | <b>0</b> | <b>5</b>  | <b>4</b>  | <b>6</b>  | <b>3</b>  | <b>1</b>  | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>0</b> |
|        | <b>BIRADS 1-2</b>              | <b>169</b> | <b>0</b> | <b>27</b> | <b>54</b> | <b>63</b> | <b>17</b> | <b>5</b>  | <b>3</b> | <b>0</b> | <b>0</b> |
| I<br>A | <b>BIRADS 3</b>                | <b>14</b>  | <b>0</b> | <b>3</b>  | <b>0</b>  | <b>8</b>  | <b>0</b>  | <b>2</b>  | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>0</b> |
|        | <b>BIRADS 4-5-6</b>            | <b>1</b>   | <b>0</b> | <b>0</b>  | <b>0</b>  | <b>0</b>  | <b>0</b>  | <b>1</b>  | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>0</b> |
|        | <b>SIN INFORME<br/>BIRADS</b>  | <b>50</b>  | <b>1</b> | <b>8</b>  | <b>24</b> | <b>11</b> | <b>3</b>  | <b>3</b>  | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>0</b> |
|        | <b>SOLICITADAS</b>             | <b>3</b>   | <b>0</b> | <b>2</b>  | <b>0</b>  | <b>0</b>  | <b>0</b>  | <b>1</b>  | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>0</b> |
|        | <b>INFORMADAS</b>              | <b>5</b>   | <b>0</b> | <b>3</b>  | <b>1</b>  | <b>0</b>  | <b>0</b>  | <b>1</b>  | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>0</b> |
|        | <b>SOSPECHA<br/>MALIGNIDAD</b> | <b>2</b>   | <b>0</b> | <b>1</b>  | <b>0</b>  | <b>0</b>  | <b>0</b>  | <b>1</b>  | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>0</b> |

### **Evaluación Sala de Rehabilitación Comunal**

El Cesfam del Bicentenario de Renca se encuentra en constante crecimiento, el número de inscritos a la fecha bordea los 17.000 usuarios. Tomando las recomendaciones para la dotación de personal de salud de un cesfam, se obtiene que 1 kinesiólogo es para alrededor de 10.000 usuarios, en lo que respecta a estrategias RBC se sugiere 1 kinesiólogo y 1 terapeuta ocupacional para 30.000 usuarios a cargo.

Junto con lo anterior, cabe destacar que la sala de Rehabilitación RBC, ubicada en el segundo piso del Cesfam del Bicentenario de Renca, es una estrategia con carga y metas aparte al Cesfam y de carácter Comunal, es así que la población objetivo de la sala de rehabilitación son todos los usuarios inscritos en algún centro de salud de la comuna.

La sala de rehabilitación recibe derivaciones desde el Instituto Traumatológico, Hospital Félix Bulnes, Hospital San Juan de Dios y todos los centros de Salud de la Comuna. Atiende patologías de origen traumático (fracturas, esguinces grado II y III), no traumático (cervicalgias, dorsalgias, lumbalgias, síndromes de hombro dolorosos, cervicobraquialgias, epicondilitis, síndrome del túnel del carpo, gonalgias, coxalgias, fascitis plantares, etc), neurológicas (secuelas de accidentes vasculares, parálisis faciales, párkinson) y a la vez realiza un trabajo comunitario de promoción y prevención en Salud para todo el ciclo vital.

Ahora bien el rendimiento de la sala RBC es de 4 usuarios por hora para los controles no neurológicos, 1 por hora para los controles o ingresos neurológicos y 2 usuarios por hora cuando es ingreso traumatológico. La atención es de 1 hora para cada usuario.

Equipo de Trabajo

- Kinesiólogos: 2 profesionales que suman un total de 77 hrs semanales.

|                      |                |
|----------------------|----------------|
| <b>Cristian Jara</b> | <b>44 hrs.</b> |
| <b>Jorge Avello</b>  | <b>33 hrs.</b> |

- Terapeuta Ocupacional: una profesional Ana Olgún, 44hrs semanales.

Cumplimiento de Metas.

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

| <b>META</b>   | <b>Cumplimiento a Agosto</b> |
|---|------------------------------|
| <b>10 % de procedimientos corresponden a fisioterapia</b> | <b>28%</b>                   |

|  |      |
|--|------|
| <b>10% PsD con visita domiciliaria integral</b>  | 12%  |
| <b>10% de las PsD logran inclusión social.</b>   | 62%  |
| <b>50% egreso posterior al plan de tratamiento</b>   | 75%  |
| <b>20% de los ingresos son PsD con parkinson, secuela ave u otro defícil secundario con compromiso neuromuscular</b> | 22%  |
| <b>50% de las actividades de promoción y educación corresponden a actividades grupales.</b>                          | 100% |

Del corte Agosto 2014 entregado recientemente por el SSMOC se desprende que la Sala RBC realizó:

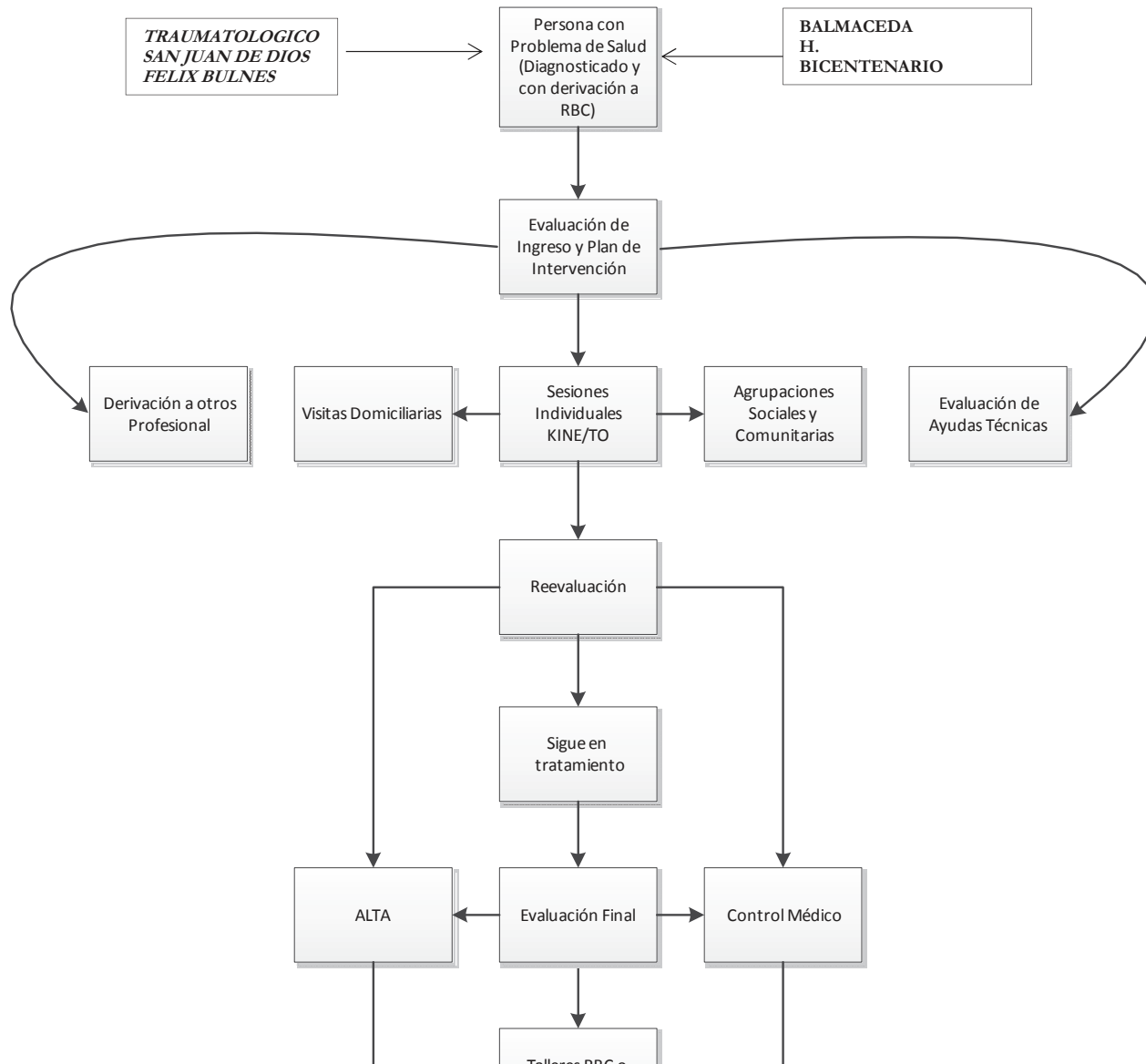
- 689 Ingresos: siendo el 8° lugar a nivel nacional (de 199 salas) y 3° lugar a nivel regional (64 salas)
- 407 Egresos: siendo el 5° lugar a nivel nacional (de 199 salas) y a nivel regional 3° lugar de las 64 salas.
- 145 ingresos por patología neurológica.

### Atención Usuaría

Mensualmente se realizan alrededor de 600 atenciones, a un total de 300 usuarios aproximadamente, además se ofrecen los talleres de:

| <b>Taller</b>                             | <b>Horario</b>                 |
|---|--------------------------------|
| <b>Artrosis</b>                           | Miércoles 14:30-16:30hrs       |
| <b>Estimulación Cognitiva</b>             | Cada 15 días                   |
| <b>Act. Física para todo público</b>      | Martes y Jueves 10:30-12:00hrs |
| <b>Prevención en Patologías de Hombro</b> | Miercoles 14:30-15:30hrs       |
| <b>Prevención de Caídas</b>               | Miércoles 15:30-16:30hrs       |
| <b>Ergoterapia</b>                        | Lunes 10:30-12:00hrs           |
| <b>Cuidados al Cuidador de pcte AVE</b>   | 1 mensualmente                 |
| <b>Salida Socio recreativa</b>            | 3 al año                       |

# Flujograma de Acceso



**EVALUACION 2014**

CENTRO DE SALUD:

NOMBRE DEL PROGRAMA: PLAN VIDA SANA OBESIDAD

RESPONSABLE DE ELABORACIÓN: CONSTANZA BOTTO C

| <b>OBJETIVO</b>  | <b>ACTIVIDAD</b>  | <b>META</b>  | <b>INDICADOR</b>                                    | <b>FUENTE DEL INDICADOR</b>  |
|--|---|--|---|--|
| <b>Mejorar el estado nutricional, funcional, y perfil metabólico de niños y niñas, adolescentes, en etapa de post-parto.</b> | Consiste en 4 meses de intervención, con un control tardío al 6º, 9º y 12 meses post intervención.<br><br>5 Atenciones individuales (1 médico, 2 nutricionista y 2 psicólogo).<br><br>10 Intervenciones grupales (5 nutricionista y 5 psicólogos).<br><br>40 Sesiones guiadas de actividad física a cargo | 50% de las personas intervenidas mejora su PC al cuarto mes. | % de beneficiarios que mejora perímetro de cintura. | (Número de beneficiarios de 6 a 19 años que egresan al 4º mes y mejoran su condición de categorización de PC / Número total de beneficiarios de 6 a 19 años con cuarto control realizado)*100. |

|  |   |  |   |  |
|--|---|--|---|--|
|  | de un profesor(a) de educación física, terapeuta de actividad física, kinesiólogo(a) y/o derivación a gimnasio. |  |   |  |
|  |   | 60% de las personas intervenidas mejora su condición física al cuarto mes. | % de beneficiarios que mejoran condición física.        | (Número de beneficiarios de 6 y 19 años que egresan al 4º mes y mejoran su condición física/ Número total de beneficiarios de 6 a 19 años con cuarto control realizado)*100. |
|  |   | 50% de las personas intervenidas mejora intolerancia a                     | % de beneficiarios que mejora intolerancia a la glucosa | (Número de beneficiarios de 6 a 19 años que egresan al 4º mes y  |



|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
|  |  | la glucosa.  |  | mejoran su condición intolerancia a la glucosa / Número total de beneficiarios de 6 a 19 años con cuarto control realizado que presentan intolerancia a la glucosa al ingreso )*100.          |
|  |  | 50% de los niños/as de 6 a 18 años intervenidos mejoran Z score de IMC. (*)<br><br>(*) En adolescentes de 19 años se considera reducción del 5% del peso al término de | % de beneficiarios que egresan y mejoran el Z score de IMC al final de la intervención.<br><br>(*) Z score de IMC hasta 18 años e IMC para 19 años | (Número de beneficiarios entre 6 y 18 años que egresan al 4º mes y mejoran el Z score de IMC) + (Número de beneficiarios de 19 años que egresan al 4º mes con un 5% menos del peso inicial) / |

|   |  |   |  |   |
|---|--|---|--|---|
|   |  | la intervención.  |  | Número total de beneficiarios entre 6 y 19 años con intervención con cuarto control realizado)*100.   |
| <b>Mejorar el estado nutricional, funcional, y perfil metabólico de adultos y mujeres en etapa de post-parto.</b> | <p>Consiste en 4 meses de intervención, con un control tardío al 6º, 9º y 12 meses post intervención.</p> <p>5 Atenciones individuales (1 médico, 2 nutricionista y 2 psicólogos).</p> <p>10 Intervenciones grupales (5 nutricionista y 5 psicólogos).</p> | 50% de las personas intervenidas disminuye un 5% su peso inicial al término de la intervención. | % de beneficiarios que egresan con un 5% menos de su peso inicial al final de la intervención. | (Número de beneficiarios de 20 a 45 años que egresan al 4º mes con un 5% menos de su peso inicial/ Número total de beneficiarios de 20 a 45 años con cuarto control realizado)*100. |

|  |  |   |   |   |
|--|--|---|---|---|
|  | <p>40 Sesiones guiadas de actividad física a cargo de un profesor(a) de educación física, terapeuta de actividad física, kinesiólogo(a) y/o derivación a gimnasio.</p> |   |   |   |
|  |  | <p>50% de las personas intervenidas mejora su PC al cuarto mes.</p> | <p>% de beneficiarios que egresan y mejoran condición en términos de categorización de Perímetro de Cintura (PC) al final de la intervención.</p> | <p>(Número de beneficiarios de 20 a 45 años que egresan al 4º mes y mejoran su condición de categorización de PC / Número total de beneficiarios de 20 a 45 años con cuarto control</p> |

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
|  |  |  |   | realizado)*100.  |
|  |  | 50% de las personas intervenidas mejora condiciones asociadas a dislipidemias e intolerancia a la glucosa en ayunas al cuarto mes. | % de beneficiarios que egresan y dislipidemias e intolerancia a la glucosa en ayunas al final de la intervención. | (Número de beneficiarios de 20 a 45 años que egresan al 4º mes y mejoran su condición de dislipidemias e intolerancia a la glucosa en ayunas/ Número total de beneficiarios de 20 a 45 años con cuarto control realizado)*100. |
|  |  | 60% de las personas intervenidas mejora su condición física al al cuarto mes.  | % de beneficiarios que mejoran condición física.  | (Número de beneficiarios de 20 a 45 años que egresan al 4º mes y mejoran su condición/ Número total de   |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  | beneficiarios de 20 a 45 años con cuarto control realizado)*100.   |
|  |  | 70% de las mujeres recupera peso pregestacional al cuarto mes. | % de mujeres que recuperan el peso pregestacional. | (Número de mujeres post parto que egresan al 4º mes y recuperan peso pregestacional/ Número total de mujeres post parto con cuarto control realizado )*100 |

EVALUACIÓN PROGRAMA ODONTOLÓGICO COMUNA DE RENCA.

METAS SANITARIAS.

| <b>Altas odontológicas en niños de 6 AÑOS</b> | <b>2013</b>       | <b>2013</b> | <b>2013</b> | <b>Enero-Agosto 2014</b> | <b>2014</b> | <b>Enero-Agosto 2014</b> |
|---|-------------------|-------------|-------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
|   | Altas / Inscritos | % Meta      | % Hecho     | Altas / Inscritos        | % Meta      | % Hecho                  |
| <b>Hernán Urzúa</b>                           | 409/ 510          | 74 %        | 80,2 %      | 211/ 470                 | 72 %        | 44,9 %                   |
| <b>Huamachuco</b>                             | 171/ 229          | 70 %        | 74,7 %      | 89/ 208                  | 76 %        | 42,8 %                   |
| <b>Renca</b>                                  | 514/ 660          | 75 %        | 77,9 %      | 477/ 756                 | 76 %        | 63,1 %                   |
| <b>Bicentenario</b>                           | 112               | ----        | ----        | 145/ 250                 | 79 %        | 58 %                     |
| <b>TOTAL</b>                                  | 1206/1399         | 80 %        | 86,2 %      | 922/1684                 | 79 %        | 54,8 %                   |

| <b>Altas odontológicas en niños de 12 AÑOS</b> | <b>2013</b>       | <b>2013</b> | <b>2013</b> | <b>Enero-Agosto 2014</b> | <b>2014</b> | <b>Enero-Agosto 2014</b> |
|--|-------------------|-------------|-------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
|  | Altas / Inscritos | % Meta      | % Hecho     | Altas / Inscritos        | % Meta      | % Hecho                  |
| <b>Hernán Urzúa</b>                            | 366/ 620          | 58 %        | 59 %        | 185/ 550                 | 58 %        | 33,6 %                   |
| <b>Huamachuco</b>                              | 188/ 276          | 68 %        | 68,1 %      | 96/ 247                  | 72 %        | 38,9 %                   |
| <b>Renca</b>                                   | 803/ 931          | 78 %        | 86,2 %      | 604/ 884                 | 64 %        | 68,3 %                   |
| <b>Bicentenario</b>                            | 120               | ----        | -----       | 96/ 183                  | 72 %        | 52,5 %                   |
| <b>TOTAL</b>                                   | 1477/1827         | ----        | 80,8 %      | 981/1864                 | -----       | 52,6 %                   |

| <b>Altas odontológicas en GESTANTES</b> | <b>2013</b>      | <b>2013</b> | <b>2013</b> | <b>Enero-Agosto 2014</b> | <b>2014</b> | <b>Enero-Agosto 2014</b> |
|---|------------------|-------------|-------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
|   | Altas / Ingresos | % Meta      | % Hecho     | Altas / Ingresos         | % Meta      | % Hecho                  |
| <b>Hernán Urzúa</b>                     | 397/ 500         | 76 %        | 79,4 %      | 271/ 315                 | 70 %        | 86 %                     |
| <b>Huamachuco</b>                       | 154/ 179         | 80 %        | 86 %        | 110/ 132                 | 70 %        | 83,3 %                   |
| <b>Renca</b>                            | 572/ 688         | 80 %        | 83,1 %      | 238/ 468                 | 70 %        | 50,9 %                   |
| <b>Bicentenario</b>                     | 169/ 241         | -----       | 70,1 %      | 132/ 192                 | 70 %        | 72,5 %                   |
| <b>TOTAL</b>                            | 1292/1608        | 60 %        | 80,3 %      | 751/1097                 | 68 %        | 68,5 %                   |

IAAPS.

| <b>Altas odontológicas en menores de 20 años</b> | <b>2013</b>       | <b>2013</b> | <b>2013</b> | <b>Enero-Agosto 2014</b> | <b>2014</b> | <b>Enero-Agosto 2014</b> |
|--|-------------------|-------------|-------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
|  | Altas / Inscritos | % Meta      | % Hecho     | Altas / Inscritos        | % Meta      | % Hecho                  |
| <b>Hernán Urzúa</b>                              | 2491/11219        | 21,5 %      | 22,2 %      | 1601/9741                | 22,8 %      | 16,4 %                   |
| <b>Huamachuco</b>                                | 1078/5005         | 21,5 %      | 21,5 %      | 726/4634                 | 22,8 %      | 15,7 %                   |
| <b>Renca</b>                                     | 3124/17538        | 21,5 %      | 17,8 %      | 2372/15967               | 22,8 %      | 14,9 %                   |
| <b>Bicentenario</b>                              | 907               | -----       | -----       | 961/4392                 | 22,8 %      | 21,9 %                   |
| <b>TOTAL</b>                                     | 7600/33762        | 21,5 %      | 22,5 %      | 5660/34734               | 22,8 %      | 16,3 %                   |

PREVENTIVO PREESCOLAR.

| <b>Aplicación<br/>Flúor barniz<br/>y entrega de<br/>set de<br/>higiene bucal<br/>a niños 2 a 4<br/>años</b> | <b>2013</b>         | <b>2013</b> | <b>Enero-<br/>Agosto 2014</b> | <b>Enero-<br/>Agosto 2014</b> |
|---|---------------------|-------------|-------------------------------|-------------------------------|
|   | Convenio1933<br>x 2 | % Comunal   | Convenio<br>1950 x 2          | % Comunal                     |
| <b>Hernán<br/>Urzúa</b>   | 681 x 2             |             | 751                           |                               |
| <b>Huamachuco</b>   | 249 x 2             |             | 163                           |                               |
| <b>Renca</b>  | 455 x 2             |             | 447                           |                               |
| <b>Bicentenario</b>   | 548 x 2             |             | 616                           |                               |
| <b>TOTAL</b>  | 1933 x 2            | 100 %       | 1977                          | 50,7 %                        |

| <b>Técnica de<br/>cepillado y<br/>entrega de<br/>set de<br/>higiene bucal<br/>a niños 4 y 5<br/>años de<br/>Mineduc</b> | <b>2013</b>   | <b>2013</b> | <b>Enero-<br/>Agosto 2014</b> | <b>Enero-<br/>Agosto 2014</b> |
|---|---------------|-------------|-------------------------------|-------------------------------|
|   | Convenio: 645 | % Comunal   | Convenio: 770                 | % Comunal                     |
| <b>Hernán</b>   | 229           |             | 414                           |                               |



|                     |     |       |     |         |
|---------------------|-----|-------|-----|---------|
| <b>Urzúa</b>        |     |       |     |         |
| <b>Huamachuco</b>   | 67  |       | 74  |         |
| <b>Renca</b>        | 349 |       | 386 |         |
| <b>Bicentenario</b> | 0   |       | 0   |         |
| <b>TOTAL</b>        | 645 | 100 % | 874 | 113,5 % |

GES ADULTO 60 AÑOS.

| <b>Alta odontológica de 60 AÑOS</b> | <b>2013</b>         | <b>2013</b> | <b>Enero-Agosto 2014</b> | <b>Enero-Agosto 2014</b> |
|-------------------------------------|---------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|
|                                     | Convenio: 320 altas | % Comunal   | Convenio: 300 altas      | % Comunal                |
| <b>Hernán Urzúa</b>                 | 93                  |             | 75                       |                          |
| <b>Huamachuco</b>                   | 32                  |             | 7                        |                          |
| <b>Renca</b>                        | 179                 |             | 44                       |                          |
| <b>Bicentenario</b>                 | 45                  |             | 127                      |                          |
| <b>TOTAL</b>                        | 349                 | <b>109%</b> | 253                      | 84,3 %                   |

HMER.

| <b>Alta odontológica 20 – 64 años HMER</b> | <b>2013</b>         | <b>2013</b> | <b>Enero-Agosto 2014</b> | <b>Enero-Agosto 2014</b> |
|--|---------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|
|  | Convenio: 280 altas | % Comunal   | Convenio: 230 altas      | % Comunal                |
| <b>Hernán Urzúa</b>                        | 173                 |             | 41                       |                          |
| <b>Huamachuco</b>                          | 47                  |             | 35                       |                          |
| <b>Renca</b>                               | 60                  |             | 24                       |                          |

|                     |     |             |     |       |
|---------------------|-----|-------------|-----|-------|
| <b>Bicentenario</b> | 0   |             | 1   |       |
| <b>TOTAL</b>        | 280 | <b>100%</b> | 101 | 43,9% |

RESOLUCIÓN.

| <b>Prótesis en adultos de 20 a 64 años</b> | <b>2013</b>            | <b>2013</b> | <b>Enero-Agosto 2014</b> | <b>Enero-Agosto 2014</b> |
|--|------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|
|  | Convenio: 167 prótesis | % Comunal   | Convenio: 110 prótesis   | % Comunal                |
| <b>Hernán Urzúa</b>                        | 96                     |             | 20                       |                          |
| <b>Huamachuco</b>                          | 25                     |             | 17                       |                          |
| <b>Renca</b>                               | 38                     |             | 42                       |                          |
| <b>Bicentenario</b>                        | 8                      |             | 1                        |                          |
| <b>TOTAL</b>                               | 167                    | <b>100%</b> | 80                       | 72,7 %                   |

| <b>Endodoncias en adultos de 15 a 64 años</b> | <b>2013</b>               | <b>2013</b> | <b>Enero-Agosto 2014</b> | <b>Enero-Agosto 2014</b> |
|---|---------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|
|   | Convenio: 100 endodoncias | % Comunal   | Convenio: 90 endodoncias | % Comunal                |
| <b>Hernán Urzúa</b>                           | 44                        |             | 8                        |                          |
| <b>Huamachuco</b>                             | 10                        |             | 5                        |                          |
| <b>Renca</b>                                  | 25                        |             | 28                       |                          |
| <b>Bicentenario</b>                           | 28                        |             | 7                        |                          |
| <b>TOTAL</b>                                  | 107                       | 107 %       | 48                       | 53,3 %                   |

MÁS SONRISAS PARA CHILE.

| <b>Altas odontológicas de 15 y más años</b> | <b>2013</b>               | <b>Enero – Agosto 2014</b> | <b>% cumplimiento 2014</b> |
|---|---------------------------|----------------------------|----------------------------|
|   |                           | Convenio: 50               |                            |
| <b>TOTAL COMUNAL</b>                        | No existía este programa. | 22                         | 44 %                       |

NOMBRE DEL PROGRAMA: PROGRAMA VIDA SANA ALCOHOL 2014

MONITOREO VIDA SANA ALCOHOL ENERO –AGOSTO 2014

| <b>OBJETIVO</b>                             | <b>ACTIVIDAD</b>  | <b>META</b>   | <b>INDICADOR</b>  | <b>FUENTE DEL INDICADOR</b> |
|---|---|---|---|-----------------------------|
| <b>Aplicación Encuesta</b>                  | IMPLEMENTACIÓN DE TAMIZAJE DE CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO, CON BASE A LOS INSTRUMENTOS DEFINIDOS audit  | META 1 : PORCENTAJE DE CONSULTANTES EVALUADOS A TRAVÉS DE INSTRUMENTOS DEFINIDOS, SOBRE POBLACIÓN INSCRITA ENTRE 15-44 AÑOS, POR TRAMO DE EDAD                    | Nº de personas evaluadas / Población a Evaluar  | REM A -03                   |
| <b>Realización de Intervenciones Breves</b> | IMPLEMENTACIÓN DE INTERVENCIONES BREVES PARA REDUCIR EL CONSUMO DE ALCOHOL DE RIESGO, CONFORME RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE PATRÓN DE RIESGO PREVIA | META 1 : PORCENTAJE DE CONSULTANTES QUE RECIBEN INTERVENCIÓN BREVE PARA REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL DE RIESGO, SOBRE POBLACIÓN EVALUADA CON INSTRUMENTOS DEFINIDOS | Nº de personas consultantes que reciben intervención breve para reducir consumo de alcohol de riesgo/ Población evaluada con instrumentos definidos | REM A- 03                   |

CENTRO DE SALUD:

NOMBRE DEL PROGRAMA: PROGRAMA COMUNAL DE PARTICIPACION DE LA SALUD

RESPONSABLE DE ELABORACIÓN: MERY POBLETE OSSES. ENCARGADA COMUNAL

| OBJETIVO  | ACTIVIDAD   | META   | INDICADOR  | FUENTE DEL INDICADOR |
|---|---|--|--|----------------------|
| <b>Desarrollar Plan anual en donde se generen instancias de participación de la comunidad usuaria de los centros de salud y funcionarios de los mismo con la finalidad de generar mayor participación social en las temáticas de salud.</b> | Consejos de Desarrollo de Salud funcionando regularmente con plan evaluado y ejecutado al año 2013. | Meta Sanitaria N° 7: Consejo de Desarrollo funcionando regularmente. | Se espera el mejoramiento de la gestión y participación de la comunidad organizada en las tareas del establecimiento, que es concordante con el Modelo de Salud Familiar y que favorece el trabajo comunitario, a través de un plan ejecutado y evaluado a diciembre de 2013.<br>En año 2013 el plan incluyó temática obligatoria en AUGE: "Beneficios GES en APS" el cual fue dirigido para usuarios y funcionarios de los centros de salud. Difusión de ley de deberes y derechos en salud dirigida a funcionarios. Presentación de resultados Usuario Incógnito 2012. Difusión de Protocolo de atención e información. Gestión de Reclamos. | REM A 19-B           |

|   |   |  |   |                   |
|---|---|--|---|-------------------|
| <p><b>Dar respuesta a solicitudes ciudadanos establecidos para dar cumplimiento con plazos legales así como también mejorar satisfacción usuaria.</b></p> | <p>Coordinación entre encargada de OIRS y Dirección de los centros de salud para entregar respuesta oportuna y de calidad al usuario requiriente en pos del mejorar los procedimientos de atención.</p> | <p>Meta IAAPS<br/>N° 7: Gestión de Reclamos en atención Primaria</p> | <p>Numerador: N° total de reclamos respondidos con solución dentro de plazos legales establecidos(15 días)<br/>Denominador: N° Total de Reclamos.</p> | <p>REM A 19-B</p> |
|---|---|--|---|-------------------|

#### **EVALUACION PROGRAMA ESPACIOS AMIGABLES 2014**

**Equipo Comunal:**

**Nutricionista:** Constanza Botto

**Psicóloga:** Catalina Zamorano

**Matrón:** Ignacio Espindola

**Coordinadora:** A.S. Carla Aguilera

**Lugar de Funcionamiento:**

COSAM 3, Los aramo #3339 entrada por las Moreras

Días: martes, miércoles y jueves: 17:30 – 20:00hrs.

**Población Objetivo:**

Adolescente entre los 10 y 19 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 PERIODO 2013**

| Actividad  | Hombre | Mujer |
|--|--------|-------|
| Talleres o actividades masivas que favorezcan en el autocuidado y los hábitos de vida saludable. | 30     |       |
| Consejería en Salud Sexual y Reproductiva  | 40     | 130   |
| Consejería en Regulación de la Fecundidad  | 40     | 130   |
| Consejería VIH/Sida e ITS  | 10     | 50    |
| Consejería estilos de vida y conductas de autocuidado  | 40     | 100   |

### REALIZADO PERIODO 2013

| Actividad  | Hombre | Mujer |
|--|--------|-------|
| Talleres o actividades masivas que favorezcan en el autocuidado y los hábitos de vida saludable. | 32     |       |
| Consejería en Salud Sexual y Reproductiva  | 119    | 173   |
| Consejería en Regulación de la Fecundidad  | 119    | 134   |
| Consejería VIH/Sida e ITS  | 126    | 124   |
| Consejería estilos de vida y conductas de autocuidado  | 206    | 222   |

### ACCIONES REALIZADAS 2013

Actividades de consejería y taller:

- Instituto Cumbre Poniente: Intervención en 2º y 3º medios A-B-C-D.
- Instituto Cumbres Oriente: Intervención en 3º medios B-C-D.
- Biblioteca Comunal: Grupo de socias adolescentes.



**PERIODO 2014 META**

| Actividad  | Hombre | Mujer |
|--|--------|-------|
| Talleres o actividades masivas que favorezcan en el autocuidado y los hábitos de vida saludable. | 30     |       |
| Consejería en Salud Sexual y Reproductiva  | 45     | 130   |
| Consejería en Regulación de la Fecundidad  | 45     | 130   |
| Consejería VIH/Sida e ITS  | 30     | 50    |

**REALIZADO PERIODO 2014**

| Actividad  | Hombre | Mujer |
|--|--------|-------|
| Talleres o actividades masivas que favorezcan en el autocuidado y los hábitos de vida saludable. | 8      |       |
| Consejería en Salud Sexual y Reproductiva  | 39     | 100   |
| Consejería en Regulación de la Fecundidad  | 39     | 100   |
| Consejería VIH/Sida e ITS  | 41     | 110   |

PROGRAMA ESPACIOS AMIGABLES 2014.

| COMPONENTE   | PRODUCTO ESPERADO   | INDICADOR  | MEDIO DE VERIFICACIÓN        |
|--|---|--|------------------------------|
| <b>Implementación de actividades de promoción orientadas a instalar y reforzar estilos de vida saludables.</b>                                       | Acciones realizadas en autocuidado y fortalecimiento de hábitos de vida saludable   | % de talleres o programa de actividad masiva realizado y la instalación o fortalecimiento de hábitos de vida saludable.    | REM / Meta Servicio De Salud |
| <b>Atención de salud integral a adolescente:</b>   |   |  |                              |
| <b>a) Atención de la demanda espontanea.</b>   | a) Adolescentes atendidos integralmente según necesidades, con énfasis en atención de salud sexual reproductiva y salud mental. | % de consejerías en salud sexual y reproductiva, regulación de la fecundidad o VIH-Sida e ITS.                             | REM                          |
| <b>b) Atención programa</b>  |   | % de adolescentes de 15.19 años que consultan en espacios amigables, con cuestionario de Salud se Golberg GHQ-12 aplicado. | REM                          |
| <b>c) Derivación efectiva a los distintos programas de salud de los adolescentes que requieren de una atención específica en el centro de salud.</b> | b) Adolescentes derivados y atendidos en APS según necesidad y detectada en la primera atención de EA!                          | % de adolescentes derivados desde espacios amigables y atendidos en APS.   | Registro Local               |

PROGRAMA SALUD MENTAL INTEGRAL ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD  
MARCO GENERAL

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.

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.

- **DOTACIÓN RECURSO HUMANO – ACTIVIDADES**

**Tabla 1: Horas profesional por semana Periodo Enero- Agosto 2014.**

| Profesionales    | Renca | Huamachuco | Urzúa | Bicentenario | Total |
|------------------|-------|------------|-------|--------------|-------|
| Psicólogo        | 132   | 44         | 88    | 44           | 308   |
| Médico           | 44    | 26         | 11    | 2            | 83    |
| Asistente Social | 22    | 11         | 11    | 2            | 46    |
| Aux. Paramédico  | 44    |            |       |              | 44    |

|              |            |           |            |           |            |
|--------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>242</b> | <b>81</b> | <b>110</b> | <b>48</b> | <b>481</b> |
|--------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|

La dotación de recurso humano ha presentado importantes variaciones durante el periodo enero- agosto 2014, principalmente en los Centros de Salud Huamachuco y Bicentenario con déficit de horas médico y psicólogo por factores externos, en el mes de septiembre han comenzado a regularizarse.

*Tabla 2 a: Distribución comparativa del total de prestaciones en períodos enero-agosto 2014 y enero- agosto 2013 realizadas por profesionales de salud mental.*

| Prestaciones             | Periodo enero- agosto 2013 | Periodo enero-agosto 2014 |
|--------------------------|----------------------------|---------------------------|
| Psicodiagnóstico         | 414                        | 281                       |
| Intervención Psicosocial | 59                         | 38                        |
| Consulta psicóloga       | 4839                       | 4904                      |
| Consulta medico          | 4621                       | 3478                      |
| <b>TOTAL</b>             | <b>9933</b>                | <b>8701</b>               |

De la tabla se desprende que se realizaron 8701 actividades durante el periodo enero-agosto 2014, pudiéndose notar una disminución del 12% comparación con igual periodo año 2013. Esto puede deberse a variación de horas psicólogos y medicas en el programa.

#### **ANALISIS POBLACIONAL CENTROS DE SALUD PRIMARIOS**

**Tabla 2b: población ingresada convenios v/s población atendida**

| CES          | Infanto-Juvenil | Adulto | Adulto mayor |
|--------------|-----------------|--------|--------------|
| Renca        | 261             | 623    | 363          |
| Hernán Urzúa | 213             | 166    | 26           |
| Bicentenario | 202             | 333    | 33           |
| Huamachuco   | 127             | 147    | 42           |

|              |            |             |            |
|--------------|------------|-------------|------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>803</b> | <b>1269</b> | <b>464</b> |
|--------------|------------|-------------|------------|

**Tabla 2c: distribución población bajo control enero-agosto 2014 según rango de edad**

| <b>CES</b>          | <b>Infanto-Juvenil</b> | <b>Adulto</b> | <b>Adulto mayor</b> |
|---------------------|------------------------|---------------|---------------------|
| <b>Renca</b>        | <b>261</b>             | <b>623</b>    | <b>363</b>          |
| <b>Hernán Urzúa</b> | <b>213</b>             | <b>166</b>    | <b>26</b>           |
| <b>Bicentenario</b> | <b>202</b>             | <b>333</b>    | <b>33</b>           |
| <b>Huamachuco</b>   | <b>127</b>             | <b>147</b>    | <b>42</b>           |
| <b>TOTAL</b>        | <b>803</b>             | <b>1269</b>   | <b>464</b>          |

## **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:

1. Salud mental Infanto-juvenil (tr. hiperkinético, de conducta, maltrato infantil);
2. Consumo Perjudicial de OHD menores 20 años; Violencia Intrafamiliar;
3. 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 2014**

### Salud Mental infante –Juvenil

Considera una canasta 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 un GES 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 su fase evolutiva, 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 Tra storno Hiperkinético

|          | Enero-Agosto 2014 | Meta convenio | Porcentaje cumplimiento |
|----------|-------------------|---------------|-------------------------|
| Ingresos | 193               | 29            | 665%                    |

Se ha logrado durante el periodo enero-agosto 2014 un 665% de la meta. Esto se debe a que la demanda por atención es muy superior a la estipulada por el convenio, debiendo los equipos igualmente absorber dicha demanda.

Se explica la demanda mayor a que las metas son muy bajas respecto a prevalencias estimadas reales y a que existe una coordinación cercana a las escuelas con derivaciones directas, también se percibe un exceso de derivaciones probablemente por falta de herramientas adecuadas de manejo en las instituciones educacionales.

Tabla N° 4: Componente Trastorno de Conducta y la Emoción en población infantojuvenil

|  | ingresos enero- agosto 2014 | Meta convenio | Porcentaje cumplimiento |
|--|-----------------------------|---------------|-------------------------|
| Ingresos al Programa   | 308                         | 58            | 531%                    |
| Organizaciones de padres y apoderados prevención en salud mental infantil  | 4                           | 4             | 100%                    |
| Establecimientos educativos que recibirán capacitación para sus profesores | 3                           | 4             | 75%                     |

Se ha logrado durante el periodo enero-agosto 2014 un 531% de la meta. Esto se debe a que la demanda por atención es muy superior a la estipulada por el convenio, se explica la demanda por situaciones similares al problema de hiperactivos, aunque con un mayor peso de problemas de manejo parental y familiar.

Tabla N° 6: Componente Consumo Perjudicial Alcohol y/o Drogas menores de 20 (GES)

|                        | Bajo control enero- agosto 2014 | Meta convenio | Porcentaje cumplimiento |
|------------------------|---------------------------------|---------------|-------------------------|
| Plazas en meses de tto | 153                             | 74 meses      | 207%                    |

El componente Consumo Perjudicial de Alcohol y Drogas considera una meta para el año 2014 de 74 meses de tratamiento, logrando durante el periodo enero-agosto 2014 un total de 153 meses alcanzando así un 207% de la meta.

Se detallan las actividades de este programa en evaluación del Cosam 3, pues es en este centro donde se desarrollan las actividades una vez hecho el diagnóstico en APS, esto debido a que se cuenta con infraestructura y accesibilidad mas adecuada, ya que los consultorios no tienen los requerimientos para desarrollar un plan ambulatorio básico, que requiere salas grupales 3 veces por semana y espacios de esparcimiento e implementación terapéutica.



**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 2014, 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 3 intervenciones en prevención de problemas de salud mental en niños y adolescentes, lográndose un 75% 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 2 actividades, alcanzando un 50% de la meta establecida.**

**Violencia Intrafamiliar, Alcohol drogas, GES Depresión – Adultos.**

**Violencia Intrafamiliar**

Los daños que se pueden presentar en la salud mental por esta causa 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 especializada.

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.

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 derivación a las instancias que la red ofrece como la corporación municipal de asistencia Judicial, Cosam Renca, Hospitalización y la denuncia judicial.

**Tabla N° 7: Componente Violencia Intrafamiliar**

|                                      | Bajo control enero-agosto 2014 | Meta convenio | Porcentaje cumplimiento |
|--------------------------------------|--------------------------------|---------------|-------------------------|
| Ingresos al Programa                 | 75                             | 92            | 81%                     |
| Apoyo Técnico Agrupaciones Autoayuda | 2                              | 4             | 50%                     |
| Sensibilización Org. Comunitarias    | 1                              | 4             | 25%                     |

Los porcentajes de cumplimiento de población atendida se encuentran dentro de lo conveniado, existiendo un déficit en actividades de apoyo a organizaciones y grupos de autoayuda que por ser puntuales se realizarán en los últimos meses del año. Persiste sin embargo la percepción que existe una baja prevalencia de consultas

respecto a la magnitud real del problema y una falta de registro debido a consultas por otros motivos diferentes a víf en que el problema se oculta o se evade.

### 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 terapéutico.

Tabla 8. Prevención y Tratamiento Integral de Alcohol y Drogas

|  | Bajo control enero-agosto 2014 | Meta convenio |      |
|--|--------------------------------|---------------|------|
| Intervenciones Terapéuticas                | 112                            | 92            | 121% |
| Apoyo Técnico<br>Agrupaciones<br>Autoayuda | 2                              | 4             | 50%  |

La cobertura de intervenciones terapéuticas ha cumplido las metas, sin embargo estas están muy por debajo de las prevalencias reales del problema, sin embargo por características culturales y propias del problema no piden atención o no la aceptan.

En relación a las actividades comunitarias, durante el periodo 2014 se realizaron 2 intervenciones comunitarias cuyo objetivo fue psicoeducar en detección y prevención del consumo problemático de alcohol y drogas en la adultez. Estas actividades constituyen un 50% de la meta cumplida para este convenio, se ha planificado cumplir con las faltantes en los últimos meses.

**Tabla 9. GES Depresión**

| <b>CES</b>          | <b>Ingresos ene-ago 2014</b> | <b>ene-ago 2013</b> |
|---------------------|------------------------------|---------------------|
| <b>Renca</b>        | <b>18</b>                    |                     |
| <b>Hernán Urzúa</b> | <b>48</b>                    |                     |
| <b>Bicentenario</b> | <b>50</b>                    |                     |
| <b>Huamachuco</b>   | <b>23</b>                    |                     |
| <b>TOTAL</b>        | <b>139</b>                   | <b>85</b>           |

### **Depresión (GES)**

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 139 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 cumplida exitosamente por los equipos por lo que se considera cumplimiento de un 100% para este convenio y mayor en un 63% respecto a 2013

En relación a cumplimiento de las metas de aplicación de escala de Edimburgo para Depresión a embarazadas y puérperas a cargo del programa infantil y de la mujer, dentro del Programa Chile crece contigo, se han pesquisado 155 puntajes sobre 11 (punto de corte), sin embargo el ingreso a tratamiento de depresión es de 0%, esto es debido a falta de coordinación entre estos programas y el de salud mental, por lo que es importante generar instrumentos para esto.

**CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL (COSAM)  
 COSAM 1 EVALUACION ENERO- AGOSTO 2014  
 Dotación de personal Cosam 1**

| <b>Personal</b>              | <b>Horas semanales</b> |
|------------------------------|------------------------|
| <b>Psicólogo</b>             | 110                    |
| <b>Médico salud mental</b>   | 44                     |
| <b>Psiquiatra</b>            | 44                     |
| <b>Asistente Social</b>      | 66                     |
| <b>Administrativo</b>        | 44                     |
| <b>Técnico Paramédico</b>    | 44                     |
| <b>Terapeuta Ocupacional</b> | 11                     |
| <b>Técnico Paramédico</b>    | 44                     |

**Dotación de personal, infraestructura y procedimientos 2014**

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. Sin embargo, el posible efecto negativo de esta situación se ha superado por el aumento de las horas de Técnico en Rehabilitación y la incorporación de Terapeuta Ocupacional, este último compartido en programas de las 3 unidades de Cosam.

El principal problema ha sido la disponibilidad de espacio físico al estar durante el primer semestre aún funcionando adosado en dependencias de Cesfam Bicentenario, con las limitaciones propias de esta calidad. Durante el segundo semestre se produjo el traslado a nuevas dependencias, que cuentan con amplios espacios, sin embargo aún están habilitadas sólo parcialmente por lo que no se ha podido aumentar las prestaciones ni suplir las dotaciones de profesionales en déficit por no contar con la infraestructura operativa necesaria. Se espera que esto se subsane dentro de los próximos meses.

Respecto a la cobertura de horas de especialista, este ha sido un problema para todos los Servicios de psiquiatría del sistema público y de los Cosam, esto es un nudo crítico sobretodo en Infantojuvenil, que se ha resuelto durante este año incorporando a residentes de psiquiatría adultos e infantil en su último año de formación, en pasadas rotatorias de 3 a 6 meses contratados en la Comuna, habiendo debido recurrir en algunos casos a uso de extensión horaria.

Respecto al ingreso de pacientes se ha fortalecido el sistema de triage o selección de interconsultas, con atención inmediata abreviada al presentarse el paciente o familiar con interconsulta a Cosam con el fin de evaluar atingencia y priorizar atenciones en los diferentes programas, el principal logro de esta actividad es no tener que contar con lista de espera, pues se ha visto que un 40% de las interconsultas recibidas no corresponden (ges depresion, ges esquizofrenia, pacientes neurológicos, etc) evitando por lo tanto esperas innecesarias y orientando a los usuarios a una mejor atención.

**Población/ Prestación Periodo Enero-junio 2013-Enero-sept 2014**

|                       | Población bajo control | Prestaciones | Concentración |
|-----------------------|------------------------|--------------|---------------|
| <b>Ene – Jun 2013</b> | 1038                   | 6211         | 5.9           |
| <b>Ene – Sep 2014</b> | 1325                   | 5026         | 4             |
| <b>Variación</b>      | +27%                   | -20%         | -32%          |

Convenios PAD Enero- Septiembre 2014

| <b>Convenios</b>   | <b>Meta*</b> | <b>ingresos</b> | <b>% logrado</b> |
|--|--------------|-----------------|------------------|
| <b>Tr. Hiperkinéticos</b>  | 400          | 323             | 80%              |
| <b>Depresión Unip. Menores 15 años</b>   | 50           | 30              | 60%              |
| <b>Maltrato Infantil</b>   | 50           | 25              | 50%              |
| <b>Trastornos Ans y Comp. Adulto</b>   | 440          | 314             | 71%              |
| <b>Esquizofrenia y psicosis</b>  | 230          | 185             | 80%              |
| <b>Rehabilitación psicosocial tipo 1</b>   | 950          | 725             | 76%              |
| <b>VIF</b>   | 150          | 120             | 80%              |
| <b>Trastornos emocionales y del comportamiento en la infancia y adolescencia</b> | 320          | 274             | 85%              |
| <b>Demencia y trastornos mentales orgánicos</b>                                  | 130          | 113             | 87%              |

- **A partir de Enero del presente se suman 2 nuevos diagnósticos al Convenio PDA, Maltrato Infantil y Depresión Unipolar en menores de 15 años, sin embargo estas poblaciones ya estaban en atención.**
- **El periodo de Enero-Septiembre 2014 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 convenio Demencia y trastornos mentales orgánicos alcanza un 87% , seguido por el convenio de trastornos emocionales y del comportamiento en la infancia con un 85%, y luego Esquizofrenia y Psicosis no Orgánica alcanza un 80%, así como el convenio de trastornos hiperkinéticos y el convenio VIF han alcanzado un 80 % de la meta anual. Finalmente, el Programa de Rehabilitación tipo 1 logra un 76%, y el**

convenio de trastornos de ansiedad y del comportamiento en adultos completa un 71% de la meta anual comprometida.

- Es importante especificar que las atenciones reales por diagnósticos superan importantemente los conveniados en PAD.

#### **OTRAS FUNCIONES DE COSAM**

##### **ROL ASESOR EN SALUD MENTAL DE LOS CES**

Se han incorporado mayor cantidad de consultorias psiquiátricas por residentes de segundo de psiquiatria adultos e infantojuvenil del Hospital Félix Bulnes – USACH, a cargo del psiquiatra comunal, lo que ha optimizado la resolución de casos más complejos.

Dentro de la dotación se han incorporado este año 4 alumnos en práctica de psicología, 2 en Cosam y 2 en APS (Bicentenario y Huamachuco) con lo cual se ha aumentado la resolutivez al ampliar la oferta de psicodiagnósticos necesarios para diversas evaluaciones formales y otras actividades, se propondrá la formalización de prácticas profesionales con alguna Universidad, debido a que hasta ahora son iniciativas puntuales.

Se ha mantenido la existencia de un coordinador de APS, con 6 horas semanales para asesorías técnicas que incluyen visitas semanales a los centros de salud según necesidades, coordinando cumplimientos de metas, protocolos, consultorías capacitaciones y actividades conjuntas de la red comunal de salud mental.

Se ha mantenido el programa de capacitación continua para todo el equipo de salud mental comunal, reubicándose en dependencias de Cosam 2, con temas preparados por residentes de la especialidad de Psiquiatria, tanto adultos como infantojuvenil.

Se han realizado 2 actividades de autocuidado comunal y se planifica una tercera para fin de año, estas actividades son muy valiosas para integrar los equipos y desarrollar vínculos más sanos y de conocimiento.

Se ha optimizado el arsenal farmacológico de la comuna, con una constante vigilancia de stocks y adecuadas indicaciones o uso, esto ha significado contar con Metilfenidato sin problemas de stock para todos los usuarios que lo han requerido, e incorporación de fármacos nuevos como Quetiapina, manteniendo adecuado stock del resto, salvo por excepciones propias de pedidos y abastecimientos Acciones desarrolladas



**FORTALECIMIENTO DEL TRABAJO EN RED**

- **Mantenimiento 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 referencia y contrareferencia 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.”**

**COSAM 2 ADICIONES ADULTOS PROGRAMAS**

| <b>Programas Financiados 2013</b>  | <b>Programas Financiados 2014</b>  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Programa Intensivo Pobl. General (SENDA).Poli consumo 15 plazas mensual</b></li><li>• <b>180 anuales.</b></li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Programa Intensivo Pobl. General (SENDA).Poli consumo 15 plazas mensual</b></li><li>• <b>180 anuales.</b></li></ul> |

|   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa Intensivo Mujeres "Poli 9 plazas mensuales 108 anuales</li> <li>• Programa Intensivo Alcohol de julio en adelante 9 cupos mensuales plaza anual 54</li> <li>• Programa Ambulatorio Básico OH de julio en adelante 9 cupos mensuales plaza anual 54</li> <li>• Programa A, Básico Poli consumo (SSMO) 8 cupos mensuales</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa Intensivo Mujeres "Poli 9 plazas mensuales 108 anuales</li> <li>• Programa Intensivo Alcohol de julio en adelante 9 cupos mensuales plaza anual 60</li> <li>• Programa Ambulatorio Básico OH de julio en adelante 8 cupos mensuales plaza anual 96</li> <li>• Programa A, Básico Poli consumo (SSMO) 8 cupos mensuales</li> </ul> |
|---|---|

### Horas profesionales

|                           | Año 2012            | Año 2013          | Año 2014                         |
|---------------------------|---------------------|-------------------|----------------------------------|
| Asistente social          | 88 horas Semanales  | 66 hrs Semanales  | 88 horas semanales               |
| Psiquiatra                | 11 hrs semanales    | Actualmente 0 hrs | 16 horas semanales               |
| Médico Salud Mental       | 11 hrs semanales    | Actualmente 0 hrs | 11 semanales ( préstamo Cosam 1) |
| Psicólogas                | 99 hrs semanales    | 121 hrs           | 143 horas semanales              |
| Técnico en rehabilitación | 121 horas semanales | 143 hrs           | 110 horas semanales              |
| Administrativo            | 44 hrs semanales    | 88 hrs            | 44 horas semanales               |
| Terapeuta Ocupacional     | 0                   | 0                 | 11                               |

|                      |                         |               |                           |
|----------------------|-------------------------|---------------|---------------------------|
| <b>Personal Aseo</b> | <b>44 hrs Semanales</b> | <b>44 hrs</b> | <b>44 horas semanales</b> |
|----------------------|-------------------------|---------------|---------------------------|

DISTRIBUCION HORARIA / ACTIVIDADES EVOLUCION 2013 - 2014

| <b>Año 2012</b>  | <b>Año 2013</b>  | <b>Año 2014</b>  |
|--|--|--|
| <p><b>Psi. 11 hrs A. Básico poli consumo</b></p> <p><b>Psi. 88 horas jornada día (todos los programas)</b></p>     | <p>Psi. 22 hrs Intensivo Mujeres vespertino</p> <p>Psi. 11 hrs A. Básico</p> <p>Psi. 88 horas jornada día (todos los programas)</p>                                  | <p>Psi. 33 hrs Intensivo Mujeres vespertino</p> <p>Psi. 11 hrs A. Básico</p> <p>Psi 11 hras A. OH</p> <p>Psi. 33 horas jornada día Intensivo hombre</p> <p>Psi 55 (todos los programas Bajo control y Judicial )</p> |
| <p><b>Técnico Rehabilitación Intensivo día 77</b></p> <p><b>Técnico Rehabilitación A, Básico 44 vespertino</b></p> | <p>Técnico Rehabilitación Intensivo día 77</p> <p>Técnico Rehabilitación A, Básico 22 vespertino</p> <p>Técnico Rehabilitación Programa Intensivo Mujeres 44 hrs</p> | <p>Técnico Rehabilitación Intensivo día 44</p> <p>Técnico Rehabilitación A, Básico 22 vespertino</p> <p>Técnico Rehabilitación Programa Intensivo Mujeres 44 hrs</p>   |
| <p><b>Asistente Social 44 hrs Intensivo Día</b></p>  | <p>Asistente Social 44 hrs Intensivo Día, Pob. Judicial, a básico y general día.</p>   | <p>Asistente Social 44 hrs Intensivo Día</p>   |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>Asistente social 44 hrs Pob. Judicial y general día.</b> | Asistente social Intensivo Mujeres 22 horas                           | 44 Pob. Judicial, A. Vespertino y general día.<br>Asistente social Intensivo Mujeres 11 horas |
| <b>Administrativo Día 44 horas</b>                          | Administrativo 66 jornada día<br>Administrativo 22 jornada Vespertina | Administrativo 44 jornada día<br>Administrativo 0 jornada Vespertina                          |
| <b>Técnico párvulo 0</b>                                    | Técnico párvulo 0   | Técnico párvulo 0   |
| <b>Terapeuta Ocupacional 0</b>                              | Terapeuta Ocupacional 0   | Terapeuta Ocupacional 11 horas todos los programas  |

#### **ACTIVIDADES Y ACCIONES DE GESTIÓN DESARROLLADAS 2014**

- **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 Búlnes
- Consultoría cada 15 días Psiquiatra
- Reunión clínica semanal
- Consultoría Ingreso Programas
- Capacitaciones desde SENDA

#### **CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS PLANIFICADOS PARA 2014**

**1. Digitalizar información de los usuarios, utilizando el Sistrat: (Sistema de Información y Gestión SISTRAT).**

**Metas de Ingreso sistema Sistrat para año 2014:**

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

#### **2. Incorporar variable 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. 100 % logrado

#### **3. Incorporar variable Enfoque de genero**

De acuerdo a necesidades detectadas durante el año 2012 y 2013, senda acoge la necesidad de dar un trato diferenciado a la población femenina otorgando plazas para instalación de dispositivo de plan ambulatorio intensivo mujeres. 100% logrado ( participación mesa metropolitana Tratamiento perspectiva de género)

#### **4. Trabajo en red**

Durante el presente año 2013 , se destacan avances significativos en relación al trabajo coordinado con redes intersectoriales y locales, lo que a permitido una mejora continua en torno lo s sistemas de derivación, referencia y contra referencia eficaz. Durante el año 2014 se ,mantienen vinculaciones intersectoriales referente al sistema de derivaciones. No obstante estamos en déficit de la articulación de la red comunal de droga

**5. Coberturas de los componentes**

| Programa  | Usuarios no conveniados | Plazas convenidos mensual | Plazas convenidos anual | Total de usuarios |
|---|-------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------|
| Ambulatorio Intensivo población adulta PG poli consumo y OH (SENDA-FONASA-MINSAL) | 0                       | 20                        | 240                     | 20                |
| REALIZADA   | 0                       | 24                        | 198                     | 64                |
| Ambulatorio Intensivo población adulta Mujeres (SENDA-FONASA-MINSAL)              | 0                       | 9                         | 108                     | 9                 |
| REALIZADA   | 0                       | 9                         | 81                      | 28                |
| Ambulatorio básico Pobl. adulta Poli consumo Convenio MINSAL                      | 0                       | 9                         | 108                     | 9                 |
| Población adulta general y Judicializados   | 300                     | 0                         | 0                       |                   |

|                  |     |  |  |     |
|------------------|-----|--|--|-----|
| <b>REALIZADA</b> | 300 |  |  | 425 |
|------------------|-----|--|--|-----|

### **COSAM 3 ADOLESCENTES**

#### **Dotación de personal**

| <b>Personal</b>                  | <b>Horas semanales</b> |
|----------------------------------|------------------------|
| <b>Médico Psiquiatra</b>         | <b>11 horas</b>        |
| <b>Psicólogo</b>                 | <b>44 horas</b>        |
| <b>Asistente social</b>          | <b>33 horas</b>        |
| <b>Técnico en Rehabilitación</b> | <b>44 horas</b>        |
| <b>Auxiliar - Administrativo</b> | <b>44 horas</b>        |

Si bien es cierto, durante el periodo se han presentado cambios profesionales estos no han ocasionado mayores dificultades en el proceso, toda vez que las funciones han sido suplidas de forma inmediata, bajo procesos de intervención que permitan mantener la permanencia de los usuarios.

Otra de las dificultades presentes en esta área, dice relación con falta de personal administrativo, aún cuando personal auxiliar suple las funciones, en ocasiones y bajo su ausencia, otros profesionales deben satisfacer esta demanda.

#### **PRESTACIONES GENERALES**

- Atención Médico Psiquiatra.
- Psicoterapia (Individual, familiar, grupo).
- Intervención Psicosocial grupal.
- Consultas salud mental.

- Consultas Psicológicas.
- Visitas integrales.
- Exámenes y laboratorio.
- Psicodiagnóstico.
- Otros (Informes, centros residenciales, coordinaciones red salud.)

#### **FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES 2014**

**Durante el segundo semestre de 2014 se realizó cambio a nuevas dependencias con habilitación de espacios de mayor calidad y en cercanías geográficas con las otras 2 unidades de Cosam, además en las mismas dependencias se ha incorporado el funcionamiento de Espacios amigables para adolescentes en extensión horaria y se han facilitado salas para el desarrollo de algunas actividades del programa GES esquizofrenia población adolescente, debido a la cercanía y a la falta de espacios suficientes en el Hospital Félix Bulnes. Así mismo en dependencias de Cosam se han implementado las Consultorias infantojuveniles para APS comunales, con participación de psiquiatra infantojuvenil y se está implementando una amplia sala espejo para poder realizar estas actividades de mejor forma.**

**También se ha potenciado la atención de adolescentes con otros problemas de conducta moderados a severos caracterizados por conductas de riesgo.**

**Todos estos cambios buscan enriquecer y orientar el desarrollo del centro como unidad para el tratamiento de adolescentes con problemas de salud mental de mayor complejidad en la Comuna.**

#### **DEBILIDADES Y DIFICULTADES 2014**

**Del centro: Rotación de profesionales con la consecuentes episodios de discontinuidad en la atención de usuarios.**

**Del contexto familiar: Familias altamente disfuncionales, con bajo compromiso frente al proceso de intervención con el adolescente llevando a deserciones y disminución de la efectividad del tratamiento.**

**De los centros educacionales: Limitaciones en autorización para ausencias de jornada escolar de los usuarios. Insuficientes metodología alternativa para evaluación para adolescentes con problemas de salud mental, llevando a problemas de continuidad en la escolarización.**

**De la red asistencial: Persiste la falta de instancias residenciales para adolescentes con problemas de consumo con compromiso biopsicosocial severo, llevando a que se mantenga el problema.**



**Prestaciones Plan Ambulatorio Básico (GES) Correspondiente a programa APS expresado en planes ambulatorios mensuales**

|           | URZUA |   |    | RENCA |    |    | BICENTE NARIO |   |    | HUAMACH UCO |   |    | TOTAL PAB |
|-----------|-------|---|----|-------|----|----|---------------|---|----|-------------|---|----|-----------|
|           | H     | M | T  | H     | M  | T  | H             | M | T  | H           | M | T  |           |
| ENE RO    | 6     | 1 | 7  | 3     | 1  | 4  | 1             |   | 1  | 3           |   | 3  | 15        |
| FEB RE RO | 4     | 0 | 4  | 4     | 1  | 5  | 1             |   | 1  | 3           |   | 3  | 13        |
| MA RZ O   | 7     | 1 | 8  | 5     | 1  | 6  | 1             |   | 1  | 2           |   | 2  | 17        |
| AB RIL    | 8     | 1 | 9  | 6     | 2  | 8  | 1             |   | 1  | 3           |   | 3  | 21        |
| MA YO     | 7     | 1 | 8  | 6     | 2  | 8  | 1             |   | 1  | 3           |   | 3  | 20        |
| JUN IO    | 5     | 1 | 6  | 6     | 2  | 8  |               | 1 | 1  | 3           | 1 | 4  | 19        |
| JUL IO    | 5     | 1 | 6  | 6     | 2  | 8  |               | 1 | 1  | 3           | 1 | 4  | 19        |
| AG OST O  | 5     | 1 | 6  | 6     | 2  | 8  |               | 1 | 1  | 3           | 1 | 4  | 19        |
| SEP T     | 6     | 2 | 8  | 6     | 2  | 8  | 1             | 2 | 3  | 3           | 1 | 4  | 23        |
| TOT AL    | 53    | 9 | 62 | 48    | 15 | 63 | 6             | 5 | 11 | 26          | 4 | 30 | 166       |

- El mayor número de intervenciones se realiza, a través, del consultorio Renca, lo cual puede estar asociado al número de pacientes que dicha institución atiende a nivel comunal.
- En todas las instituciones se presenta una demanda mayor de intervenciones para hombres que para mujeres, lo cual puede estar asociado diversas variables psicosociales entre ellas roles de género, tipo de sustancias.

**Prestaciones Plan Ambulatorio Intensivo expresados en planes ambulatorios mensuales.**

|              | Hombres   | Mujeres   | Total     |
|--------------|-----------|-----------|-----------|
| Enero        | 6         | 1         | 7         |
| Febrero      | 5         | 1         | 6         |
| Marzo        | 8         | 2         | 10        |
| Abril        | 7         | 1         | 8         |
| Mayo         | 9         | 1         | 10        |
| Junio        | 11        | 1         | 12        |
| Julio        | 9         | 0         | 9         |
| Agosto       | 10        | 0         | 10        |
| Septiembre   | 19        | 3         | 22        |
| <b>TOTAL</b> | <b>84</b> | <b>10</b> | <b>94</b> |

El periodo comprendido entre Enero a Septiembre 2014 se han entregado un total de 94 planes mensuales asociadas a una meta anual de 72 de programa. En promedio el mayor nivel de ingresos prevalece en hombres que en mujeres, representando casi el 80% de la intervención.

#### Cobertura y metas 2014

|                               | Programa Ambulatorio Básico (PAB) | Programa Ambulatorio Intensivo (PAI) | Población General  |
|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------|
| Periodo<br>Enero – Sept. 2014 | 166                               | 94                                   | 113                |
| Meta<br>Programas PAB Y PAI   | 64                                | 72                                   | 76 casos<br>(2013) |
| % Alcanzado                   | 259 %                             | 130 %                                | 37 Casos           |

Los resultados arrojan un cumplimiento de meta por sobre el 100% en casos de programas PAI y PAB. Lo cual puede estar asociado a la intervención de distintos profesionales en el proceso y las actividades grupales que se desarrollan con los adolescentes, intentando otorgar una atención integral y continua en cada caso.

En población general, se expresa un aumento del 48% por sobre la población atendida en el periodo anterior.

#### Principales Dificultades 2014

| RR.HH.   | Compromiso familiar y adherencia al tratamiento.  | Centros educativos  |
|--|---|---|
| Rotación de profesionales con la consecuente discontinuidad en la atención de usuarios | Familias altamente disfuncionales, con bajo compromiso frente al proceso de intervención con el adolescente llevando a deserciones en el tratamiento. | Limitaciones en autorización para ausencias de jornada escolar de los usuarios.<br><br>Falta metodología alternativa para evaluación. |

## Cosam 2

La implementación del programa alcohol y drogas de Cosam Renca surge pensando la toxico dependencia como la manifestación de un malestar profundo que tiene sus raíces en la disfuncionalidad prioritaria de tres dimensiones: **La dimensión Individual**, la **dimensión familiar** y la **dimensión social**. El trabajo con este campo, considera estas tres esferas.

El programa pretende dar respuesta a la demanda de la población de la comuna de Renca; en tal perspectiva se han implementado cuatro programas de tratamiento de drogas. A partir del 2007 se instala dispositivo con tres plazas financiadas mensualmente por Convenio SENDA- FONASA MINSAL. Tras los esfuerzos de nuestras autoridades por cumplir con los requerimientos solicitados desde las instancias supervisoras de dicho convenio, Se logra ir año a año aumentando las plazas ya para el 2008 contábamos con un financiamiento de 15 plazas mensuales y con una casa

exclusiva para tratamiento en adicciones. Para el 2011 se postula a un aumento logrando instalar en el 2012 un segundo dispositivo de tratamiento intensivo, pero esta vez exclusivamente para mujeres priorizando la perspectiva de género, Posteriormente se a mediados del 2013 se instala un tercer y cuarto dispositivo en adicciones Tratamiento ambulatorio intensivo exclusivamente alcohol y tratamiento ambulatorio básico alcohol.

Programas Existentes año 2014

| Programas Financiados 2013  | Programas Financiados 2014  |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Programa Intensivo Pobl. General (SENDA).Poli consumo 15 plazas mensual</b></li> <li>• 180 anuales.</li> <li>• <b>Programa Intensivo Mujeres "Poli 9 plazas mensuales 108 anuales</b></li> <li>• <b>Programa Intensivo Alcohol de julio en adelante 9 cupos mensuales plaza anual 54</b></li> <li>• <b>Programa Ambulatorio Básico OH de julio en adelante 9 cupos mensuales plaza anual 54 Programa A, Básico Poli consumo (SSMO) 8 cupos mensuales</b></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa Intensivo Pobl. General (SENDA).Poli consumo 15 plazas mensual</li> <li>• <b>180 anuales.</b></li> <li>• Programa Intensivo Mujeres "Poli 9 plazas mensuales <b>108 anuales</b></li> <li>• Programa Intensivo Alcohol de julio en adelante 9 cupos mensuales <b>plaza anual 60</b></li> <li>• Programa Ambulatorio Básico OH de julio en adelante 8cupos mensuales <b>plaza anual 96</b></li> <li>• Programa A, Básico Poli consumo (SSMO) 8 cupos mensuales</li> </ul> |

Horas Profesionales 2014

| Cargo                            | 2012                      | 2013                            | 2014                             |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <b>Asistente social</b>          | <b>88 horas Semanales</b> | <b>66 hrs Semanales</b>         | <b>88 horas semanales</b>        |
| <b>Psiquiatra</b>                | 11 hrs semanales          | Desde el segundo semestre 0 hrs | 16 horas semanales becados.      |
| <b>Médico Salud Mental</b>       | 11 hrs semanales          | Desde el segundo semestre 0 hrs | 11 semanales ( préstamo Cosam 1) |
| <b>Psicólogas</b>                | 99 hrs semanales          | 121 hrs                         | 143 horas semanales              |
| <b>Técnico en rehabilitación</b> | 121 horas semanales       | 143 hrs                         | 110 horas semanales              |
| <b>Administrativo</b>            | 44 hrs semanales          | 88 hrs                          | 44 horas semanales               |
| <b>Terapeuta Ocupacional</b>     | 0                         | 0                               | 11                               |
| <b>Personal Aseo</b>             | 44 hrs Semanales          | 44 hrs                          | 44 horas semanales               |

Distribución horas

| <b>Año 2012</b>   | <b>Año 2013</b>   | <b>Año 2014</b>  |
|---|---|--|
| <b>Psi. 11 hrs A. Básico poli consumo</b><br><b>Psi. 88 horas jornada día (todos los programas)</b>         | Psi. 22 hrs Intensivo Mujeres vespertino<br>Psi. 11 hrs A. Básico<br>Psi. 88 horas jornada día (todos los programas)                                  | Psi. 33 hrs Intensivo Mujeres vespertino<br>Psi. 11 hrs A. Básico<br>Psi 11 hrs A. OH<br>Psi. 33 horas jornada día Intensivo hombre<br>Psi 55 (todos los programas Bajo control y Judicial ) |
| <b>Técnico Rehabilitación Intensivo día 77</b><br><b>Técnico Rehabilitación A, Básico 44 vespertino</b>     | Técnico Rehabilitación Intensivo día 77<br>Técnico Rehabilitación A, Básico 22 vespertino<br>Técnico Rehabilitación Programa Intensivo Mujeres 44 hrs | Técnico Rehabilitación Intensivo día 44<br>Técnico Rehabilitación A, Básico 22 vespertino<br>Técnico Rehabilitación Programa Intensivo Mujeres 44 hrs  |
| <b>Asistente Social 44 hrs Intensivo Día</b><br><b>Asistente social 44 hrs Pob. Judicial y general día.</b> | Asistente Social 44 hrs Intensivo Día, Pob. Judicial, a básico y general día.<br>Asistente social Intensivo Mujeres 22 horas                          | Asistente Social 44 hrs Intensivo Día 44 Pob. Judicial, A. Vespertino y general día.<br>Asistente social Intensivo Mujeres 11 horas  |
| <b>Administrativo Día 44 horas</b>  | Administrativo 66 jornada día<br>Administrativo 22 jornada Vespertina   | Administrativo 44 jornada día<br>Administrativo 0 jornada Vespertina   |
| <b>Técnico párvulo 0</b>  | Técnico párvulo 0   | Técnico párvulo 0  |
| <b>Terapeuta Ocupacional 0</b>  | Terapeuta Ocupacional 0   | Terapeuta Ocupacional 11 horas todos los programas   |

Al aumentar las plazas también se aumenta recurso humano considerando la cantidad de prestaciones semanales que deben realizarse a los usuarios beneficiados tanto en intensivo ( 3 programas , como ambulatorio básico 2 programas ) y seguir dando prestaciones a las población no convenida.

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 Búlnes
- Consultoría cada 15 días Psiquiatra
- Reunión clínica semanal
- Consultoría Ingreso Programas semanalmente
- Capacitaciones desde SENDA
- Participación en la mesa de trabajo en adicciones a nivel de región metropolitana.



#### OBJETIVO PARA AÑO 2014

- Digitalizar información de los usuarios, utilizando el **Sistrat**: (Sistema de Información y Gestión SISTRAT).
- Metas de Ingreso sistema Sistrat para año 2014:
- Programa Ambulatorio Intensivo 100% de la población : 100% logrado
- Programa Ambulatorio Básico 100 % de la población : 100 % logrado
- Programa Población Judicializada 100 % de la Población 50 % logrado
- Programa Población general 50 por ciento de la población. 50 % logrado

Dicha meta se complejizo producto de las dificultad de velocidad de conexión a la red insuficiente para lo requerido por el programa sistrat. Sin embargo queda como meta para el año 2015.

#### Incorporar variable

- 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. 100 % logrado
- Enfoque de genero
- De acuerdo a necesidades detectadas durante el año 2012 y 2013, senda acoge la necesidad de dar un trato diferenciado a la población femenina otorgando plazas para instalación de dispositivo de plan ambulatorio intensivo mujeres. 100% logrado ( participación mesa metropolitana Tratamiento perspectiva de género)

Cobertura Comprometida

| <b>Programa</b>  | <b>Usuarios no conveniados</b> | <b>Plazas convenidos mensual</b> | <b>Plazas convenidos anual</b> | <b>Total de usuarios</b> |
|--|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| <b>Ambulatorio Intensivo población adulta PG poli consumo y OH (SENDA-FONASA-MINSAL)</b> | 0                              | 20                               | 240                            | 20                       |
| <b>REALIZADA</b>   | 0                              | 24                               | 198                            | 64                       |
| <b>Ambulatorio Intensivo población adulta Mujeres (SENDA-FONASA-MINSAL)</b>              | 0                              | 9                                | 108                            | 9                        |
| <b>REALIZADA</b>   | 0                              | 9                                | 81                             | 28                       |
| <b>Ambulatorio básico Pobl. adulta Poli consumo Convenio MINSAL</b>                      | 0                              | 9                                | 108                            | 9                        |
| <b>Población adulta general y Judicializados</b>   | 300                            | 0                                | 0                              |                          |
| <b>REALIZADA</b>   | 300                            |                                  |                                | 425                      |

En la actualidad de acuerdo a los convenios que albergan en el cosam 2. Mes a mes se cumplen las metas . Teniendo un excedente de un 20% de usuarios, lo que fue favorable, a la hora de una reasignación en los programas ambulatorio básico alcohol e intensivo mujeres, así estamos con metas cumplidas a la fecha.  
Prestaciones ofrecidas según programa:

### **Intensivo Hombre Poli consumo**

- 4 intervenciones grupales diarias.
- 1 consulta salud mental técnico semanal
- 1 consulta salud mental asistente social semanal
- 1 psicoterapia individual semanal
- Atención psiquiatra a lo menos una vez por mes
- 1 psicoterapia grupal semanal
- 1 visita domiciliaria mensual
- Rescates domiciliarios y telefónicos
- Consultoría confección PTI cada dos o tres meses
- Intervención en familia 1 vez por semana

### **Intensivo Mujeres :**

- 3 intervenciones grupales diarias.
- 1 consulta salud mental técnico semanal
- 1 consulta salud mental asistente social semanal
- 1 psicoterapia individual semanal
- Atención psiquiatra a lo menos una vez por mes
- 1 psicoterapia grupal semanal
- 1 visita domiciliaria mensual
- Rescates domiciliarios y telefónicos
- Consultoría confección PTI cada dos o tres meses
- Intervención en familia 1 vez por semana
- Cuidado de hijos

### **Intensivo Hombre Alcohol vespertino**

- 3 intervenciones grupales semanales.
- 1 consulta salud mental técnico semanal
- 1 consulta salud mental asistente social semanal
- 1 psicoterapia individual semanal
- Atención psiquiatra a lo menos una vez por mes

- 1 psicoterapia grupal semanal
- 1 visita domiciliaria mensual
- Rescates domiciliarios y telefónicos
- Consultoría confección PTI cada dos o tres meses
- Intervención en familia 1 vez por semana

#### **Ambulatorio Básico Mixto Alcohol**

- 3 intervenciones grupales semanales.
- 1 consulta salud mental técnico quincenal
- 1 consulta salud mental asistente social quincenal
- 1 psicoterapia individual quincenal
- Atención psiquiatra a lo menos una vez por mes
- 1 psicoterapia grupal semanal
- 1 visita domiciliaria mensual
- Rescates domiciliarios y telefónicos
- Consultoría confección PTI cada dos o tres meses
- Intervención en familia 1 vez por semana

### **Ambulatorio Básico Mixto Policonsumo**

- 3 intervenciones grupales semanales.
- 1 consulta salud mental técnico quincenal
- 1 consulta salud mental asistente social quincenal
- 1 psicoterapia individual quincenal
- Atención psiquiatra a lo menos una vez por mes
- 1 psicoterapia grupal semanal
- 1 visita domiciliaria mensual
- Rescates domiciliarios y telefónicos
- Consultoría confección PTI cada dos o tres meses
- Intervención en familia 1 vez por semana

### **Programa Población General y Judicial**

- Cada quince días atención de :
- Consulta de salud mental Técnico en rehabilitación
- Psicoterapia Individual
- Consulta de salud mental asistente social
- Consulta de salud mental Médico
- Visitas domiciliaria de rescate y de primer acercamiento
- Derivaciones a residenciales

- Informe Judicial cada dos meses
- Intervenciones familiares Cuando se requiera
- Psicodiagnóstico
- Internación administrativa de ser requerida
- Consulta y orientación social.

## **EVALUACIÓN DE DATOS SISTRAST COSAM II ENERO A OCTUBRE 2014**

### **INTRODUCCIÓN**

La presente tiene como finalidad poder visualizar las tendencias y variaciones mantenidas en la población de ingreso de nuestro centro

Ello a través de un estudio sistemático comparativo anual referente a las estadísticas ingresadas anualmente en el programa SISTRAST.

Cabe destacar que dicha observación permanente, permitirá recoger antecedentes que accedan a generar estrategias acordes a la realidad atingente y fortalecer la mejora paulatina de los procesos terapéuticos brindados a nuestros usuarios/as.

### Objetivos General

Conocer la magnitud, variación y características del consumo de drogas en la población masculina y femenina de nuestro centro.

### Objetivos Específicos

- Conocer características del tipo de población que ingresa a los programas.
- Identificar la prevalencia del consumo de drogas en nuestra población y jerarquizar según corresponda (droga de inicio, primaria, secundaria, histórica, etc.).
- Identificar factores cualitativos que influyen en la permanencia de nuestros usuarios en el programa.
- Conocer las especificidades que influyen en los logros terapéuticos según genero de la población de ingreso.

**ANALISIS DE VARIABLES SISTRA  
CORRESPONDIENTE A PACIENTES PAI DE ENERO A OCTUBRE 2014**

Gráfico N° 1



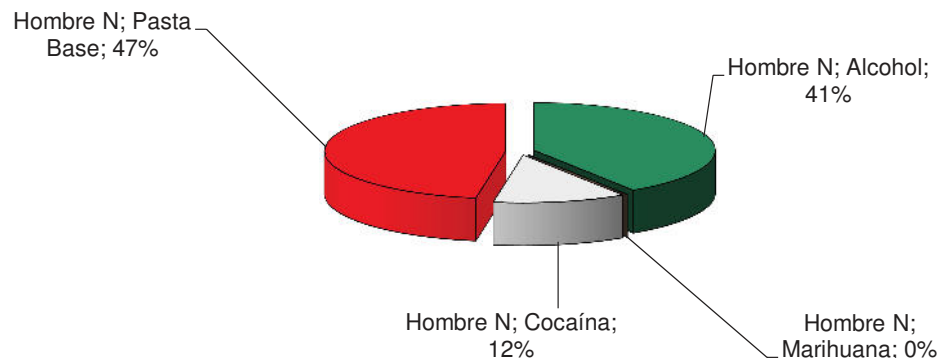
Con relación a la población atendida de enero a octubre del presente año equivalente a 111 casos, se han egresado 65 casos de los cuales 43 son hombres y 22 son mujeres.

A la fecha ingresan a programas 47 usuarios/as de los cuales; 33 casos son hombres que equivalen al 70.2 % de la población y 14 son mujeres correspondientes al 29.7% de los casos.

Gráfico N° 2



### HOMBRES POR TIPO DE CONSUMO

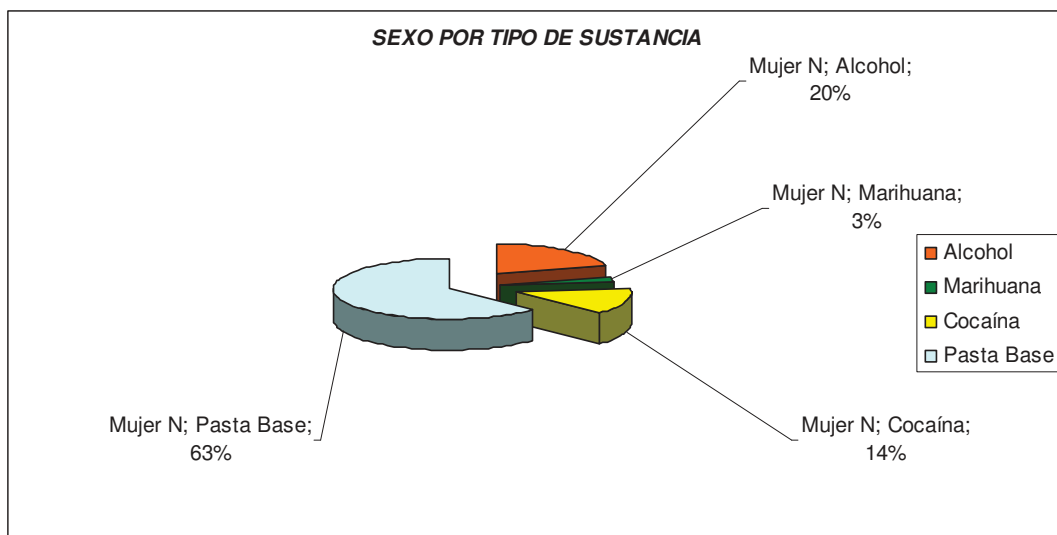


De un total de 76 hombres ingresados durante el año, el tipo de droga primaria prevaleciente corresponde a los consumos de pasta base de cocaína con 36 casos registrados equivalente al 47% de la población, además del consumo de alcohol con 31 casos a su haber correspondientes al 41% de la población masculina.

Si se realiza un comparativo con lo estipulado en Décimo Estudio Nacional de Población General de Chile año 2012, se visualizan diferencias importantes entre los estadígrafos de la región metropolitana y los casos ingresados a nivel del centro comunal. Siendo los datos regionales sobrepasados ampliamente por la realidad de nuestro centro con lo que respecta al consumo de COC y PBC en hombres.

| POBLACIÓN MASCULINA                         | REGION METROPOLITANA | COSAM II COMUNAL |
|---|----------------------|------------------|
| <b>Prevalencia COC y PBC último año</b>     | 2.4%                 | <b>59%</b>       |
| <b>Prevalencia OH durante el último mes</b> | <b>47.6%</b>         | <b>41%</b>       |

Gráfico N° 3



En lo que respecta a la población femenina 35 casos en total, el tipo de droga principal que prevalece es la pasta base de cocaína con 22 casos registrados, equivalentes al 63% del total.

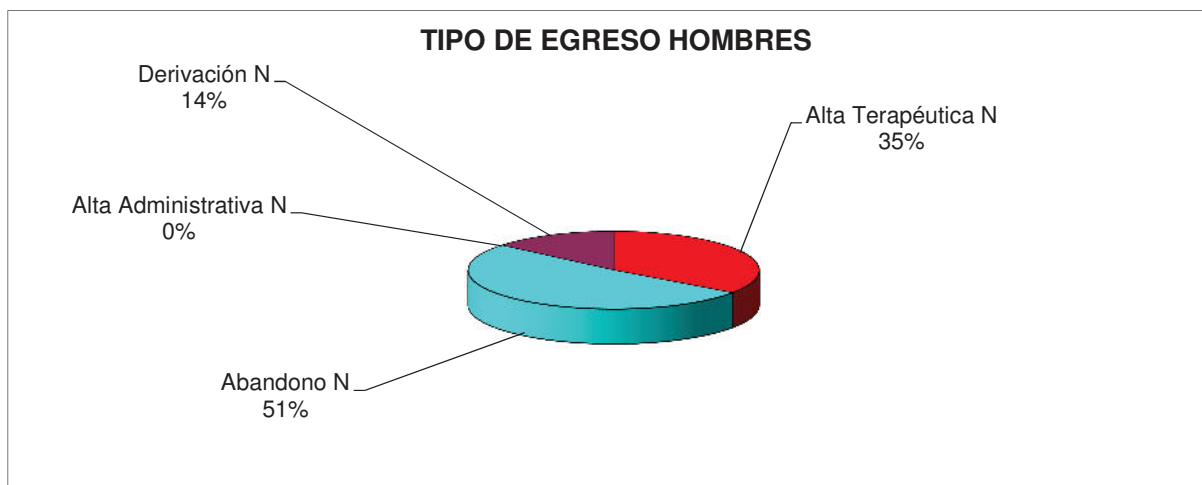
El consumo de alcohol en mujeres desciende drásticamente a menos de la mitad de los casos referidos llegando solo al 20% de dicha población.

Con respecto a la realidad regional nos encontramos con los siguientes comparativos:

| POOBLACIÓN FEMENINA                         | REGION METROPOLITANA | COSAM II COMUNA RENCA |
|---|----------------------|-----------------------|
| <b>Prevalencia COC y PBC ultimo año</b>     | 2.2%                 | <b>63%</b>            |
| <b>Prevalencia OH durante el ultimo mes</b> | <b>30.0%</b>         | 20%                   |

En dicho cuadro se puede observar nuevamente como la realidad de nuestro centro en población femenina en los consumos de COC y PBC sobrepasa ampliamente la realidad regional.

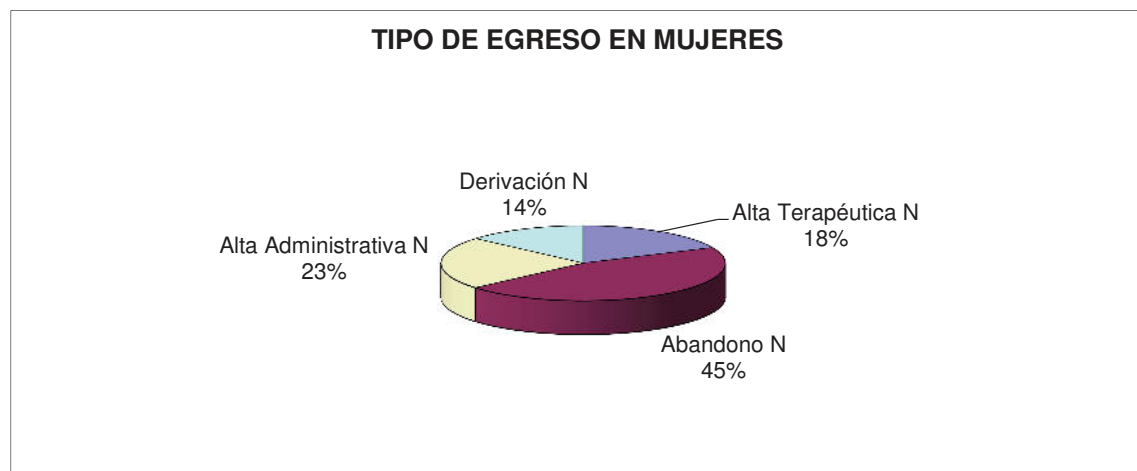
Gráfico N° 4



Si bien el dato más preponderante es el abandono a tratamiento dato que alcanza un 51% de los casos, se puede señalar que un número significativo de pacientes hombres logra altas terapéuticas (35%) y que un 14% de los casos en cuestión debe ser derivado por no cumplir perfil a este tipo de dispositivo.

Al respecto de los abandonos se puede señalar que dicho dato amerita un análisis exhaustivo de las distintas causas del evento, puesto que los abandonos responden a una multi-causalidad de factores, entre los cuales destacan; escaso apoyo familiar, necesidad de emplearse por situación económica, ser jefes de hogar, estar al cuidado y protección de hijos, mantener recaídas en consumo, cambios de domicilio, presentar situación judiciales complejas, entre otras. Cifras que se equiparan a nivel nacional; sin embargo pone un desafío para el 2015 que guarda relación en idear e implementar dispositivo que permita realizar actividad remunerada que sea una parte del tratamiento. Previo a abandonos por temáticas laborales. Habría que considerar que de ese porcentaje de abandonos un bajo porcentaje abandono por permanecer en consumo, un número significativo abandona del tratamiento con logros medios y altos, cotejando los datos con instrumento top ( Avances en ámbito familiar, laboral, de integración socio ocupacional, judicial y de consumo) .

Gráfico N° 5



Al respecto es importante destacar que el plan ambulatorio intensivo mujeres parte recién como plan piloto hace un año, por lo cual la especificidad de lo que significan los procesos terapéuticos con dicha población se ha ido realizando principalmente del que hacer con ellas.

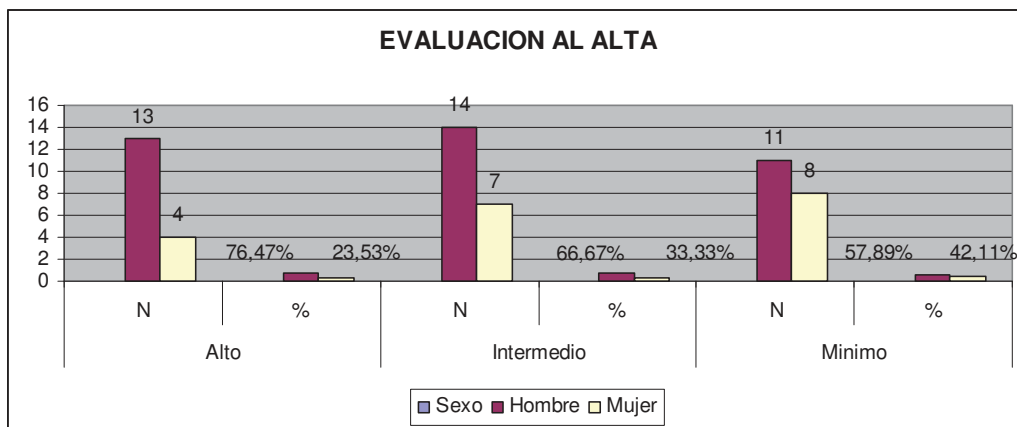
Conviene que previo a plantearnos un análisis exhaustivo de las variables estatizadas, que se ponga especial atención en aspectos cualitativas que determinan la multi-causalidad de los factores que influyen en la permanencia de dicha población a un tratamiento.

Algunos aspectos a tener en consideración son:

Perspectiva de género y repercusión socio-cultural en lo concerniente a:

- ❖ Dificultades en la construcción de identidad. (soy, quiero y me exigen)
- ❖ Dependencia afectiva por lo general de parejas consumidoras
- ❖ Derechos sexuales u reproductivos desmedrados y abandonados
- ❖ Área afectiva: dificultades para identificar, expresar y verbalizar emociones.
- ❖ VIF cruzada
- ❖ Sentimientos de denigración ( prostitución, descuido de higiene, etc)
- ❖ Masculinización de lo femenino; vinculado a la violencia, conductas delictuales, exposición al peligro)
- ❖ Abandono del Rol materno (establecimiento de limites, cuidado, protección y apego).
- ❖ Disfuncionalidad y falta de apoyo familiar.
- ❖ Problematización del rol femenino
- ❖ Utilización de la mujer frente al acceso al consumo y vulnerabilidad de esta en espacios y lugares de consumo. Entre otras.

Gráfico N° 6



Al realizar un comparativo del tipo de logro obtenido en el proceso terapéutico entre la población masculina y la femenina. Se puede visualizar con claridad que los hombres mantienen una mejor evaluación al egreso, alcanzando en el caso de ellos, un logro alto en mas del 70% de los casos, mientras las mujeres solo llegan al 23.5% en este rango. Al instalarse dentro del rango de logro intermedio las mujeres aumentan 10 puntos porcentuales instalándose con un 33.3% de los casos, mientras que los hombres descienden 10 puntos porcentuales con respecto al dato anterior 66.7%.

## PLANIFICACION 2015

### PROGRAMA DE LA MUJER

#### SALUD MATERNA Y NEONATAL

##### Promoción

| Objetivo   | Meta  | Actividad  | Indicador   | Fuente del indicador |
|--|---|--|---|----------------------|
| Aumentar el número de gestantes con educación respecto a la preparación para el parto y la crianza       | 80% gestantes en control participan en taller de educación grupal: <i>Preparación para el parto y crianza.</i>                    | Talleres de 4 sesiones para gestantes. Según nota metodológica PARN “¡Las experiencias tempranas importan mucho!”. | (Nº de gestantes que ingresan a educación grupal <i>Preparación para el parto y crianza</i> / Nº total gestantes que ingresan a control prenatal) x 100 | REM A27<br>REM P05   |
| Incorporar a la pareja u otro familiar significativo como sujeto activo durante el proceso reproductivo. | Aumento del % de mujeres que asisten a controles prenatales acompañadas por sus pareja, familiar u otro, respecto al año anterior | Control prenatal acompañado pareja, familiar u otro.   | (Nº de controles prenatales con acompañante/ Nº Total de controles prenatales realizados) x 100   | REM A01              |

##### Prevención

| <b>Objetivo</b>  | <b>Meta</b>  | <b>Actividad</b>  | <b>Indicador</b>  | <b>Fuente del indicador</b>   |
|--|--|---|---|---|
| Detectar embarazadas con factores de riesgo biomédico.   | 100% de las gestantes con riesgo biomédico se derivan al nivel secundario para ser evaluadas por especialista, según Guía Perinatal. | Derivar a Alto Riesgo Obstétrico (ARO) del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo biomédico, según Guía Perinatal vigente.                           | $(N^{\circ} \text{ de gestantes con riesgo biomédico } * \text{ derivadas al nivel secundario} / N^{\circ} \text{ total de gestantes con riesgo biomédico}) \times 100$   | REM A05<br>Población de gestantes bajo control (prevalencia de ARO) |
| Detectar factores de riesgo de parto prematuro.          | 100% de gestantes que presentan factores de riesgo de parto prematuro en forma precoz al nivel secundario.                           | Derivar precozmente a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo de parto prematuro, según Guía GES. (Nota: notificación GES) | $(N^{\circ} \text{ de gestantes con riesgo de parto prematuro derivadas al nivel secundario} / N^{\circ} \text{ total de gestantes con riesgo de parto prematuro}) \times 100$  | REM A05<br>Población de gestantes bajo control (prevalencia de ARO) |
| Detección de Depresión en el Embarazo (según protocolo). | 100% de gestantes con aplicación de Escala de Edimburgo.<br><br>Construir línea de base de detección de depresión en gestantes       | Aplicar Escala de Edimburgo gestantes segundo control prenatal.<br><br>Detección en gestantes con sospecha de depresión   | $(N^{\circ} \text{ de gestantes con escala Edimburgo gestantes aplicada segundo control} / N^{\circ} \text{ total de gestantes ingresadas}) \times 100$<br>$(N^{\circ} \text{ de gestantes con sospecha de depresión } 2^{\circ} \text{ control prenatal} / N^{\circ} \text{ de escalas aplicadas a gestantes } (2^{\circ} \text{ control } ) \text{ prenatal}) \times 100$ | REM A03<br>REM A05<br><br>REM A03                                   |
| Aumentar la detección del riesgo biopsicosocial en       | 90% de gestantes en control prenatal con EPSA aplicado.  | Aplicar Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA) a las   | $(N^{\circ} \text{ de gestantes con EPSA aplicado al ingreso} / N^{\circ} \text{ total de gestantes en control prenatal})$  | REM A03<br>REM A01  |



|  |  |                                |       |  |
|--|--|--------------------------------|-------|--|
| gestantes (Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA) |  | gestantes en control prenatal. | x 100 |  |
|--|--|--------------------------------|-------|--|

| Objetivo  | Meta  | Actividad  | Indicador  | Fuente del indicador |
|---|---|--|--|----------------------|
| Apoyar a gestantes que han presentado condiciones de riesgo psicosocial durante el embarazo.  | 90% de las gestantes que presentan riesgo psicosocial reciben visita domiciliaria integral. | Visita domiciliaria integral (VDI) a gestantes con riesgo psicosocial, según evaluación realizada por el equipo de cabecera. | (Nº de VDI realizadas a gestantes que presentan riesgo según EPSA / Nº de gestantes en control que presentan riesgo según EPSA) x 100            | REM P1               |
| Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por exceso.  | 100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con malnutrición por exceso.            | Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso.   | Nº de gestantes con malnutrición por exceso bajo control, con consulta nutricional / Nº total de gestantes con malnutrición por exceso) x 100    | REM P01              |
| Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por déficit. | 100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con malnutrición por déficit.           | Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por déficit.  | (Nº de gestantes con malnutrición por déficit, bajo control, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes con malnutrición por déficit) x 100 | REM P01              |

|  |  |  |  |                    |
|--|--|--|--|--------------------|
| Mejorar y mantener la salud bucal de las gestantes.  | 100% de las embarazadas que ingresan a tratamiento odontológico han recibido Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología. | Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en los ingresos odontológicos de embarazadas. | $(\text{N}^\circ \text{ de embarazadas con Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado} / \text{N}^\circ \text{ total de embarazadas que ingresa a tratamiento odontológico}) \times 100$             | REM A09            |
| Contribuir a la prevención de infecciones respiratorias agudas desde el período de gestación       | Aumentar el número de madres en gestación con talleres sobre prevención de IRA-ERA   | Taller a madres desde el período de gestación sobre prevención de IRA-ERA                                  | $(\text{N}^\circ \text{ de gestantes que ingresan a educación grupal en prevención de IRA -ERA} / \text{total de gestantes bajo control}) \times 100$  | REM A27<br>REM P1  |
| Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al recién nacido. | 70% de puérperas y recién nacidos antes de los 10 días de vida acceden a control de salud  | Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido antes de los 11 días de vida.                    | $(\text{N}^\circ \text{ ingresos de RN a control de salud integral de puérperas y recién nacido antes de los 11 días de vida} / \text{N}^\circ \text{ total de ingresos de RN a control antes de 28 días}) \times 100$ | REM A01<br>REM A05 |
| Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al recién nacido. | 100% puérperas y recién nacidos controlados antes de los 10 días de vida, que reciben atención integral, apoyo para apego seguro y lactancia materna exclusiva.  | Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido antes de los 10 días de vida.                    | $(\text{N}^\circ \text{ de control de salud integral a puérperas y recién nacido antes de los 10 días de vida} / \text{N}^\circ \text{ total de ingresos de RN}) \times 100$   | REM A01<br>REM A05 |

|  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
| <p><b>Disminuir la transmisión vertical del VIH.</b></p> | <p><b>100% de las embarazadas que ingresan a control prenatal acceden a examen de detección de VIH</b></p> <p>100% de gestantes VIH (+) detectadas en el control prenatal son derivadas al Programa VIH.</p> <p>100% de gestantes VIH (+) son derivadas a Unidad ARO</p> | <p><b>Tamizaje para VIH en gestantes al ingreso a control gestación prenatal</b></p> <p>Derivación al Programa de Atención de VIH y a Unidad de Alto Riesgo Obstétrico a gestantes VIH (+) detectadas en el control prenatal</p> | <p><b>(Nº total de exámenes Procesados a gestantes 1er examen para detección del VIH)/ Nº total de gestantes que ingresan a control prenatal) x 100</b></p> <p>(Nº de gestantes VIH (+) que ingresan al Programa VIH/ Nº Total de gestantes VIH (+)) * 100</p> <p>(Nº de gestantes VIH (+) ingresadas a ARO/ Nº total de gestantes VIH (+))* 100)</p> | <p><b>REM A11 Sección C1 y C2</b><br/><b>REM A05: Sección A</b></p> <p>REM A05 Sección B SIGGES</p> <p>REM A05 Sección B SIGGES</p> |
|--|--|--|---|---|

| Objetivo  | Meta   | Actividad   | Indicador  | Fuente del indicador   |
|---|--|---|--|--|
| Mejorar la cobertura del control a gestantes para confirmación diagnóstica. | 100% de gestantes inasistentes a control para confirmación diagnóstica son visitadas –citadas. | Visita domiciliaria a gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH que están inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad. | (Nº gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes, visitadas-citadas a control/ Nº de gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes a control) x 100 | Registros de actividad:<br>-Por establecimiento y consolidado del Servicio de Salud.<br>Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA |
|   | 100% de gestantes VIH (+) que no asisten a control de embarazo, son visitadas –citadas.        | Citación – Visita domiciliaria a gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad.  | (Nº de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo citadas-visitadas / Nº de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo) x 100  | Registros de actividad:<br>-Por establecimiento y- consolidado del Servicio de Salud   |
|   | 100% de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal son derivadas al programa VIH.       | Derivación de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal al Centro de Atención de VIH.   | (Nº de gestantes VIH (+) derivadas al programa VIH/ Nº Total de gestantes VIH (+)) x 100   | Registros locales de derivación.<br>/REM A05   |
| Atención integral de salud ginecológica durante el ciclo vital.             | Aumentar el % de acceso a control de salud integral ginecológica.                              | Control preventivo de salud integral ginecológica.  | (Nº de mujeres en control preventivo ginecológico /Nº total de mujeres mayor a 10 años inscrita y validada ) x 100   | REM A01/<br>Población inscrita validada  |

|   |   |   |  |          |
|---|---|---|--|----------|
| Proteger la salud de la gestante y de su hijo/a.  | ≥ 38% de las gestantes con alta odontológica reciben CBT.   | Consejería Breve en Tabaco (CBT).                           | (Nº de gestantes que reciben CBT/ Nº Total de altas odontológicas de embarazadas) x100   | REM A09  |
| Entregar orientación e información clara, completa y oportuna, que permita a hombres y mujeres tomar sus propias decisiones en salud sexual y reproductiva (planificación familiar, métodos anticonceptivos y sexualidad) | Aumentar las mujeres y hombres que reciben consejería en salud sexual y reproductiva respecto al año anterior | Consejería en salud sexual y reproductiva                   | (Nº de mujeres y hombres en edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva 2015 [MENOS] Nº de mujeres y hombres en edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva 2014)/ Nº de mujeres y hombres en edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva 2014)*100- | REM 19 a |
| Brindar atención a mujeres víctimas de violencia de género  | Entregar atención al 100% de mujeres víctimas de violencia de género.   | Entregar atención a mujeres víctimas de violencia de género | (Nº mujeres ingresadas al programa como víctimas de violencia de género 2015 [MENOS](Nº mujeres ingresadas al programa como víctimas de violencia de género (2014)/ Nº mujeres ingresadas al programa como víctimas de violencia de género en 2014) x100   | REM 05   |

## Tratamiento

| Objetivo   | Meta   | Actividad                                      | Indicador  | Fuente del indicador |
|--|--|--|--|----------------------|
| Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestante (GES )               | 68% cobertura en altas odontológicas totales en embarazadas ingresadas.        | Atención odontológica integral a la embarazada | N° de altas odontológicas totales en embarazadas/ total de gestantes ingresadas x 100                              | REM A 09<br>REM A 05 |
| Disminuir la transmisión vertical de la sífilis<br><br>Aumento de cobertura preventiva | 100% de las embarazadas que ingresan a control acceden a tamizaje para sífilis | Tamizaje para sífilis durante el embarazo      | N° total de VDRL o RPR solicitados a gestantes en 1° control prenatal/<br>N°gestantes que ingresan a control x 100 | REM A 01<br>REM A 05 |

## SALUD ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

### Prevención

| Objetivo   | Meta  | Actividad   | Indicador   | Fuente del indicador      |
|--|---|---|---|---------------------------|
| Contribuir al estado de salud óptimo en mujeres en edad fértil | Aumentar los controles preconceptionales                    | Control preconcepcional                           | N° controles preconceptionales/Total mujeres en edad fértil inscritas x 100     | REM A 01<br>Pob. validada |
| Atención integral de salud ginecológica durante el ciclo vital | Aumentar el acceso a control de salud integral ginecológica | Control preventivo de salud integral ginecológica | N° mujeres con control preventivo ginecológico/N° total mujeres mayor a 10 años | REM A 01<br>Pob. validada |

|   |   |   |  |                     |
|---|---|---|--|---------------------|
|   |   |   | validada x 100   |                     |
| Entregar orientación e Información clara, completa y oportuna, que permita a hombres y mujeres tomar sus propias decisiones en salud sexual y reproductiva. | Aumentar los usuarios que reciben consejería en SSR             | Consejería en SSR                             | Nº usuarios que reciben consej. SSR/Nº usuarios en edad fértil validados | REM 19 <sup>a</sup> |
| Aumentar el ingreso a control de reg. Fertilidad de adolescentes  | Aumentar el ingreso adolescente a control de reg. De fertilidad | Control de reg. De fertilidad en adolescentes | Nº pob adolescente BC reg. Fert./Nº total pob. BC reg. de fertilidad     | REM P-1             |

## **SALUD EN EDAD ADULTA**

| <b>Objetivo</b>  | <b>Meta</b>   | <b>Actividad</b>  | <b>Indicador</b>   | <b>Fuente del indicador</b> |
|--|---|---|--|-----------------------------|
| Contribuir al estado de salud óptimo en mujeres en edad fértil   | Aumentar los controles preconceptionales  | Control preconceptional                                       | N° controles preconceptionales/Total mujeres en edad fértil inscritas x 100      | REM A 01<br>Pob. Validada   |
| Evaluación integral de la mujer que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas   | Controlar al 100% de las mujeres consultantes que han presentado pérdidas reproductivas | Control salud de la mujer post pérdida reproductiva           | N° controles post aborto/N° mujeres consultantes post pérdida reproductiva x 100 | REM A01                     |
| Aumentar el número de personas adultas sanas y con enfermedades crónicas, que ingresan y se controlan su regulación de fertilidad con enfoque de riesgo biopsicosocial | Ingreso de mujeres y hombres a control de reg. De fertilidad                            | Ingreso y control de reg. De fertilidad                       | Bajo control semestral regulación de fertilidad                                  | REM P1                      |
| Promover la salud sexual y reproductiva  | Derivar a especialista parejas con infertilidad   | Derivación oportuna a especialista a parejas con infertilidad | N° consultas por infertilidad/<br>N° mujeres en edad fértil x 100                | REM A 04<br>POB. Validada   |



| <b>Objetivo</b>   | <b>Meta</b>   | <b>Actividad</b>                               | <b>Indicador</b>   | <b>Fuente del indicador</b>            |
|---|---|--|--|--|
| Aumentar la pesquisa de cáncer de mama en mujeres de 50 a 59 años             | Incrementar con respecto al año anterior la cobertura de mamografías vigentes de 50 a 59 años | Mamografías a mujeres de 50 a 59 años GES      | N° de mujeres con MX vigente de 50 a 59 años /N° total mujeres de 50 a 59 años inscritas | REM P12<br>Pob. Validada               |
| Aumentar la pesquisa de mujeres con cáncer de cuello de útero de 25 a 64 años | Incrementar la cobertura actual de papanicolau vigente en mujeres de 25 a 64 años             | Pap cada 3 años en mujeres de 25 a 64 años GES | Cobertura PAP  | Citoexpert<br>REM P12<br>Pob. Validada |

**PROGRAMA INFANTIL**



Desde el año 2008 el Programa de salud del niño, forma parte de la red del Sistema de Protección de la Infancia, Chile Crece Contigo, el cual tiene como objetivo principal acompañar y hacer un seguimiento personalizado a la trayectoria del desarrollo de los niños y niñas a partir del primer control de gestación hasta su ingreso al sistema escolar en el primer nivel de transición (alrededor de los 4 o 5 años de edad)

De esta mirada en lo que respecta a salud, el programa del niño recibe y acompaña al recién nacido y su familia brindando prestaciones en distintos ámbitos tales como; promoción, prevención y tratamiento todo esto con el único propósito de lograr un desarrollo integral de nuestra población infantil.

.Es por esto que en los últimos años se ha puesto énfasis en las actividades de estimulación y evaluación del desarrollo psicomotor, así como el fortalecimiento de la prevención del déficit del DSM a través del trabajo con padres, madres y/o cuidadores y la comunidad. Actualmente contamos con salas de estimulación en cada uno de los centros de salud, las cuales están a cargo de Educadoras de Párvulos como parte del equipo de salud, demostrando que las intervenciones de este tipo potencian competencias sociales, emocionales e intelectuales que permiten al niño o niña convertirse en un adulto armónico.

## PROMOCIÓN

| OBJETIVO  | META  | ACTIVIDAD   | INDICADOR   | FUENTE DEL INDICADOR                   |
|---|---|---|---|--|
| <b>Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.</b> | 85% de niñas y niños reciben consulta nutricional al 5º mes de vida.              | Consulta nutricional al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir del 6º mes, según guía de alimentación y/o normativas vigentes | Población con consulta nutricional al 5º mes / Total de población bajo control entre 6 y 11 meses)* 100 | REM P2, Sección E<br>REM P2, Sección A |
|   | 50% de niñas y niños reciben consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida. | Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, con componente de salud bucal, refuerzo de alimentación  | (Población con consulta a los 3 años y 6 meses/ Población bajo control entre 42 y 47 meses)* 100        | REM P2, Sección E<br>REM P2, Sección A |

|  |  |   |  |                      |
|--|--|---|--|----------------------|
|  |  | saludable y actividad física, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.   |  |                      |
| <b>Lograr un 60% de lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida.</b> | 60% de lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida | Educar en los beneficios de la lactancia materna exclusiva, fomentar uso de cojín de lactancia, evaluar y reforzar las técnicas correctas de amamantamiento en cada Control de Salud de niña y niño. Favorecer las clínicas de lactancia. | Nº de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida /Nº de niño y niñas controlados al 6to mes)*100 | REM A03, Sección A.7 |
| <b>Incorporación del Padre en la supervisión de salud infantil</b>                           | 20% de controles de salud entregados                                       | Controles de salud entregados a niños y niñas menores   | (Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 1 año en los   | REM A01, Sección B   |

|  |  |  |  |                    |
|--|--|--|--|--------------------|
|  | a niños y niñas menores de 1 año en los que participa el padre<br>Controles de salud entregados a niños y niñas menores de 1 año en los que participe el padre | de 1 año en los que participa del padre  | que participa del padre / N° de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 1 año)*100  |                    |
|  | 12% de controles de salud entregados a niños y niñas de entre 1 y 4 años en los que participa el padre   | Controles de salud entregados a niños y niñas de entre 1 y 4 años en los que participa del padre | (N° controles de salud entregados a niños y niñas de entre 1 y 4 años en los que participa del padre / N° de controles de salud entregados a niños y niñas mayores de 1 año y menores de 4 años)*100 | REM A01, Sección B |

## PREVENCION

| OBJETIVO  | META  | ACTIVIDAD  | INDICADOR   | FUENTE DEL INDICADOR   |
|---|---|--|---|--|
| <b>Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral.</b> | Se realizan 16 talleres "Nadie es perfecto"<br>Ces Renca: 4 talleres.<br>Ces H. Urzúa: 8 talleres.<br>Ces Huamachuco: 4 talleres. | Taller educativos de habilidades parentales con metodología "Nadie es Perfecto" a madres padres y/o cuidadores, de niñas y niños menores de 72 meses bajo control. | (Nº talleres de Nadie es Perfecto iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente / Nº total de facilitadores de la comuna)*100 | Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo (Módulo Nadie es Perfecto) |
| <b>Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral.</b> | 12 sesiones educativas comunales a madres, padres y/o cuidadores de menores de 1 año bajo control.                                | Talleres a madres, padres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año, acerca de prevención de IRA en época de baja circulación viral                         | (Nº de sesiones educativas a madres, padres y/o cuidadores en prevención de IRA/ Nº total de sesiones programadas)*100  | REM A27, Sección A<br>REM P2, Sección A  |
| <b>Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de</b>   | 90% niñas/os de 1 y 2 meses de edad con protocolo neurosensorial aplicado.  | Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial.   | (Nº de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niñas y niños de 1 o 2 meses / Nº Total control de ciclo vital de  | REM A03, Sección A1<br>REM A01, Sección B  |

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
| <b>niñas y niños 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 10 años.</b> |   |  | niñas y niños de 1 y 2 meses)*100  |  |
|  | 100% de las niñas y niños 3 meses con radiografía de pelvis tomada (GES)  | Toma de Rx pelvis a niños y niñas a los 3 meses  | (Nº de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas/Población de 0 años inscrita validada por FONASA)*100  | SIGGES<br>FONASA                         |
|  | 80% de la aplicación de pauta de observación de calidad de apego de su madre, padre o figura significativa en el control de salud de los 4 meses de edad en relación a lo obtenido en el año 2014 | Control de salud a los 4 meses con aplicación de pauta de observación de calidad de apego establecido con su madre, padre o figura significativa                       | (Nº de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada a niños y niñas de 4 meses año 2015) [MENOS]<br>(Nº de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada a niños y niñas de 4 meses año 2014)/<br>(Nº de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada a niños y niñas de 4 meses año 2014)*100 | REM A03, Sección A<br>REM A01, Sección B |
| 80% niñas/os de 8 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor (en el control   | Control de salud a los 8 meses con aplicación de evaluación de Desarrollo Psicomotor (Primera evaluación)   | (Nº de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas al grupo 7-11 meses en el control de salud de los 8 meses (Primera evaluación)/Nº total | REM A03, Sección B<br>REM P2, Sección A  |  |



|   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
|   | de salud).   |   | control de ciclo vital de niñas y niños 7 a 11 meses bajo control)*100  |  |
| <b>Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños 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 10 años.</b> | 98% niñas/os de 18 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (en el control de salud). | Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (Primera evaluación). | (Nº Aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 18 a 23 meses (Primera evaluación) en el control de salud de los 18 meses / Nº total de niñas y niños de 18 a 23 meses bajo control) x 100 | REM A03 Sección A<br>REM P2 Sección A          |
|   | 50% niñas/os de 36 meses de edad se les aplica evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud.       | Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor.(Primera evaluación). | (Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 36 a 41 meses(Primera evaluación).en el control de salud de los 36 meses / Nº Total de niñas y niños de 36a 41 meses bajo control)* 100 | REM A03 Sección A<br>REM P2 Sección A          |
| <b>Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.</b>  | Cobertura de vacunación.   | Administración de la tercera dosis de vacuna Pentavalente.  | (Nº total de vacunas Pentavalente, tercera dosis administrada/ Nº Total de niños menores de un año de vida)*100   | Sistema Informático –<br>RNI<br>Proyección INE |
|   | Cobertura de   | Administración de   | (Nº total de vacunas  | Sistema Informático                            |

|  |                                 |  |  |   |
|--|---------------------------------|--|--|---|
|  | vacunación.                     | dosis de Refuerzo vacuna Neumológica Conjugada durante el primer año de vida.  | Neumocócica conjugada, tercera dosis / N° de niños menores de un año de vida)*100  | –<br>RNI<br>Proyección INE                        |
|  | Cobertura de vacunación.        | Administración de la primera dosis de vacuna Trivírica durante el primer año de vida.  | (N° de vacunas Trivírica, primera dosis / N° de niños menores de un año de vida)*100   | Sistema Informático<br>–<br>RNI<br>Proyección INE |
|  | Cobertura de vacunación.        | Administración de la primera dosis de vacuna VPH a niñas mayor de 9 años que cursan cuarto año básico en escuelas públicas y privadas  | N° de vacunas VPH primera dosis a niñas mayor de 9 años que cursan cuarto año básico/N° total de matrícula.  | Sistema Informático<br>–<br>RNI<br>Proyección INE |
| <b>Establecer línea base de aplicación de pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso.</b> | Conocer el porcentaje aplicado. | Aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en los controles de salud del niño sano que corresponda, según el programa nacional de salud de infancia. | (N° de niños eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente/N° de niños eutróficos bajo control, en cada control correspondiente)*100 | REM P2 sección A<br>REM P2 sección H.             |

|   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|--|
| <b>Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio</b>                     | 100% de auditorías realizadas a familiares de fallecidos por neumonía en domicilio.   | Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.  | (Nº de auditorías realizadas a casos de 0 a 9 años que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº de casos de 0 a 9 años que fallecen en domicilio por neumonía)*100  | Supeditado a disponibilidad de Plataforma desde el DEIS. |
| TRATAMIENTO   |   |   |   |  |
| <b>Garantizar el acceso a alguna modalidad de estimulación a niñas/niños que presenten déficit (riesgo-retraso) o rezago en DSM</b> | 80% de niñas y niños menores de 4 años que en una primera evaluación presentan rezago en su desarrollo psicomotor son derivados a alguna modalidad de estimulación del DSM. | Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad; en sala de estimulación, servicio de estimulación itinerante o atención domiciliaria. (Ludoteca no es intervención). | (Nº de niñas/os menores de 4 años con rezago en su desarrollo psicomotor derivados a alguna modalidad de estimulación/ Nº total de niñas/os menores de 4 años detectados con rezago en la primera evaluación desarrollo psicomotor) x 100 | REM A03, Sección A.3<br>REM A03, Sección A.2             |
| <b>Disminuir el porcentaje de niñas y</b>   | 100% de niñas/os menores de 4 años con déficit (riesgo y  | Actividades de estimulación en el centro de salud o en  | (Nº de niñas y niños menores de 4 años con déficit en   | REM A03, Sección A.3<br>REM A03, Sección                 |

|   |  |  |   |  |
|---|--|--|---|--|
| <b>niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor</b> | retraso) en el DSM ingresan a modalidades de estimulación del DSM.   | la comunidad; en sala de estimulación, servicio de estimulación itinerante o atención domiciliaria. (Ludoteca no es intervención). | su desarrollo psicomotor ingresados a alguna modalidad de estimulación/ N° total de niñas y niños menores de 4 años detectados con déficit en la primera evaluación desarrollo psicomotor ) *100  | A.2  |
|   | 100% de niñas y niños menores de 4 años diagnosticados con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor recibe al menos 2 visitas domiciliarias integrales | Visita domiciliaria integral a familia con niños y niñas con déficit en su desarrollo  | (N° de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño o niña con déficit de DSM / N° total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor) x 100  | REM A26, Sección A<br>REM P2, Sección C    |
|   | 90% de los niñas y niños detectados con retraso en su desarrollo psicomotor en primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses recuperadas/os en reevaluación             | Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor  | (N° de niñas y niños diagnosticadas con retraso en su DSM en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) en la reevaluación/ N° de niñas y niños diagnosticadas con retraso en su DSM en la primera evaluación de 8, 18 y 36 meses *100 | REM A03, Sección A.2<br>(columnas D, E, G) |
| <b>Contribuir a la disminución de</b>                         | Realizar visitas domiciliarias integral  | Visitas domiciliarias realizadas a familias  | (N° visitas domiciliarias integrales de las familias de   | REM A23<br>Sección M                       |

|  |  |   |   |                  |
|--|--|---|---|------------------|
| <b>morbimortalidad en menores de 1 año por IRA</b> | al 15% de las familias con niños/niñas con Score de riesgo de morir por neumonía grave | de niños/niñas con Score de riesgo de morir por neumonía grave. | niños/niñas con Score de riesgo de morir por neumonía grave/Nº niños/niñas menores de 7 meses con score de riesgo de IRA) x 100 | REM P2 Sección D |
|--|--|---|---|------------------|

## PROGRAMA ADULTO

### PREVENCIÓN

| OBJETIVO  | META  | ACTIVIDAD  | INDICADOR   | FUENTE DEL INDICADOR   |
|---|---|--|---|--|
| <b>Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años.</b> | Incrementar en un 10% la cobertura de EMPA en la población inscrita validada                    | Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo.  | (Cobertura EMPA 2015)(MENOS Cobertura EMPA 2014)/ Cobertura EMPA 2014)<br>Calculo de cobertura:<br>(Nº de EMPA realizados a población adulta inscrita validada /Población Total adulta inscrita validada) x 100 | REM A02  |
|   | Incrementar en un 5% los EMPA en hombres de 25-64 años respecto a lo realizado el año anterior. | Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto focalizado en hombres de 25 a 64 años aplicando pauta de protocolo   | (Nº de EMPA realizados a población 20 a 24 años 2015) MENOS Nº de EMPA realizados a población 20 a 24 años 2014)/ Nº de EMPA realizados a población 20 a 24 años 2014)*100                                      | REM A02<br>Calculo de proporción:<br>Nº de EMPA realizados en hombres 25-64 años/ Nº Total de EMPA realizados en hombres |
| <b>Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el</b>   | El 100% de los adultos, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV ha tenido un | <i>No se puede comprometer este objetivo puesto que no se cuenta con las claves DEIS para ingresar al sistema.<br/>Se sugiere para el 2015 solicitar las claves para los encargados por centro a nivel local para poder realizar</i> | SIDRA<br>DEIS Base de egresos hospitalarios   |  |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| <b>diagnóstico de ACV o IAM</b>   | control con profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta.          | <i>línea de base.</i>   |   |   |
| <b>Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.</b> | 40% de las personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV han sido clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica. | Realizar tamizaje de la ERC en las personas hipertensas y diabéticas en PSCV al menos una vez al año.   | (Nº de adultos hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / Nº total de adultos bajo control en PSCV (hipertensos y diabéticos) al corte) x 100         | REM P4<br>Sección A   |
| <b>Aumentar la cobertura diagnóstica en personas de 25-64 años de hipertensión arterial.</b>            | Aumentar en un 10% la cobertura de personas de 25-64 años con hipertensión respecto al año anterior.                        | Búsqueda intencionada de personas hipertensas a través de la toma de presión arterial en todo control de salud o consulta de morbilidad, EMPA, entre otras alternativas | (Proporción de personas bajo control de 25 a 64 años con HTA año 2015 (MENOS) Proporción de personas bajo control de 25 a 64 años con HTA 2014) / Proporción de personas bajo control de 25 a 64 años con HTA 2014)*100 | REM P4<br>Sección A<br>Población estimada según ENS 2009-2010 |
| <b>Aumentar la cobertura diagnóstica en personas de 25-64 años de diabetes</b>                          | Aumentar en un 10% la cobertura de personas de 25-64 años con diabetes respecto al año                                      | Búsqueda intencionada de diabetes en personas de riesgo: obesos, mayores de 40 años,  | (Proporción de población bajo control de 25 a 64 años con DM año 2015 (MENOS) Proporción de población bajo control de 25 a 64 años con  | REM P4<br>Sección A<br>Población estimada según prevalencia   |

|  |                        |   |  |  |                           |
|--|------------------------|---|--|--|---------------------------|
|  |                        | anterior.   | antecedentes familiares de diabetes, antecedentes personales de diabetes gestacional, a través del EMPA, controles de salud, consulta de morbilidad, entre otras alternativas.   | DM año 2014)/ Proporción de personas bajo control de 25 a 64 años con DM 2014)   | ENS 2009-2010 (10%        |
| <b>Disminuir incidencia amputación extremidades inferiores pacientes diabetes.</b> | <b>la de de en con</b> | 70% de las personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 en PSCV se les ha realizado una evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses. | Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona de 25-64 años con diabetes y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente | (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 P4                    |
|  |                        | 100% de las personas diabéticas de 25-64 años bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.  |  | (Nº de personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado / Nº total de personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie) x | QUALIDIAB-Chile<br>REM P4 |



|   |   |  |   |  |
|---|---|--|---|--|
|   |   |  | 100   |  |
| <b>Pesquisar precozmente diagnóstico de tuberculosis en personas de 25 a 64 años</b>                            | Entre 20 y 30% de los casos de tuberculosis pulmonar entre 25 y 64 años diagnosticados por cultivo. | Confirmación bacteriológica de casos de tuberculosis pulmonar por cultivo en personas entre 25 a 64 años | $(N^{\circ} \text{ de casos de tuberculosis pulmonar confirmados por cultivo en personas entre 25 y 64 años} / N^{\circ} \text{ de casos de tuberculosis pulmonar diagnosticados en personas entre 25 y 64 años}) \times 100$ | Registro nacional programa de tuberculosis               |
| <b>Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio</b> | 50% de auditorías realizadas a familiares de fallecidos por neumonía en domicilio                   | Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.                     | $(N^{\circ} \text{ de auditorías realizadas a casos de 25 a 64 años que fallecen en su domicilio por neumonía} / N^{\circ} \text{ de casos de 25 a 64 años que fallecen en domicilio por neumonía}) \times 100$               | Supeditado a disponibilidad de Plataforma desde el DEIS. |

## TRATAMIENTO

| OBJETIVO  | META   | ACTIVIDAD   | INDICADOR   | FUENTE DEL INDICADOR  |
|---|--|---|---|---|
| <b>Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años</b> | Mantener la cobertura de personas hipertensas de 25-64 años bajo control | Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 | $(\text{Cobertura hipertensos (2015)} / \text{Cobertura Hipertensos (2014)}) / \text{Cobertura Hipertensos (2014)}$ | REM P4 Sección B Población estimada según prevalencia estudio Fasce 2007 Cálculos de Cobertura; (N° de personas |

|  |   |      |   |  |
|--|---|------|---|--|
|  |   | años |   | hipertensas de 25 -64 años bajo control/Nº de personas hipertensas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada) x 100  |
|  | Incrementar en un 15% la proporción de hipertensos de 25-64 años bajo control en PSCV con presión arterial <140/90 mm/Hg, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.              |      | (Proporción de Metas de compensación 2015) (MENOS) Proporción de Metas de compensación 2014)/ Proporción de Metas de compensación 2014  | REM P4 Sección B<br>Calculo de Proporción de Metas compensación:<br>(Nº de personas hipertensas de 25-64 años bajo control con presión arterial <140/90 mm Hg/Nº de personas hipertensas de 25-64 años bajo control en PSCV) |
|  | Incrementar en un 5 % la proporción de hipertensos de 25-64 años con presión arterial <140/90 mm/Hg en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%. |      | (Proporción de Metas de compensación 2015) (MENOS) (Proporción de Metas de compensación 2014)/ Proporción de Metas de compensación 2014 | REM P4 Sección B<br>Calculo de Proporción de Metas compensación en población inscrita validada :<br>(Nº de personas hipertensas de 25-64 años con presión arterial <140/90 mm Hg / Nº de personas                            |

|  |  |   |  |   |
|--|--|---|--|---|
|  |  |   |  | hipertensas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada |
| <b>Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.</b> | Incrementar en al menos 10% la cobertura de personas diabéticas de 25-64 años bajo control   | Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años | (Cobertura Diabéticos 2015) (MENOS)<br>Cobertura Diabéticos 2014)/ Cobertura Diabéticos 2014)  |   |
|  | Mantener la proporción de diabéticos de 25-64 años bajo control en PSCV con (HbA1c<7%) hasta alcanzar una compensación de al menos 80% |   | (Proporción de Metas de compensación 2015) (MENOS)<br>(Proporción de Metas de compensación 2014)/ Proporción de Metas de compensación 2014 |   |

|  |   |   |  |  |
|--|---|---|--|--|
| <b>Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.</b> | Incrementar en un 5% la proporción de diabéticos de 25-64 años con (HbA1c<7%) en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%. | (Proporción de Metas de compensación 2015) (MENOS) (Proporción de Metas de compensación 2014) / Proporción de Metas de compensación 2014) | REM P4<br>Calculo de Proporción de Metas compensación en población inscrita validada :<br>$\left( \frac{\text{N}^\circ \text{ de personas diabéticas de 25-64 años con (HbA1c<7\%)} / \text{N}^\circ \text{ de personas diabéticas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada}}{\text{Proporción 2015}} \right) \times 100$ | Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.  |
|  | Aumentar en 5% con respecto al año anterior las personas de 25 a 64 años diabéticas tipo 2 en PSCV con HbA1 <7%, PA <130/80 mmHg y Col LDL < 100 mg/dl.           |   | (Proporción 2015) (MENOS) (Proporción 2014)/ (Proporción año 2014)   | REM P4<br>Calculo proporción (Nº de personas con diabetes de 25 a 64 años con HbA1c < 7%, PA < 130/80 mmHg y Col LDL < 100 mg/dl, en el último control)/Nº total de personas diabéticas bajo control de 25 a 64 años )*100 |
| <b>Evaluar la calidad de atención (cumplimiento de los estándares de</b>           | Establecer línea de base del 10% de la población bajo control con Diabetes.   | Evaluación de la calidad de la atención de los pacientes diabéticos en control  | (Proporción 2015) (MENOS) (Proporción 2014)/ (Proporción 2014)   | QUALIDIAB-Chile u otro sistema informático que recoja los elementos básicos  |

|  |  |                 |  |  |
|--|--|-----------------|--|--|
| <p><b>calidad establecidos en Guía Clínica GES DM Tipo 2) que reciben las personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV.</b></p> |  | <p>en PSCV.</p> |  | <p>para evaluar la calidad de la atención<br/> <b>REM P4</b><br/> Proporción pacientes diabéticos evaluados (N° de personas con diabetes de 25 a 64 años bajo control en PSCV en los centros centinela con evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses) / N° total de personas con diabetes bajo control en los centros centinela al corte) x 100.</p> |
|--|--|-----------------|--|--|

## PROGRAMA ADULTO MAYOR.

### PREVENCION.

| OBJETIVO  | META   | ACTIVIDAD  | INDICADOR   | FUENTE DEL INDICADOR |
|---|--|--|---|----------------------|
| <b>Prevenir los síndromes geriátricos, Pesquisar Patologías Agudas, Crónicas y Maltrato en las personas de 65 años y más y aconsejar sobre el envejecimiento saludable/activo en los controles de salud (EMPAM)</b> | Incrementar al menos en un 10% respecto al año anterior el Control de Salud (EMPAM) en las personas de 65 años y más | Realizar Controles de Salud con el fin de evaluar la situación de salud de las personas mayores, aconsejar sobre prevención y control de enfermedades, pesquisar y derivar y elaborar plan de intervención | (Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud 2015 (MENOS) (Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud 2014)/Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud 2014) x 100  | REM P5               |
| <b>Aumentar atención integral y oportuna a las personas de 65 años con violencia hacia el adulto mayor</b>  | Aumentar la pesquisa oportuna a las personas de 65 años con maltrato.  | Entregar atención oportuna a personas mayores de 65 años víctimas de violencia hacia el adulto mayor   | (Nº de personas de 65 años y más ingresadas por maltrato hacia el adulto mayor en el periodo 2015 (MENOS) Nº de personas de 65 años y más ingresadas por maltrato hacia el adulto mayor en el periodo 2014)/ Nº de personas de 65 años y más ingresadas por | REM A05              |

|   |  |   |  |  |
|---|--|---|--|--|
|   |  |   | maltrato hacia el adulto mayor 2014) x 100   |  |
| <b>Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalente con riesgo y/o riesgo de dependencia detectado en el control de Salud (EMPAM).</b> | 80% de las personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia, cuentan con control de seguimiento con EFAM efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el control de Salud (EMPAM). | Realizar control de seguimiento con EFAM a personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y con riesgo de dependencia dentro de los primeros 6 meses realizado control de Salud (EMPAM). | (Nº de personas de 65 años y más con riesgo y/o riesgo de dependencia con control de seguimiento con EFAM efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el control de Salud (EMPAM)/ Nº de personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia con Control de Salud (EMPAM) vigente) x 100 | REM A01 Sección C  |
| <b>Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio</b>                                     | 50% de auditorías realizadas a familiares de fallecidos de 65 años y más por neumonía en domicilio   | Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos de 65 años y más por neumonía en el hogar  | (Nº de auditorías realizadas a familiares de personas de 65 y más años que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº de personas de 65 y más años que fallecen en domicilio por neumonía) x 100   | Supeditado a disponibilidad de Plataforma desde el DEIS. |
| <b>Reducir la carga de enfermedades</b>   | Cobertura de vacunación  | Administrar una dosis de vacuna   | (Nº de personas de 65 años y más en control  | Sistema Informático – RNI Población Inscrita,            |

|  |  |   |  |   |
|--|--|---|--|---|
| <b>inmunoprevenibles</b>   |  | Neumocócica Polisacárida 23 valente a personas de 65 años y más en control del Programa Adulto Mayor  | en Programa del Adulto Mayor que recibieron una dosis de vacuna Neumocócica Polisacárida 23 valente/Nº de personas de 65 años y más en control en Programa del Adulto Mayor)*100 | bajo control,2015   |
| <b>Aumentar cobertura de vacuna Neumocócica Polisacárida 23 valente, en usuarios de 65 años de edad inscritos y validados.</b> | Aumentar en un 10% la cobertura de vacunación alcanzada el año anterior, en usuarios de 65 años de edad inscritos y validados. | Administrar una dosis de vacuna Neumocócica Polisacárida 23 valente, a los usuarios de 65 años de edad inscritos y validados.   | (Nº de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Neumocócica Polisacárida 23 valente/Nº Total de personas de 65 años inscritos y validados)*100                      | Sistema Informático-RNI FONASA  |
| <b>Aumentar la cobertura de las personas de 70 años y más que retiran PACAM.</b>   | Aumentar en 10% la cobertura respecto al año anterior de personas de 70 años y más que reciben PACAM.                          | Citación a domicilio para entrega de alimentos PACAM. Difusión a través de trípticos, pagina web, Salud responde, poster en centros comunitarios sobre entrega de PACAM. Talleres de demostración de preparación de | (Proporción de personas bajo control > 70 años que reciben PACAM año 2015(MENOS) proporción de personas bajo control > de 70 años que reciben PACAM año 2014)                    | REM D16<br>REM P5<br>Calculo de proporción: (Nº de personas de 70 años y más que reciben PACAM/ Nº total de personas de 70 años y más bajo control) x 100 |



|  |  |   |   |   |
|--|--|---|---|---|
|  |  | alimentos PACAM.  |   |   |
| <b>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.</b>              | 40% de las personas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificadas según etapa enfermedad renal crónica.                      | Aplicar la “Ficha de Prevención de Enfermedad Renal Crónica” a las personas de 65 años y más en control de salud cardiovascular.  | (Nº de personas de 65 años y más bajo control en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de personas de 65 años y más bajo control en PSCV al corte) x 100  | REM P4 Sección A                            |
| <b>Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años en PSCV que presentan micro albuminuria (RAC <math>\geq</math>30 mg/grs).</b> | 40% de las personas diabética de 65 y más años bajo control en PSCV que presentan micro albuminuria está en tratamiento con IECA o ARA II. | Optimizar el tratamiento farmacológico de los pacientes de 65 o más años con micro albuminuria en el PSCV.  | (N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con micro albuminuria y tratamiento con IECA o ARA II los últimos 12 meses / N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con micro albuminuria al corte) x 100 | REM P4 Sección B                            |
| <b>Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM</b>   | El 100% de los pacientes de 65 años y más, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV ha tenido un                         | <i>No se puede comprometer este objetivo puesto que no se cuenta con las claves DEIS para ingresar al sistema.<br/>Se sugiere para el 2015 solicitar las claves para los encargados por centro a nivel local para poder realizar línea de base.</i> |   | SIDRA<br>DEIS Base de egresos hospitalarios |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|   | control con profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta.    |   |   |   |
| <b>Aumentar la cobertura diagnóstica de hipertensión arterial en personas de 65 años y más.</b> | Mantener la cobertura diagnóstica de personas de 65 años y más con hipertensión arterial respecto al año anterior     | Búsqueda intencionada de personas de 65 o más años hipertensas a través de la toma de presión arterial en todo control de salud o consulta de morbilidad, EMPAM, entre otras alternativas                               | Cobertura 2015 (Menos Cobertura 2014)/ Cobertura 2014   | REM P4 Sección A Población estimada según prevalencia Estudio Fasce E. 2007 (64,3%)<br>Calculo de la cobertura:<br>Nº de personas de 65 años y más con resultados de EMP de Presión arterial Elevada<br>=PA140/90mmHg /Nº de EMP realizados |
| <b>Aumentar la cobertura diagnóstica de diabetes en personas de 65 años y más</b>               | Mantener la cobertura de la población de 65 años y más con diabetes tipo 2 bajo control con respecto al año anterior. | Búsqueda intencionada de diabetes tipo 2 en personas de 65 o más años en riesgo, obesos, antecedentes familiares de diabetes, a través del EMPAM, controles de salud, consulta de morbilidad, entre otras alternativas. | (Cobertura 2015 (MENOS) Cobertura 2014)/ Cobertura 2014 | REM P4 Sección A Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%)<br>Calculo de la cobertura:<br>Nº de personas de 65 años y más con resultados de EMP de Glicemia Elevada  |

|   |   |  |   |  |
|---|---|--|---|--|
|   |   |  |   | entre 100 y 199 mg/dl<br>65 años y más/Nº de<br>EMP realizados |
| <b>Diagnóstico precoz de Tuberculosis en las personas de 65 años.</b>   | Entre 20 y 30% de los casos de tuberculosis pulmonar en mayores de 65 años diagnosticados por cultivo | Confirmación bacteriológica de casos de tuberculosis pulmonar por cultivo en personas de 65 años y más | (Nº de casos de tuberculosis pulmonar confirmados por cultivo en personas de 65 años y más/Nº de casos de tuberculosis pulmonar diagnosticados en personas de 65 años y más) X100 | Registro nacional programa de tuberculosis .                   |
| <b>Aumentar cobertura de vacuna neumocócica polisacárido 23 valente en los usuarios de 65 años de edad inscritos y validados.</b> | Aumentar en un 10% la cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior.                      | Administración de una dosis de vacuna neumocócica polisacárida a los usuarios de 65 años de edad       | (Nº de personas de 65 años vacunadas / Nº Total de personas de 65 años inscritos ) x 100  | RNI  |
| <b>Aumentar detección temprana de consumo de alcohol (Solo aplica a comunas con Vida sana alcohol)</b>                            | 50% de Adulto Mayor bajo control con AUDIT aplicado   | Aplicación de AUDIT por patrón de consumo de alcohol y derivar si corresponde.                         | (Nº de Adulto Mayor bajo control con AUDIT aplicado/ Nº de Adulto Mayor bajo control) x 100   | REM A03, Sección D1  |

## TRATAMIENTO.

| OBJETIVO   | META   | ACTIVIDAD  | INDICADOR  | FUENTE DEL INDICADOR   |
|--|--|--|--|--|
| <b>Aumentar la compensación de HTA en personas de 65 años y más.</b>       | Mantener la proporción de hipertensos de 65 años y más bajo control en PSCV con presión arterial <140/90 mmhg, hasta alcanzar una compensación de al menos 70% en los años siguientes. | Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años en el PSCV. | (Proporción de Metas de compensación 2015) (MENOS)<br>(Proporción de Metas de compensación 2014)   | REM P04 Sección B Población estimada según prevalencia Estudio Fasce E. 2007 (64,3%)<br>Calculo proporción de compensación de metas<br>Nº de hipertensos de 65 años y más bajo control con presión arterial <140/90 mmhg/Nº de hipertenso de 65 años y más bajo control en PSCV. |
| <b>Aumentar la cobertura efectiva de HTA en personas de 65 años y más.</b> | Incrementar en un 5% la proporción de hipertensos de 65 años y más con presión arterial <140/90 mmhg en la población inscrita validada, hasta alcanzar una                             | Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años.            | (Proporción de Metas de compensación 2015 (MENOS)<br>Proporción de Metas de compensación 2014/ (Proporción de Metas de compensación (2014) | REM P04 Sección B Población estimada según prevalencia Estudio Fasce E. 2007 (64,3%)<br>Porción de compensación de metas Población inscrita validada   |

|   |   |   |  |   |
|---|---|---|--|---|
|   | compensación de al menos 80% en los años siguientes.  |   |  | Nº de hipertensos de 65 años y más con presión arterial <140/90 mmhg / Nº hipertensos de 65 años y más estimados en la población inscrita validada.   |
| <b>Aumentar la compensación de la diabetes en personas de 65 años y más en el último control.</b> | Incrementar en un 10%, la proporción de diabéticos de 65 años y más bajo control en PSCV con HbA1c<7%, mmHg hasta alcanzar una compensación de al menos 80% en los años siguientes. | Optimizar el tratamiento de la diabetes en los adultos de 65 o más años en el PSCV. | (Proporción de Metas de compensación 2015 (MENOS) Proporción de Metas de compensación 2014/ Proporción de Metas de compensación (2014) | REM P04 Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%) Porción de compensación de metas: Nº de diabéticos de 65 años y más bajo control con HbA1c<7%,/Nº de diabéticos de 65 años y más bajo control en PSCV. |
| <b>Aumentar la cobertura efectiva de Diabetes Mellitus en personas de 65 años y más.</b>          | Incrementar la proporción de diabéticos de 65 años y más con HbA1c<7%, mmHg en la población   | Optimizar el tratamiento de la Diabetes Mellitus en los adultos de 65 o más años.   | (Proporción de Metas de compensación 2015 (Menos) Proporción de Metas de compensación (2014) / Proporción                              | REM P04 Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%) Porción de   |

|  |                        |  |  |  |  |
|--|------------------------|--|--|--|--|
|  |                        | inscrita validada en 5%, hasta alcanzar una compensación de la menos 80%.  |  | de Metas de compensación (2014)  | compensación de metas Población inscrita validada:<br>Nº de diabéticos de 65 años y más con HbA1c<7%, / Nº diabéticos de 65 años y más estimados en la población inscrita validada |
| <b>Disminuir incidencia amputación extremidades inferiores pacientes diabetes.</b> | <b>la de de en con</b> | 70% de las personas con diabetes tipo 2 de 65 años o más en el PSCV se le ha realizado una evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses. | Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona con diabetes de 65 y más años y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente. | (Nº de personas de 65 años y más diabéticos que han sido evaluados según nivel de riesgo de ulceración o amputación de pie) en los últimos 12 meses/<br>Nº Total de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con más de 1 año de ingreso al programa al corte ) x 100 | REM P4 Sección C y A.  |
|  |                        | 80% de las personas de 65 años y más diabéticas bajo control con úlceras   | Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (Disminuye el tiempo   | (Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV  | QUALIDIAB-Chile<br>REM P4 Sección C y A.   |

|  |   |   |  |   |
|--|---|---|--|---|
|  | activas reciben manejo avanzado de heridas  | de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos).                    | con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ N° total de personas de 65 años y más diabéticos ingresados bajo control en el PSCV en los últimos 6 meses) x 100.  |   |
| <b>Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 65 años y más en control en el PSCV.</b>   | Al 25% de las personas de 65 años y más diabéticos en control en PSCV cuentan con un fondo de ojo vigente.  | Pacientes diabéticos en el PSCV cuentan con un examen de Fondo de ojo vigente   | ((N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente / (N° total de personas de 65 años y más (MAS) ingresos a PSCV por diabetes) (MENOS) (egresos a PSCV por diabetes))x 100 | REM P4 Sección C y A<br>REM A05 Sección G<br>QUALIDIAB-Chile  |
| <b>Evaluar la calidad de la atención (cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en la Guía Clínica GES DM tipo 2) que reciben las personas diabéticas mayores</b> | Incrementar en 10% la proporción de pacientes diabéticos de 65 años o más que tienen una evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses, | Evaluación de la calidad de la atención de los pacientes diabéticos de 65 años y más en control en PSCV en el centro centinela. | (N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV del centro centinela evaluadas para determinar la calidad de la atención en los últimos 12 meses) /   | QUALIDIAB-Chile u otro sistema informático que recoja los elementos básicos para evaluar la calidad de la atención en centro centinela. |

|                                       |  |  |   |  |
|---------------------------------------|--|--|---|--|
| <b>de 65 años en control en PSCV.</b> | con la meta de lograr al menos el 80% de los pacientes evaluados en los próximos años. |  | N° total de personas de 65 años y más diabéticos, bajo control en PSCV en el centro centinela al corte) 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.

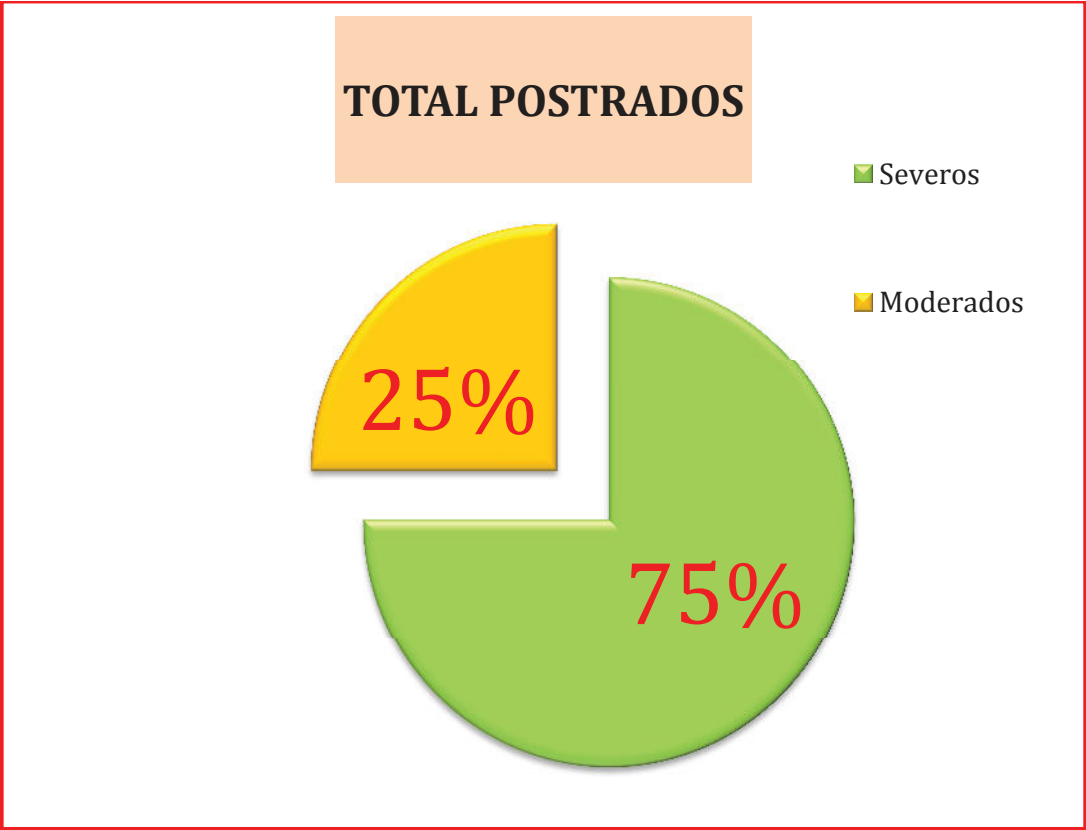
| Objetivo  | Meta   | Actividad  | Indicador  | Fuente del indicador              |
|---|--|--|--|-----------------------------------|
| <b>Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.</b> | A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales anuales a personas con dependencia severa. | Atender de forma integral considerando el estado de salud de la persona con dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia. | Nº de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a personas con dependencia severa / Nº de población bajo control dependencia severa | REM A26<br>Población bajo control |
|   | A lo menos 2 veces a la semana realizar curación en domicilio.                           | Entregar a cuidadores y familias las herramientas  | (Nº de personas escaradas con dependencia  | REM P3                            |

|  |  |   |  |                                      |
|--|--|---|--|--------------------------------------|
|  |  | necesarias para la prevención y cuidado de escaras (Ulcera por presión)           | severa / N° de población bajo control con dependencia severa) *100   |                                      |
|  | 100% de los cuidadores de personas con dependencia severa capacitados.               | Mantener registro actualizado en página web para el apoyo monetario a cuidadores. | (N° de cuidadores de personas con dependencia severa Capacitados / N° total de cuidadores de personas con dependencia severa) *100 | REM P3                               |
|  | 100% de las personas con apoyo monetario a cuidadores registradas en plataforma web. | Mantener registro actualizado en página web para el monetario a cuidadores.       | (N° de personas registradas en plataforma web / N° de cupos totales asignados a personas con apoyo monetario a cuidadores)*100     | Plataforma web Registro del programa |

Según los datos obtenidos al primer corte comunal a Junio del 2014, 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           | 251             | 142                | 68                        | 31               |
| CES HUAMACHUCO      | 78              | 78                 | 31                        | 9                |
| CES URZUA           | 145             | 127                | 59                        | 8                |
| CESFAM BICENTENARIO | 55              | 50                 | 31                        | 11               |
| TOTAL               | 529             | 397                | 189                       | 59               |

La población en control de los cuatro establecimientos de salud corresponde a un total de 529 usuarios con atención domiciliaria, de los cuales sólo el 75% de ellos corresponden a Personas dependientes severas. Respecto a lo anterior es importante referir que un 25% de los usuarios fueron ingresados de manera excepcional según criterio de cada equipo de salud.



**Recurso Humano Programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa**

| HRS./<br>SEMANA | MEDICO | KINE | A.<br>SOCIAL | TEN<br>S | T. O | NUTRI | HRS.<br>VEHICU<br>LO | ENFE<br>R | ADMIS |
|-----------------|--------|------|--------------|----------|------|-------|----------------------|-----------|-------|
| Renca           | 44     | 11   | 22           | 44-33    | 0    | 0     | 44                   | 44        | 44    |
| Huamachuco      | 6      | 9    | 11           | 6        | 0    | 0     | 3                    | 0         | 0     |
| H. Urzúa        | 0      | 2    | 11           | 11       | 0    | 0     | 11                   | 7         | 0     |
| Bicentenario    | 4      | 2    | 11           | 44       | 0    | 1     | 11                   | 0         | 0     |
| Comunal         | 54     | 24   | 55           | 128      | 0    | 1     | 68                   | 51        | 44    |

## **PLAN ODONTOLÓGICO COMUNAL 2015**

Nuestra población beneficiaria equivalente a 115.715 personas, se caracteriza en su gran mayoría por ser vulnerable. Y entre los factores biopsicosociales que influyen en 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: Promoción, Prevención, Tratamiento y Rehabilitación.

Por este motivo es importante intervenir a una edad temprana, cuando los niños están aún sanos o el daño no es tan severo.

Para nuestra población contamos con atenciones GES: 6 años, Gestantes, 60 años y Urgencias ambulatorias; existiendo además el programa preventivo en preescolares, resolución de especialidades (prótesis y endodoncia), programa de hombres y mujeres de escasos recursos (HMER), programa integral “más sonrisas para Chile” y atención de demanda espontánea.

El objetivo es promover la salud bucal integral en nuestra población y dar solución a los problemas que los aquejan en forma oportuna y eficiente.

Para cumplir con nuestros objetivos contamos con 4 centros de salud y un SAPUDENT con la siguiente dotación de personal odontológico:

| <b>Establecimiento</b>  |            | <b>N° de Funcionarios</b> | <b>N° Horas semanales</b> | <b>N° horas por habitante inscritos</b> |
|-------------------------|------------|---------------------------|---------------------------|---|
| <b>CES Hernán Urzúa</b> | Odontólogo | 5                         | 187                       | 0,005                                   |
|                         | TPM dental | 5                         | 220                       | 0,006                                   |
| <b>CES Huamachuco</b>   | Odontólogo | 2                         | 88                        | 0,005                                   |
|                         | TPM dental | 2                         | 88                        | 0,005                                   |
| <b>CES Renca</b>        | Odontólogo | 9                         | 308                       | 0,005                                   |
|                         | TPM dental | 5                         | 220                       | 0,003                                   |

|                            |            |    |     |        |
|----------------------------|------------|----|-----|--------|
| <b>CESFAM Bicentenario</b> | Odontólogo | 3  | 110 | 0,01   |
|                            | TPM dental | 3  | 132 | 0,01   |
| <b>SAPU DENT</b>           | Odontólogo |    | 42  | 0,0003 |
|                            | TPM dental |    | 42  | 0,0003 |
| <b>Total Comunal</b>       | Odontólogo | 19 | 735 | 0,006  |
|                            | TPM dental | 15 | 702 | 0,006  |

### COMPARACIÓN DEL PROGRAMA ODONTOLÓGICO

| <b>Meta Sanitaria 6 años</b> | <b>Altas Julio – Diciembre 2013</b> | <b>Inscritos Validados 2013</b> | <b>% Cumplimiento</b> | <b>Meta % 2013</b> | <b>Altas Enero – Junio 2014</b> | <b>Inscritos Validados 2014</b> | <b>% Cumplimientos</b> | <b>Meta % 2014</b> |
|------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|--------------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------------|--------------------|
| <b>Hernán Urzúa</b>          | 169                                 | 510                             | 33,1%                 | 74%                | 160                             | 470                             | 34%                    | 72%                |
| <b>Huamachuco</b>            | 63                                  | 229                             | 27,5%                 | 70%                | 65                              | 208                             | 31,3%                  | 76%                |
| <b>Renca</b>                 | 170                                 | 660                             | 25,7%                 | 75%                | 346                             | 756                             | 45,8%                  | 76%                |
| <b>Bicentenario</b>          | 49                                  | -----                           | -----                 | -----              | 57                              | 250                             | 22,8%                  | 76%                |

| <b>Meta Sanitaria 12 años</b> | <b>Altas Julio – Diciembre 2013</b> | <b>Inscritos Validados 2013</b> | <b>% Cumplimiento</b> | <b>Meta % 2013</b> | <b>Altas Enero – Junio 2014</b> | <b>Inscritos Validados 2014</b> | <b>% Cumplimientos</b> | <b>Meta % 2014</b> |
|-------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|--------------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------------|--------------------|
| <b>Hernán Urzúa</b>           | 174                                 | 620                             | 28%                   | 58%                | 77                              | 550                             | 14%                    | 54%                |
| <b>Huamachuco</b>             | 70                                  | 276                             | 25,4%                 | 68%                | 73                              | 247                             | 29,6%                  | 72%                |

|                     |     |       |       |       |     |     |       |     |
|---------------------|-----|-------|-------|-------|-----|-----|-------|-----|
| <b>Renca</b>        | 495 | 931   | 53,2% | 78%   | 542 | 884 | 61,3% | 64% |
| <b>Bicentenario</b> | 46  | ----- | ----- | ----- | 52  | 183 | 28,4% | 72% |

| <b>Meta Sanitaria Gestantes</b> | <b>Altas Julio – Diciembre 2013</b> | <b>Ingresos Gestantes Julio – Dic 2013</b> | <b>% Cumplimiento</b> | <b>Meta % 2013</b> | <b>Altas Enero – Junio 2014</b> | <b>Ingresos Gestantes Enero – Junio 2014</b> | <b>% Cumplimientos</b> | <b>Meta % 2014</b> |
|---------------------------------|-------------------------------------|--|-----------------------|--------------------|---------------------------------|--|------------------------|--------------------|
| <b>Hernán Urzúa</b>             | 182                                 | 234  | 77,8%                 | 76%                | 187                             | 217  | 86,2%                  | 70%                |
| <b>Huamachuco</b>               | 78                                  | 83   | 94%                   | 80%                | 80                              | 86   | 93%                    | 70%                |
| <b>Renca</b>                    | 354                                 | 331  | 107%                  | 80%                | 201                             | 308  | 65,3%                  | 70%                |
| <b>Bicentenario</b>             | 68                                  | 130  | 52,3%                 | -----              | 86                              | 135  | 63,7%                  | 70%                |

| <b>IAAPS Altas en menores de 20 años</b> | <b>Altas Julio – Diciembre 2013</b> | <b>Inscritos Validados 2013</b> | <b>% Cumplimiento</b> | <b>Meta % 2013</b> | <b>Altas Enero – Junio 2014</b> | <b>Inscritos Validados 2014</b> | <b>% Cumplimientos</b> | <b>Meta 2014</b> | <b>%</b> |
|--|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|--------------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------------|------------------|----------|
| <b>Hernán Urzúa</b>                      | 1282                                | 11219                           | 11,42%                | 21,5%              | 1036                            | 9741                            | 10,63%                 | 22,8%            |          |
| <b>Huamachuco</b>                        | 554                                 | 5005                            | 11,06%                | 21,5%              | 530                             | 4634                            | 11,43%                 | 22,8%            |          |
| <b>Renca</b>                             | 1523                                | 17538                           | 8,68%                 | 21,5%              | 1507                            | 15967                           | 9,43%                  | 22,8%            |          |
| <b>Bicentenario</b>                      | 319                                 | -----                           | -----                 | 21,5%              | 711                             | 4392                            | 16,18%                 | 22,8%            |          |
| <b>Total Comunal</b>                     | 3678                                | 33762                           | 10,89%                | 21,5%              | 3784                            | 34734                           | 10,89%                 | 22,8%            |          |



| <b>Problema Priorizado</b>  | <b>Objetivos</b>  | <b>Metas</b>   | <b>Indicadores</b>   | <b>Actividades</b>   | <b>RRHH</b> | <b>Monitoreo Evaluación</b> |
|-----------------------------|---|--|--|--|-------------|-----------------------------|
| <b>Salud Bucal Infantil</b> | Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad preescolar y escolar | 45% de niños de 2 y 4 años han recibido educación individual y/o grupal con instrucción de técnica de cepillado realizado por el odontólogo o técnico paramédico en odontología. | (N° de educación individual + grupal con instrucción de técnica de cepillado en niños de 2 y 4 años / N° de niños inscritos validados de 2 y 4 años) X 100 | Educación individual y/o grupal con instrucción de técnica de cepillado en las altas totales de niñas y niños de 2 y 4 años. |             | REM A09 Sección B y G       |
|                             |   | 100% de entrega de set de higiene bucal a niños de 2, 3 y 4 años con aplicación de Flúor barniz comunitarios en jardines JUNJI/INTEGRA.  | (N° de set de higiene bucal entregados a niños de 2,3 y 4 años/ N° de niños con aplicación de Flúor barniz comunitario en                                  | Entregar set de higiene bucal con cepillo y pasta de dientes a niños de 2, 3 y 4 años de jardines JUNJI/INTEGRA.             |             | REM A09 Sección G           |

|  |  |  |  |  |  |                      |
|--|--|--|--|--|--|----------------------|
|  |  |  | jardines<br>Junji/Integra) X<br>100  |  |  |                      |
|  |  | 100% de educación grupal de niños de 2, 3 y 4 años con aplicación de flúor barniz comunitario en jardines JUNJI/INTEGRA. | (N° de educación individual de niños de 2, 3 y 4 años con aplicación de Flúor barniz comunitario/ N° de niños de 2, 3 y 4 años con aplicación de flúor barniz comunitario en jardines JUNJI/INTEGRA) X 100 | Realizar educación de técnica de cepillado a niñas y niños de 2, 3 y 4 años de jardines JUNJI/INTEGRA. |  | REM A09<br>Sección G |
|  |  | 100% de entrega de set de higiene bucal a niños de 4 y 5 años de MINEDUC comprometidos por convenio                      | (N° de set de higiene bucal a niños de 4 y 5 años de Mineduc/ N° de niños de 4 y 5 años de Mineduc comprometidos) X 100  | Entregar set de higiene bucal con cepillo y pasta de dientes a niños de 4 y 5 años de MINEDUC.         |  | REM A09<br>Sección G |
|  |  | 100% de educación  | (N° de educación individual a niños  | Realizar educación de  |  | REM A09<br>Sección G |

|                             |  |  |  |   |  |                   |
|-----------------------------|--|--|--|---|--|-------------------|
|                             |  | individual de técnica de cepillado a niños de 4 y 5 años de MINEDUC comprometidos por convenios; realizado por odontólogo o técnico paramédico de odontología. | de 4 y 5 años de Mineduc/ N° de niños de 4 y 5 años de Mineduc comprometidos por convenio) X 100   | técnica de cepillado a niños de 4 y 5 años de Mineduc.  |  |                   |
|                             |  |  |  |   |  |                   |
| <b>Salud Bucal Infantil</b> | Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad preescolar. | 2 Aplicaciones al año de flúor barniz comunitario a niños de 2, 3 y 4 años de los jardines JUNJI/INTEGRA de la comuna, según convenio.                         | (N° de aplicaciones de flúor barniz comunitario de niños de 2, 3 y 4 años de jardines/ N° de niños de 2, 3 y 4 años de jardines Junji/ Integra por convenio X 2) X 100 | Realizar aplicación de flúor barniz comunitario a niños de 2, 3 y 4 años de los jardines infantiles JUNJI/INTEGRA de la comuna. |  | REM A09 Sección G |
| <b>Salud Bucal Infantil</b> | Mejorar y mantener la salud de niños en                                | 45% de cobertura en altas odontológicas  | (N° altas odontológicas totales en niños de 2 y 4 años/ N°   | Atención odontológica a niños en edad preescolar de 2 y   |  | REM A09 Sección C |

|  |  |   |  |  |  |                   |
|--|--|---|--|--|--|-------------------|
|  | edad preescolar mediante medidas preventivas y recuperativas | totales de niños de 2 y 4 años inscritos validados.   | de niños de 2 y 4 años inscritos validados) X 100  | 4 años.  |  |                   |
|  |  | 100% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de CEO en niños de 2 y 4 años. | (N° de registros de CEO en niños de 2 y 4 años/ N° de ingresos de niños de 2 y 4 años) X 100 | Evaluación del estado de salud bucal de la población en edad preescolar de 2 y 4 años. |  | REM A09 Sección C |

| Problema Priorizado       | Objetivos  | Meta  | Indicadores  | Actividades                                       | RRHH | Monitoreo Evaluación |
|---------------------------|--|---|--|---|------|----------------------|
| <b>Salud Bucal 6 Años</b> | Incrementar la cobertura de atención odontológica integral en niños de 6 años. | 79% de cobertura en altas odontológicas totales en niños de 6 años inscritos validados. | (N° de altas totales en niños de 6 años/ N° de niños de 6 años inscritos validados) X100 | Atención odontológica integral a niños de 6 años. |      | REM A09 Sección C    |

|  |  |   |   |  |  |                      |
|--|--|---|---|--|--|----------------------|
|  |  | 100% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro CEO a los 6 años.  | (N° de registros de CEO en niños de 6 años/ N° de ingresos a tratamiento de niños de 6 años) X 100                      | Evaluación del estado de salud bucal de la población de 6 años.  |  | REM A09<br>Sección C |
|  |  | 79% de niños de 6 años han recibido educación individual con instrucción de técnica de cepillado realizado por el odontólogo o técnico paramédico en odontología. | (N° de educación individual de técnica de cepillado en niños de 6 años/ N°de niños de 6 años inscritos validados) X 100 | Educación individual con instrucción de técnica de cepillado en niños de 6 años ingresados a tratamiento odontológico. |  | REM A09<br>Sección B |
|  |  | 100% de entrega de set  | (N° de set de higiene bucal   | Entregar set de higiene  |  | Registro Local       |

|  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|
|  |  | de higiene bucal a niños de 6 años ingresados a tratamiento odontológico. | entregados s niños de 6 años/ N° de niños de 6 años ingresados a tratamiento odontológico) X 100 | bucal a niños de 6 años ingresados a tratamiento odontológico. |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|

| <b>Problema Priorizado</b> | <b>Objetivos</b>  | <b>Meta</b>  | <b>Indicadores</b>  | <b>Actividades</b>  | <b>RRHH</b> | <b>Monitoreo Evaluación</b> |
|----------------------------|---|--|---|---|-------------|-----------------------------|
| <b>Salud Bucal 12 años</b> | Incrementar la cobertura de atención odontológica integral en niñas y niños de 12 años. | 64% de cobertura en altas odontológicas totales en niñas y niños de 12 años inscritos validados. | (N° de altas odontológicas totales en niñas y niños de 12 años/ N° de niñas y niños de 12 años inscritos validados) X 100 | Atención odontológica integral a niñas y niños de 12 años.      |             | REM A09 Sección C           |
|                            |   | 100% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro COP a los 12 años.                | (N° de registros de COP de niñas y niños de 12 años/ N° de niñas y niños de 12 años ingresados a                          | Evaluación del estado de salud bucal de la población de 12 años |             | REM A09 Sección C           |

|  |  |   |  |  |  |                      |
|--|--|---|--|--|--|----------------------|
|  |  |   | tratamiento<br>odontológico)<br>X 100  |  |  |                      |
|  |  | 100% de altas<br>odontológicas<br>de niñas y<br>niños de 12<br>años reciben<br>educación<br>individual y/o<br>grupal con<br>instrucción de<br>técnica de<br>cepillado,<br>realizado por<br>odontólogo o<br>técnico<br>paramédico de<br>odontología. | (N° de<br>educación<br>individual y/o<br>grupal de<br>técnica de<br>cepillado de<br>niñas y niños<br>de 12 años/ N°<br>de altas totales<br>odontológicas<br>de niñas y<br>niños de 12<br>años) X 100 | Educación<br>individual y/o<br>grupal con<br>instrucción de<br>técnica de<br>cepillado en<br>las altas<br>totales de<br>niños y niñas<br>de 12 años. |  | REM A09<br>Sección B |

|  |  |  |  |  |  |                   |
|--|--|--|--|--|--|-------------------|
|  |  | 10% de consejerías antitabaco en las niñas y niños de 12 años con altas odontológicas totales. | (N° de consejerías antitabaco en niñas y niños de 12 años / N° de altas totales odontológicas de niñas y niños de 12 años) X 100 | Realizar consejería Antitabaco en niñas y niños de 12 años en las altas odontológicas totales. |  | REM A09 Sección B |
|--|--|--|--|--|--|-------------------|

| <b>Problema Priorizado</b>      | <b>Objetivos</b>                               | <b>Meta</b>   | <b>Indicadores</b>  | <b>Actividades</b>   | <b>RRHH</b> | <b>Monitoreo Evaluación</b> |
|---------------------------------|--|---|---|--|-------------|-----------------------------|
| <b>Salud Bucal de Gestantes</b> | Mejorar y mantener la salud bucal de Gestantes | 100% de entrega de set de higiene bucal a gestantes ingresadas a tratamiento odontológico.              | (N° de set de higiene bucal entregados a Gestantes / N° de Gestantes ingresadas a tratamiento odontológico) / X 100 | Entregar set de higiene bucal a las gestantes ingresadas a tratamiento odontológico. |             | Registro Local              |
|                                 |  | 100% de educación individual de técnica de cepillado a gestantes ingresadas a tratamiento odontológico. | (N° de educación individual de técnica de cepillado a Gestantes /   | Realizar educación individual de técnica de cepillado a las gestantes                |             | REM A09 Sección B           |



|  |  |  |   |  |  |                   |
|--|--|--|---|--|--|-------------------|
|  |  |  | N° de ingresos de Gestantes a tratamiento odontológico) X 100   | ingresadas a tratamiento odontológico.             |  |                   |
|  |  |  |   |  |  |                   |
|  | Incrementar la cobertura de atención odontológica integral en gestantes. | 70% de cobertura en altas odontológicas totales de gestantes del total de ingresos a control maternal. | (N° de altas odontológicas totales de Gestantes / N° de ingresos a tratamiento odontológico de Gestantes) / X 100 | Atención odontológica integral a Gestantes.        |  | REM A09 Sección C |
|  |  | 100% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro COP a las Gestantes.                    | (N° de registros de COP en Gestantes / N° de ingresos a tratamiento de Gestantes) X 100                           | Evaluación del estado de salud bucal de Gestantes. |  | REM A09 Sección C |
|  |  | 50% en Determinación de  | (N° de registros de   | Diagnostico periodontal                            |  | Registro Local    |

|  |  |   |  |  |  |                   |
|--|--|---|--|--|--|-------------------|
|  |  | IHO de los ingresos a tratamiento odontológico de Gestantes.                          | IHO a Gestantes / N° de ingresos a tratamiento odontológico de Gestantes) X 100                            | básico de Gestantes  |  |                   |
|  |  | 10%de consejeríasantitabaco en las Gestantes que ingresan a tratamiento odontológico. | (N° de consejerías antitabaco en Gestantes / N° de ingresos a tratamiento odontológico de Gestantes) X 100 | Realizar consejería antitabaco en Gestantes que ingresan a tratamiento odontológico. |  | REM A09 Sección B |
|  |  |   |  |  |  |                   |

| <b>Problema Priorizado</b>            | <b>Objetivos</b>  | <b>Meta</b>  | <b>Indicadores</b>   | <b>Actividades</b>   | <b>RRHH</b> | <b>Monitoreo Evaluación</b> |
|---------------------------------------|---|--|--|--|-------------|-----------------------------|
| <b>Salud Bucal menores de 20 años</b> | Incrementar la cobertura de atención odontológica integral en menores de 20 años. | 22,8% de cobertura en altas odontológicas totales en menores de 20 años, inscritos y validados.    | (N° de altas odontológicas totales en menores de 20 años / N° de menores de 20 años inscritos y validados) X 100 | Atención odontológica integral a menores de 20 años (IAAPS). |             | REM A09 Sección C           |
|                                       |   |  |  |  |             |                             |
|                                       |   | 100% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro CEO/ COP de los menores de 20 años. | (N° de registros de COP en menores de 20 años / N° de ingresos a tratamiento de menores de 20 años) X 100        | Evaluación del estado de salud bucal de menores de 20 años.  |             | REM A09 Sección C           |

|  |   |  |   |   |  |                   |
|--|---|--|---|---|--|-------------------|
| <b>Salud bucal personas de 60 años</b>                             | Otorgar atención odontológica integral en paciente de 60 años (GES)   | Cumplimiento al 100% del convenio ministerial. (Año 2014: 300 altas odontológicas comprometidas) | (N° de altas odontológicas de 60 años/ N° de altas de 60 años comprometidas por convenio) X 100                             | Atención odontológica integral a pacientes de 60 años, incluyendo rehabilitación protésica si es necesario.   |  | REM A09 Sección G |
| <b>Salud bucal de personas de 15 años y más</b>                    | Atención odontológica en pacientes de 15 años y más por Programa Más Sonrisas para Chile                            | Cumplimiento al 100% de número comprometido por convenio de Programa Más Sonrisas para Chile.    | (N° de altas odontológicas de 15 y más años / N° de altas odontológicas de 15 y más años comprometidas) X 100               | Atención odontológica de pacientes de 15 años y más que califican según pautas sociales, para recibir atención por Programa Más Sonrisas para Chile |  | Registro Local    |
| <b>Salud bucal en personas de 20 a 64 años de escasos recursos</b> | Atención odontológica de pacientes de 20 a 64 años que califican según pautas sociales, para recibir rehabilitación | Cumplimiento al 100% de número comprometido por convenio de resolución de Prótesis.              | (N° de Prótesis en pacientes de 20 a 64 años/ N° de Prótesis en pacientes de 20 a 64 años comprometidas por convenio) X 100 | Atención odontológica de pacientes de 20 a 64 años que califican según pautas sociales, para  |  | REM A09 Sección G |

|  |  |  |  |   |  |                   |
|--|--|--|--|---|--|-------------------|
|  | protésica por Programa de Resolución   |  | 100  | recibir rehabilitación protésica.   |  |                   |
| <b>Salud bucal en personas de 20 a 64 años de escasos recursos</b> | Atención odontológica de pacientes de 20 a 64 años que califican según pautas sociales, para recibir rehabilitación protésica por HMER     | Cumplimiento al 100% de número comprometido por convenio de resolución y HMER según corresponda. | (N° de altas odontológicas de 20 a 64 años/ N° de altas de 20 a 64 años comprometidas por convenio) X 100        | Atención odontológica de pacientes de 20 a 64 años que califican según pautas sociales, para recibir rehabilitación protésica por HMER      |  | REM A09 Sección G |
| <b>Salud bucal en personas de 15 a 64 años de escasos recursos</b> | Atención odontológica de pacientes de 15 a 64 años que califican según pautas sociales, para recibir endodoncia por Programa de Resolución | Cumplimiento al 100% de número comprometido por convenio de resolución de Endodoncia.            | (N° de piezas con endodoncia en pacientes de 15 a 64 años / N° de endodoncias comprometidas por convenio ) X 100 | Atención odontológica de pacientes de 15 a 64 años que califican según pautas sociales, para recibir endodoncia por Programa de Resolución. |  | REM A09 Sección G |
|  |  |  |  |   |  |                   |



## **PROGRAMA VIDA SANA, INTERVENCIÓN EN FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN NIÑOS, ADOLESCENTES, ADULTOS Y MUJERES POST PARTO**

### Propósito:

- Contribuir a la disminución del sobrepeso y obesidad en personas con factores de riesgo de desarrollar enfermedades crónicas asociadas a la malnutrición, interviniendo en niños y adultos.

### Objetivo Estratégico Comunal

Propiciar acciones para el 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 y crecimiento del ser humano a lo largo de su ciclo vital.

### Objetivo General

Mejorar el estado nutricional, funcional, y perfil metabólico de niños y niñas, adolescentes, adultos y mujeres en etapa de post-parto.

### Objetivos Específicos por Tramo Etáreo de los Componentes 1 y 2

Componente 1: Niños de 6 años a adolescentes 19 años, incluyendo mujeres adolescentes post parto un total de 280 canastas

Componente 2: Adultos de 20 años a 54 y mujeres post parto un total de 90 canastas

## **Consideraciones Metodológicas del Programa**

- El programa consiste en intervenciones sucesivas por un periodo de cuatro meses intensivos, con tres controles posteriores o tardíos al 4º, 6º, 9º y 12 meses, destinadas a lograr cambios de estilo de vida saludables en la población beneficiaria que cumple con los criterios de inclusión definidos por el programa, se propone:
- 1. Seguimiento alimentario – nutricional.
- 2. Educación para generar hábitos en alimentación y estilos de vida saludable con práctica permanente en actividad física.
- 3. Sesiones dirigidas de actividad física y ejercicio.
- 4. Intervenciones Psicológicas permanentes
- 5. El programa no incorpora el tratamiento farmacológico

## **Estrategias de Intervención**

- 4 Meses de Intervención, con un control tardío al 6º, 9º y 12º mes, post intervención considerando:
- 5 Consultas individuales: - 1 Por médico - 2 Por Nutricionista - 2 Por Psicólogo.
- 10 Intervenciones grupales ( 5 nutricionista, 5 Psicólogo)
- 40 Sesiones guiadas de Actividad Física a cargo de Profesor de Educación Física, Terapeuta de actividad física, Kinesiólogo y/o derivación a gimnasio.
- 3 Controles Antropométricos tardíos por nutricionista al 6, 9 y 12 mes.
- Toma de test 6 minutos en cada control.

### Intervención en Escuelas Municipales

El programa **Vida Sana** ha logrado insertarse en la escuela municipal, aportando a esta comunidad con actividades lúdicas y educativas que promueven la práctica y adquisición de hábitos de vida saludable.





### **Intervención en Consultorios de Renca**

Durante la semana se realizan las sesiones de actividad física, en las cercanías de los cuatro consultorios:  
Ces Renca - Ces Huamachuco - Ces Bicentenario - Ces Hernán Urzúa



## Educación en Escuelas

Las actividades educativas buscan promover e interiorizar a los estudiantes sobre los estilos de vida saludables, esto a través de actividades y dinámicas amigables y cercanas a los mismos, las cuales son realizadas por los distintos profesionales del equipo.



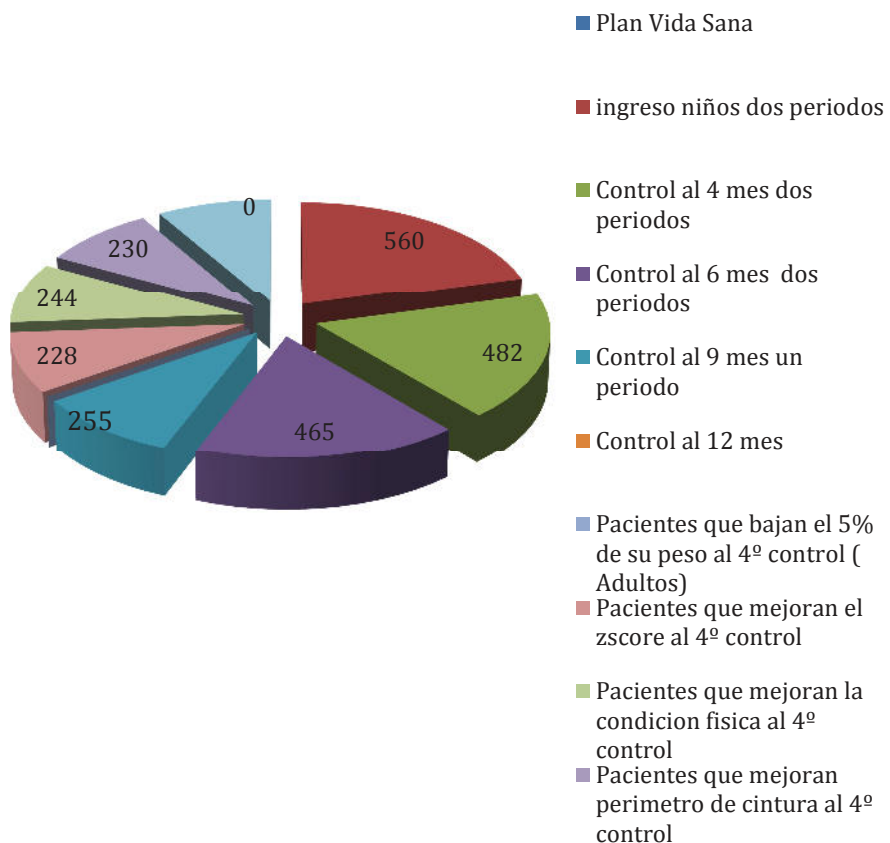


### Componente 1 Grafico de Resultados ( Enero – Septiembre 2014)

| Plan Vida Sana  | TOTAL |
|---|-------|
| ingreso niños dos periodos                                    | 560   |
| Control al 4 mes dos periodos                                 | 482   |
| Control al 6 mes dos periodos                                 | 465   |
| Control al 9 mes un periodo                                   | 255   |
| Control al 12 mes   | 0     |
| Pacientes que bajan el 5% de su peso al 4º control ( Adultos) | 0     |
| Pacientes que mejoran el zscore al 4º control                 | 228   |

|   |     |
|---|-----|
| <b>Pacientes que mejoran la condición física al 4º control</b>  | 244 |
| <b>Pacientes que mejoran perímetro de cintura al 4º control</b> | 230 |
| <b>Pacientes que mejoran el IMC al 4º control</b>               | 230 |

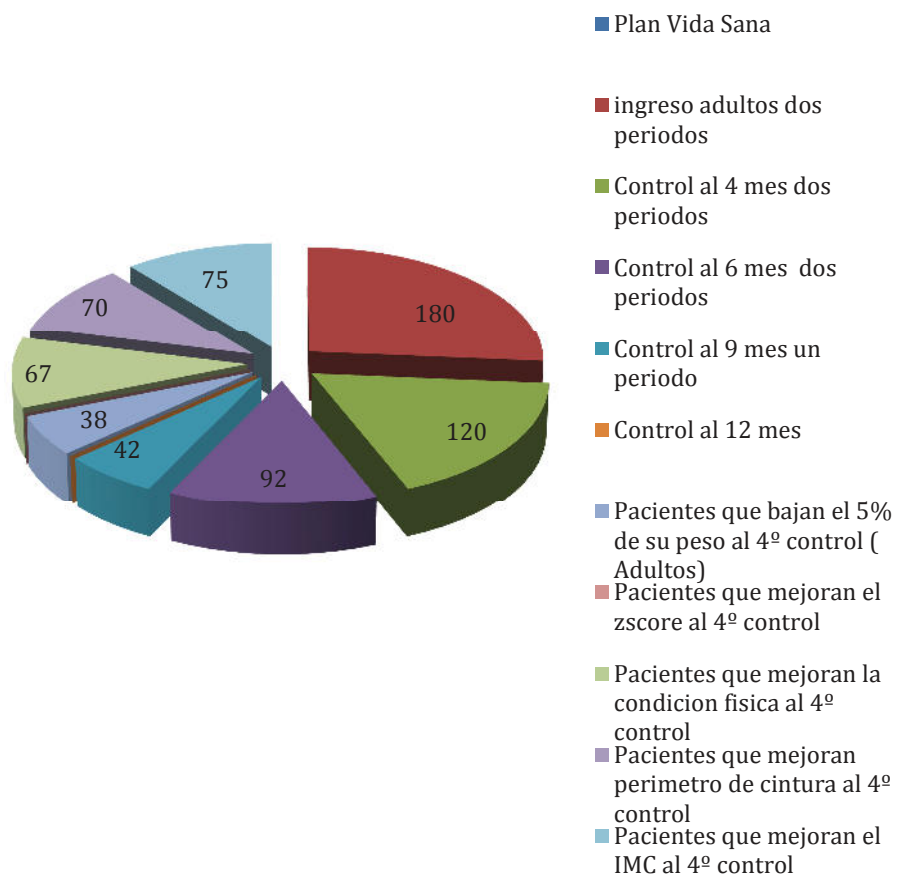
**COMPONENTE 1 CORRESPONDIENTE A NIÑOS , NIÑAS Y ADOLESCENTES (POST-PARTO) INGRESADOS Y EVALUADOS DE LA COMUNA DE RENCA (Enero a Septiembre 2014)**



**Componente 2 Grafico de Resultados  
(Enero – Septiembre 2014)**

| <b>Plan Vida Sana</b>  | <b>TOTAL</b> |
|--|--------------|
| <b>ingreso adultos dos periodos</b>                                  | 180          |
| <b>Control al 4 mes dos periodos</b>                                 | 120          |
| <b>Control al 6 mes dos periodos</b>                                 | 92           |
| <b>Control al 9 mes un periodo</b>                                   | 42           |
| <b>Control al 12 mes</b>   | 0            |
| <b>Pacientes que bajan el 5% de su peso al 4º control ( Adultos)</b> | 38           |
| <b>Pacientes que mejoran el zscore al 4º control</b>                 | 0            |
| <b>Pacientes que mejoran la condicion fisica al 4º control</b>       | 67           |
| <b>Pacientes que mejoran perimetro de cintura al 4º control</b>      | 70           |
| <b>Pacientes que mejoran el IMC al 4º control</b>                    | 75           |

**COMPONENTE 2 CORRESPONDIENTE ADULTOS Y MUJERES  
(POST-PARTO) INGRESADOS Y EVALUADOS DE LA  
COMUNA DE RENCA (Enero a Septiembre 2014)**



## COMPONENTE 1

| INDICADOR  | META   |
|--|--|
| <b>% de beneficiarios que mejora perímetro de cintura.</b>   | 40% de las personas intervenidas mejora su PC al cuarto mes.   |
| <b>% de beneficiarios que mejoran condición física.</b>  | 50% de las personas intervenidas mejora su condición física al cuarto mes.   |
| <b>% de beneficiarios que mejora intolerancia a la glucosa</b>   | 50% de las personas intervenidas mejora intolerancia a la glucosa.   |
| <b>% de beneficiarios que egresan y mejoran el Z score de IMC al final de la intervención.<br/>(*) Z score de IMC hasta 18 años e IMC para 19 años</b> | 50% de los niños/as de 6 a 18 años intervenidos mejoran Z score de IMC.<br>(*)<br>(*) En adolescentes de 19 años se considera reducción del 5% del peso al término de la intervención. |



## COMPONENTE 2

| INDICADOR   | META   |
|---|--|
| <b>% de beneficiarios que egresan con un 5% menos de su peso inicial al final de la intervención.</b>   | 50% de las personas intervenidas disminuye un 5% su peso inicial al término de la intervención.                                    |
| <b>% de beneficiarios que egresan y mejoran condición en términos de categorización de Perímetro de Cintura (PC) al final de la intervención.</b> | 50% de las personas intervenidas mejora su PC al cuarto mes.   |
| <b>% de beneficiarios que egresan y dislipidemias e intolerancia a la glucosa en ayunas al final de la intervención.</b>                          | 50% de las personas intervenidas mejora condiciones asociadas a dislipidemias e intolerancia a la glucosa en ayunas al cuarto mes. |
| <b>% de beneficiarios que mejoran condición física.</b>   | 50% de las personas intervenidas mejora su condición física al al cuarto mes.  |
| <b>% de mujeres que recuperan el peso pregestacional.</b>   | 70% de las mujeres recupera peso pregestacional al cuarto mes.   |

## EQUIPO VIDA SANA



## **PROGRAMACIÓN SALUD MENTAL APS 2015**

El presente documento constituye la programación 2015 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. Hiperactivo, de Conducta, Maltrato infantil); Consumo Perjudicial de OHD menores 20 años; Riesgo de Suicidio en Adolescentes; Violencia Intrafamiliar; Prevención y Tratamiento Integral de OH (plan de tratamiento terapéutico y preventivo) y Depresión en el Embarazo. 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 2015**

La Programación 2015 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 (Prioritario el rango de 0 a 9 años) | 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. | Aumento del 10% de ingresos (64 Ingresos)<br>Ces Renca: 26<br>Ces Urzúa: 16<br>Ces Hco: 12<br>Ces Bic: 10 | 1 consulta médico general<br>4 consultas de salud mental<br>2 visitas domiciliarias.<br>4 intervenciones psicosociales de grupo. |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
|  |   |   |   |
| <p>Trastorno Hipercinético en niños y adolescentes (de 5 a 9 años)</p> | <p>Detección precoz, prevención del daño e intervención temprana de problemas y trastornos de salud mental en la población infantil en trastornos hipercinéticos.</p> | <p>Aumento del 10% de los ingresos (32 Ingresos)<br/> Ces Renca: 13<br/> Ces Urzúa: 8<br/> Ces Hco: 6<br/> Ces Bic: 5</p> | <p>3 consultas Médico general<br/> 3 Consultas de Salud Mental<br/> 4 Intervenciones psicosociales de grupo.</p>                            |
| <p>Maltrato Infantil</p>   | <p>Detección precoz, prevención del daño e intervención temprana de maltrato infantil y adolescente (0-9 años/ 10 a 15 años)</p>                                      | <p>64 ingresos<br/> Ces Renca: 26<br/> Ces Urzúa: 16<br/> Ces Hco: 12<br/> Ces Bic: 10</p>                                | <p>1 consulta Médico general<br/> 4 Consultas de Salud Mental<br/> 2 visitas domiciliarias<br/> 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>82 meses de tratamiento<br/>Ces Renca: 33<br/>Ces Urzúa: 21<br/>Ces Hco: 16<br/>Ces Bic: 12</p> | <p>Plan ambulatorio básico: 3 a 4 horas 2 0 3 días a la semana por un mínimo de seis meses.<br/><br/>Plan de tratamiento individual y atención de seguimiento:<br/><br/>6 consultas Medico general,<br/>6 Consultas de Salud Mental<br/>1 visita domiciliaria<br/>12Intervenciones psicosociales de grupo.<br/>24 psicoterapia grupal</p> |
| <p>Riesgo de Suicidio en</p>   | <p>Pesquisar factores de riesgo psicosociales y</p>  | <p>100% de los casos</p>   | <p>100% de los adolescentes derivados</p>   |

|              |  |  |   |
|--------------|--|--|---|
| Adolescentes | patologías asociadas, que impliquen un riesgo de suicidabilidad en adolescentes. |  | al programa de salud mental con aplicación de CLAP, serán evaluados con Test SAD PERSONS y Escala de Suicidabilidad de Okasha |
|--------------|--|--|---|

- Depresión en adolescentes de 10 a 19 años: los casos son cubiertos tanto por atención en COSAM (de 10 a 14 años) y por el AUGE (de 15 a 19 años)

**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 | Aumento del 10% de los ingresos (101 | 1 consulta Medico general,<br>6 Consulta de Salud Mental |

|                          |  |  |   |
|--------------------------|--|--|---|
|                          | <p>mujeres que sufren violencia intrafamiliar desde los 15 años en adelante.</p> <p>Educar a los distintos actores sociales en la temática de violencia intrafamiliar, en cuanto se puedan constituir como redes de apoyo y de detección precoz de la violencia.</p> | <p>Ingresos)</p> <p>Ces Renca: 41</p> <p>Ces Urzúa: 25</p> <p>Ces Hco: 20</p> <p>Ces Bic: 15</p> | <p>2 Visita Domiciliaria</p> <p>8 Intervención psicosocial grupal</p>   |
| Intervención Terapéutica | <p>Dirigida a quienes presentan consumo problemático o dependencia de alcohol o drogas o ambos tipos de sustancia en quienes el</p>  | <p>101 Ingresos</p> <p>Ces Renca: 41</p> <p>Ces Urzúa: 25</p> <p>Ces Hco:20</p>                  | <p>3consulta Medico general,</p> <p>1 Consulta de Salud Mental</p> <p>6 consulta salud mental por psicólogo</p> |



|                          |   |                   |  |
|--------------------------|---|-------------------|--|
|                          | <p>nivel de compromiso psicosocial y físico es leve a moderado compatible con su manejo en APS</p> <p>Orientado a obtener la moderación o la supresión del consumo, el mejoramiento de las condiciones de salud física y mental</p> <p>Detección de consumo de bajo riesgo con un énfasis en la prevención.</p> | Ces Bic.: 15      | <p>2 visita domiciliaria por asistente social o enfermera</p> <p>12Intervención psicosocial grupal</p>                         |
| Depresión en el embarazo | Detección de depresión en el embarazo   | 100% de los casos | 100% de las gestantes derivadas desde el servicio maternal con aplicación de escala de Edimburgo, serán evaluadas a través del |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  | Cobertura de casos de depresión en gestantes   | Cuestionario de Goldberg y de la Escala de Depresión del CIE 10   |
|  | Cobertura de madres de hijos de hasta dos años con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales | 100% de gestantes derivadas desde el servicio maternal recibirán atención psicológica y de médico de salud mental para la confirmación diagnóstica y tratamiento integral<br><br>100% de madres derivadas desde otros servicios recibirán atención psicológica y de médico de salud mental para la confirmación diagnóstica y tratamiento |

|  |  |  |          |
|--|--|--|----------|
|  |  |  | integral |
|--|--|--|----------|

### **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 |
|---|--------------|
| <b>Organizaciones comunitarias participan en el programa de prevención de la violencia intrafamiliar</b>  | 4            |
| <b>Agrupaciones de auto ayuda se constituyen en red de apoyo psicosocial para mujeres que sufren violencia intrafamiliar</b>  | 4            |
| <b>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</b> | 4            |
| <b>Organizaciones de padres y /u organizaciones comunitarias participan en programa de prevención en problemas de salud mental de niñas y adolescentes</b>                            | 4            |

|   |   |
|---|---|
| <b>Profesores de establecimientos educacionales participan en programa de salud mental de niños y adolescentes</b>                    | 4 |
| <b>Alumnos, apoderados y profesores de establecimientos educacionales que reciban capacitación en prevención de consumo de drogas</b> | 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,<br>4 consulta de salud mental<br>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.<br>Psicoeducación y soporte emocional a familiares, priorizar la capacitación en la detección de | El 100% de los casos | 1 consulta médico general<br>1 psicodiagnóstico por psicólogo<br>1 consulta de salud mental   |

|               |   |  |   |
|---------------|---|--|---|
|               | trastornos mentales y fomentar el uso de escalas clínicas para su detección precoz. |  |   |
| 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 médico o profesional de salud mental.</p> <p>Seguimiento del caso mientras recibe hora en especialidad, evaluar si requiere derivación a servicio de urgencia según</p> |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>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 2015

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 2015 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. Asegurar disponibilidad.
  - ❑ Favorecer el uso de espacios comunes para la realización de intervenciones psicosociales.

- Llevar registro estadístico de los casos abordados en instancias de consultoría infantil y adultos considerando edad y diagnóstico para priorizar aquellos conveniados y grupos de riesgo

### **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 resolutiveidad en diagnósticos y derivación de pacientes de Salud Mental.
- Mejorar trabajo interdisciplinario con los otros Programas del CES
- Desarrollar actividades de autocuidado para integrantes del Programa de Salud Mental.



## 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 2015 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 2015 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 2015:

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 2015, 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, Maltrato Infantil, Depresión Unipolar en menores de 15 años, Programa de rehabilitación psicosocial tipo 1 y Violencia Intrafamiliar. Se planifica considerando la conservación de las metas propuestas por el Servicio para el año 2014, 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 2015

| <b>Convenio Prestaciones Valoradas</b>                     | <b>Meta Convenio 2015</b> |
|--|---------------------------|
| Trastornos Hipercinético                                   | 440                       |
| Trastornos Ansiedad y Comportamiento del adulto            | 450                       |
| Depresión Unipolar menores de 15 años                      | 50                        |
| Maltrato Infantil  | 50                        |
| Esquizofrenia y Psicosis no orgánica                       | 240                       |
| Rehabilitación psicosocial tipo 1 (Esquizofrenia)          | 950                       |
| VIF  | 160                       |
| Trastornos emocionales y del comportamiento en la infancia | 330                       |
| Demencia y otros trastornos mentales orgánicos             | 140                       |

## **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 2015:**

Se ha establecido una cartera de servicios que considera un conjunto de prestaciones para el año 2015:

- Consulta Médica Adulto, Consulta Psiquiátrica infantil y Adulto.
- Psicoterapia individual, psicoterapia familiar y psicoterapia grupal de apoyo.

- Psicodiagnóstico
- Consulta por Asistente social
- Visita domiciliaria por asistente social, psicóloga, medico y/o psiquiatra.
- Consultoría psiquiátrica, reuniones clínicas con atención de casos y revisión de fichas.

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

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

El ***Programa infanto – juvenil*** lo componen el sub grupo diagnóstico 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:**

- Mantenimiento, 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 mantenimiento de actividades grupales para cuidadores de usuarios (familiares y funcionarios) del Portal de los Ángeles.

***Programa Violencia Intrafamiliar*** Para el año 2015 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 de 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.

### **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 conveniadas.

| <b>Programa</b>  | <b>Usuarios no conveniados</b> | <b>Usuarios conveniados</b> | <b>Prestaciones conveniadas</b> | <b>Total de usuarios</b> |
|--|--------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Ambulatorio Intensivo población adulta <b>Hombre Alcohol Mixto</b> (SENDA-FONASA-MINSAL) | 0                              | 20                          | 108                             | 20                       |
| Ambulatorio Intensivo población adulta <b>Poli consumo</b> (SENDA-FONASA-MINSAL)         | 0                              | 30                          | 180                             | 30                       |
| Ambulatorio Intensivo población adulta <b>Mujeres</b> (SENDA-FONASA-MINSAL)              | 0                              | 25                          | 108                             | 25                       |
| Ambulatorio básico Pobl.   |                                |                             |                                 |                          |

|  |     |     |     |     |
|--|-----|-----|-----|-----|
| adulto Convenio <b>alcohol Mixto</b> (SENDA-FONASA-MINSAL)   | 0   | 25  | 96  | 25  |
| Ambulatorio básico Pobl. adulta Poli consumo Convenio MINSAL | 0   | 25  | 108 | 25  |
| Población adulta general y Judicializados                    | 200 | 0   | 0   | 325 |
| Total  | 200 | 125 | 600 | 325 |

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
- Psico 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 2015**

### **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. Para el año 2014 nos propusimos 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). Como desafío para el 2015 nos planteamos continuar con digitalización de la información mantener en un 65 % de los usuarios que soliciten hora sea ingresada al sistema de demanda Sistrat y aumentar a un 50 % de la población consultante la confección de la ficha de ingreso digital (Sistrat). De manera que, nos permita realizar el seguimiento previo al abandono de tratamiento

### **Enfoque de Genero**

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 durante el 2014 se realizaría seminario de dos días que implicase análisis y formación en la perspectiva de género. Sin embargo dicha actividad fue reemplazada por diploma en el área de tratamiento con perspectiva de género dictada por Senda; en la actualidad equipo Cosam forma parte de la mesa de trabajo con perspectiva de Género. Para el año 2015 nuestro desafío es implementar un espacio para los hijos de nuestras usuarias puesto que el convenio lo considera, de esta manera facilitar la permanencia en el programa de mujeres con hijos menores a 5 años.

**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. La meta fue realizar a lo menos el 90 % de las actividades de auto cuidado de equipo la cual no logramos cumplir para el año 2015 mantendremos la misma meta la cual es dar cumplimiento a un 90% de las actividades de auto cuidado programadas en el plan bienal de Convenios Senda.

### **Trabajo en red**

Para el año 2014, se planteo 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 Búlnes, Hospital Horwitz, Hospital San Juan de dios ( VIH), Posta III, Comunidades terapéuticas, Hogares protegidos, Hospedería. Corporación Salud. Jardines Infantiles municipalizados, centro de regularización de estudios, Omil, departamento social Municipal, Carabinero de Chile, Juzgado de policía Local, Centro de la mujer. Previene, Juzgado de familia y tribunales; proyectándose reuniones de coordinación trimestrales con las distintas instancias de redes formales establecidas.

Para el año 2015 Pretendemos fortalecer el trabajo en red, para ello convocaremos a 2 encuentros en el primer semestre 2015 el primero con la red comunal: Consultorios principalmente con los encargados de programa, programa DIT, previene, casa de la

mujer. Encuentro con red intersectorial Comunidades terapéuticas, hospital Félix búlnes, este último en pro de favorecer la derivación de nuestros usuarios a dichos dispositivos. Por otro lado.

Se pretende realizar:

- Reunión de coordinación cuatrimestrales con los 4 consultorios
- Reunión de coordinación Mensuales con programa DIT
- Reunión de Coordinación trimestrales Previene
- Reunión de coordinación cuatrimestral casa de la mujer
- Reunión de coordinación trimestral fiscalía Centro norte
- Reunión cuatrimestral con comunidad terapéutica

### **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

Si bien para el primer semestre del 2014 la aplicación de este instrumento era opcional a partir de Noviembre 2014 se torna una obligatoriedad, por ende dicha ficha deberá ser incorporada de forma digital al sistema de registro mensual.. Es así como el compromiso será que el 100% de los usuarios convenidos cumplan este requisito



## 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 conveniados por convenio SENDA FONASA MINSAL.

### **Infraestructura y R.R.H.H**

Comparativo

| Año 2013   | Año 2014                                  | Año 2015           |
|--|---|--------------------|
| <b>Asistente social 66 horas Semanales</b>                       | 99 hrs Semanales                          | 99 hrs Semanales   |
| <b>Psiquiatra 0 hrs semanales</b>                                | Actualmente 11 (Becados)                  | 22 hrs psiquiatra  |
| <b>Médico Salud Mental 11 hrs semanales (Jornada Vespertina)</b> | Actualmente 11hrs (Préstamo, jornada día) | 11 hrs vespertina  |
| <b>Psicólogas 121 hrs semanales</b>                              | 143 hrs semanales                         | 143 hrs Semanales  |
| <b>Técnico en rehabilitación 143 horas semanales</b>             | 110 hrs semanales                         | 110 hrs semanales  |
| <b>Administrativo 44 hrs semanales</b>                           | 88 hrs semanales                          | 88 hrs semanales   |
| <b>Tallerista 0</b>  | 0 hrs semanales                           | 11 hrs semanales   |
| <b>Personal Aseo 44 hrs Semanales</b>                            | 44 hrs Semanales                          | 66 horas semanales |
| <b>Técnico en párvulo ó educadora párvulo 0 horas semanales</b>  | 0 hrs semanales                           | 30 hrs semanales   |
| <b>Preparador físico o profesor de educación física</b>          | 0 hrs semanales                           | 8 hrs semanales    |
| <b>Terapeuta ocupacional 0 semanales</b>                         | 15 hrs semanales                          | 22 hrs semanales   |

Se espera Para el año 2015 contar con un Psiquiatra estable como en años anteriores, 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 mujeres 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.

A su vez, incorporar horas tallerista por 11 hrs en reemplazo de las 33 horas menos actuales de técnico en rehabilitación, ello para potenciar el lineamiento del convenio que apuntan fuertemente a la integración socio ocupacional. De tal manera entregar nuestros usuarios herramientas básicas en algún tipo de oficio (Mueble fierro madera, corte y confección por nombrar algunos)

Queremos aumentar de 15 hrs a 22 de terapeuta ocupacional, y así dar cobertura a los dos grandes programas intensivos que exigen la intervención de un terapeuta ocupacional quién debe incorporar evaluaciones periódicas, y llenado de ficha de integración socio ocupacional para dar respuesta a la demanda sistat y de intervención en el modelo de ocupación humana. Así las horas quedaría distribuidas en 11 hrs programa de mujeres y 11 hrs programa hombres.

Para el año 2014 se planifico dar cumplimiento a compromiso de infraestructura programa mujeres contar con una sala o dos anexas principalmente para jornada vespertina. En el mes de abril Cosam 2 cambia de infraestructura, otorgando suficiente espacio para dar funcionamiento a todos los programas que alberga el área de adicciones. Actualmente contamos con:

- Sala de espejo que hay que implementar audio para quede habilitada y funcionando y ser utilizada para el aprendizaje tanto de los profesionales como de los becados y alumnos en práctica, evitando que el paciente se sienta invadido y cohibido en una entrevista masiva.
- Baño hombre mueres (compromiso de mejor condiciones al momento de la supervisión del mes de Julio).
- Tres salas amplias grupales una de ellas excelente estado, ya que fue reparada en etapa uno de mejoramiento instalaciones. Queda pendiente mejorar las otras dos salas del segundo piso, principalmente temática de ventilación que es un eje que es evaluado todos los años al momento de presentarse los supervisores senda- Seremi.
- Cocina regular estado
- Comedor usuarios adecuado estado

- 4 oficinas atención individual excelente estado.
- 3 oficinas atención individual segundo piso optimo estado.
- Dos baños funcionarios optimo estado

Esperamos para el año 2015 realizar algunas mejoras en las dependencias de Cosam principalmente las que guardan relación con las exigencias de las supervisiones anuales que realiza Senda Seremi entregadas en las pautas de supervisión.

### **PROGRAMACIÓN 2015 COSAM 3 ADOLESCENTES**

La presente programación tiene por objetivo sentar las bases del trabajo que realizará COSAM 3 durante el año 2015 en la comuna de Renca. Esto en relación a los resultados obtenidos en periodos de funcionamiento anterior y al diagnóstico de necesidades que arroja dicha evaluación.

Es posible señalar que, a la fecha, Cosam Adolescentes cuenta con 5 años de funcionamiento en la comuna, siendo parte importante del funcionamiento de la red COSAM Comunal, intentando satisfacer la demanda de atención especializada en grupo adolescentes asociados al consumo de OHD perjudicial o dependiente. Este grupo se visualiza con una alta vulnerabilidad debido al ciclo evolutivo que presentan y los factores asociados al mismo y al riesgo psicosocial al que se ven expuestos diariamente. Es necesario además considerar, que la mayor parte de la población usuaria presenta otras variables psicosociales que influyen en su grado de vulnerabilidad como el origen de familias multiproblemáticas, patrones de consumo asociado a miembros del sistema familiar, normalización de pautas de interacción disfuncionales, deserción escolar, trastornos emocionales y conductuales asociados al consumo , entre otros.

Además de la atención que COSAM entrega a este grupo objetivo, su funcionamiento e intervención también se dirige a la atención de pacientes adolescentes que presentan Trastornos de Conducta y Emocionales no asociados a consumo de sustancias, para los cuales se proponen nuevos desafíos de atención aumentando su cobertura con la finalidad de satisfacer la demanda actual de atenciones que se presenta a nivel secundario y colaborar en la labor que ha desempeñado COSAM 1 en la atención de este tipo de usuarios.

En este sentido, el trabajo de intervención propuesto para el año 2015, se plantea de la siguiente manera:

**1.- Mantener los programas vigentes a la fecha, según las metas y orientaciones brindadas por el SSMOC y ampliar cobertura en el área de Población General (TCE no asociado a consumo de sustancias). A continuación se explicita cada uno de los Programas convenidos.**

- **Programa de Tratamiento Ambulatorio Intensivo (PAI):** Programa Ambulatorio Intensivo se encuentra indicado para adolescentes que presentan un consumo de riesgo moderado junto con una enfermedad mental severa, o que pueda apoyar el tratamiento, con o sin enfermedad mental severa concomitante. Tiene como propósito la intervención en la problemática, 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 Metropolitano 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 2015.

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

- Psicoterapia individual y/o grupal.
- 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

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:

*Primera etapa Motivacional (Primer mes):* Acogida, Contención emocional, Diagnóstico integral, Abordaje del proceso de desintoxicación, Motivación al cambio y Elaboración Plan intervención individual.

*Segunda etapa Intermedia I (segundo a tercer mes):* Abordaje de factores mantenedores del consumo, Fortalecer motivación y adherencia a tratamiento, Apoyo al proceso de desintoxicación, Prevención de recaídas, Vínculo saludable y Fortalecimiento de factores protectores.

*Tercera etapa Intermedia II (Cuarto y quinto mes):* Orientar reestructuración de proyecto de vida, Resignificación de situaciones de consumo, Fortalecer percepción de autoeficacia, Propiciar y apoyar la vinculación a redes sociales de apoyo.

*Cuarta etapa Preegreso (Quinto a sexto mes):* Evaluar mantención de logros terapéuticos, Reforzar proceso de reintegración y Reforzar estrategias de solución de riesgo.

- **Programa de Tratamiento Ambulatorio Básico (GES APS):** El tratamiento ambulatorio básico se encuentra Indicado para adolescentes que presentan un consumo problemático de riesgo moderado, sin una enfermedad mental severa, y un compromiso biopsicosocial moderado, que desempeñan una actividad educacional parcial o total y cuentan con red de apoyo familiar.

El funcionamiento de este programa comienza, durante el año 2007, en los tres centros de Atención Primaria de Salud de la comuna. A partir del año 2009, su funcionamiento se traslada a COSAM 3, con la finalidad de brindar una atención más especializada hacia este grupo etáreo. Pese a lo anterior, y aunque sea ejecutado en dependencias de COSAM, el programa se encuentra formalmente inserto en el área de Salud Mental de cada consultorio. A la fecha se cuenta con una cobertura anual de 64 plazas o plazas, las cuales, son distribuidos por cada centro de salud según la demanda de atención que abarca cada uno de ellos.

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.

En este programa y debido a su menor complejidad en cuanto variables psicosociales intervinientes, las prestaciones están determinadas con una frecuencia de dos a tres días por semana, 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 y/o grupal.
  - 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
- **Pacientes que presentan Trastornos Conductuales y Emocionales de la Adolescencia (TCE) no asociado a consumo de sustancias:** Este programa está enfocado a población adolescente entre los 13 y 19 años que presenten trastornos conductuales y emocionales, trastornos de personalidad u otro trastorno psiquiátrico cuyo objetivo es contribuir a la disminución de riesgos y cuadros clínicos, que afectan su salud mental y su desarrollo integral. Se propone una manera de entregar tratamiento oportuno para la recuperación de la salud y la obtención de una mejor calidad de vida en esta etapa evolutiva.

En relación al plan de tratamiento para el año 2015, se propone aumentar la cobertura de atención en población adolescente que presenten este tipo trastornos, derivados de otros centros de salud, intentando colaborar en la satisfacción de demanda de atención que existe a nivel comunal. Dentro de las actividades programadas se postula:

- Consulta psicológica
- Intervención Social
- Evaluación psiquiátrica, según necesidad del paciente.
- Psicoterapia individual y/o familiar si corresponde.
- Intervención grupal preventiva y educativa a población con consumo exploratorio y/o ocasional.

#### **Recurso Humano:**

En relación al recurso humano sugerido para este nuevo periodo y en consideración, a los eventos ocurridos anteriormente, los principales desafíos planteados tienen relación con:

- Mantener al equipo de intervención profesional, técnico y administrativo de forma estable y permanente, evitando así perjudicar o influenciar los procesos de intervención desarrollados con cada paciente y en cada programa ejecutado.
- Mantener atención Psiquiátrica estable una vez por semana para la evaluación de casos y tratamiento de pacientes por los periodos que sean requeridos.
- Profesional psicólogo que cumple además, funciones de coordinación dentro del centro, realizando procesos de atención diario a nivel individual, familiar y/o grupal.
- Coordinación para trabajo con grupos de voluntarios y alumnos en práctica de las diversas especialidades profesionales que prestan servicios en el centro. Esto con la finalidad de colaborar en los procesos de atención individuales y grupales desarrollados.

#### **Trabajo con redes intersectoriales:**

En cuanto al trabajo con la red comunal, el objetivo es mantener el sistema de coordinación desarrollado hasta la fecha, intentando entregar la mejor atención a los usuarios, de forma eficiente y rápida según sus necesidades. Además, el trabajo coordinado permite manejar un lenguaje común en función de la atención óptima y de calidad que se pretende entregar.

- Participar de la red intersectorial conformada por Previene Renca, Carabineros de Renca, PDI Renca, Dirección de Educación
- Intervención en talleres educativos y de prevención en consumo de THC y otras sustancias en establecimientos de educación particular subvencionada.
- Dar continuidad al trabajo iniciado con red extrasectorial, tales como DEM, DAM Y PIE, CESFAM CATAMARCA de Qta. Normal, entre otros.
- El equipo técnico asistirá una vez al mes a actividades de “Capacitación Continua”. Actividad programada y coordinada por la Dirección de COSAM.
- 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.

#### **OTRAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS PARA EL AÑO 2015**

- *Intervención grupal preventiva y educativa a población con consumo exploratorio y/o ocasional.* Dentro de los casos que se reciben de adolescentes con TCE no asociados a consumo de sustancias, se ha observado que algunos jóvenes ha incurrido en el consumo ocasional de sustancias psicoactivas, para ellos, que no mantienen un consumo perjudicial o dependiente, se ha propuesto desarrollar talleres de prevención, enfocados en entregar herramientas adecuadas para disminuir los riesgos de mantener o aumentar su consumo.
- *Taller de actividad física a pacientes pertenecientes a programas PAI y PAB.* Con la finalidad de contar con actividades atractivas el grupo objetivo y promover actividades de vida saludable descubriendo formas de entretenimiento en esta área.
- *Taller para padres en Competencias Parentales (Capacidades y Habilidades Parentales).* Muchos de los adultos usuarios indirectos del programa, presentan serias dificultades en el manejo conductual de sus hijos, lo que se traduce en una parentalidad permisiva con los jóvenes y que puede generar, posteriormente, mecanismos de control vulneradores o maltratadores. Por ello se pretende realizar talleres donde se compartan experiencias de vida y se descubran y promuevan métodos alternativos de crianza y resolución de conflictos.



- *Actividades comunitarias.* Se propone la realización de actividades con la comunidad donde se realicen muestras de las labores manuales realizadas por los jóvenes en sus talleres, valorando sus logros y capacidades, no visualizadas anteriormente.
- *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 y otros afines, con la finalidad de potenciar el recurso humano existente y otorgar una intervención de mayor calidad para los usuarios.

## **UNIDAD DE FARMACIA**

La comuna de Renca cuenta con 4 Consultorios y 3 SAPU. Dos de estos SAPU están adosados a sus Centros de Salud (Huamachuco y Bicentenario) el otro tiene atención 24 horas y es independiente físicamente.

Cada Centro de Salud cuenta con una Unidad de Farmacia (botiquín), encargada de dispensar los medicamentos de acuerdo a la organización local, legislación, normas técnicas y regulaciones vigentes.

Para el año 2014 se propuso la elaboración de los siguientes Manuales de Procedimiento para 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 Reenvasado de Medicamentos
- Manuales de Procedimiento de Revisión de Vencimientos de Medicamentos
- Manuales de Procedimiento de Rotulación de Medicamentos

Hasta esta fecha la construcción de estos Manuales no ha sido posible, pues, si bien se deben gestionar de manera local, debe ser bajo la Supervisión y Orientación técnica de un Químico Farmacéutico; profesional con el que no se contó durante gran parte del año 2014.

Se comprometió el arreglo de la Unidad de Farmacia del Centro de Salud Huamachuco, ya que la existente no permitía distribuir el espacio para que las profesionales que se desempeñan dispensando medicamentos, lo hicieran de forma óptima. Este traslado fue posible y los principales beneficiados fueron los pacientes, quienes cuentan con un nuevo lugar para la entrega de sus medicamentos.



En el año 2014 se realizaron revisiones para medir los índices de actividad de la atención primaria (IAAPS) que dependen de la Unidad de Farmacia:

| Indicador   | Método de Cálculo   | Meta | Medio de Verificación  |
|---|---|------|--|
| Brindar acceso a la atención de salud hasta las 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9 a 13 horas. | (Nº establecimientos funcionando de 8:00 a 20:00 horas de Lunes a viernes y sábados de 9 a 13 horas / Nº total de establecimientos visitados)*100 | 100% | Informe del Servicio de Salud en Planilla y pautas de supervisión firmadas (ver anexo 2) |
| Disponibilidad de fármacos trazadores   | (Nº de Fármacos trazadores disponibles/ Nº total de fármacos trazadores) * 100  | 100% |  |

La verificación de los medicamentos trazadores corresponde al siguiente listado

| PROBLEMA DE SALUD                       | FARMACOS              | Unidad                     |
|---|-----------------------|----------------------------|
| HIPERTENSIÓN ARTERIAL                   | ENALAPRIL *           | Comprimido 10mg            |
|   | ASPIRINA *            | Comprimido 100mg           |
|   | LOSARTAN *            | Comprimido 50mg            |
| DIABETES                                | MEIFORMINA *          | Comprimido 850mg           |
|   | GLIBENCLAMIDA *       | Comprimido 5mg             |
|   | INSULINA              | Presentación NPH 100 UI/ml |
| DEPRESIÓN                               | FLUOXETINA *          | Cápsula/ comprimido 20mg   |
|   | SERTRALINA *          | Comprimido 50mg            |
| DISLIPIDEMIA                            | ESTATINAS*            | Comprimido 20mg            |
| HIPOTIROIDISMO                          | LEVOTIROXINA *        | Comprimido 100mcg          |
| ARTROSIS                                | PARACETAMOL *         | Comprimido 500mg           |
|   | TRAMADOL              | Comprimido 50mg            |
|   | CELECOXIB (1)         | Comprimido 200mg           |
| EPILEPSIA                               | ÁCIDO VALPROICO       | Comprimido 200mg           |
| ENFERMEDAD RESPIRATORIA EPOC, Asma, SDR | CARBAMAZEPINA         | Comprimido 200mg           |
|   | SALBUTAMOL            | Aerosol 100 mcg/dosis)     |
|   | BUDESONIDA            | Aerosol 200 mcg/dosis)     |
|   | BROMURO DE IPRATROPIO | Aerosol 20 mcg/dosis)      |
| PARKINSON                               | LEVODOPA CARBIDOPA    | Comprimido 250mg/25mg      |

(\*) Fármacos trazadores considerados para evaluar cumplimiento del componente.

Además fue revisado el programa “Fondo de Farmacia para enfermedades Crónicas No Transmisibles en APS” (FOFAR). Este programa se ha puesto en marcha a mediados del año 2014 y su fundamento es asegurar la disponibilidad y acceso a medicamentos cardiovasculares definidos y fomentar la gestión farmacéutica para permitir la entrega racional y oportuna de estos medicamentos.

Nuestros Centros fueron evaluados para medir IAAPS y FOFAR, en ambas evaluaciones cumplieron con lo solicitado y poseían suficiente stock de medicamentos.

En el programa FOFAR se deben ingresar las recetas despachadas vía web en aquellas comunas que no existe un sistema informático de registro de entrega de medicamentos. En nuestra comuna hubo problemas técnicos que se fueron solucionando para que al segundo corte los CES puedan ingresar toda la información solicitada.

Los medicamentos que se pueden gestionar por FOFAR son los siguientes.

| PATOLOGIA GES         | FARMACOS              | Presentación      |
|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| HIPERTENSIÓN ARTERIAL | ACIDO ACETILSAUSILICO | Comprimido 100 mg |
|                       | AMLODIPINO            | Comprimido 5 mg   |
|                       | AMLODIPINO            | Comprimido 10 mg  |
|                       | ATENOLOL              | Comprimido 50 mg  |
|                       | ATENOLOL              | Comprimido 100 mg |
|                       | CAPTOPRIL             | Comprimido 25 mg  |
|                       | CARVEDILOL            | Comprimido 25 mg  |
|                       | ENALAPRIL             | Comprimido 5 mg   |
|                       | ENALAPRIL             | Comprimido 10 mg  |
|                       | ENALAPRIL             | Comprimido 20 mg  |
|                       | ESPIRONOLACTONA       | Comprimido 25 mg  |
|                       | FUROSEMIDA            | Comprimido 40 mg  |
|                       | HIDROCLOROTIAZIDA     | Comprimido 50 mg  |
|                       | LOSARTAN              | Comprimido 50 mg  |
|                       | NIFEDIPINO RETARD     | Comprimido 20 mg  |
| NITRENDIPINO          | Comprimido 20 mg      |                   |
| PROPRANOLOL           | Comprimido 40 mg      |                   |
| DIABETES              | GLIBENCLAMIDA         | Comprimido 5 mg   |
|                       | METFORMINA            | Comprimido 850 mg |
|                       | TOLBUTAMIDA           | Comprimido 500 mg |
| DISLIPIDEMIA          | ATORVASTATINA         | Comprimido 10 mg  |
|                       | ATORVASTATINA         | Comprimido 20 mg  |
|                       | LOVASTATINA           | Comprimido 20 mg  |
|                       | PRAVASTATINA          | Comprimido 20 mg  |

Nuestra comuna cuenta con personal idóneo para hacer el despacho de los medicamentos, distribuyéndose de la siguiente forma.

|                                    | <b>TPM / TPM<br/>farmacia</b> | <b>Administrativos</b> |
|------------------------------------|-------------------------------|------------------------|
| <b>Huamachuco</b>                  | 2                             | 1                      |
| <b>Renca</b>                       | 5                             | 7                      |
| <b>Bicentenario</b>                | 2                             | 0                      |
| <b>DR. Hernán<br/>Urzúa Merino</b> | 5                             | 0                      |

La cantidad de recetas despachadas por nuestros funcionarios desde enero a agosto del año 2014 son las siguientes.

|  | <b>Total recetas</b> | <b>total<br/>prescripciones</b> |
|--|----------------------|---------------------------------|
| <b>Huamachuco</b>                      | 59.854               | 119.265                         |
| <b>Renca</b>                           | 119.168              | 305.127                         |
| <b>Bicentenario</b>                    | 28.743               | 68.310                          |
| <b>DR. Hernán<br/>Urzúa<br/>Merino</b> | 70.004               | 187.691                         |

Hay que considerar, además, todo el trabajo administrativo que implica el manejo y registro de medicamentos e insumos de cada CES.

Durante el año 2014 fue aprobada la creación de una bodega comunal para acopio de medicamentos, esto permitiría que nuestros Centros de Salud, tengan mayor facilidad de rotación de fechas de vencimientos, un mejor manejo de Stock y además, si hay una buena gestión, poder contar con un stock de resguardo frente a cualquier falla de entrega desde los laboratorios o desde la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST), para esto es de vital importancia los objetivos fijados para el año 2015.

## PLANIFICACIÓN 2015

| OBJETIVO  | ACTIVIDAD   |
|---|---|
| <b>Tener un arsenal comunal validado y único para fármacos, insumos e insumos dentales.</b> | Cruzar los listados de todos los CES, compararlos con el arsenal de medicamentos actual del SSMO, codificar, discutir en Comité de Farmacia y presentarlo al Director(a) de Salud para que lo entregue en forma oficial.                  |
| <b>Reactivar Comité de Farmacia por CES</b>   | Crear calendario de Reuniones para Reactivar el comité de farmacia, que debiera ser comunal. En él se podrán evaluar la adquisición de nuevos fármacos e insumos, instancia necesaria para la acreditación de los CES, entre otros temas. |
| <b>Contar con información sobre stock y consumos disponibles en línea</b>                   | La planilla Excel creada con el arsenal comunal, se subirá a google drive para que pueda ser alimentada con la información de cada Centro (por el encargado de farmacia o quien defina el Director del CES)                               |

|   |  |
|---|--|
| <b>Construir los manuales de procedimiento adecuados a la realidad local y según normativa vigente</b>                | Pensando en los procesos de acreditación de los CES, se construirán los manuales locales para cumplir con lo solicitado en las pautas de evaluación, como ejemplos: rotulación de medicamentos y envasado de medicamentos.               |
| <b>Procesar los pedidos mensuales de las unidades de farmacia de los CES de forma central</b>                         | Como se tendrá a disposición el archivo con los saldos y consumos actualizados semanalmente. El Químico Farmacéutico puede procesar el pedido centralmente, evitando faltas de medicamentos  |
| <b>Hacer rotación de los Medicamentos, Insumos e Insumos dentales para evitar vencimientos y compras innecesarias</b> | La planilla Excel creada con el arsenal comunal contendrá un espacio especial para el registro de las fechas de vencimiento más próximas. Conociendo el consumo y los stock de todos los CES, se pueden redistribuir insumos y fármacos. |





## **PROYECTOS Y ACTIVIDADES RELEVANTES DEL AÑO 2014**

### **ADJUDICACION DE DOS SAPU SAR PARA RENCA**

El año 2014, gracias a las gestiones de la Sra. Alcaldesa - Dra. Vicky Barahona Kunstmann, se concretó una postulación permitiendo que Renca cuente desde el año 2015 con un nuevo Proyecto del área de salud el cual será de gran ayuda para toda la población renquina y comunas aledañas.

Dicho Proyecto permitirá ampliar DOS SERVICIOS DE URGENCIA, siendo éstos **SAPU RENCA CENTRAL PARA EL AÑO 2015 Y SAPU BICENTENARIO PARA EL AÑO 2016.**

En ambos establecimientos se incorporarán:

- 1.- EQUIPO DE RADIOGRAFIAS
- 2.- INSTALACIÓN DE CAMAS DE OBSERVACIÓN
- 3.- AMPLIACION DE LAS DEPENDENCIAS
- 4.- INCORPORACIÓN DE MÁS RECURSO HUMANO

RENCA como siempre pionera, transformando los servicios de urgencia como "SAPU DE ALTA RESOLUTIVIDAD", ampliando coberturas y brindando mejores prestaciones, con la única finalidad de evitar que el usuario que concurre a nuestros servicios no tenga que emigrar a otras comunas por estas prestaciones.

Esta noticia fue muy bien recibida por la comunidad, sus concejos consultivos y los equipos de salud de la comuna.

## **MIGRACION DE PACIENTES CESFAM DEL BICENTENARIO**

Con la finalidad de ampliar coberturas y optimizar infraestructura y el recurso humano del CESFAM del Bicentenario, se realizó una campaña de difusión con la finalidad de provocar una migración de usuarios del Centro de Salud Hernán Urzúa al nuevo y moderno CESFAM del Bicentenario.

Se planificaron diversas actividades de promoción y difusión, con una activa participación de la comunidad, directivas de las unidades vecinales y los equipos de salud, por nombrar algunas de las más relevantes se mencionan:

- a) Se sostuvieron reuniones con los integrantes de los Consejos Consultivos de Salud, Directivas de Unidades Vecinales, Directivos y funcionarios de los centros de salud, con la finalidad de informar sobre esta importante medida de la comuna, la cual permitirá optimizar los recursos disponibles, tanto de infraestructura como también mejorar la atención y prestaciones existentes en el CESFAM del Bicentenario.
- b) Se enviaron un total de 1.880.- cartas certificadas (agrupadas por familias considerando un promedio de 5 integrantes por cada una), todos inscritos en el Centro de Salud Hernán Urzúa, comunicando oficialmente su traslado al Bicentenario. Lo anterior considerando las unidades vecinales 40, 41 y 42.
- c) Conjuntamente los centros de salud han realizado traspaso de usuarios provenientes del CES Hernán Urzúa en forma interna, remitiendo registros y fichas a su nuevo lugar de atención.
- d) Se realizó traslado de pacientes postrados, en virtud de los nuevos límites establecidos y acordados en reunión de directores, previo acuerdo con los usuarios.

La iniciativa tuvo excelentes resultados, recibiendo una gran aceptación por parte de los usuarios, quienes se sintieron muy beneficiados con el cambio, evitando trastornos en trámites, ya que los traslados de fichas se realizaron en forma interna, considerando que el nuevo y moderno edificio les prestaba mayores beneficios.

## **POSTULACION A PROYECTO MEJORA PARA CESFAM DEL BICENTENARIO**

Con la finalidad de apoyar el proceso de Acreditación de Salud Familiar CESFAM del Bicentenario, el establecimiento se adjudicó Proyecto de Mejora a través del SSMOc el cual permitirá implementar con los siguientes equipos el establecimiento:

- a) 15 PC completos
- b) 07 Impresoras
- c) Conexión internet
- d) 03 Oftalmoscopios
- e) 03 Notebook
- f) 01 Data show
- g) 02 Televisores
- h) 01 Telón

**Centro de Rehabilitación Medico Integral para el adulto mayor**

**“CUMBRES MAYORES”**

**Introducción:**

“Cumbres Mayores” nace por iniciativa de la primera autoridad comunal Dra. Vicky Barahona Kunstmann, siendo un centro Integral de Acondicionamiento pionero a nivel país para este tipo de intervención, beneficiando a la población adulto mayor de la comuna de Renca.

Lo anterior se fundamenta considerando que el grupo de adultos mayores (65 y +) representa hoy en día el 13.5% del total comunal, siendo una preocupación permanente de la primera autoridad entregar una atención integral a quienes mas los necesiten, tratándose de una población muy vulnerable y sin redes de apoyo que les apoyen en sus procesos físicos y emocionales.

El Adulto Mayor se caracteriza por ser altamente demandante, por ello se contará con un complejo a través del cual recibirán todo lo que necesiten tanto en la parte médica, clínica, recreativa, afianzando redes de apoyo y la forma en que interactúan con sus pares.

Todo lo antes mencionado cuenta con un lugar físico acondicionado y optimizado para la atención, contando además con equipamiento de ultima generación, el cual reúne características inigualables para brindar al paciente una atención de excelencia y validado por profesionales de la salud especialistas en geriatría.

**Objetivo:**

Este Centro busca satisfacer dos necesidades que afectan a los adultos mayores de la comuna:

- La primera de ellas guarda relación con las patologías que nuestros vecinos de edad avanzada puedan presentar durante su vida en la senectud; de manera de controlar y manejar los deterioros que estén cursando, para así entregarles herramientas para una mejor calidad de vida.

- La segunda necesidad que queremos abordar es brindar al adulto mayor un lugar de reunión donde no solo pueda consultar por sus patologías de base sino que también tener la posibilidad de generar e integrarse a una comunidad con gente de su grupo etario, con requerimientos similares y que desee participar de actividades tanto físicas como culturales e incluso deportivas siendo supervisados por profesionales formados en gerontología que le permitan desarrollarse biopsicosocialmente y a través de esto restablecer, mantener o mejorar funcionalidad e independencia frente a las conocidas afecciones que vienen con el paso de los años.

### **Plan de Acción:**

Simultáneamente en esta instalación se implementarán tres programas para nuestros adultos mayores:

- Programa de rehabilitación para patologías musculoesqueléticas y concomitantes del adulto mayor.
- Programa de rehabilitación médico integral “RENCA ES VIDA”, que tratará patologías cardiovasculares, HTA, diabetes y obesidad.
- Programa de dolor crónico, enfocado para pacientes con fibromialgia, artritis entre otras.

Dentro de estos dos programas para nuestros adultos mayores se realizarán además intervenciones paliativas y preventivas tales como:

- Atención de patologías concomitantes del adulto mayor; artrosis, dolor crónico, reeducación de marcha, secuelas de caídas, patologías musculoesqueléticas en su totalidad, orientación acerca del uso de ayudas técnicas etc.
- Charlas de inducción a cada uno de los programas
- Charlas de prevención para cada patología
- Atención de pacientes pertenecientes al programa “RENCA ES VIDA”, el cual estará enfocado a patologías cardiovasculares, HTA, diabetes y obesidad.
- Prescripción de ejercicios adecuados y personalizados para cada patología y paciente.
- Monitorización en tiempo real del ejercicio para cada paciente y asistencia profesional en todo momento.
- Apoyo dietario por parte de un nutricionista para cada paciente, acorde a su realidad y necesidades.
- Tratamiento especializado para pacientes con dolor crónico.
- Actividades recreativas de bienvenida y fin de ciclo.

## **Recursos Humanos:**

Contamos con profesionales de todas las áreas de la salud involucrados en el proceso de rehabilitación tales como:

- Kinesiólogos
- Médico
- Enfermeras
- Nutricionistas

El Centro de Rehabilitación Médico Integral Para el adulto mayor “CUMBRES MAYORES” cuenta con instalaciones recientemente construidas, las cuales incluyen:

- 1 sala de atención kinesiológica con 3 boxes.
- 1 box de atención de enfermería.
- 1 box de atención nutricional.
- 1 sala multimedia (charlas preventivas e inductivas).
- 2 salas de máquinas para ejercicios adecuados y monitorizados. ( 1 trotadora, 1 elíptica, 2 bicicletas, proyector con monitorización cardíaca)
- Espacio multiuso.
- Gimnasio terapéutico.( colchonetas terapéuticas, barras paralelas para marcha, balones terapéuticos, implementos de rehabilitación, pesas)
- Implementación de última tecnología.
- 4 baños (1 baño discapacitados).

Para finalizar, “Cumbres Mayores” funciona en calle Balmaceda #4016, y atiende de Lunes a Viernes, de 8:00 a 13:00 horas y de 14:00 a 17:00, recibiendo pacientes derivados desde nuestros centros de salud y/o demanda espontánea evaluados previamente por profesional médico.

## EVALUACION 2014

DISPOSITIVO DE SALUD: Centro Cumbres Mayores

NOMBRE DEL PROGRAMA: Programa Renca es Vida

RESPONSABLE DE ELABORACIÓN: Juan Lienqueo González

| OBJETIVO   | ACTIVIDAD                               | META   | INDICADOR             | FUENTE DEL INDICADOR |
|--|---|--|-----------------------|----------------------|
| <b>Disminuir el riesgo cardiovascular y aumentar la calidad de vida de usuarios adultos mayores</b>  | Programa Cardiovascular (kinesiología)  | 80 usuarios cada tres meses, por tres veces a la semana, equivalente a 960 atenciones mensuales. | 100% de los pacientes | Ficha Cardiovascular |
| <b>Complementar pauta de ejercicios para la disminución de riesgos cardiovasculares y educar a los usuarios adultos mayores acerca de su alimentación.</b> | Programa Cardiovascular (nutricionista) | 80 usuarios cada tres meses, por tres veces mensuales, equivalente a 720 atenciones.             | 100% de los pacientes | Ficha nutricionista  |
| <b>Recuperar calidad de vida en usuarios adultos mayores que padecen dolor crónico No oncológico (fibromialgias, artritis)</b>                             | Programa dolor crónico (kinesiología)   | 10 usuarios por cada mes, dos veces por semanas, equivalentes a 80 atenciones mensuales.         | 100% de los pacientes | Ficha dolor crónico  |
| <b>Recuperar calidad de vida en usuarios adultos mayores que padecen dolores agudos o que daten de 7 meses o menos</b>                                     | Programa rehabilitación (kinesiología)  | Brinda 480 atenciones mensuales. (48 pacientes)  | 100% de los pacientes | Ficha rehabilitación |
| <b>Pesquisar todo tipo de patologías y derivarlas a los programas que se realizan en el centro.</b>  | Traumatología                           | 3 pacientes por hora, equivalentes a 100 usuarios mensuales                                      | 76% de los pacientes  | Ficha rehabilitación |



## PROGRAMACION 2015

DISPOSITIVO DE SALUD: Centro Cumbres Mayores

NOMBRE DEL PROGRAMA: Programa Renca es Vida

RESPONSABLE DE ELABORACIÓN: Juan Lienqueo González

| OBJETIVO   | ACTIVIDAD                               | META   | INDICADOR             | FUENTE DEL INDICADOR |
|--|---|--|-----------------------|----------------------|
| <b>Disminuir el riesgo cardiovascular y aumentar la calidad de vida de usuarios adultos mayores</b>  | Programa Cardiovascular (kinesiología)  | 100 usuarios cada tres meses, por tres veces a la semana, equivalente a 1200 atenciones mensuales. | 100% de los pacientes | Ficha Cardiovascular |
| <b>Complementar pauta de ejercicios para la disminución de riesgos cardiovasculares y educar a los usuarios adultos mayores acerca de su alimentación.</b> | Programa Cardiovascular (nutricionista) | 100 usuarios cada tres meses, por dos veces mensuales, equivalente a 200 atenciones mensuales.     | 100% de los pacientes | Ficha nutricionista  |
| <b>Recuperar calidad de vida en usuarios adultos mayores que padecen dolor crónico No oncológico (fibromialgias, artritis)</b>                             | Programa dolor crónico (kinesiología)   | 10 usuarios por cada mes, dos veces por semanas, equivalentes a 80 atenciones mensuales.           | 100% de los pacientes | Ficha dolor crónico  |
| <b>Recuperar calidad de vida en usuarios adultos mayores que padecen dolores agudos o que daten de 7 meses o menos</b>                                     | Programa rehabilitación (kinesiología)  | Brinda 480 atenciones mensuales. (48 pacientes promedio)   | 100% de los pacientes | Ficha rehabilitación |
| <b>Pesquisar todo tipo de patologías y derivarlas a los programas que se realizan en el centro.</b>  | Traumatología                           | 3 pacientes por hora, equivalentes a 100 usuarios mensuales  | 100% de los pacientes | Ficha rehabilitación |





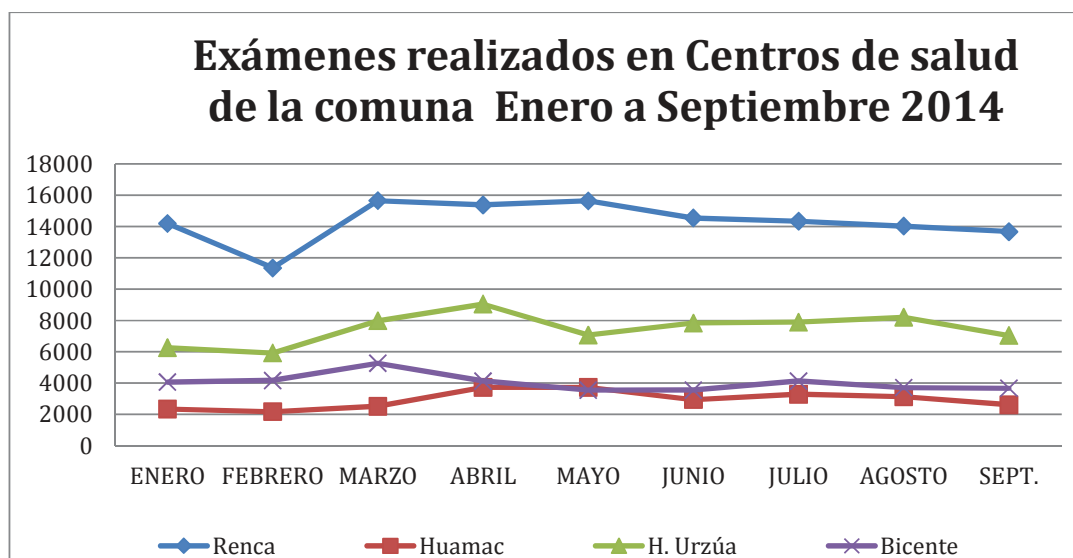




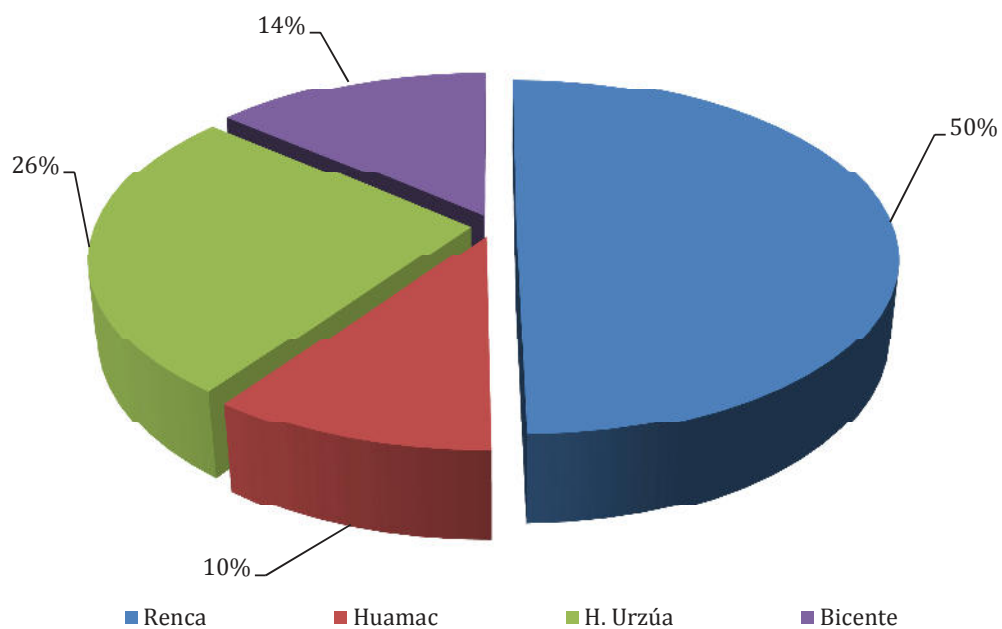
## UNIDAD TOMA DE MUESTRAS

### EXAMENES REALIZADOS AÑO 2014

| Centro Salud | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO  | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPT. | TOTAL  |
|--------------|-------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|--------|
| Renca        | 14195 | 11361   | 15651 | 15381 | 15642 | 14550 | 14340 | 14028  | 13682 | 128830 |
| Huamac       | 2340  | 2171    | 2521  | 3729  | 3729  | 2945  | 3289  | 3134   | 2618  | 26476  |
| H. Urzúa     | 6252  | 5916    | 7983  | 9049  | 7069  | 7839  | 7892  | 8205   | 7042  | 67247  |
| Bicente      | 4062  | 4169    | 5263  | 4134  | 3551  | 3552  | 4133  | 3712   | 3669  | 36245  |
| Total        | 26849 | 23617   | 31418 | 32293 | 29991 | 28886 | 29654 | 29079  | 27011 | 258803 |



### Total exámenes realizados año 2014



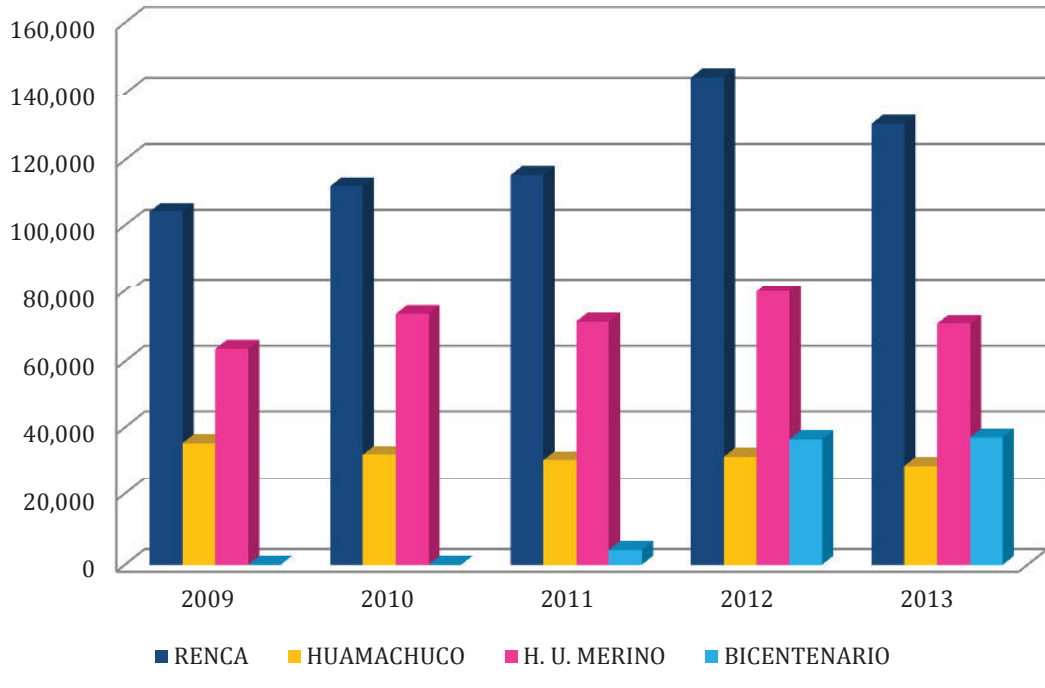
#### DATOS ESTADÍSTICOS COMPARATIVOS

AÑOS: 2010 - 2011 - 2012 - 2013

#### Total exámenes tomados por Centro de Salud

|             | RENCA   | HUAMACHUCO | H. U. MERINO | BICENTENARIO |
|-------------|---------|------------|--------------|--------------|
| <b>2009</b> | 103.909 | 35.532     | 63.451       | 0            |
| <b>2010</b> | 112.603 | 32.281     | 73.288       | 0            |
| <b>2011</b> | 115.735 | 30.762     | 71.169       | 4.176        |
| <b>2012</b> | 144.574 | 31.705     | 79.701       | 36.650       |
| <b>2013</b> | 130.154 | 29.152     | 70.602       | 37.176       |

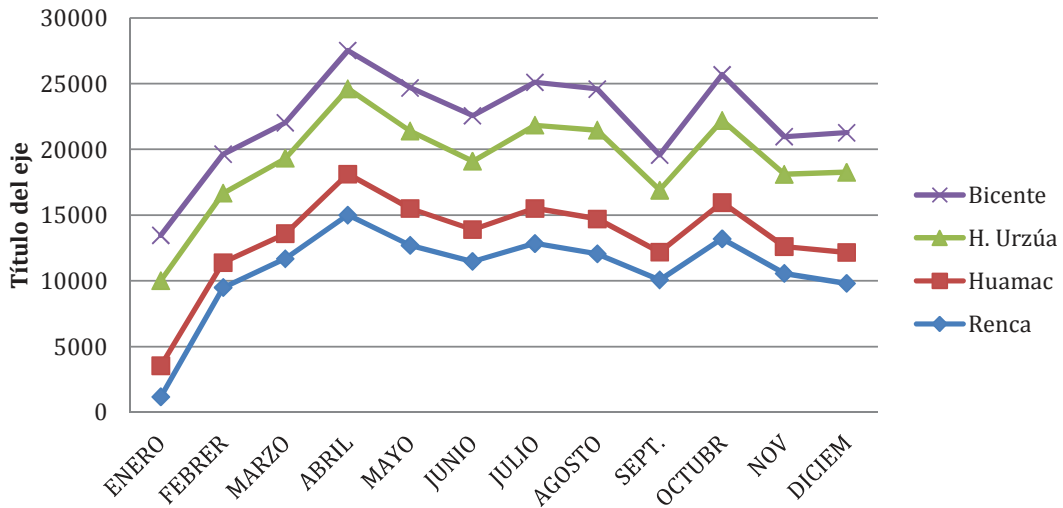
## Datos Estadísticos Comparativos



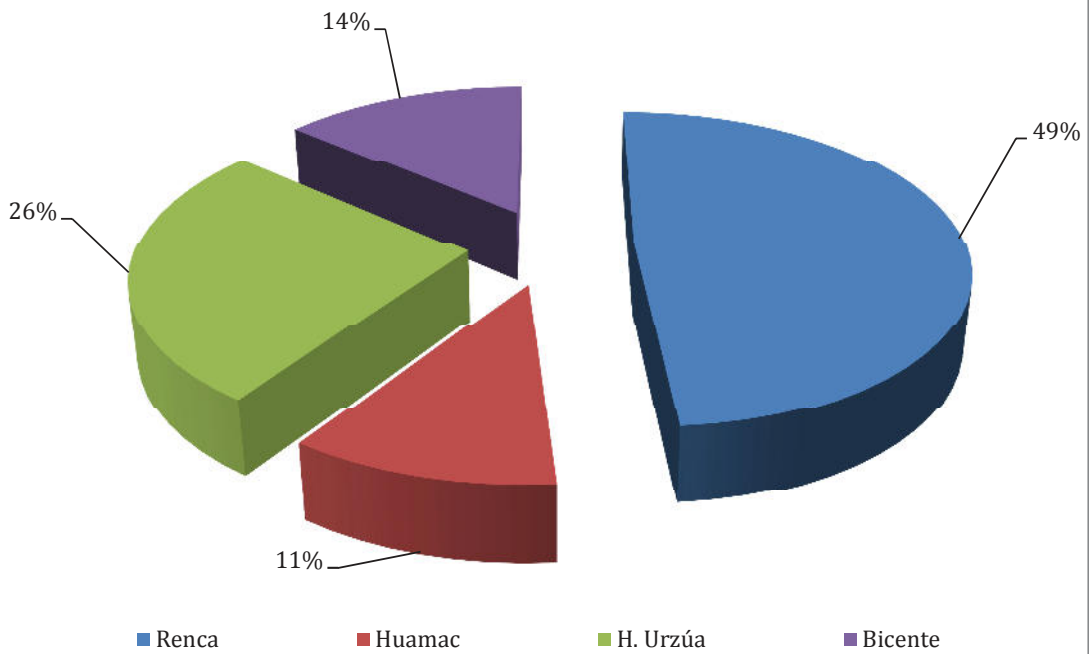
| 2013         |       |        |       |       |       |       |       |        |       |        |       |        |        |
|--------------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|--------|
| Centro Salud | ENERO | FEBRER | MARZO | ABRIL | MAYO  | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPT. | OCTUBR | NOV   | DICIEM | TOTAL  |
| Renca        | 1186  | 9503   | 11692 | 15014 | 12711 | 11477 | 12856 | 12056  | 10073 | 13206  | 10566 | 9814   | 130154 |
| Huamac       | 2360  | 1895   | 1907  | 3119  | 2803  | 2429  | 2672  | 2667   | 2120  | 2770   | 2049  | 2361   | 29152  |
| H. Urzúa     | 6464  | 5274   | 5724  | 6480  | 5884  | 5200  | 6317  | 6740   | 4709  | 6231   | 5489  | 6090   | 70602  |
| Bicente      | 3451  | 2960   | 2711  | 2910  | 3279  | 3455  | 3256  | 3126   | 2673  | 3476   | 2868  | 3011   | 37176  |
| Total        | 13461 | 19632  | 22034 | 27523 | 24677 | 22561 | 25101 | 24589  | 19575 | 25683  | 20972 | 21276  | 267084 |



### Total Exámenes centros de salud año 2013



### Total Exámenes centros de salud año 2013

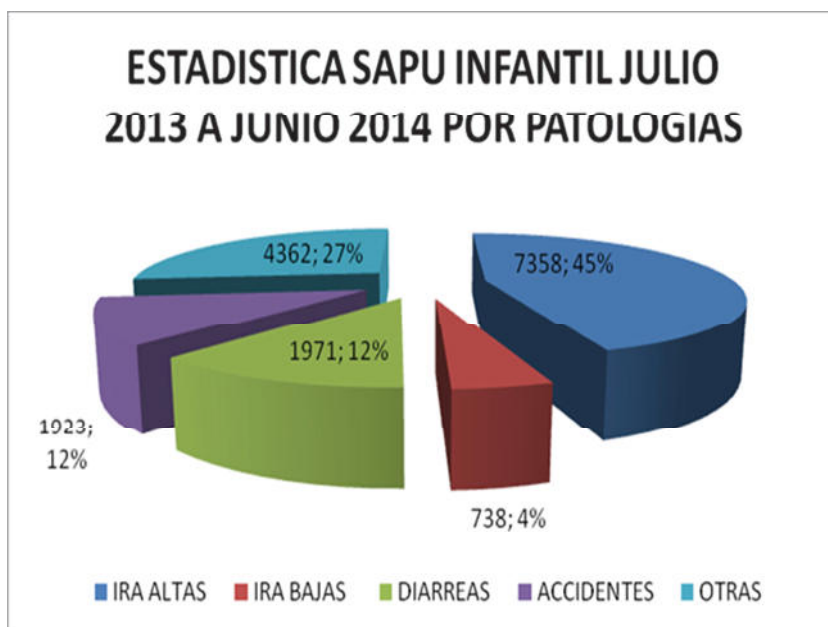


## SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIA

Periodo 2013-2014

CONSULTA INFANTIL DE URGENCIA POR PATOLOGÍA Y GRUPO ETAREO AÑO 2013-2014 S.A.P.U.  
RENCA

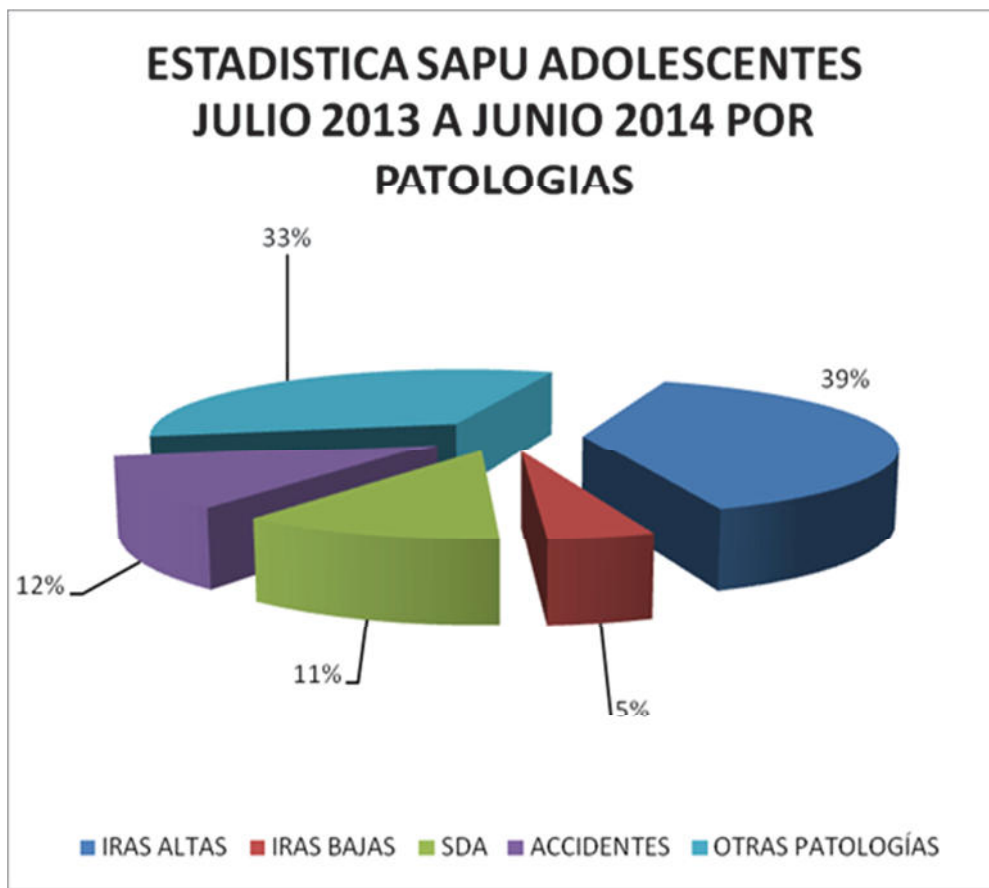
| PATOLOGIA  | TOTAL      | GRUPOS     | DE          | EDAD        |             |              |
|------------|------------|------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
|            | 0-5m       | 6-11m      | 12-23m      | 2-5 a       | 6-9a        | TOTAL        |
| IRA ALTAS  | 32         | 413        | 767         | 1402        | 4.744       | <b>7358</b>  |
| IRA BAJAS  | 41         | 34         | 52          | 217         | 394         | <b>738</b>   |
| DIARREAS   | 45         | 140        | 349         | 751         | 686         | <b>1971</b>  |
| ACCIDENTES | 23         | 72         | 275         | 854         | 699         | <b>1923</b>  |
| OTRAS      | 244        | 166        | 522         | 1852        | 1578        | <b>4362</b>  |
|            | <b>385</b> | <b>825</b> | <b>1965</b> | <b>5076</b> | <b>8101</b> | <b>16352</b> |



Dentro las atenciones infantiles realizadas en el SAPU, las IRA son las que representan un 49% de todo el consolidado, siendo un 45% IRAS Altas y un 4% las IRA Baja.

**CONSULTA ADOLESCENTE DE URGENCIA POR PATOLOGÍA DE S.A.P.U RENCA  
JUNIO 2013- JULIO 2014**

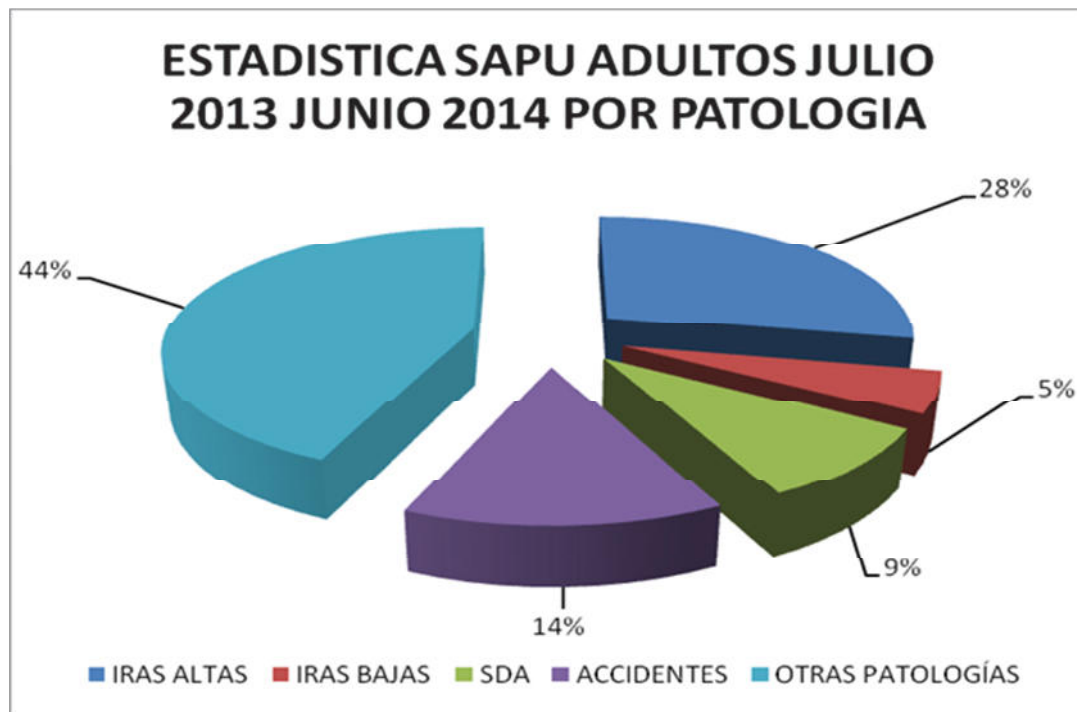
| Patologías       | Consultas adolescente |
|------------------|-----------------------|
| IRAS ALTAS       | 5007                  |
| IRAS BAJAS       | 585                   |
| SDA              | 1444                  |
| ACCIDENTES       | 1507                  |
| OTRAS PATOLOGÍAS | 4313                  |
| TOTAL            | 12856                 |



Dentro las consultas de adolescentes realizadas en el SAPU, las IRA son las que representan un 38% de todo el consolidado, siendo un 33% IRAS Altas y un 5% las IRA Baja.

## CONSULTA ADULTOS DE URGENCIA POR PATOLOGÍA DE S.A.P.U RENCA AÑO JULIO 2013- JUNIO 2014

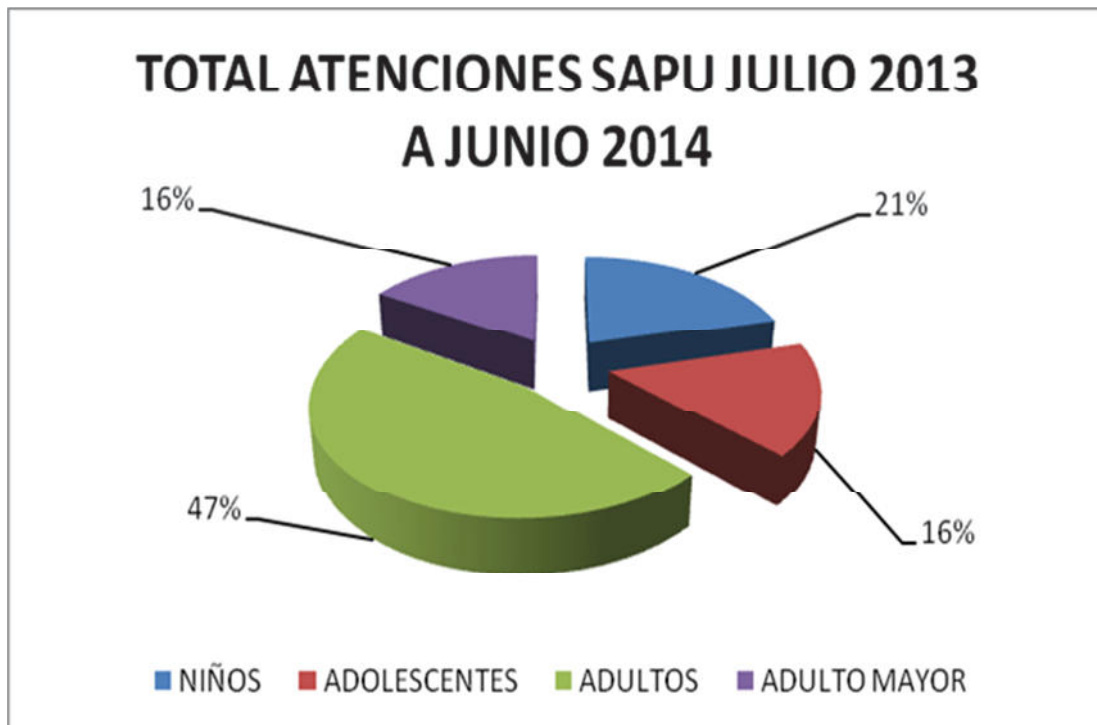
| Patologías       | Consultas ADULTOS |
|------------------|-------------------|
| IRAS ALTAS       | 10178             |
| IRAS BAJAS       | 1970              |
| SDA              | 3346              |
| ACCIDENTES       | 5019              |
| OTRAS PATOLOGÍAS | 15865             |
| <b>TOTAL</b>     | <b>36378</b>      |



Dentro las consultas de adolescentes realizadas en el SAPU, las IRA son las que representan un 33% de todo el consolidado, siendo un 16% IRAS Altas y un 17% las IRA Baja.

## TOTAL DE ATENCIONES DE URGENCIA S.A.P.U. RENCA JULIO 2013- JUNIO 2014

| RANGO        | CANTIDAD      |
|--------------|---------------|
| NIÑOS        | 16.352        |
| ADOLESCENTES | 12.856        |
| ADULTOS      | 36.378        |
| ADULTO MAYOR | 12.570        |
| <b>TOTAL</b> | <b>78.156</b> |



## CAMPO DOCENTE ASISTENCIAL

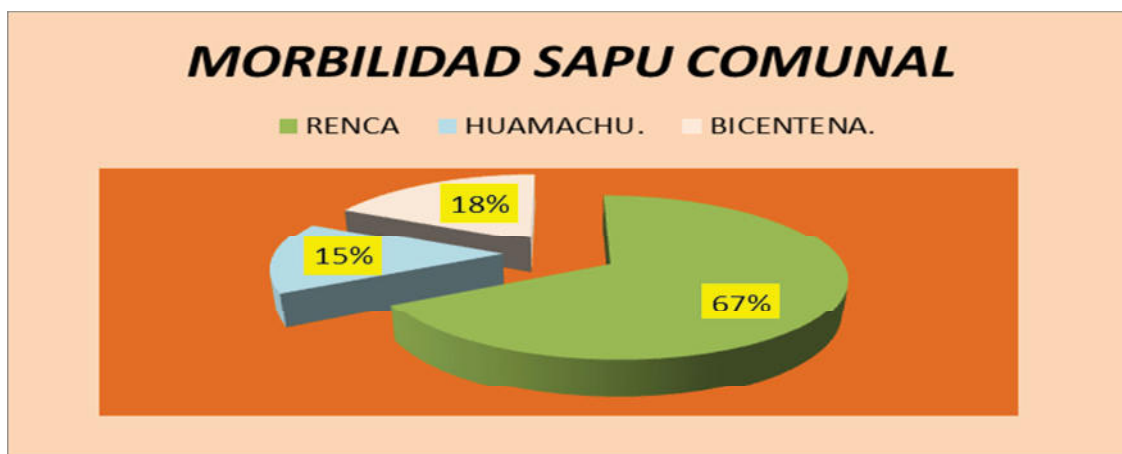
Actualmente el SAPU RENCA acoge a dos grandes instituciones:

### 1-UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

### 2-INSTITUTO AIEP

La primera con internos de 4 Y 5 año de enfermería y el instituto con TENS mención urgencia, todo esto nos ha llevado a un ambiente de colaboración y educación continua que se traduce en mejor respuesta y rápidas soluciones a los problemas de salud que acoge a la población.

A continuación se presenta un recuadro con las estadísticas de los tres Sapus Comunales, a saber: Sapu Renca – Sapu Huamachuco – Sapu Bicentenario:



| MORBILIDAD SAPU COMUNAL |               |              |              |               |               |              |              |               |              |              |              |               |
|-------------------------|---------------|--------------|--------------|---------------|---------------|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
|                         | 2012          |              |              |               | 2013          |              |              |               | 2014         |              |              |               |
|                         | RENCA         | HUAMACHU.    | BICENTENA.   | TOTAL         | RENCA         | HUAMACHU.    | BICENTENA.   | TOTAL         | RENCA        | HUAMACHU.    | BICENTENA.   | TOTAL         |
| INFANTIL                | 28327         | 6694         | 12616        | 47637         | 24407         | 5643         | 12033        | 42083         | 7050         | 2279         | 6903         | 16232         |
| ADOLESCENTES            | 9027          | 3166         | 2956         | 15149         | 7415          | 4002         | 2633         | 14050         | 5070         | 1477         | 1504         | 8051          |
| ADULTO                  | 87238         | 17457        | 19789        | 124484        | 76996         | 15842        | 19246        | 112084        | 51348        | 10486        | 12481        | 74315         |
| A.MAYOR                 | 12715         | 2784         | 1083         | 16582         | 12256         | 2396         | 1257         | 15909         | 8314         | 1754         | 887          | 10955         |
| <b>TOTAL</b>            | <b>137307</b> | <b>30101</b> | <b>36444</b> | <b>203852</b> | <b>121074</b> | <b>27883</b> | <b>35169</b> | <b>184126</b> | <b>71782</b> | <b>15996</b> | <b>21775</b> | <b>109553</b> |
|                         |               |              |              | años          | RENCA         | HUAMACHU.    | BICENTENA.   | TOTAL         |              |              |              |               |
|                         |               |              |              | 2012          | 137307        | 30101        | 36444        | 203852        |              |              |              |               |
|                         |               |              |              | 2013          | 121074        | 27883        | 35169        | 184126        |              |              |              |               |
|                         |               |              |              | 2014          | 71782         | 15996        | 21775        | 109553        |              |              |              |               |

## **PROYECTO DIT**

### **NOMBRE DEL PROYECTO:**

**Sistema Comunal de Detección Precoz, Intervención Breve de Referencia a Tratamiento (DIT)**

La ejecución del programa DIT en la comuna nace bajo el alero de la Municipalidad y la Corporación Municipal de Renca, las cuales visualizan el preocupante incremento mundial del consumo de Alcohol y Sustancias Ilícitas. Lo anterior no ajeno en nuestra comuna impulsa a que nuestra Primera Autoridad Comunal, Dra. Vicky Barahona Kunstmann, firme un convenio con el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Senda) para la incorporación del Programa DIT, el cual mediante su intervención pretende una pesquisa oportuna a personas vulnerables incurrir en adicciones.

El programa es ejecutado en los 3 Servicios de Urgencia de Atención Primaria, con apoyo de los Centros de Salud Mental, los que se encuentran bajo la Dependencia de la Dirección de Salud, cuyo Secretario General (I) es Sr. Luis Japaz Lucio.

El trabajo mancomunado entre el programa y la comuna, la supervisión de Equipo Ejecutor y la gestión de los recursos, es realizado por la Sra. Virginia Pizarro Le Roy, Coordinadora comunal del Programa.

## **Objetivos Del Proyecto**

### **Objetivo General:**

- Implementar y evaluar un sistema comunal de detección precoz, intervención breve y referencia a tratamiento (DIT), en personas mayores de 18 años, con consumo de sustancias en la comuna de Renca.

### **Objetivos Específicos:**

- Ejecutar un sistema de detección temprana e intervención breve y referencia a tratamiento en dispositivos de Salud y SAPU, en la Comuna de Renca, tomando como referencia el modelo propuesto por la OMS.
- Obtener un equipo de profesionales capacitados y acreditados en detección precoz, intervención breve y referencia a tratamiento.
- Fortalecer el sistema de referencia (derivación asistida) y seguimiento de usuarios que son derivados a los distintos Programas de Drogas.
- Continuar con la ejecución del sistema de detección temprana, intervención breve y referencia a tratamiento, con conocimiento de toda la red de atención, involucrándolos en todas las etapas del proceso.
- Mantener constantemente actualizado un registro estadístico del sistema comunal de detección precoz, intervención breve y referencia a tratamiento (DIT) y de los pacientes atendidos.
- Realizar evaluación y asesoría periódica de la implementación del modelo DIT.



## Indicadores

| <b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>   | <b>PRODUCTOS ESPERADOS</b>                            | <b>INDICADOR</b>   | <b>MEDIOS DE VERIFICACIÓN</b>  |
|--|---|--|--|
| <b>Continuar con la ejecución del sistema de detección temprana e intervención breve y referencia a tratamiento en dispositivos de Salud, SAPUS y en la Comuna de Renca, tomando como referencia el modelo propuesto por la OMS.</b> | Proyecto ejecutado en Comuna de Renca en el 2014-2015 | Numero de dispositivos en los cuales se ejecutó Proyecto | <b>Informes trimestrales y reuniones mensuales con equipo ejecutor</b> |
| <b>Fortalecer el sistema de referencia (derivación asistida) y seguimiento de usuarios que son derivados a los distintos</b>   | Usuarios referidos / usuarios monitoreados            | Nº de usuarios derivados/Nº de usuarios con seguimiento  | <b>Reporte de registro estadístico en Plataforma virtual de SENDA</b>  |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <b>Programas de Drogas.</b>   |   |   |   |
| <b>Continuar con la ejecución del sistema de detección temprana, intervención breve y referencia a tratamiento, con conocimiento de toda la red de atención, involucrándolos en todas las etapas del proceso.</b> | Integración de la red Comunal a través de Reuniones con Directivos, profesionales de Programas de Drogas y Centros de Tratamiento | Nº de reuniones planificadas(Nº de reuniones ejecutadas         | <b>Actas de reunión</b>   |
| <b>Mantener constantemente actualizado un registro estadístico del sistema comunal de detección precoz, intervención breve y referencia a tratamiento (DIT)</b>   | <b>Ingreso de datos en plazos establecidos</b>  | <b>Cumplimiento de metas de registro en plazos establecidos</b> | <b>Monitoreo de Registro estadístico en plataforma de SENDA</b> |

|                                     |  |  |  |
|-------------------------------------|--|--|--|
| y de los<br>pacientes<br>atendidos. |  |  |  |
|-------------------------------------|--|--|--|

### **Equipo Ejecutor**

Para la ejecución y aplicación del proyecto en la comuna se contrato a 4 profesionales relacionados con el área, los cuales fueron capacitados. La propuesta metodológica de la capacitación presencial y de seguimiento tiene como característica central y articuladora, aunar cuatro ejes fundamentales para el proyecto, las cuales son: conocimiento, experiencia, vivencia y adquisición de destrezas de los participantes.

### **Equipo Ejecutor:**

| NOMBRE EJECUTOR/A                      | PROFESIÓN                | HORAS                 | SAPU                   |
|--|--------------------------|-----------------------|------------------------|
| <b>Gabriel Moya Riquelme</b>           | Psicólogo                | 25 horas<br>semanales | Renca Central          |
| <b>Rolf Winser Vargas</b>              | Terapeuta<br>Ocupacional | 25 horas<br>semanales | Cesfam<br>Bicentenario |
| <b>Julia Cárdenas González</b>         | Asistente<br>Social      | 25 horas<br>semanales | Renca Central          |
| <b>Jorge<br/>Labarrera<br/>Quezada</b> | Psicólogo                | 25 horas<br>semanales | Huamachuco             |

### **Descripción Plan de Trabajo Coordinadora Comunal**

- Reunión Equipo Senda, Programa DIT.
- Coordinación con Equipo Senda a cargo de Programa.
- Reuniones quincenales con ejecutores de Programa, para monitorear desarrollo del Programa y cumplimiento de metas.
- Revisión de trabajo realizado por equipos ejecutores.
  
- Coordinación Comunal en Red, para derivación de usuarios según pesquisas.
- Supervisión de ejecutores en estaciones de trabajo.
- Coordinación con Corporación Municipal para el desarrollo del Programa.
- Generar solicitud de Equipamiento según proyecto DIT (Pendrive, Impresora y material fungible)
- Rendiciones mensuales.
- Dar respuesta a solicitudes de equipo Senda Ministerial.
- Revisión de ingreso de encuestas a plataforma DIT.
- Recopilación de información de los ejecutores del equipo para realización del Informe Final 2º periodo.
- Elaboración Informe Técnico.
- Elaboración de proyecto DIT periodo 2014-2015.

Para incrementar la capacidad de respuesta de la comuna, frente al modelo propuesto en este proyecto se han implementado; Reuniones Técnicas Ampliadas de Coordinación, y Reuniones con diversos actores de la comuna y ejecutores directos y que son partícipes del Proyecto en las distintas etapas de este. La labor de coordinación comunal de los dispositivos está a cargo de la coordinadora del proyecto y de las Mesas Técnicas, además del Coordinador Comunal tendrá un rol preponderante entre los Referentes Técnicos de SENDA y la Dirección de Salud Renca.

A continuación la tabla muestra el RRHH a cargo de la ejecución del proyecto, diferenciados según aporte y centro.

| <b>CENTRO</b>                | <b>APORTE<br/>SENDA</b> | <b>COMUNA<br/>RENCA</b> | <b>TOTAL HRS.<br/>2014</b> |
|------------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------------|
| <b>SAPU<br/>BALMACEDA</b>    | 25                      | 0                       | 25                         |
| <b>SAPU RENCA</b>            | 25                      | 0                       | 25                         |
| <b>SAPU<br/>HUAMACHUCO</b>   | 25                      | 0                       | 25                         |
| <b>SAPU<br/>BICENTENARIO</b> | 25                      | 0                       | 25                         |
| <b>COORDINADOR</b>           | 44                      | 0                       | 44                         |
| <b>TOTAL</b>                 | <b>144</b>              | <b>0</b>                | <b>144</b>                 |

## **Implementación**

La implementación del Proyecto considera 12 meses de intervención en 3 Servicios de Urgencias de la comuna; SAPU Renca Central, SAPU Bicentenario y SAPU Huamachuco.

En ellos el Equipo Ejecutor aplica las encuestas ASSIST que arrojan un puntaje, el cual según el resultado, se realiza una intervención al usuario dependiendo del tipo de riesgo que proyecte.

Líneas de Intervención y Etapas de la Intervención: En el trabajo con los usuarios y/o Comunidad, se implementarán tres intervenciones fundamentales:

- a) Screening o tamizaje
- b) Intervenciones con estrategias breves
- c) Derivación

## **Distribución por nivel de riesgo de cada una de las Sustancias Adictivas**

En relación al consumo de las sustancias mencionadas en la encuesta ASSIST aplicadas en el primer periodo de ejecución correspondiente a Enero a Junio, más de un 90% de los encuestados señala haber probado alguna vez una de estas sustancias.

En cuanto al consumo de OH y tabaco, existe una marcada prevalencia de consumo principalmente en conjunto.

El consumo de Marihuana es su mayoría es ocasional y predomina en el grupo etáreo de la población entre 18 a 25 años.

Respecto a la Cocaína, cabe mencionar que es un porcentaje mínimo de consumo, según los datos arrojados por los test. como se mencionará en el informe, las derivaciones realizadas para tratamientos por este tipo de consumo no tuvieron los resultados esperados, respecto a la adherencia de los usuarios.

Respecto a los sedantes, si bien se arrojaron algunos casos de consumo, fueron en su mayoría casos por tratamientos de Salud Mental.

Con respecto al resto de las sustancias, éstas se relacionan a un consumo único, sólo una vez.

En relación a las encuestas realizadas, las drogas inyectables no son consumidas por ningún usuario consultado.

### **Información de las Intervenciones Realizadas**

Para el proceso de ejecución el equipo realiza las pesquisas en las Salas de Espera de los distintos servicios de los Centros de Salud señalados anteriormente, luego se invita a los usuarios, acompañantes y/o familiares a responder el Test en un box habilitado para dicha actividad.

Dentro del desarrollo del programa es importante indicar que existe un porcentaje de rechazo, aludiendo a causales que refieren a que “pueden llamarlo para ser atendido por el profesional que les brindará la consulta”, ó “el familiar está por salir”, “estar de paso en el centro asistencial”, también indican que no consumen sustancias adictivas y por último por la ubicación del box en donde se realiza la entrevista, ya que mencionan el riesgo de perder la hora de atención.

En la primera intervención, la cual corresponde a la aplicación de la encuesta, se evalúa la intervención y cantidad de sesiones que se realizarán a posteriori según el resultado extraído del test, el cual tiene como finalidad arrojar los niveles de riesgo del encuestado para determinar los pasos a seguir. Los tres niveles de riesgo que establece la puntuación de la encuesta son:

- Riesgo mínimo; en este nivel sólo se agradece la disponibilidad y se entrega material informativo, realizando una retroalimentación.

- Riesgo Intermedio y/o Severo, consta de una Intervención Breve, no obstante, si el resultado arroja un riesgo severo se le invita a participar de una intervención diagnóstica para derivar directamente al Cosam de la comuna, en ambos casos se le da a conocer al usuario la Red de Apoyo a nivel comunal.

El tiempo que se utiliza para aplicar la encuesta es entre 5 a 10 minutos, pero al efectuar una Intervención Breve el tiempo aumenta de 20 a 25 minutos en promedio total.

### **Resultado del Seguimiento de los usuarios**

De las encuestas realizadas entre los meses de enero a junio del presente año, no se observan variaciones considerables respecto al período anterior. Es importante destacar que los usuarios de la comuna que presentan consumo problemático de sustancias, son principalmente hombres, de edades que van de los 18 a los 35 años de edad, considerando que la concurrencia a los Centros de Salud y de Urgencia es mayormente de sexo femenino.

El porcentaje del consumo por sustancias respecto al ítem “**a lo menos en una ocasión en su vida**”, son:

| SUSTANCIA           | PORCENTAJE |
|---------------------|------------|
| BEBIDAS ALCOHOLICAS | 99%        |
| MARIHUANA           | 45%        |
| COCAINA             | 15%        |
| ANFETAMINAS         | 0.9%       |
| INHALANTES          | 0.5%       |
| SEDANTES            | 13%        |
| ALUCINOGENOS        | 0.5%       |
| OPIÁCEOS            | 0.4%       |
| OTROS               | 0.1%       |



Se puede observar que las sustancias de mayor consumo, según lo arrojado por la distribución total de las encuestas aplicadas, esta principalmente en la ingesta de bebidas alcohólicas. Lo anterior dado a la accesibilidad de dicha sustancia, el bajo costo, es socialmente consumido, entre otras.

Es importante indicar que el consumo de las sustancias como alcohol, marihuana y cocaína; son determinadas según refieren los encuestados a Situaciones Problemas identificadas por ellos como; “perdida laboral, desvinculación familiar, es decir perdida de roles significativos en general y de la cotidianidad”.

De las personas encuestadas los que han mantenido un consumo durante los últimos tres meses son los siguientes:

| SUSTANCIA           | PORCENTAJE |
|---------------------|------------|
| BEBIDAS ALCOHOLICAS | 55%        |
| MARIHUANA           | 21%        |
| COCAINA             | 10%        |
| ANFETAMINAS         | 0%         |
| INHALANTES          | 0%         |
| SEDANTES            | 0.5%       |
| ALUCINOGENOS        | 0%         |
| OPIÁCEOS            | 0%         |
| OTROS               | 0%         |

En esta tabla de porcentajes se observa que el consumo de Alcohol es reiterado en frecuencia, considerando que la pregunta evidencia el consumo habitual por lo menos dentro de los últimos tres meses. Le siguen la marihuana y cocaína.

Un dato importante de plasmar son los rangos etáreos de la población encuestada. Según lo acordado comunalmente la distribución fue:

| EDADES      | 18-25 | 26-35 | 36-45 | 46-55 | 56-65 |
|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| PORCENTAJES | 26%   | 24%   | 17%   | 18%   | 15%   |

### **Evaluación del trabajo de Red Comunal**

La coordinación de la Red está bajo la responsabilidad de la Encargada comunal, la cual organiza las derivaciones y trabajo del Equipo en los siguientes niveles: Coordinación y trabajo con los Directores de los Centros de Salud y equipo ejecutor a razón de resolver y mejorar las problemáticas dadas entre el DIT y el programa de tratamiento.

Reuniones quincenales con los profesionales del equipo ejecutor DIT comunal, para revisar avances para los cumplimientos de metas, responder consultas y evaluar coordinaciones internas. Lo anterior, para mejorar y facilitar la intervención con las personas con riesgo severo y abordar temáticas administrativas del convenio.

Reunión con equipos de Salud Mental (Cosam; Alcohol y Drogas) con el objetivo de facilitar la coordinación de las derivaciones de Riesgo Severo, cabe señalar que el flujo de las atenciones se asocian a las necesidades y motivaciones que tenga el usuario y su familia en el abordaje de adherencia, evaluación diagnóstica, motivación, entre otras.

Reuniones y trabajo administrativo con la Dirección de Salud, asociadas a la ejecución del programa.

Reunión de coordinación con la encargada comunal del Previene, pese que el Programa trabaja con usuarios menores de 18 años, pertenece a la red Local.

### **Estado de los objetivos comprometidos**

A continuación se presentaran los avances realizados en los objetivos comprometidos en el Programa.

**Objetivo General:** Implementar y evaluar un sistema comunal de detección precoz, intervención breve y referencia a tratamiento (DIT) en personas mayores de 18 años con consumo de sustancias en la comuna de Renca.

**Objetivos Específicos:**

**1er Objeto Específico:** Ejecutar un sistema de detección temprana e Intervención Breve y referencia a tratamiento en dispositivos de Salud, SAPU, y Comisaría en la comuna de Renca, tomando como referencia el modelo propuesto por la OMS.

- En relación a la Ejecución mencionada en este objetivo, para el año calendario cabe señalar que el proyecto en su primera etapa fue ejecutado, cumpliéndose la meta de Intervenciones Breves, el cual dio inicio a su ejecución el 23 de septiembre del año en curso.

**2do Objeto Específico:** Obtener un Equipo de profesionales capacitados y acreditados en detección precoz, Intervención Breve y referencia a tratamiento.

- En el segundo objetivo, cabe señalar que dos ejecutores y la coordinadora comunal, fueron capacitados en la Universidad Católica. En relación al proceso de acreditación de ésta misma institución, éste se encuentra pendiente. El resto del equipo que ingresa posteriormente (entre octubre y noviembre), fue capacitado por la Coordinadora Comunal y Equipo Ejecutor, quienes habían recibido dicha capacitación.

Cabe señalar que en la última jornada de la Universidad Católica se hizo referencia a los Ejecutores, que no se realizaría la certificación bajo la justificación de que no estaría estipulado en el convenio.

**3er Objetivo Específico:** Fortalecer el sistema de referencias (derivación asistida) y seguimiento de usuarios que son derivados a los distintos programas de drogas.

- En relación al objetivo en mención se realizaron reuniones de coordinación e informativas del programa y red de derivación de casos referentes a la temática. Lo anterior ha mejorado el flujo de las atenciones por derivación de riesgos severos arrojados por las encuestas realizadas. Cabe señalar que la adherencia a los tratamientos no ha sido satisfactoria ya que los usuarios al momento de asistir a las horas con los profesionales de salud mental se excusan, tal como se describe anteriormente.

**4to Objetivo Específico:** Continuar con la ejecución del sistema de detección temprana, intervención breve y referencia a tratamiento, con conocimiento de toda la red de atención, involucrándolos en todas las etapas del proceso.

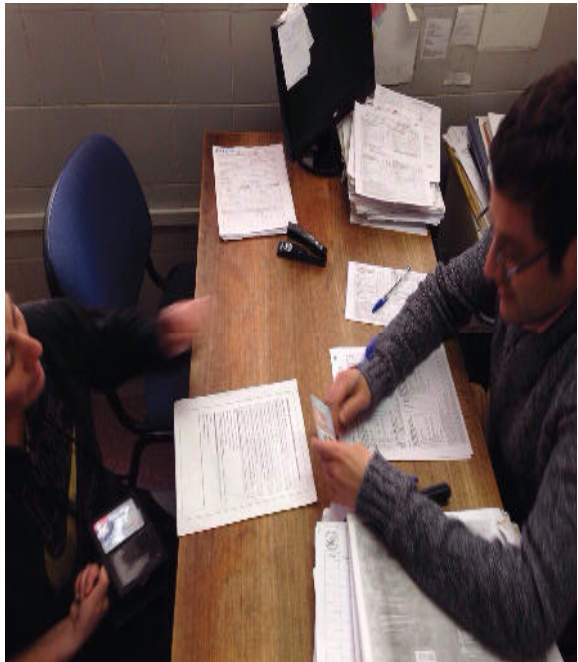
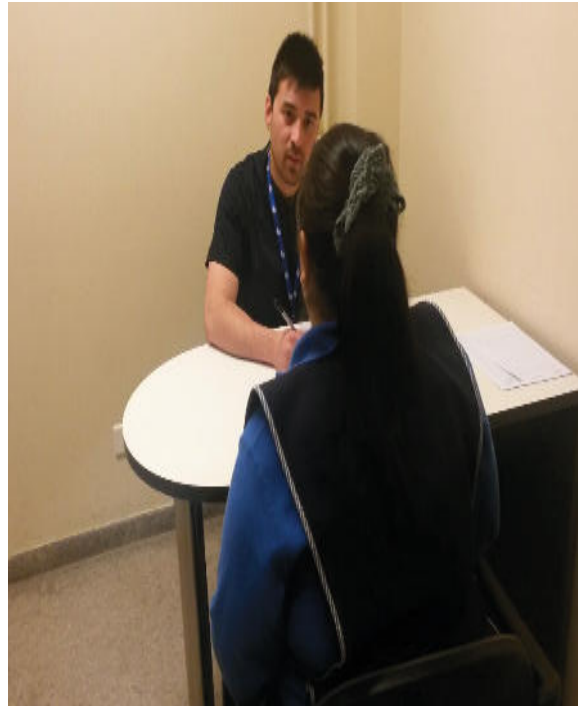
- Se realizan reuniones con los Equipos Directivos de los Establecimientos de Salud y SAPUS comunales, Senda Previene y Cosam, con la finalidad de dar a conocer el programa y articular la Red de coordinación.

**5to Objetivo Específico:** Mantener constantemente actualizado un registro estadístico del sistema comunal de detección precoz, Intervención Breve y referencia a tratamiento DIT y de los pacientes atendidos.

- Durante la ejecución del programa la Coordinadora Comunal monitoreo el ingreso de la información a la plataforma Senda SBIRT.

**6to Objetivo Específico:** Realizar evaluación y asesoría periódica de la implementación del modelo DIT.

Es importante señalar que este Proyecto está sujeto a convenio por lo tanto las metas a realizar luego de esta segunda esta están supeditadas al periodo comprendido en el año 2015.



## **Programa Sonríe Renca**

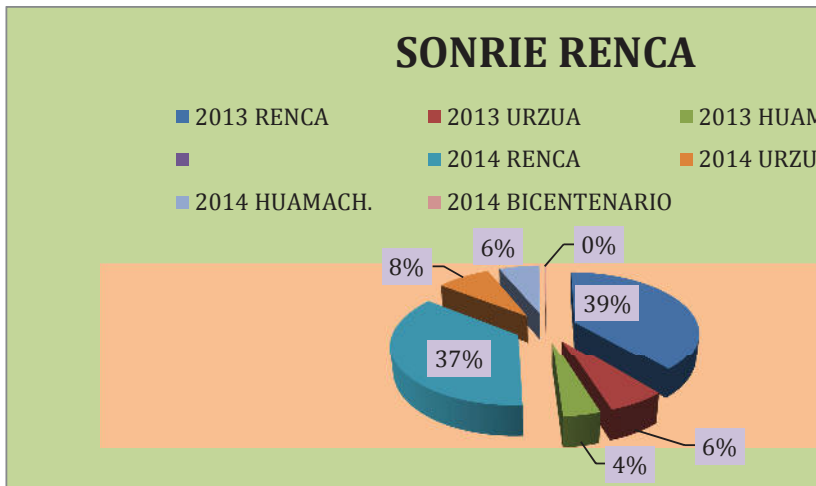
Este Programa tiene como objetivo dar respuesta a una necesidad sentida por la comunidad, quien no logra encontrar resolución a su problemática de salud bucal, en programas emanados desde el MINSAL. Lo anterior, en relación con la baja cobertura que se logra dar en la atención diaria del Programa Odontológico, 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.

| SONRIE RENCA     |       |          |       |       |           |               |
|------------------|-------|----------|-------|-------|-----------|---------------|
| PROTESIS COMUNAL |       |          |       |       |           |               |
| 2013             |       |          | 2014  |       |           |               |
| RENCA            | URZUA | HUAMACH. | RENCA | URZUA | HUAMA CH. | BICENTE NARIO |
| 192              | 31    | 20       | 180   | 41    | 31        | 1             |



## **Programa Aló Doctora**

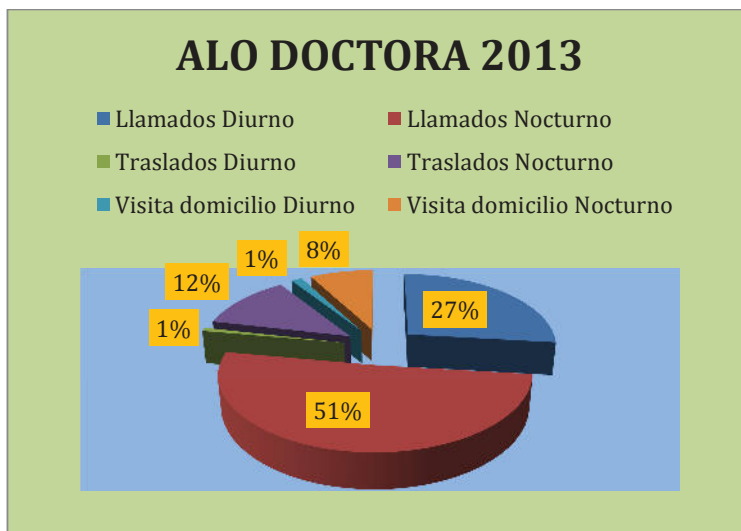
El Programa Aló Dra. es una iniciativa de la primera Autoridad Comunal y consiste en un servicio de orientación médica telefónica, dirigido a todas las edades y a todos los integrantes del grupo familiar. El horario de funcionamiento de este programa es de lunes a viernes de 17:00 a 24:00 horas y los días sábados, domingos y festivos desde las 9:00 horas hasta las 24:00 horas.

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.

A continuación se presentan cuadros comparativos de los años 2013 y 2014, en donde se dan a conocer las coberturas obtenidas en los períodos señalados:



|            | Llamados |          | Traslados |          | Visita domicilio |          |
|------------|----------|----------|-----------|----------|------------------|----------|
| 2013       | 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      | 1593     | 3028     | 45        | 718      | 83               | 479      |
|            |          |          |           |          |                  |          |
|            | Llamados |          | Traslados |          | Visita domicilio |          |
| 2013       | Diurno   | Nocturno | Diurno    | Nocturno | Diurno           | Nocturno |
| total      | 1593     | 3028     | 45        | 718      | 83               | 479      |



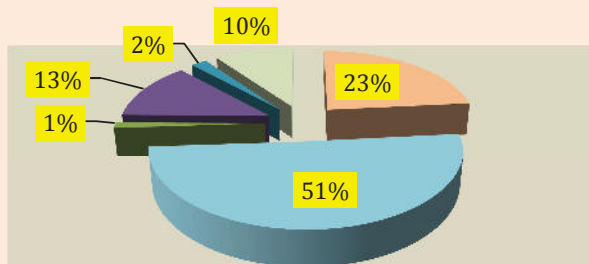
| 2014              | Llamados |          | Traslados |          | Visita domicilio |          |
|-------------------|----------|----------|-----------|----------|------------------|----------|
|                   | Diurno   | Nocturno | Diurno    | Nocturno | Diurno           | Nocturno |
| <b>Enero</b>      | 132      | 255      | 6         | 75       | 8                | 58       |
| <b>Febrero</b>    | 125      | 300      | 8         | 70       | 12               | 60       |
| <b>Marzo</b>      | 195      | 384      | 10        | 55       | 15               | 72       |
| <b>Abril</b>      | 133      | 255      | 7         | 82       | 15               | 67       |
| <b>Mayo</b>       | 185      | 341      | 10        | 95       | 10               | 79       |
| <b>Junio</b>      | 181      | 322      | 8         | 101      | 16               | 95       |
| <b>Julio</b>      | 168      | 400      | 12        | 99       | 22               | 55       |
| <b>Agosto</b>     | 123      | 415      | 10        | 100      | 9                | 61       |
| <b>Septiembre</b> | 178      | 389      | 5         | 98       | 14               | 60       |
| <b>total</b>      | 1420     | 3061     | 76        | 775      | 121              | 607      |

| 2014         | Llamados |          | Traslados |          | Visita domicilio |          |
|--------------|----------|----------|-----------|----------|------------------|----------|
|              | Diurno   | Nocturno | Diurno    | Nocturno | Diurno           | Nocturno |
| <b>total</b> | 1420     | 3061     | 76        | 775      | 121              | 607      |

## ALO DOCTORA 2014

- Llamados Diurno
- Llamados Nocturno
- Traslados Diurno
- Traslados Nocturno
- Visita domicilio Diurno
- Visita domicilio Nocturno



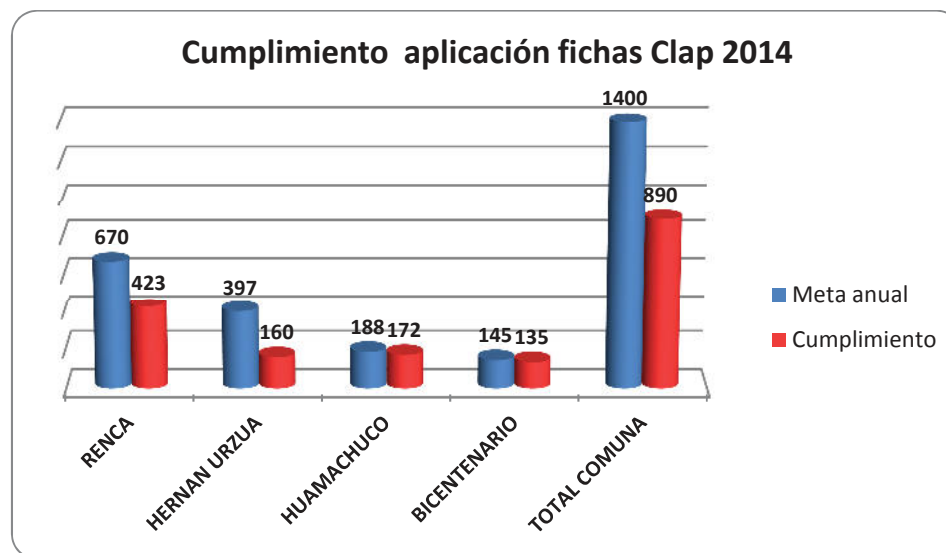
### EVALUACION COMUNAL PROGRAMA DEL ADOLESCENTE 2014.

CENTRO DE SALUD: CES Renca, CES H. Urzúa, CES Huamachuco, CESFAM Bicentenario.

RESPONSABLE DE ELABORACIÓN: Lina Ureche, Carolina Pineida, Leslie Quilodrán.

| OBJETIVO  | ACTIVIDAD   | META  | INDICADOR  | FUENTE DEL INDICADOR |
|---|---|---|--|----------------------|
| Detectar patologías crónicas y factores de riesgo en la población adolescente de 10 a 19 años en los cuatro centros de salud de la comuna de Renca. |   |   |  |                      |
| <b>Pesquisar factores de riesgo en la población de mujeres de 10 a 19 años inscritas en la comuna de Renca.</b>                                     | Realizar Control de Salud Integral del Adolescente de 10 a 19 años a través de ficha CLAP | Realizar ficha Clap al 7,5% de las mujeres de 10 a 19 años inscritas en la comuna de Renca en un plazo de 12 meses. | Nº de CLAP de adolescentes realizados en población de mujeres 10 a 19 años / Población total programada para aplicación de ficha CLAP en mujeres de 10 a 19 años de edad en la comuna de Renca *100    |                      |
| <b>Pesquisar factores de riesgo en la población de hombres de 10 a 19 años inscritas en la comuna de Renca.</b>                                     |   | Realizar ficha Clap al 7,5% de los hombres de 10 a 19 años inscritos en la comuna de Renca en un plazo de 12 meses. | Nº de CLAP de adolescentes realizados en población de hombres de 10 a 19 años / Población total programada para aplicación de ficha CLAP en hombres de 10 a 19 años de edad en la comuna de Renca *100 |                      |

## EVALUACION COMUNAL PROGRAMA DEL ADOLESCENTE 2014



| CONSULTORIO  | META ANUAL CLAP ADOLESCENTES | CUMPLIMIENTO CONSULTORIOS | % DE CUMPLIMIENTO |
|--------------|------------------------------|---------------------------|-------------------|
| RENCA        | 670                          | 423                       | 63,1%             |
| HERNAN URZUA | 397                          | 160                       | 40,3%             |
| HUAMACHUCO   | 188                          | 172                       | 91,5%             |
| BICENTENARIO | 145                          | 135                       | 93,1%             |
| TOTAL COMUNA | 1400                         | 890                       | 72,0%             |

## RECURSOS FISICOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

| CENTRO DE SALUD     | AÑO DE CONSTRUCCION Y/O FECHA DE INICIO | MTS2 CONSTRUIDOS | SERVICIOS BASICOS | N° DE BOX | SALA DE REUNIONES | N° DE BANOS PERSONAL | N° DE BANOS USUARIOS | EQUIPO ELECTROGENO | EXTINTORES | RED COMPUTACIONAL |
|---------------------|---|------------------|-------------------|-----------|-------------------|----------------------|----------------------|--------------------|------------|-------------------|
| CES. RENCA          | 2002                                    | 1792.09          | SI                | 57        | NO                | 12                   | 8                    | SI                 | 11         | SI                |
| CES. URZUA          | 1986                                    | 2200             | SI                | 40        | SI                | 4                    | 2                    | SI                 | 5          | SI                |
| CES. HUAMACHUCO     | 1990                                    | 57.194           | SI                | 18        | NO                | 4                    | 3                    | NO                 | 6          | SI                |
| CESFAM BICENTENARIO | 2011                                    | 2378.79          | SI                | 75        | SI                | 7                    | 10                   | SI                 | 8          | SI                |
| SAPU RENCA          | 2002                                    | 990              | SI                | 7         | NO                | 2                    | 2                    | SI                 | 4          | SI                |
| SAPU HUAMACHUCO     | 2009                                    | 27               | SI                | 2         | NO                | 2                    | 2                    | NO                 | 4          | SI                |
| SAPU BICENTENARIO   | 2011                                    | 230              | SI                | 3         | NO                | 2                    | 3                    | SI                 | 8          | SI                |
| COSAM I             | 2006                                    | 707.34           | SI                | 8         | SI                | 2                    | 2                    | NO                 | 3          | SI                |
| COSAM II            | 2008                                    | 154              | SI                | 4         | SI                | 1                    | 2                    | NO                 | 1          | SI                |
| COSAM III           | 2009                                    | 120              | SI                | 6         | SI                | 1                    | 1                    | NO                 | 1          | SI                |
| CRAM                | 2014                                    | 250              | SI                | 6         | SI                | 1                    | 3                    | NO                 | 3          | SI                |

## PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACION 2015

### **1. Fundamentos Generales del Programa:**

**El Plan Anual de Capacitación de Atención Primaria de Salud año 2015 de la Comuna de Renca, se fundamenta en que:**

- ✓ Debe ser consistente con los **lineamientos estratégicos** de los programas de Formación de Recursos Humanos entregados por el Ministerio de Salud, con las prioridades del Programa de Salud Municipal y con las necesidades de Capacitación del personal especialmente orientado al fortalecimiento del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria.
- ✓ Debe tener presente lo establecido en la **Ley y Reglamento de Atención Primaria** (Ley N° 19.378).
- ✓ Debe contemplar 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.
- ✓ Busca aunar **intereses e inquietudes de los funcionarios** de los CES de la comuna, expresados en la detección formal por medio de la aplicación de encuesta a todos los participantes de las acciones de capacitación desarrolladas durante el año anterior, en este caso durante el año 2014.
- ✓ Debe considerar 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.
- ✓ Contempla como un objetivo principal de la Autoridad Comunal **la Excelencia en la Gestión y en la Administración de recursos**, materializado en el proceso de revisión constante de 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.

- ✓ Como en años anteriores, para efectos de toda la recopilación de información utilizada para la elaboración del Plan Anual de Capacitación, se ha considerado una fecha de corte de las actividades realizadas hasta 22 de Octubre de 2014, fecha en que se efectuó el último curso denominado " Trabajo en Equipo para la Planificación anual de Salud".
- ✓ En relación con las actividades de capacitación desarrolladas o en desarrollo, se han considerado las que se encuentran ya calendarizadas hasta el 30 de Noviembre de 2014.
- ✓ La elaboración del Programa de Capacitación Anual contempla 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.

## 1.2 Resultados de la aplicación del Programa del año anterior:

Durante el año 2014 se ha desarrollado o se encuentran en desarrollo las siguientes acciones de capacitación:

### **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 3 cursos realizados: 112

### **AUGE-GES :OPERATORIA Y BASES LEGALES: 40 Hrs.**

**Objetivo:** Revisar e internalizar protocolos de atención en patologías GES, con el fin de asegurar su cumplimiento al usuario.

Número de actividades: 1 en 2 grupos

Número de participantes en los 2 cursos realizados: 76

### **SATISFACCION DEL USUARIO INTERNO Y AUTOCUIDADO 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 02 grupos

Número de participantes en los cursos realizados: 70

### **TRABAJO EN EQUIPO PARA LA PLANIFICACION ANUAL : 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: 50

### **OPERATORIA Y FUNCIONAMIENTO DE LA BODEGA DE LECHE EN APS**

**Objetivo:** Actualizar e internalizar protocolos de funcionamiento que aseguren la excelencia en la atención al usuario

Número de actividades: 01 en 01 grupo

Número de participantes en los cursos realizados: 15

### **OPERATORIA Y FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA EN APS**

**Objetivo:** Actualizar e internalizar protocolos de funcionamiento que aseguren la excelencia en la atención al usuario

Número de actividades: 01 en 01 grupo

Número de participantes en los cursos realizados: 15

#### **1.3 Objetivos del Programa de Salud Municipal:**

Los Objetivos del Plan Anual de Salud de la Comuna de Renca, se orientan siempre al cumplimiento del planteamiento fundamental de “Ser parte Fundamental de la Red de Salud del Area Occidente reconocida por su Resolutividad y Calidad en Atención Primaria”.

### **2. Objetivos del Programa Anual de Capacitación 2015**

Los Objetivos del Programa de Capacitación se fundamentan en los Lineamientos

Estratégicos del Ministerio de Salud, que para el año 2015 se mantienen:

- 1) Fortalecer el Modelo de Atención en Salud, junto con los valores y principios que lo sustentan.
- 2) Consolidar el Modelo de Gestión en Red, local regional y suprarregional (macro y micro redes)
- 3) Fortalecer el Sistema de Garantías Explicita en Salud (GES) y responder a objetivos sanitarios 2011-2020, a las prioridades, problemas, metas y compromisos de salud locales.
- 4) Mejorar la Calidad de la Atención y Trato al Usuario.
- 5) Generar estrategias de Desarrollo Organizacional para el Mejoramiento de la calidad de vida funcionaria.
- 6) Incorporar tecnologías de la información y comunicaciones (TICS)



- 7) Desarrollar la gestión administrativa, física y financiera.
- 8) Mejorar la Gestión y desarrollo de las personas.
- 9) Mejorar la prevención, y manejo de las contingencias, emergencias y catástrofes provocadas por desastres naturales, accidentes, etc. Que afectan la seguridad de las personas y de la infraestructura, equipamiento e inversiones de los establecimientos asistenciales y medio ambiente en general.

### **Actividades de Capacitación diseñadas de acuerdo a Lineamientos Progrmáticos del Año 2015:**

Se han diseñado 08 actividades de capacitación para el año 2015, basadas en los siguientes lineamientos:

#### **Lineamiento Estratégico**

- 1) Fortalecer el Modelo de Atención en Salud, junto con los valores y principios que lo sustentan.

**Objetivo de la Acción de Capacitación: Fortalecer el Enfoque de Atención en Salud entrenando herramientas técnicas de intervención con familias.**

Curso: Actualización en el Modelo de Salud Integral

Horas: 40 horas pedagógicas

#### **Lineamiento Estratégico**

- 2) Consolidar el Modelo de Gestión en Red, local regional y suprarregional (macro y micro redes)

**Objetivo de la Acción de Capacitación: Fortalecer la Red de Atención, a fin de propender a la atención pertinente, eficaz y preventiva del usuario.**

Curso: Actualización en el Modelo de Salud en Red

Horas: 40 horas pedagógicas

#### **Lineamiento Estratégico**

3) Fortalecer el Sistema de Garantías Explícita en Salud (GES) y responder a objetivos sanitarios, a las prioridades, problemas, metas y compromisos de salud locales.

**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.**

Curso: Actualización GES AUGE

Horas: 40 horas pedagógicas

### **Lineamiento Estratégico**

4) Mejorar la Calidad de la Atención y Trato al Usuario.

**Objetivos de la Acción de Capacitación: Revisar e internalizar protocolos de atención que aseguren la excelencia en la atención al usuario.**

Curso: Satisfacción del Usuario en APS

Horas: 40 horas pedagógicas

**Objetivos de la Acción de Capacitación: Explicar los alcances de las disposiciones sobre derechos y deberes de los usuarios.**

Curso: Derechos y Deberes del Usuario en APS.

Horas: 16 horas pedagógicas

5) Generar estrategias de Desarrollo Organizacional para el Mejoramiento de la calidad de vida funcionaria.

**Objetivos de la Acción de Capacitación: Analizar e internalizar los factores personales y del ambiente natural y sociocultural que condicionan el nivel de salud de las personas.**

Curso: Autocuidado y Vida Saludable Nivel I

Horas: 16 horas pedagógicas

**Objetivos de la Acción de Capacitación: Analizar e internalizar el concepto de autocuidado de la salud, sus fundamentos y su expresión en las conductas de los funcionarios de APS.**

Curso: Autocuidado y Vida Saludable Nivel II.

Horas: 24 horas pedagógicas

**Lineamiento Estratégico**

6) Incorporar tecnologías de la información y comunicaciones (TICS)

**Objetivos de la Acción de Capacitación: Fortalecer el uso de herramientas computacionales para mejorar la gestión administrativa y comunicación.**

Curso: Actualización en Sistemas de Registros en APS.

Horas: 40 horas pedagógicas

PLAN DE CAPACITACION 2015

| 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 Taller              | Fortalecer el Enfoque de Atención en Salud entrenando herramientas técnicas de intervención con familias. | 1.-<br>"Actualización en Modelo de Salud Integral" | 10                                | 10 |   | 10 | 30 |   | 60               | 40             | 100% SENCE   |                |              | 200.000            | OTEC<br>USACH | DIRSAL Y UNIDAD DE CAPACITACION PERFECCIONAMIENTO Y DESARROLLO | ENERO<br>ABRIL<br>y<br>OCTUBRE |

PLAN DE CAPACITACION 2015

| Lineamiento 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  |
| CONSOLIDAR EL MODELO DE GESTION EN RED | Curso Taller              | Fortalecer la Red de Atención, a fin de propender a la atención pertinente, eficaz y preventiva del usuario. | 2.- "Actualización en Modelo de Salud en Red" | 10                                | 10 |   | 10 | 30 |   | 60                | 40             | 100% SENCE   |            |              | 200.000            | Otec<br>USACH | DIRSAL Y UNIDAD DE CAPACITACION PERFECCIONAMIENTO Y DESARROLLO | ENERO<br>ABRIL<br>y<br>OCTUBRE |

PLAN DE CAPACITACION 2015

| 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 SISTEMA DE GARANTIAS EXPLICITAS EN ALUD GES | Curso Taller              | Precisar e internalizar los protocolos de atención en patologías GES con el fin de asegurar su cumplimiento al usuario. | 3.-<br>"Actualización en GES-AUGE" | 20                                | 20 |   | 40 | 100 | 40 | 100% SENCE       |                |              | 200.000      | OTEC<br>USACH | DIRSAL Y UNIDAD DE CAPACITACION PERFECCIONAMIENTO Y DESARROLLO | ENERO<br>ABRIL<br>y<br>OCTUBRE |       |

PLAN DE CAPACITACION 2015

| 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 Taller              | Revisar e internalizar protocolos de atención que aseguren la excelencia en la atención al usuario. | 4.-<br>"Satisfacción del Usuario en APS" |                                   | 30 |   | 30 | 40 |   | 100              | 40             | 100% SENCE   |              |              |                    | 200.000     | OTEC<br>USACH | DIRSAL Y UNIDAD DE CAPACITACION PERFECCIONAMIENTO Y DESARROLLO | ENERO<br>ABRIL<br>y<br>OCTUBRE |

PLAN DE CAPACITACION 2015

| 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 Taller              | Explicar los alcances de las disposiciones sobre derechos y deberes de los usuarios. | 5.-<br>"Derechos y Deberes del Usuario en APS" | 20                                | 20 |   | 20 | 40 |   | 100              | 16             | 100% SENCE   |              |              |                    | 80.000      | OTEC<br>USACH | DIRSAL Y UNIDAD DE CAPACITACION PERFECCIONAMIENTO Y DESARROLLO | ENERO<br>ABRIL<br>y<br>OCTUBRE |



PLAN DE CAPACITACION 2015

| 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 |
| GENERAR ORGANIESTRATEGIAS DE DESARROLLO ZACIONAL PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA FUNCIONARIA | Curso Taller              | Analizar e internalizar los factores personales y del ambiente natural y sociocultural que condicionan el nivel de salud de las personas, | 6.- "Autocuidado y Vida Saludable" Nivel I | 10                                | 20 |   | 40 | 30 |   | 100              | 16             | 100% SENCE   |              |              | 80.000             | OTEC        | DIRSAL Y UNIDAD DE CAPACITACION PERFECCIONAMIENTO Y DESARROLLO | ABRIL y OCTUBRE               |

PLAN DE CAPACITACION 2015

| 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 |                    |  |                       |
| <b>GENERAR ORGANIESTRATEGIAS DE DESARROLLO ZACIONAL PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA FUNCIONARIA</b><br>Curso<br>Taller |                           | <b>"Analizar e internalizar el concepto de autocuidado de la salud, sus fundamentos y su expresión en las conductas de los funcionarios de APS"</b> | <b>7.</b><br><b>"Autocuidado y Vida Saludable"</b><br><b>Nivel II</b> |                                   | 10 | 20 | 40 | 30 | 100 | 24               | 100% SENCE     |              |              | 120.000      | OTEC               | DIRSAL Y UNIDAD DE CAPACITACION PERFECCIONAMIENTO Y DESARROLLO | ABRIL<br>y<br>OCTUBRE |

| entos  | 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 |                                 |  |         |
| INCORPORAR TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES TIC | CURSO TALLER | Fortalecer el uso de herramientas computacionales para mejorar la gestión administrativa y comunicacional | 8.-<br>"Actualización en sistema de registros en APS |                             | 8                                 |   | 10 | 7 | 25 | 40 | 100% SENCE       |                |              |              | 200.000      | OTEC HERA GESTION E INFORMATICA | DIRSAL Y UNIDAD DE CAPACITACION PERFECCIONAMIENTO Y DESARROLLO | OCTUBRE |

**ACTIVIDADES PROGRAMA VIDA SANA : OBESIDAD – AÑO 2014**



**JORNADA DE PLANIFICACION COMUNAL - OCTUBRE 2014**



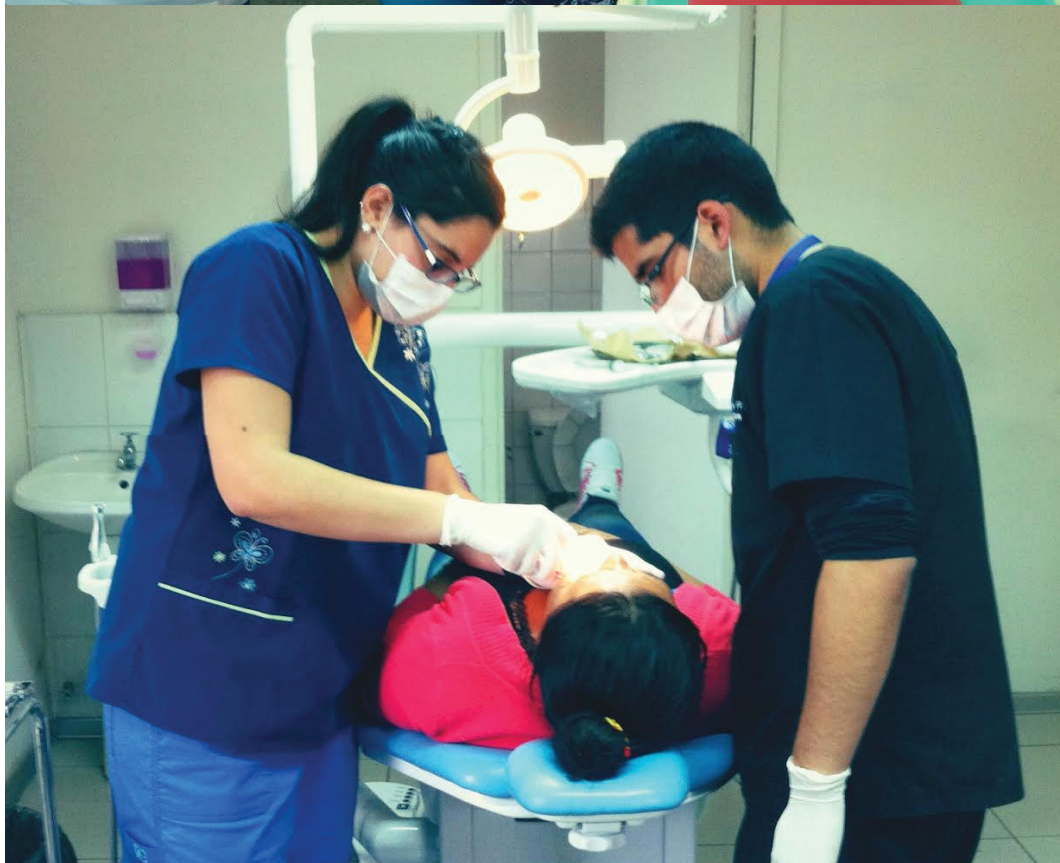
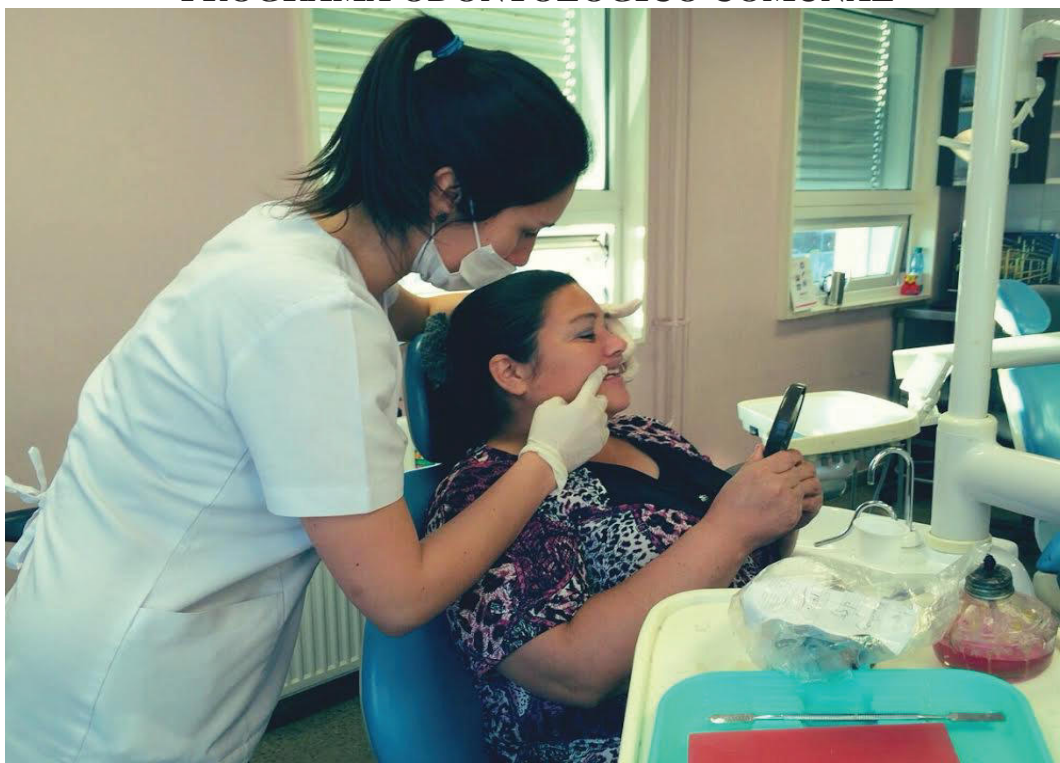
**JORNADA DE PLANIFICACION COMUNAL - OCTUBRE 2014**



**JORNADA DE PLANIFICACION COMUNAL - OCTUBRE 2014**



## PROGRAMA ODONTOLOGICO COMUNAL







## CONSEJOS CONSULTIVOS DE SALUD 2014



**ACTIVIDAD CON PACIENTES Y FAMILIAS COSAM II – SEPTIEMBRE 2014**







## **PROYECCIONES 2015**

### **IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO SALUD FAMILIAR**

Una de las prioridades de nuestra primera autoridad comunal para el año 2015, es la implementación del modelo de salud familiar en los cuatro dispositivos de salud de la comuna de Renca.

Dando un gran énfasis en la capacitación del personal de salud de la comuna, en el modelo de salud familiar, sin dejar de lado a la comunidad, realizando charlas educativas referentes a este modelo.

A demás de una forma innovadora, nuestra alcaldesa en conjunto con los directores de cada establecimiento pondrá en marcha un plan piloto llamado "Ruta de la salud", en virtud de que nuestros usuarios se mantengan informados sobre programas y beneficios que nuestra Alcaldesa tiene para su comunidad.

Esto consiste en la implementación de stand en cada centro de salud con sus respectivos funcionarios promocionando los programas, aclarando las interrogantes que aun existen en la comunidad respecto a sus patologías, promocionando estilos de vida saludable y todas las herramientas para que nuestros pacientes se sientan participes en la rehabilitación, mejora y prevención de las distintas patologías

El Centro de Salud Familiar del Bicentenario, lleva tres años de funcionamiento, centrado en el proceso de implementación de su inserción comunitaria, y ya estableciendo su canasta básica de prestaciones.

CESFAM Bicentenario ha estado solucionando de manera gradual 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 las acciones y actividades que se han desarrollado durante el año 2014 con el fin de dar curso a las proyecciones conducentes a lograr cada vez más una mejor atención a nuestra comunidad y la acreditación como Centro de Salud Familiar de nivel avanzado

Durante el año 2014 los equipos Gestores de los cuatro centros de salud de la comuna de Renca han trabajado en la realización de acciones tendientes a obtener la certificación por parte del MINSAL como Centros de Salud Familiar con el nivel que nuestra Alcaldesa requiere para toda su comunidad.

En el primer Semestre del año 2014 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 para ir

actualizando conocimientos y aclarando dudas bajando información simple y certera en los diarios murales ubicados en las salas de espera para lograr satisfacer en su totalidad las dudas internas y también la de nuestros usuarios.

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 a los centros de salud, 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 por nuestros equipos de salud capacitados, han servido de base para la actualización de los mismos durante el año 2014. Respecto del autocuidado de los equipos de salud.

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, siendo monitoreadas periódicamente por el personal capacitado para dicha finalidad, permitiendo 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 tal como lo requiere nuestra primera autoridad comunal.

Todo este trabajo es un desafío que lleva involucrado no solo la concreta 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 con el modelo biopsicosocial.



Para el cumplimiento de lo anterior durante el año 2014, se ha logrado la resolución del 100% de las Normas Técnicas Básicas (NTB), cumpliendo la primera etapa de disminución de brechas. Con lo que han destacado en reiteradas ocasiones de parte del servicio metropolitano occidente y del ministerio de salud la buena labor que como equipo de salud hemos logrado, con la ayuda de nuestras autoridades locales y mayormente la de nuestra Alcaldesa.

### **Trabajo que se proyecta realizar durante el año 2015**

Las proyecciones que apuntan netamente al año 2015, es al trabajo constante para la mantención de la certificación como Centros de Salud en Etapa de Fortalecimiento, esto implica la mejora, mantención y profundización de los cambios iniciados durante el presente año, lo que estaría centrado en desarrollar procesos que fortalezcan el trabajo con familias, 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 con énfasis en 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 que como comuna nos corresponden.

En el trabajo con las familias, daremos más énfasis en fortalecer el concepto de estudios de familias, es decir que los equipos junto con las familias definan sus problemáticas, priorización de ellas y elaboración de planes de trabajo, realizar educaciones a la comunidad sobre sus patologías y sensibilizar constantemente sobre el autocuidado y las buenas prácticas para mantener un entorno óptimo. 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 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 2015 también se debe reafirmar, potenciar y optimizar el trabajo comunitario basado en los antecedentes registrados en el diagnóstico de salud, ya que es a través de la comunidad organizada, los equipos de salud pueden contar con información respecto a las necesidades no contempladas por este sistema y la percepción de los usuarios frente a las mismas. Lo que nos lleva a tomar la iniciativa por parte de los equipos de salud en fortalecer el incipiente trabajo intersectorial, dando a conocer la red de salud potenciándola cada vez más.

Por otra parte en el área de capacitación a nuestros funcionarios, se deberá orientar el Plan anual en la estructuración del trabajo con familias, mejoramiento de destrezas clínicas, manejo de situaciones difíciles, autocuidado, incorporar otros aspectos como la ética y la empatía en el trabajo con familias, participación social y trabajo en red, lo que hará de esto una mejor instancia para detectar de manera más dinámica las necesidades que nuestras familias puedan tener.

En la 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 clarificando 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, para así aclarar cualquier duda que se presente y se pueda resolver de una manera más óptima, lo que debería quedar reflejado en la programación anual de las acciones en salud.

Con esto se debería contar con mecanismos adecuados de selección de personal a fin de disponer, desde el ingreso, con funcionarios que cuenten con los conocimientos en salud familiar, para que de esta manera sean más productivas y certeras nuestras intervenciones con nuestra comunidad. Lo cual nos llevara a tener una mejor mirada con la readecuación de las dotaciones, aumentándolas de manera necesaria en relación a la mejor calidad de atención con las exigencias nuestra alcaldesa y del nuevo modelo.

En cuanto a la gestión de la demanda, se generaran 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 sea una herramienta fidedigna que sirva en la orientación de tomar las decisiones más adecuada frente a la problemática suscitada en dicho momento.

Con lo cual, 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

atingentes a la materia que resulten necesarios para el propósito de resguardar la seguridad de los beneficiarios y optimizar el trabajo de cada profesional.

Con esto deberemos como Organización definir donde y cuantos manuales tendremos por Unidad de trabajo o Servicio, siendo presentados a continuación un formato tipo de nuestras prestaciones.

## **A.-SERVICIOS GENERALES:**

**1.- Dirección de los centros de salud:** Concentran una gran cantidad de Servicios y personal bajo su tutela por lo que es fundamental esta gestión transversal para la permanente monitorización para tener un correcto funcionamiento del resto de las Unidades de Atención.

Entre las muchas obligaciones está el certificar las **competencias** de las dotaciones, ya sea por página de la Superintendencia de salud y certificados debidamente legalizados ante Notario cuando corresponda.

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

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 centros de salud a su cargo.

Los Servicios o Unidades bajo su gestión son:

**A.1. Farmacia (Botiquín)** = Definición de manuales o requisitos de entrega de medicamentos, medicamentos crónicos, y entrega de medicamentos de

morbilidad, medicamentos controlados (estupefacientes, psicotrópicos), estos últimos con la adecuada fiscalización interna.

**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 centros de salud (salas de espera y pasillos). Conocer procedimientos de imprevistos y facilitador ante posibles evacuaciones por emergencias, informando debidamente a la jefatura de cada centro.

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

**A.7. Esterilización**, realizando monitoreo de cultivos periódicos y Estandarizados, haciendo cumplir normas técnicas estipuladas desde el ministerio y del nivel local.

**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 de cada centro de salud
  - 1ª. Correspondencia
2. Direccionar al administrador Licencias, feriados legales, Permisos Administrativos.
3. Administración de salas y espacios comunes al centro de salud, Salas de reuniones, etc.

## **B.- SERVICIOS ESPECIFICOS:**

### **1.- Programas**

#### **1. B Programa Odontológico**

- B.1 Equipamiento
- B.2 Equipo de Rayos X cuando corresponda.
- B.3 Manejo y eliminación de contaminado.
- B.4 Salas de Procedimiento

#### **2. B Programa del Adulto – Adulto Mayor**

- B.1 Sala ERA, manejo y mantenimiento de oxígeno.
- B.2 EMPA = Definición y procedimientos
- B.3 EFAM
- B.4croni
  - 4b HTA
  - 4c DM
  - 4d Epilepsia
  - 4e TRATAMIENTO (incluye equipos de Oxígeno).
    - 4e1 = Toma de muestras (protocolo frente a accidentes con material corto punzante contaminado).
    - 4e2 = Cirugía Menor Salas de procedimiento dentro de las normas
    - 4e3 = Curaciones simples y avanzadas.
    - 4e4 = **Transporte de las muestras de laboratorio**, 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 Cáncer de Mama

B.2 Sub Programa Cáncer

Cervico uterino (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 Biopsicosocial)

### **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

Durante el año 2014 con la consolidación de la política de fomento de acciones y actividades orientadas en la promoción y fomento de las conductas de vida saludable insertas en el programa “Elige Vivir Sano” como uno de los programas más emblemáticos de la gestión Municipal producto del avanzado 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 etarios de la comunidad, con la consolidación de 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 consolidado 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, intencionando el aumento de la participación, fortaleciendo la institucionalidad, ampliando la formación, optimizando 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, centros de salud y en el entorno.

Este Programa continua siendo ejecutado por un equipo multidisciplinario que continuará inserto 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.

