

PLAN DE SALUD

RENCA

2016



Plan de Salud Municipal 2016



Corporación Municipal de Educación y Salud Rencca
Equipo de Salud de la Comuna
Dirección de Salud
Octubre 2015.

INDICE

1.- INTRODUCCIÓN	9
2.- DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNAL	11
2.1.- Introducción	11
2.2.- Antecedentes Contextuales de la comuna de Renca	11
2.3.- Breve descripción de la comuna	12
- Región	
- Provincia	
- Población comunal	
- Población femenina	
- Población Masculina	
- Densidad de Población	
- Categoría rural – urbano	
2.4.- Descripción de la Población	15
- Estructura según grupo etario y genero	
- Pirámide de población	
- Distribución geográfica (% ruralidad)	
- Índice vejez	
- Índice de masculinidad	
- Índice de dependencia	

2.5.- DESCRIPCIÓN DE SALUD	19
2.5.1.- Natalidad	
2.5.2.- Mortalidad:	19
• Mortalidad General	
• Mortalidad Infantil	
• Mortalidad materna	
• Mortalidad por causas	
2.5.3.- Esperanza de vida	19
2.5.4.- Índice de Swaroop	23
2.5.5.- AVISA	25
2.5.6.- AVPP	26
2.5.7.- Morbilidad :	27
• Controles de Salud	27
• Encuesta Nacional de Salud	28
• Consultas Médicas	30
• Enfermedades de Notificación Obligatoria	30
• Egresos hospitalarios (programación en red)	30
• Pensiones de Invalidez	31
• Licencias Médicas	31

3.- DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE LA COMUNA	32
3.1. Medio natural:	32
- Clima	
- Naturaleza	
- Situación geográfica	
3.2. Medio cultural	32
- Renca Comuna Equitativa y de Oportunidades	
- Pobreza	
- Delincuencia	
- Educación	
- Población de Etnias Originarias	
- Población de Inmigrantes	
- Discapacidad	
- Alimentación	
- Tránsito y Transporte Público	
- Vialidad	
- Deporte	
4.- ANÁLISIS DE PRINCIPALES PROBLEMAS ASOCIADOS A SALUD	52
4.1.- Capacitación en Determinantes Sociales de la salud	52
4.2.- Jornada de Trabajo intersectorial	52
4.3.- Propuesta relacionada a problemas detectados.	54

5.- LA SALUD EN LA COMUNA DE RENCA.	55
• Antecedentes de Salud Comunales	55
• Misión , Visión ,Objetivos ,Principios, Normativa Legal	55
• Organización Asistencial de la comuna de Renca.	58
• Corporación Municipal de Salud	58
• Dispositivos de Salud	59
• Población Per cápita	62
• Prestaciones insertas en Centros de Salud de Atención Primaria	62
• Centros de Derivación a Nivel Secundario. (Especialidad)	66
• Flujograma de derivación Red de Urgencias	67
• Presupuesto Salud 2016	68
• Dotación 2016, enviada al SSMOCC	70
• Programa Implementación de Redes Computacionales	71
• Jornadas de Capacitación Modelo Salud Familiar	75
• Indicadores de Actividades en Atención Primaria de Salud	80
• Metas Sanitarias	83
6.- EVALUACIÓN PROGRAMAS DE SALUD 2014-2015	85
6.1.- Jornada de Evaluación Plan de Salud	85
6.2.- Evaluación Programa Infantil	85
6.3.- Evaluación Programa Adolescentes y Espacios Amigables	91
6.4.- Evaluación Programa de la Mujer	95

6.5.- Evaluación Programa Odontológico	104
6.6.- Evaluación Programa Salud Mental y Cosam I, II y III	108
6.7.- Evaluación Servicio de Farmacia	140
6.8.- Evaluación Programa Vida Sana Obesidad	145
6.9.- Evaluación Sala RBC	160
6.10.- Evaluación Centro de Rehabilitación del Adulto Mayor	163
6.11.- Evaluación Programa Promoción de la Salud	166
6.12.- Evaluación Programa Participación	171
6.13.- Evaluación Programa Municipal Sonríe Renca	173
6.14.- Evaluación Toma de Muestra/Laboratorio	178
6.15.- Evaluación Vida Sana Alcohol	180
6.16.- Diagnostico Participativo de Promoción	181
6.17.- Evaluación SAPUS de Renca	184
6.18.- Evaluación Médico Gestor	193
6.19.- Evaluación Programa de Adulto	197
7.- PROGRAMACIÓN PROGRAMAS DE SALUD 2014-2015	204
7.1.- Programación Programa Infantil	204
7.2.- Programación Programa Adolescentes y Espacios Amigables	213
7.3.- Programación Programa Adulto y Adulto Mayor	222
7.4.- Programación Programa de la Mujer	262
7.5.- Programación Programa Odontológico	268
7.6.- Programación Programa Salud Mental APS, COSAM I, II y III	276

7.7.- Programación Servicio de Farmacia	309
7.8.- Programación Sala RBC	312
7.9.- Programación Programa Vida Sana Obesidad	318
7.10.- Programación Centro de Rehabilitación del Adulto Mayor y Mas AM	322
7.11.-Programación Programa Promoción de la Salud	324
7.12.-Programación Programa Participación	327
7.13.- Programación Programa Chile Crece Contigo	328
8.- PLAN ANUAL DE CAPACITACION	331
9.- PROYECCIONES AÑO 2016	338
10.- CONCLUSIONES	340

1.- INTRODUCCION

El presente documento tiene como finalidad generar una Planificación Anual en Salud guiada por las Orientaciones Programáticas del año 2016 planteadas por el Ministerio de Salud, 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, junto con sus familias y la comunidad en conjunto, con relación en su entorno ambiental, donde se enfatizan las áreas promocionales y preventivas, sustentados en el auto cuidado, requiriendo necesariamente y progresivamente un mejor trabajo intersectorial, con un equipo multidisciplinario de excelencia.

Para nuestra Primera Autoridad Comunal Dra. Vicky Barahona Kunstmann, es fundamental entregar a nuestra comunidad 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, organizaciones de adultos mayores y por supuesto en nuestros dispositivos de salud 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 Secretaria General (I) – Sra. Eliana Reneré Villalta y su Director de Salud – Dr. Alejandro Cárdenas Munevar en conjunto con 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.

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 año 2014 se Inauguró el CENTRO DE REHABILITACION PARA EL ADULTO MAYOR (GRAM), siendo comuna pionera en la instauración en este tipo de 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.

Adjudicación de nuestro primer SAPU – SAR el cual comenzara sus funcionamientos durante el segundo semestre del año 2016, que contara con modernas y espaciosas dependencias en conjunto con un equipamiento de última generación entre los que se destacan:

- Sala de Rx. Tórax.
- Amplia Sala de Reanimación
- Amplia sala de espera
- Salas de hospitalización abreviada para pediatría y para adultos

- Laboratorio clínico

Lo mismo ocurrirá con SAPU Bicentenario para el año 2017 el cual pasara a ser SAPU – SAR.

Nuestra Alcaldesa preocupada siempre de dar fiel cumplimiento a los requerimientos, convoco durante el mes de Septiembre del presente año a un concurso interno de antecedentes efectuado al amparo de lo dispuesto en el artículo 2 de la ley 20.858 el cual establece beneficios al personal de la atención primaria de salud, en relación a lo dispuesto en el artículo 14 de la ley 19.378.

Dicho concurso permitió que los funcionarios que cumplieron los requisitos exigidos para proveer el cargo sujeto a concurso, postularon en igualdad de condiciones y garantizo la observancia a lo largo del proceso de los principios de transparencia y objetividad en las evaluaciones. El concurso consistió en un procedimiento técnico y objetivo, en el que se ponderaron diversos factores:

Experiencia, capacitación y entrevista personal, sobre la base de estos factores se asignó un puntaje, el cual opero como indicador selectivo para que la comisión del servicio procediera a seleccionar a los postulantes de acuerdo a las vacantes a proveer. Consecuente a lo anterior 64 funcionarios cambian su situación contractual a paso indefinido. Todo esto bajo la constante supervisión de nuestra primera autoridad comunal.

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 Hernán Urzúa Merino
 - Ces Huamachuco
 - CESFAM del Bicentenario
 - Equipos de Salud de los establecimientos de la comuna
 - Programas comunales
 - COSAM I, II y III
 - Comité Comunal de Salud

Todo esto se plasmó bajo los aleros de nuestra primera autoridad comunal, en el cual se realizó una capacitación en diagnostico participativo y determinantes sociales de salud en la cual participaron aproximadamente 100 personas entre las cuales:

- Salud
- Educación (Colegios y Jardines Infantiles)
- DIDECO
- SECPLA
- OCCC
- OPD
- Entre otros.

2.- DIAGNOSTICO DE SALUD COMUNA

2.1.- Introducción

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.

2.2.- Antecedentes contextuales 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. Estos últimos valiéndose de diversas argucias, cambiaron las situaciones de los españoles de fundar Santiago al lado norte del río Mapocho. Dicho lugar era considerado por los indios, como la tierra fértil y militarmente estratégico por contar con barreras de tipo natural para defenderse de los españoles; los cuales eran: el cerro de Renca, el cerro San Cristóbal y el río Mapocho.

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

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

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

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

En las tierras de Renca se establecieron las primeras encomiendas, pero los españoles no tenían mucho interés en explotarlas y sólo querían indios para buscar oro, pese a que los indios no se dejaban dominar, Inés de Suárez, mujer con mucha historia en esta región (la tradición índica que unos viejos olmos en la calle Balmaceda y Domingo Santa María, fueron plantados por la española) contribuyó a su pacificación, a través de la evangelización, apoyada por los jesuitas, que se establecieron en Renca. Esta labor se vio realzada por la veneración que se hizo del "Señor crucificado", un tronco de espino con la exacta forma de Cristo en la cruz, que unos indígenas encontraron cerca de Quilpué.

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

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

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

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

2.3.- Breve 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

Región	Metropolitana
Provincia	Santiago
Población comunal	151.500 habitantes
Población femenina	75.694
Población masculina	75.806
Densidad de población	5.397,13 (Km 2)
Categoría	Urbano

Elaboración propia. Fuente: Censo 2002. Proyección de Población INE 2015

2.4.- Descripción de la Población

- Estructura según grupo etario y genero**

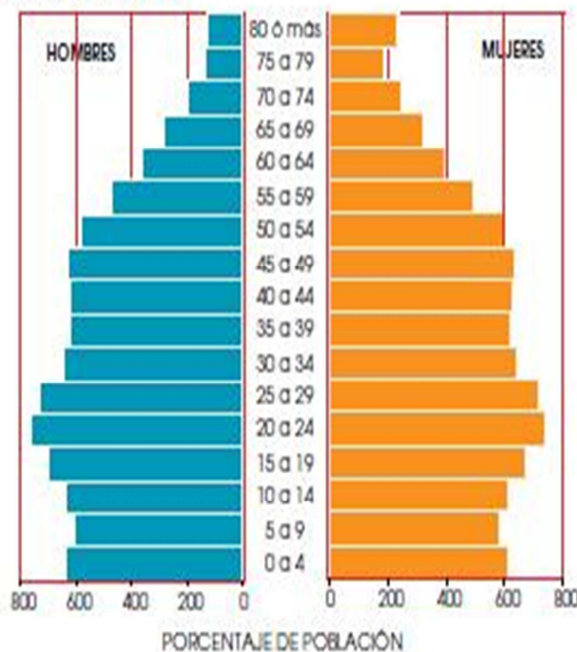
Tramos Etarios	Año 2002		Año 2015		Año 2016		Año 2017	
	Población	%	Población	%	Población	%	Población	%
0 - 14 a	35.125	26,3	32.124	21,2	32.106	21.1	32.085	20.9
15- 59 a	85.928	64,4	100.401	66,3	100.621	66.0	100.756	65.8
60 y +	12.465	9,3	18.975	12,5	19.672	12.9	20.425	13.3
Totales	133.518	100.0	151.500	100.0	155.465	100.0	153.266	100.0
65 y +	8.348	6,3	12.312	8,1	12.759	8,4	13.233	8,6

- Pirámide de población

Distribución Porcentual de Población Total Estimada

	Población	%	0-14 años	15-59 años	60 y más
País	17631579	100%	367165	11477152	2482768
Región Metropolitana	7142893	40.50%	1459013	4702858	981022

GRÁFICO 2: distribución de la población estimada al 30 de junio, por sexo y grupos de edad. País 2013



FUENTE: INE, actualización de estimaciones, 2003-2020

- 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.

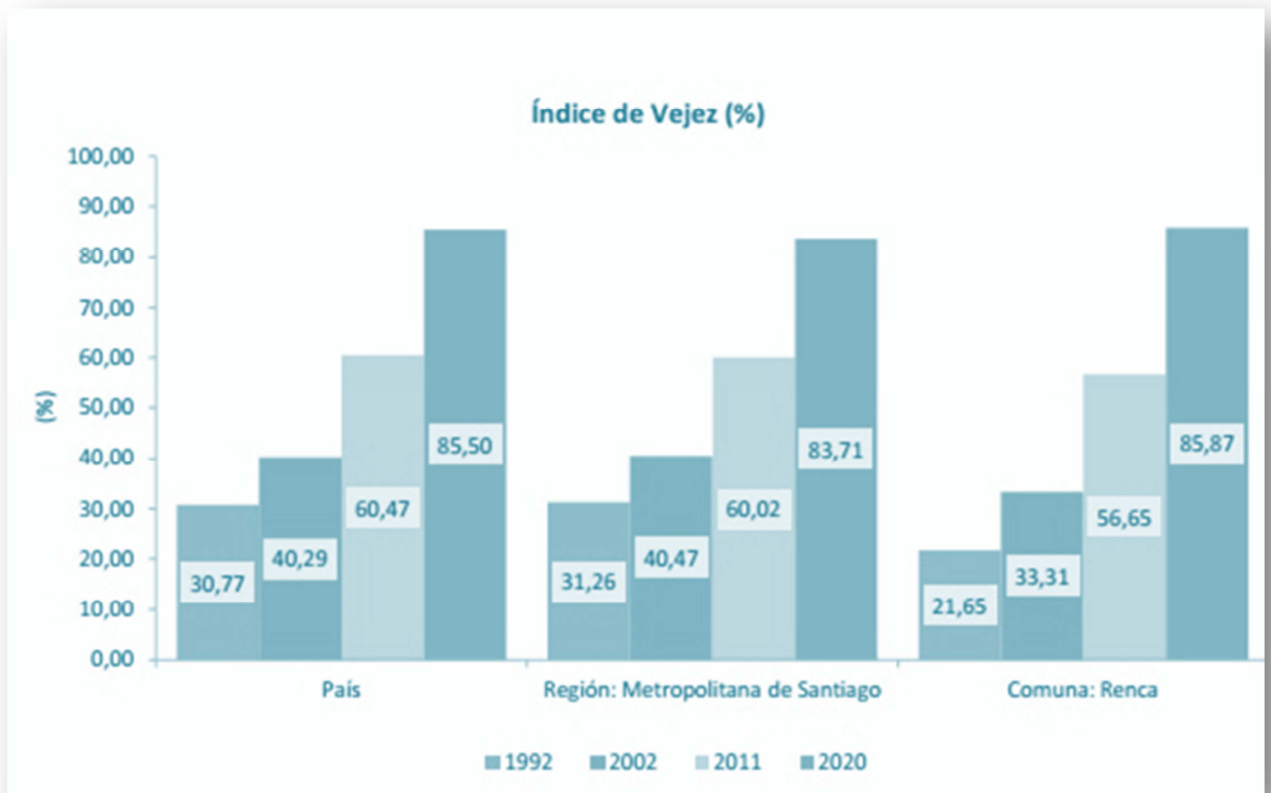
Los sectores residenciales son amplios en la zona interior de la comuna dividiéndose en 183 poblaciones, agrupadas en 44 unidades vecinales. Como se muestra en la siguiente tabla, la población se concentra principalmente en las unidades vecinales N° 1, 44, 6, 14b y 32. Las unidades N° 1 y 44 se caracterizan 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.

- Crecimiento Vegetativo

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

Fuente: www.Minsal.cl

- Índice de vejez



- **Índice de Masculinidad**

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

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

- **Índice de Dependencia**

AÑO	IV	IDD
2002	35,49	55,38
2015	59,07	50,89
2016	61,27	51,46
2017	63,66	52,12

El primer indicador de la tabla, índice de Vejez (IV), según Censo 2002 significaba que existían 35,49 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años, con un sostenido crecimiento estimándose al año 2017 según proyecciones del INE, un IV de 63,66, es decir, habrá en la comuna 63,66 personas mayores de 60 años por cada cien menores de 15 años. Esto da cuenta del progresivo envejecimiento de la población comunal.

El segundo indicador **Índice de dependencia demográfica IDD**, da cuenta que al año 2002 existían en Renca 55,38 personas menores de 15 y de 60 y más años (potencialmente inactivas) por cada cien personas de 15 a 59 años de edad (potencialmente activas), observándose una baja en el 2015 y luego se proyecta un leve incremento estimándose al año 2017 un IDD de 52,12 en donde por cada cien personas activas habría 52,12 dependientes.

Renca al año 2002, ya contaba con 12.465 personas mayores de 60 años de edad, correspondiendo según sexo el 43,3% a hombres y el 56,7% mujeres; de ellos, 3.204 adultos mayores calificaban en situación de pobreza (Casen 2000), es decir, con un ingreso per cápita que sólo permitía satisfacer necesidades estrictamente básicas. Al año 2015, las personas mayores aumentan a 18.975 personas, un 44,6% hombres (8.463) y un 55,4% mujeres (10.512); de ellos 1.632 personas mayores se encuentran en situación de pobreza por ingresos nueva metodología Casen 2013, y 3.833 personas mayores en pobreza multidimensional (Casen 2013).

2.5.- Descripción de Salud

Aspecto demográfico del crecimiento natural de la población: Según aspectos censales debido a un número de emigrantes superior al de inmigrantes, hasta 1990 Chile presentaba a un saldo neto migratorio internacional negativo con valores bastantes bajos y constante entre 30 y 40 mil habitantes en un decenio, esta balance negativo presentaba a su mayor pérdida de habitantes durante la década de los “70 y a fines de los 80”, sin embargo durante el primer quinquenio de la década 1990 – 2000, por primera vez la diferencia entre inmigrantes y los emigrantes del país se revirtió al presentar saldos neto positivos (INE de 2005).

2.5.1.- Natalidad

	Nacidos observados	%
País	242005	100%
Región Metropolitana	99081	40.90%

2.5.2.- Mortalidad

	Mal definidas			Con certificado Medico		
País	99770	100%	2195	2.20%	99518	99.70%
Región Metropolitana	37565	37.70%	553	1.50%	37563	100%

La certificación médica corresponde a aquellas que efectúa el médico tratante o el legista aprovechando la información que se tabula normalmente, sobre la calidad de quien certifica la defunción, se han incluido las matronas y medico patólogos profesionales que en muchos casos no disponen de más información que testigos sobre la causa de muerte.

2.5.3.- Esperanza de Vida

Índices Demográficos Seleccionados

A partir del uso de distintos segmentos de población es posible elaborar algunos indicadores que permiten un análisis comparativo por regiones en el cuadro 4 se presenta un indicador de número de mujeres respecto del referente hombres (índice de feminidad) otro referido al número de residente del área urbana (índice urbanismo) y tres indicadores de algún aspecto acerca del grado de envejecimiento demográfico de la población (índices del adulto mayor de dependencia).

	Índice de feminidad mujeres por 100% hombres	Índice de urbanismo por 100 del total	Adulto mayor por 100 menores de 15 años	Dependencia demográfica menor de 15 años y adultos mayores x 100 de 15 – 59 años	Vejez adultos mayores por 100 personas del total
País	102.0	87.3	67.7	53.6	14.1
Región Metropolitana	104.5	97.0	67.2	51.9	13.7

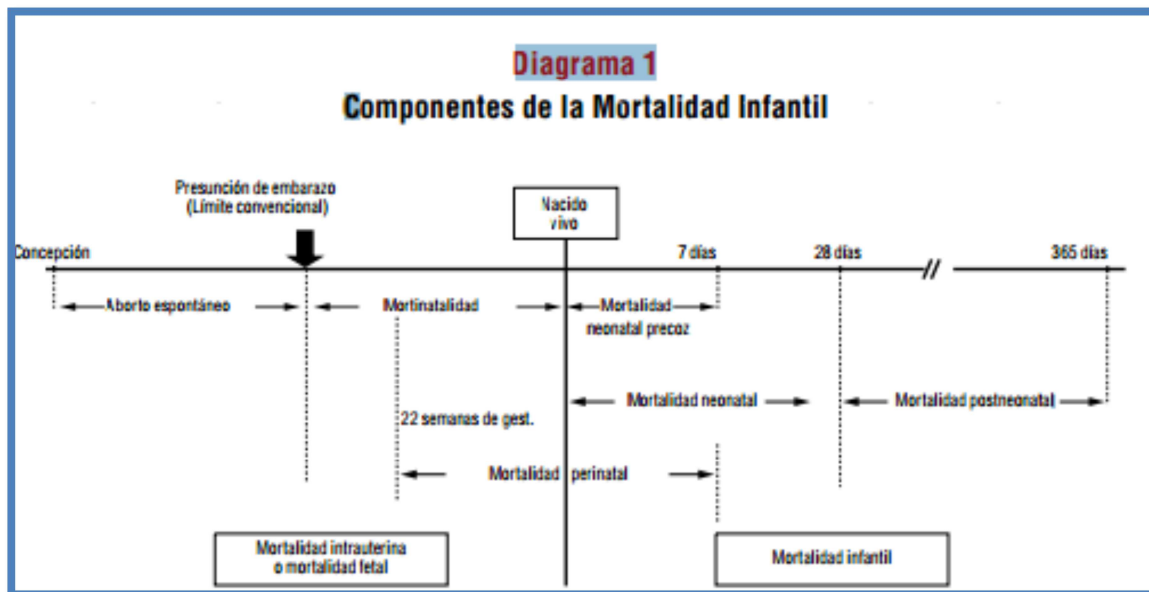
	Población	Nacidos Vivos			
		Inscritos			Tasa de Natalidad **
		Total	Con atención profesional	Corregidos *	
	17.094.275	250.643	250.238	251.199	14,7
RENCA	131.951	2.264	2.256	2.270	17.2.

1 La Tasa se calcularon con nacidos vivos corregidos:

- A Corresponde a las defunciones de menores de un año
- B Corresponde a las defunciones de menores de 28 días
- C Corresponde a las defunciones de menores de 28 días a 1 año de edad
- D Corresponde a las defunciones de niños de 1 a 4 años edad
- E Corresponde a los mortinatos o defunciones fetales

Fuente: INE VITALES, NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES 2013.

La mortalidad fetal, infantil en menores de 5 años a diferencia de los mayores de un año de edad, una particularidad del estudio de la mortalidad durante el primer año de vida es que en términos generales los riesgos de morir difieren significativamente durante la gestación, lo más próximo al nacimiento para el conocimiento del nivel de la mortalidad de los menores de un año suelen elaborarse las estadísticas de las muertes como se presentan en el diagrama.



Mejorar esperanza de vida en Chile y sus Regiones

El mejoramiento de los servicios de salud, la utilización de los recursos disponibles derivados de los adelantos tecnológicos y de los avances en medicina, así como las condiciones sociales, culturales todo esto inserto en los cambios socio – económico numérico relacionado en las transformaciones económicas y sociales ocurrida en Chile.

Nacidos vivos matrimonios defunciones generales menores de 1 año y fetales por comunas de residencia 2013.

COMUNA	NACIDOS VIVOS	MATRIMONIOS	GENERALES	MENORES DE 1 AÑO		
				DEF.MENOS 28 DS.	DEF.28 Y MAS	FETALES
RENCA	2238	488	774	19	7	27

Número y Porcentaje de Defunciones por Sexo según Capítulo de causa de Muerte CIE – 2013

CIERTAS ENFERMERDADES INFECCIOSA PARASITARIAS TUBERCULOSIS	NUMERO	HOMBRES		MUJERES		INDETERMINADAS
		NUMERO	%	NUMERO	%	
ENFER.DE LA SANGREY DE LOS ORGANIOS HEMATOPOYETICOS Y CIERTOS TRASTORNO QUE AFECTA EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	188		0,4	87	0,2	0
				201	0,4	18

TUMORES MALIGNOS		2,1	771	1,6	0
TUMORES IN-SITU BENIGNO Y COMPARTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO	12803	24,2	11789	25,2	0
ENFERMEDADES ENDOCRINAS NUTRICIONALES Y METABOLICAS	567	1,1	528	1,1	0
TRASTORO METALES Y COMPORTAMIENTO	2301	4,3	2475	5,5	0
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	784	1,5	1280	2,7	0
ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	1656	3,1	2050	4,4	0
ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDITIS	2	0	1	0	0
ENFERMEDADES SISTEMA CIRCULATORIO	0	0	1	0	0
ENFERMEDADES SISTEMA RESPIRATORIO	14256	25,3	13401	28,6	0
ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	5110	9,7	5159	11	0
ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	4423	8,5	2876	5,1	0
ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR	97	0,2	154	0,3	0
ENFERMEDAD DEL SISTEMA GENITOURINARIO	151	0,3	386	0,8	0
EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO		2,6	1531	3,3	0
CIERTAS AFECCIONES ORIGINARIAS EN EL PERIODO PERINATAL	0	0	52	0,1	0
MALFORMACIONES GONGENITA		0,9	308	0,7	0
SISTEMA SIGNOS Y HALLASGOS ANORMALES	468	0,9	459	1	14
CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDDA Y MORTALIDAD	1003	1,5	1192	2,5	0
	5081	11	1816	3,9	0

El propósito de esta publicación es exponer y analizar algunos cambios que han ocurrido en Chile, con su correlación a nivel mundial, respecto del descenso de la tasa de fecundidad, en particular en las últimas dos décadas.

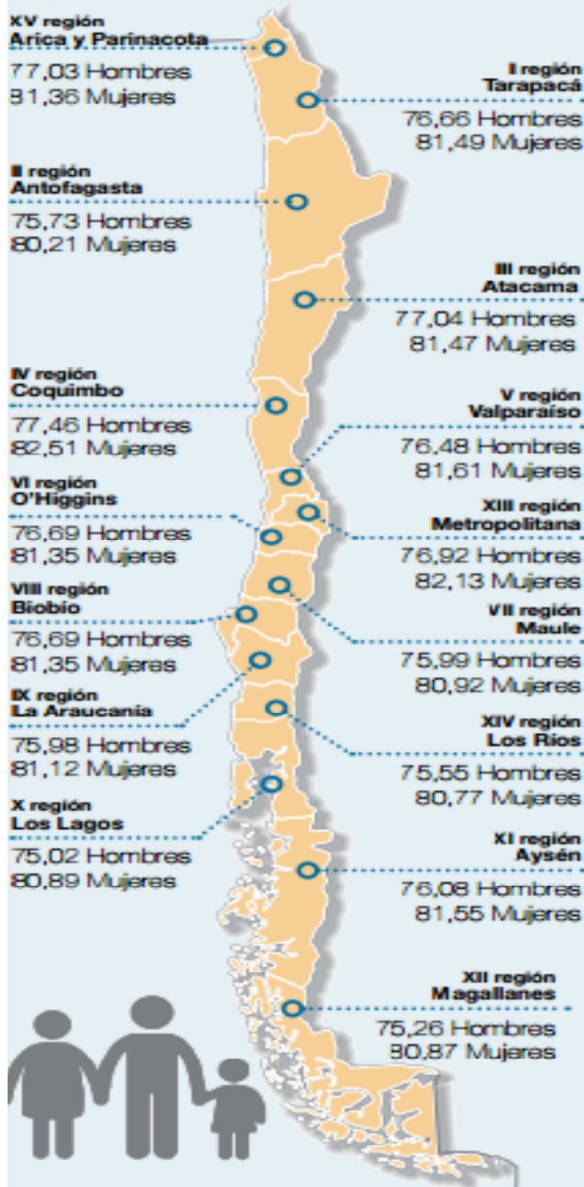
La fecundidad junto a la mortalidad y las migraciones es uno de los componentes del crecimiento demográfico que tiene mayor incidencia en las modificaciones que experimenta la población humana, por lo que el estudio en torno a cómo afecta al tamaño y composición de los habitantes de un país, por sexo y edad, ha llegado a ser una necesidad ineludible de toda nación que se proyecta hacia el desarrollo socioeconómico.

El objetivo que se ha propuesto el Instituto Nacional d Estadísticas al dar a conocer los resultados de este estudio, es proporcionar a quienes manejan las políticas públicas, conocimientos más específicos acerca de las diversidades variables involucradas, como también de los vínculos existentes entre la fecundidad y su efecto diferencial en los sectores de la población, que se ven rezagados en su incorporación al bienestar y al mejoramiento de su calidad de vida.

2.5.4.-Mortalidad General e Índice de Swaroop

COMUNA	AMBOS SEXOS		HOMBRES		MUJERES		INDICE SWAROOP		
	DEFUNCIONES	TASAS	DEFUNCIONES	TASAS	DEFUNCIONES	TASAS	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES
RENCA	731	5,5	384	5,8	347	5,2	72,5	67,5	77,5

Esperanza de vida al nacer, por sexo, según regiones (2015)



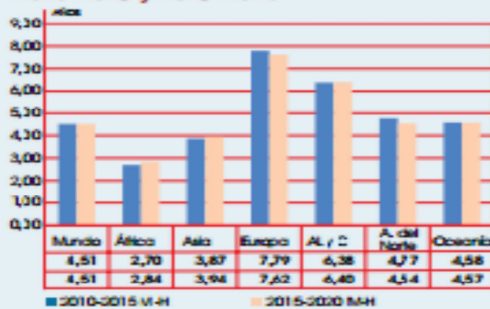
Esperanza de vida a los 60 años, por sexo, según regiones (2015-2020)

Región	2015		2020	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
País	20,88	24,35	21,41	24,67
Arica y Parinacota	21,79	23,96	22,21	24,33
Tarapacá	20,93	23,88	21,43	24,26
Antofagasta	20,14	23,24	20,84	23,66
Atacama	21,27	24,30	21,77	24,67
Coquimbo	21,68	25,24	22,09	25,52
Valparaíso	21,05	25,27	21,65	25,23
Metropolitana	20,92	24,61	21,43	24,93
O'Higgins	21,40	24,33	21,85	24,65
Maule	20,49	23,73	21,05	24,12
Biobío	21,04	24,13	21,53	24,51
La Araucanía	20,57	24,10	21,14	24,47
Los Ríos	20,47	23,53	20,99	23,93
Los Lagos	20,40	23,90	20,94	24,27
Aysén	21,02	25,12	21,51	25,40
Magallanes	19,73	23,71	20,37	24,06

FUENTE: Actualización de las proyecciones de población 2000-2020, INE.

De acuerdo a la revisión número 12 de las Naciones Unidas, en la actualidad la población mundial sería de 7,3 mil millones de personas, aumentando para 7,7 en 2020. Por continentes, Asia sería el más poblado con una población equivalente al 60% del total, en la actualidad y en 2020. Por otro lado, la población de Chile no superaría los 19 millones de habitantes en 2020 y en la actualidad el país tendría en torno de 18 millones de personas.

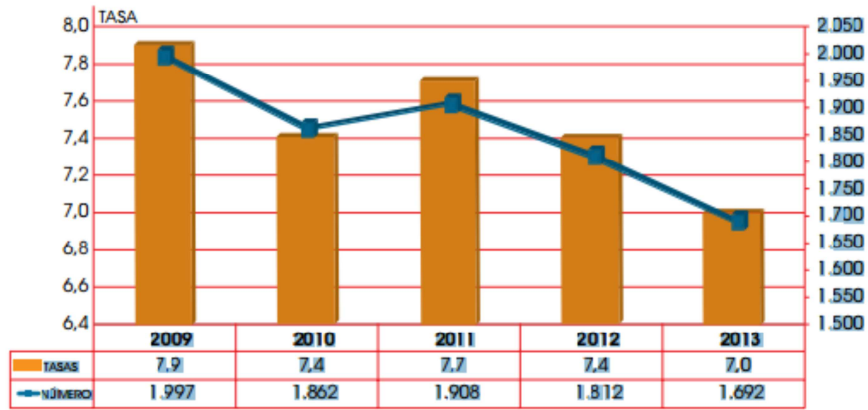
Brechas entre sexos (mujeres-hombres) de su esperanza de vida al nacer. 2010-2015 y 2015-2020



FUENTE: United Nations - Population Division, World Population Prospects: The 2012 Revision

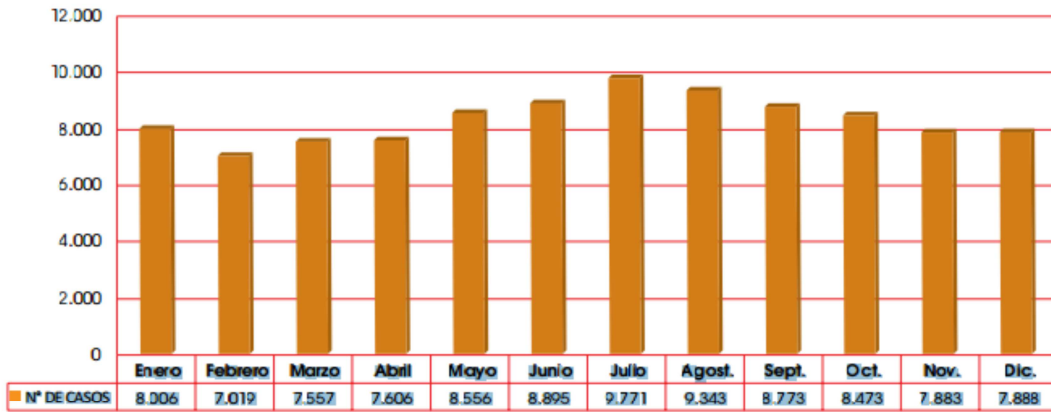
En el caso de la brecha entre sexos de la EVL, África presentaría la menor diferencia, en ambos periodos. Por el contrario, Europa mostraría la mayor brecha entre hombres y mujeres, con casi 8 años de diferencia a favor de las mujeres.

GRÁFICO 18: defunciones de menores de un año, nivel país, en número y tasa. Período 2009-2013



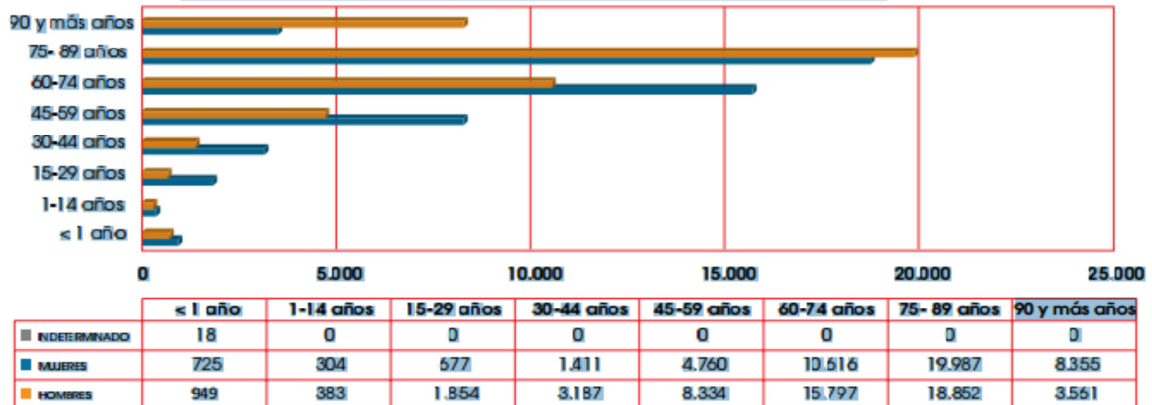
FUENTE: INE.

GRÁFICO 24: defunciones generales, por mes de ocurrencia. 2013



FUENTE: INE.

GRÁFICO 25: defunciones, por grandes grupos de edad y sexo del fallecido. 2013



FUENTE: INE.

En el esquema que figura a continuación se resume la clasificación de las causas de muerte recién enunciada:

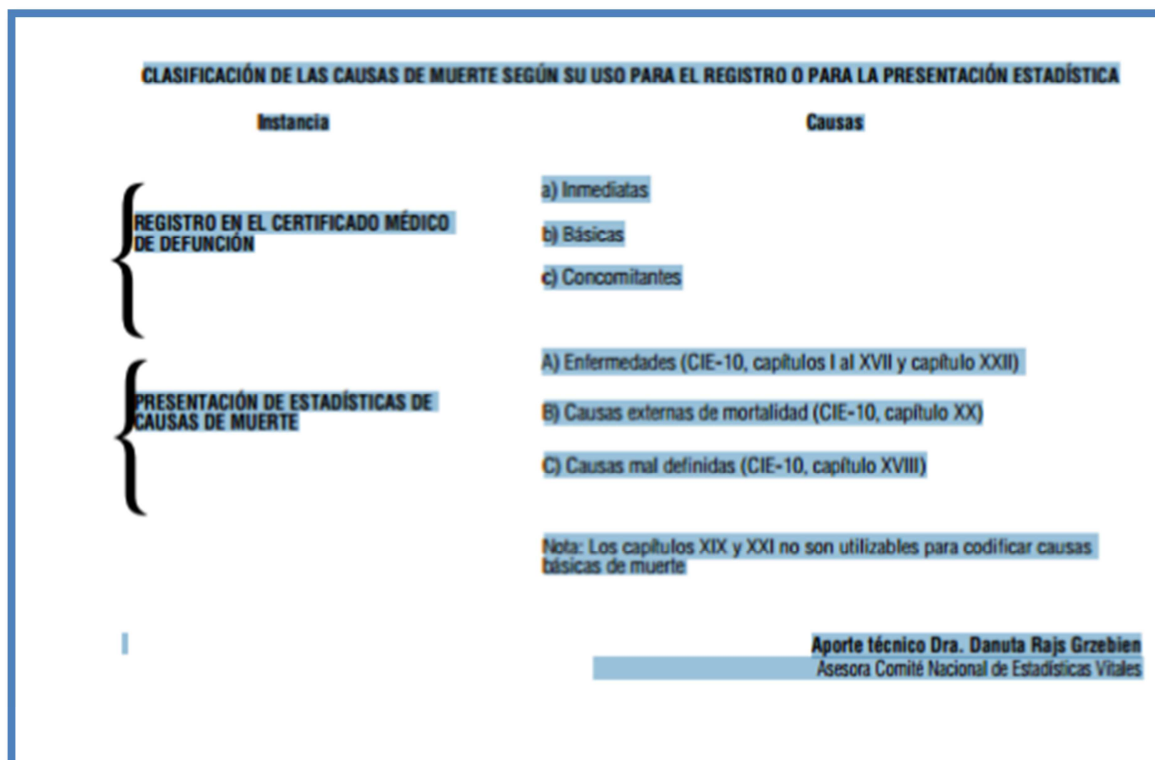


Tabla: Mortalidad del adolescente, según sexo, por Región y Comuna. Chile, 2010

Región y comuna	Ambos Sexos		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)
Renca	12	0,6	7	0,6	5	0,5

2.5.5.- Años Saludables que se Pierden por Muerte o Incapacidad (AVISA)

Salud se define como: estado de completo bienestar físico, mental y social. (y no simplemente la AUSENCIA DE ENFERMEDAD O AFECCIÓN).

Los estilos de vida le pasan la cuenta cada vez más a la salud de los chilenos: El consumo de alcohol, sal y tabaco, la obesidad y la contaminación ambiental son algunos de los principales factores de riesgo para nuestra salud. Según datos del estudio de carga de enfermedad vigente, las condiciones neuropsiquiátricas son la segunda causa más importante para perder años de vida saludable.

“Tenemos que hacer una revisión a nuestros estilos de vida, porque el modo en que vivimos es un factor generador de enfermedades. Los trastornos neuropsiquiátricos están muy asociados a las condiciones de vida”, dice Óscar Arteaga, director de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Puede ser una medida muy productiva si se considera que hoy las enfermedades que más pasan en la salud de los chilenos son las de tipo crónico y que están asociadas a estilos de vida, más que a condiciones preexistentes inevitables.

Según datos del Estudio Carga de Enfermedades de 2007, que es el más actual con que se cuenta en el país, el 84% de los Años de Vida Saludable (Avisa) se pierde por enfermedades no transmisibles. Es decir, hipertensión en primer lugar seguida por trastornos depresivos unipolares, trastornos de las vías biliares, dependencia al alcohol, cirrosis hepática y accidentes de tránsito, para nombrar las seis primeras.

“Entendiendo la carga de enfermedad como la pérdida de años, ya sea por mortalidad o por discapacidad, se cambió radicalmente la forma de entender la salud. En Chile cambió tanto, que se incorporaron al GES enfermedades que no estaban visibilizadas, como las asociadas a la Salud Mental”.

2.5.6.- Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP)

El indicador Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) ilustra sobre la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimiento prematuro. El supuesto en el que se basan los AVPP es que cuando más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida.

Este indicador ha sido ampliamente utilizado para estudio de las desigualdades en salud tanto a nivel nacional, como para efectuar comparaciones a nivel. El análisis de la distribución de los AVPP en los distintos estratos socioeconómicos y su evolución en el tiempo, es de utilidad para conocer el impacto de las políticas públicas sobre acceso y protección de grupos vulnerables.

Total País y sexo	2005		2006		2007		2008		2009	
	Número	Tasa*	Número	Tasa*	Número	Tasa*	Número	Tasa*	Número	Tasa*
Ambos sexos	18.849	305,4	18.451	294,1	18.165	281,7	19.831	298,7	16.652	249,6
Hombres	17.811	446,7	17.343	426,5	17.046	411,1	18.794	445,3	15.416	376,0
Mujeres	1.038	47,5	1.108	50,2	1.119	48,6	1.037	42,9	1.236	48,1

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud-MINSAL
 *Tasas de AVPP por 100.000 ocupados. Poblaciones promedio anuales de ocupados de 15 y más años estimadas con base en la Encuesta Nacional del Empleo del Instituto Nacional de Estadísticas. Fuente: INE

2.5.7.- Morbilidad:

2.8.1.-Controles de Salud

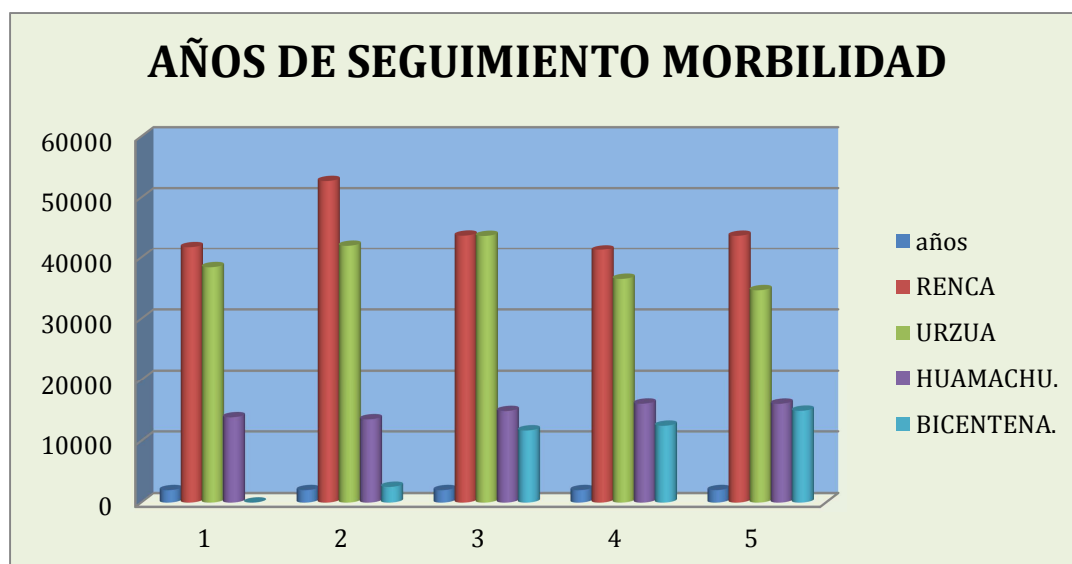
	2014	RENCA	URZUA	HUAMACHU.	BICENTENA.	TOTAL
TOTAL		29.494	24.384	11.065	8.980	73.923
IRA ALTA		4.979	6.530	2.567	1.322	15.398
SINDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO		929	197	527	504	2.157
NEUMONÍA		136	119	79	101	435
ASMA		38	64	54	35	191
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA		30	100	121	11	262
OTRAS RESPIRATORIAS		1.010	2.032	405	171	3.618
OBSTETRICA		112	69	21	0	202
GINECOLOGICA		178	311	107	50	646
GINECOLOGICA POR INFERTILIDAD		2	0	2	0	4
INFECCIÓN TRANSMISIÓN SEXUAL		5	3	0	0	8
VIH-SIDA		3	0	0	0	3
OTRAS MORBILIDADES		22.072	14.959	7.182	6.786	50.999

	2015	RENCA	URZUA	HUAMACHU.	BICENTENA.	TOTAL
TOTAL		29.833	23.328	11.415	14.520	79.096
IRA ALTA		5.932	6.303	1.173	3.357	16.765
SINDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO		617	388	313	820	2.138
NEUMONÍA		153	19	122	272	566
ASMA		37	116	40	70	263
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA		34	156	57	3	250
OTRAS RESPIRATORIAS		1.099	930	881	276	3.186
OBSTETRICA		109	57	7	0	173
GINECOLOGICA		226	257	123	0	606
GINECOLOGICA POR INFERTILIDAD		4	0	6	0	10
INFECCIÓN TRANSMISIÓN SEXUAL		8	0	18	0	26
VIH-SIDA		0	0	0	0	0
OTRAS MORBILIDADES		21.614	15.102	8.675	9.722	55.113

Las siguientes tablas nos muestran los años de seguimiento de Morbilidad en la comuna de Renca, correspondientes a las atenciones brindadas en los cuatro Centros de Salud.

	RENCA	URZUA	HUAMACHU.	BICENTENA.	TOTAL
AÑOS 2014	29.494	24.384	11.065	8.980	73.923
AÑOS 2015	29.833	23.328	11.415	14.520	79.096

AÑOS	2010	2011	2012	2013	2014	2015
RENCA	41.849	52.715	43.746	41.294	43.721	29.833
URZUA	38.426	42.083	43.702	36.524	34.671	23.328
HUAMACHUCO	13.831	13.500	14.842	16.040	16.028	11.415
BICENTENARIO	0	2.543	11.699	12.456	14.885	14.520
TOTAL	94.106	110.841	113.989	106.314	109.305	79.096



- **Encuesta Nacional de Salud**

Es complejo intentar una conclusión a un estudio tan extenso y que abarca tantos tópicos de salud diversos; sin embargo, se pueden hacer las siguientes afirmaciones generales sobre el estado de salud en la población general adulta chilena en función de los resultados obtenidos:

- Se observa un elevado nivel de morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo en Chile.
- Se observan grandes desigualdades por sexo, edad, zona urbano / rural, nivel educacional y regiones.

- La mayor parte de los problemas de salud crónicos evaluados muestran una gradiente educacional evidente, con mayores prevalencias de problemas de salud en la población con menos de 8 años de estudios.

Parte de este efecto es explicado por la mayor edad promedio de las personas con bajo nivel educacional, sin embargo, en este estudio se observan gradientes estadísticamente significativas para muchos problemas de salud aun controlando por el efecto de la composición por sexo y edad, denotando la conjunción de otros factores que determinan que los estratos socialmente más de privados presenten mayor carga de morbilidad y factores de riesgo.

Destacan al respecto los siguientes problemas de salud con mayores prevalencias en estratos educacionales bajos, independientes de la edad; presión arterial elevada, dislipidemia HDL, obesidad, relación sodio / potasio en orina, bajo consumo de pescado, bajo consumo de harinas integrales, bajo consumo de frutas y verduras, hipotiroidismo, sedentarismo, riesgo cardiovascular bajo, síntomas depresivos de último año, infección por tripanosoma Cruzi.

Existen dos factores de riesgo conductuales para enfermedades crónicas que aún presentan en Chile gradientes educacionales inversas: el consumo de tabaco y el consumo de alcohol. Es decir, las tasas de consumo general observadas en el nivel educacional alto superan a las del nivel educacional bajo. Esto denota la posibilidad de que Chile sea aún sensible a políticas públicas que intervienen sobre los impuestos a estos bienes.

Sin embargo, ENS 2009 - 2010 muestra, al igual que lo observado por estudios de CONACE, que la mayor prevalencia de problemas por abuso o dependencia de alcohol se encuentra en los estratos socioeconómicos bajos.

Aparecen en la discusión enfermedades cuya mortalidad es baja, pero su prevalencia poblacional era desconocida en Chile. La sospecha de enfermedad celíaca (intolerancia al gluten) afecta a 1 de cada 100 chilenos mayores de 15 años y los problemas de funcionalidad tiroidea afectan a uno de cada cinco adultos chilenos mayores de 15 años. Ambas son patologías que pueden deteriorar en forma muy importante la calidad de vida de las personas cuando no son diagnosticadas a tiempo.

Una proporción importante de la población está expuesta a determinantes psicológicos adversos que los ponen en mayor riesgo de adquirir o evolucionar no satisfactoriamente frente al tratamiento de enfermedades crónicas (hostilidad de la personalidad, síntomas depresivos, bajo nivel de capital social del barrio, stress personal o financiero permanente, bajos niveles de apoyo social emocional y material, bajos niveles de literacidad para la salud, falta de apoyo de un único médico permanente de cabecera en la atención primaria, etc.)

No se pueden obtener conclusiones detalladas sobre la comparación 2003 – 2009 de la tendencia de los 15 problemas de salud evaluados en las dos encuestas nacionales disponibles, ya que se requiere de un estudio de comparabilidad técnica previo. Sin

embargo, es evidente que la morbilidad crónica no disminuye, sino que se mantiene o aumenta en este corto período de análisis.

- **Consultas Médicas Julio 2014 a Junio 2015**

	RENCA	URZUA	HUAMACHU.	BICENTENA.	TOTAL
Año 2015	44.396	36.490	17.678	16.744	115.308

- **Egresos Hospitalarios; Hospitales Félix Bulnes Cerda, San Juan de Dios e Instituto Traumatológico.**

EGRESOS	Grupos de edad (en años)									
	Total	Menor de 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 79	80 y más
Total	63.626	5.198	3.884	2.043	1.933	4.950	22.900	11.444	8.118	3.196
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	1.342	305	232	107	102	25	174	183	136	78
Tumores (Neoplasias) (C00-D48)	4.867	43	311	152	124	141	1.065	1.690	1.109	232
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoiéticos, y ciertas trastornos que afectan el mecanismo de la Inmunidad (D50-D89)	311	8	24	30	22	17	51	60	71	28
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	2.041	11	29	27	43	41	384	766	574	166
Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99)	717	-	1	3	26	82	326	189	66	24
Enfermedades del sistema nervioso central (G00-G99)	535	73	69	40	45	14	97	109	58	30
Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	353	5	13	9	2	5	56	143	96	24
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoidea (H60-H95)	202	6	22	16	28	15	49	55	10	1
Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	4.312	2	4	14	15	23	377	1.583	1.615	679
Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	7.386	2.231	1.677	645	198	88	324	614	897	712
Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	7.974	58	141	354	448	510	2.450	2.440	1.219	354
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	542	21	46	51	36	25	92	139	99	33
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	1.762	4	23	35	36	75	451	660	423	55
Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	4.382	183	129	106	98	153	984	1.489	948	292
Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)	16.994	-	-	-	120	3.136	13.666	82	-	-
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	1.848	1.848	-	-	-	-	-	-	-	-
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	1.281	234	687	94	75	63	90	33	5	-
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	603	50	48	31	47	20	110	117	114	66
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	4.983	76	411	315	427	323	1.411	998	648	374
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	1.191	40	17	14	41	194	753	94	30	8

- **Enfermedades de Notificación Obligatoria**

	RENCA	URZUA	HUAMACHU.	BICENTENA.	TOTAL
Varicela	29	0	0	0	29
TBC	1	0	6	0	7
Hepatitis	0	1	0	0	1
Parotiditis	0	1	0	0	1
Condilomas	0	0	1	0	1

- **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 2014

NÚMERO DE BENEFICIARIOS Y MONTO, EN \$ DE BENEFICIOS PAGADOS EN EL MES TOTAL PAIS, SEGÚN SEXO DEL BENEFICIARIO Y TIPO DE BENEFICIO			
julio/2014			
SEXO DEL CAUSANTE	TIPO DE BENEFICIO	TOTAL PAIS	
		NÚMERO	MONTO \$ (1)
HOMBRES	PBS Vejez	113.823	9.309.660.768
	PBS Invalidez	80.448	6.721.648.420
	APS Vejez	237.441	11.493.164.507
	APS Invalidez	21.252	1.649.866.295
	Complem. Trabajo Pesado	0	0
MUJERES	PBS Vejez	286.900	23.516.711.160
	PBS Invalidez	113.259	9.542.922.435
	APS Vejez	327.498	15.640.317.400
	APS Invalidez	26.760	2.123.471.783
	Complem. Trabajo Pesado	0	0
TOTALES POR TIPO DE BENEFICIO	PBS Vejez	400.723	32.826.371.928
	PBS Invalidez	193.707	16.264.570.855
	APS Vejez	564.939	27.133.481.907
	APS Invalidez	48.012	3.773.338.078
	Complemento Trabajo Pesado	0	0
TOTAL		1.207.381	79.997.762.768
(1) Incluye pagos retroactivos			

3.- DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE LA COMUNA DE RENCA

3.1.- Medio natural:

- **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 graben tectógeno (el hundimiento de la cuenca de Santiago).

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

3.2.- Medio Cultural:

- **Renca – Comuna Equitativa y de oportunidades**

Este objetivo hace alusión a la adecuada distribución de las oportunidades sociales. En términos más amplios se refiere al acceso a medios como la educación, el trabajo y la vivienda así como a la igualdad de género.

También se refiere, y en forma fundamental, a las diferentes políticas que apuntan hacia aumentar los ingresos en la población, como un punto fundamental para ampliar las posibilidades de conseguir medios que permitan mantener una vida digna.

- **Pobreza**

Sin lugar a dudas, el problema de la pobreza y las estrategias para su superación, combate o reducción, no son un tema nuevo en la agenda de temas económicos, sociales y políticos tanto a nivel internacional como nacional. Durante la década pasada, uno de los mayores consensos entre los especialistas y expertos vinculados al tema, es la coincidencia respecto a que la pobreza es un fenómeno complejo y multidimensional en las causas que la generan y en los efectos.

Este consenso, ha impuesto para la presente década el desafío de revisar y replantear los marcos conceptuales, instrumentales y las estrategias de intervención en pobreza. Se ha establecido la necesidad de avanzar hacia definiciones de pobreza más amplias, claras e integrales y que, al mismo tiempo, permitan rediseñar y validar métodos de medición pertinentes que den cuenta de la multidimensionalidad del fenómeno

Tradicionalmente, la pobreza en Chile ha sido medida a partir del **ingreso total per cápita de los hogares**, empleando una metodología que se encontraba vigente desde 1990, es decir, no actualizada en 25 años, existiendo consenso en que esta medición tradicional ya no daba cuenta de la situación de pobreza en que viven muchas familias.

Metodología Tradicional y Nueva (pesos de noviembre 2013)				
Tamaño del hogar	Línea pobreza extrema		Línea de pobreza	
	Metodología Tradicional	Nueva Metodología	Metodología Tradicional	Nueva Metodología
1	\$39.725	\$91.274	\$66.084	\$136.911
2	\$79.540	\$148.275	\$132.168	\$222.413
3	\$119.175	\$196.939	\$198.252	\$295.409
4	\$158.900	\$240.874	\$264.336	\$361.310

Fuente: encuesta Casen, Ministerio de Desarrollo Social

Comunas de la R.M. que disminuyeron significativamente			
% de Personas en Situación de Pobreza por Ingresos Nva. Metodología			
FUENTE CASEN 2013. MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL , SEPT. 2015.			
COMUNA	2011	2013	Variación %
La Florida	12,1	6,9	-5,2
Santiago	12,3	6,4	-5,9
Ñuñoa	7,1	0,6	-6,5
Puente Alto	22,3	14,6	-7,7
Pudahuel	17,3	9,3	-8
Colina	15,3	7,3	-8
Cerrillos	15,1	6,8	-8,3
Estación Central	20,6	11,5	-9,1
Peñalolén	19,1	9,4	-9,7
Pirque	12,4	2,7	-9,7
Huechuraba	15	5,2	-9,8
San Ramón	19,4	9,6	-9,8
Pedro A. Cerda	17,9	8	-9,9
La Reina	11,3	1,3	-10
Maipú	14,2	3,9	-10,3
Lo Barnechea	15,4	4,2	-11,2
San Miguel	16,6	4,6	-12
Renca	23,2	9	-14,2
Lo Espejo	24	7	-17
Curacaví	24,4	7,4	-17
Lampa	29,1	8,5	-20,6
Tiltil	32,2	9,8	-22,4
San Joaquín	30,8	5,6	-25,2
País	22,2	14,4	-7,8
R.M.	15,7	9,2	-6,5

CASEN 2013 un nuevo ciclo en la mirada de la pobreza, entregando al país nuevas metodologías y mediciones que nos permiten entender la pobreza desde dos ángulos complementarios:

1.- La Pobreza por Ingresos,

Se actualiza la línea de pobreza realizada a partir de la actualización de la Canasta Básica de Alimentos, y de la Canasta Básica de Bienes y Servicios No Alimentarios (en base a información de la VII Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF), noviembre 2011-octubre 2012);

Se redefinió el valor de la línea de pobreza extrema en 2/3 del valor de la línea de pobreza; se utilizan escalas de equivalencias y así en vez de tener una única línea de pobreza y de pobreza extrema expresada en valores per cápita, se definen líneas de pobreza y de pobreza extrema que dependen del tamaño del grupo familiar;

La nueva metodología por ingresos impone estándares más exigentes, lo cual queda reflejado en los nuevos valores definidos para las líneas de pobreza y de pobreza extrema por ingresos:

De acuerdo a esta última publicación del Ministerio de Desarrollo Social sobre la **estimación de la pobreza por ingresos a nivel comunal** en el mes de septiembre de 2015, podemos inferir que el porcentaje de **personas en situación de pobreza por ingresos de la comuna de Renca año 2013 afecta al 9,0% de la población comunal, disminuyendo respecto al año 2011 en un 14,2%**, más que la región y el país.

De **324 comunas** en las que estuvo presencia la Encuesta Casen 2013, **126 comunas registran disminuciones estadísticas significativas en la tasa de pobreza entre 2011 y 2013.**

Entre estas 126 comunas que disminuyen significativamente la tasa de pobreza, **23 comunas corresponden a la región metropolitana**, y de éstas, la comuna de **Renca se ubica entre las 6 comunas que más disminuyen la tasa de pobreza.**

Ingreso Promedio Per cápita por tipo de Ingreso, Comunas Urbanas R.M.

(Ingresos promedio en \$ de noviembre de 2013)						
Comuna	Ingreso Autónomo	Ingreso Monetario	Ingreso Total		Comuna	Ingreso Autónomo
Santiago	549.888	553.478	605.622	1	Recoleta	137.649
Cerrillos	201.720	209.074	252.266	2	La Pintana	139.339
Cerro Navia	141.523	148.564	173.741	3	La Granja	141.242
Conchalí	142.712	149.069	183.412	4	Cerro Navia	141.523
El Bosque	174.895	180.547	212.013	5	Conchalí	142.712
Estaci Central	200.143	203.970	244.028	6	San Ramón	145.926
Huechuraba	177.931	186.032	225.061	7	Pudahuel	147.123
Independen	157.912	160.740	199.619	8	San Bernardo	152.295
La Cisterna	284.177	286.341	340.892	9	Independen	157.912
La Florida	251.591	255.599	304.946	10	Puente Alto	166.434
La Granja	141.242	146.446	186.368	11	El Bosque	174.895
La Pintana	139.339	145.944	170.076	12	Pedro A. Cerda	175.363
La Reina	579.869	584.306	700.104	13	Renca	175.817

Las Condes	818.845	821.162	968.716	14	Lo Prado	176.512
Lo Barnechea	420.418	424.446	519.582	15	Huechuraba	177.931
Lo Espejo	188.961	196.513	231.877	16	Peñalolén	179.159
Lo Prado	176.512	181.601	223.901	17	Lo Espejo	188.961
Macul	334.105	336.901	392.948	18	Quinta Normal	198.764
Maipú	250.134	253.031	297.192	19	Estac Central	200.143
Ñuñoa	755.518	758.640	848.147	209	San Joaquín	200.578
Pedro A. Cerda	175.363	183.314	219.815	21	Cerrillos	201.720
Peñalolén	179.159	184.915	231.831	22	Maipú	250.134
Providencia	765.092	767.016	896.738	23	La Florida	251.591
Pudahuel	147.123	150.670	191.024	24	Quilicura	277.565
Quilicura	277.565	281.631	319.722	25	La Cisterna	284.177
Quinta Normal	198.764	204.927	244.527	26	San Miguel	309.268
Recoleta	137.649	146.587	184.397	27	Macul	334.105
Renca	175.817	183.478	221.185	28	Lo Barnechea	420.418
San Joaquín	200.578	204.142	248.995	29	Santiago	549.888
San Miguel	309.268	314.382	365.541	30	La Reina	579.869
San Ramón	145.926	159.116	192.922	31	Ñuñoa	755.518
Vitacura	924.678	926.038	1.110.315	32	Providencia	765.092
Puente Alto	166.434	171.543	202.665	33	Las Condes	818.845
San Bernardo	152.295	160.740	193.134	34	Vitacura	924.678
Región Metrop	285.837	290.827	341.265			

Elaboración propia. Fuente: encuesta Casen 2013, Ministerio de Desarrollo Social

Para el efecto, daremos prioridad (por razones anteriores) al ingreso per cápita autónoma de las 34 comunas urbanas de la región.

De acuerdo a ello, el promedio de ingreso per cápita autónomo de la comuna de Renca, es de \$175.817, indicador que ubica a la comuna en el 13º lugar de las comunas con más bajos per cápita. A su vez, son 2 las comunas con per cápita más alto sobre los 880 mil, Las Condes y Vitacura.

Desocupación Población Mayor de 18 años: Si bien los resultados comunales de la Casen 2013, no indica la tasa de cesantía comunal, en los principales procesos de la Oficina Municipal de Intermediación Laboral (OMIL) de Renca durante el 1º semestre año 2015: Inscripción por trabajo, actualización Tarjeta de Colocación, atención por Seguro y Subsidio de Cesantía, y ampliación de Subsidios de Cesantía, **dan cuenta de 5.393 personas en situación de desocupados** que buscan un cupo laboral y/o personas cesantes que se inscriben por seguro o subsidio de cesantía y/o ampliación subsidio cesantía, **captando la OMIL de Renca a través de estos procesos, un 5,4% de población desocupada** de la comuna **en edad de trabajar**, vale decir, de 18 a 64 años, correspondiente a 100.599 personas potencialmente activas que representan 66,4% de la población comunal.

Atendiendo a que la OMIL no capta el 100% de la población comunal desocupada porque no todos son usuarios, podríamos deducir que la tasa de cesantía comunal, se aproxima a la tasa de cesantía de la región en el trimestre **móvil de abril-junio** que **alcanzó a un 6,5%**; y si aplicamos esta tasa, en promedio podríamos estimar para la comuna **6.539 personas** mayores de 18 años en situación de cesantía.

Un factor importante que incide en la pobreza, es la desocupación principalmente del jefe de hogar, en donde además influye el nivel de instrucción y falta de calificación de la mano de obra.

El 97,3% de los hogares de la comuna (38.105 hogares) tiene un índice aceptable de acceso a servicios básicos. Esto es, disponibilidad de agua con llave dentro de la vivienda, servicio higiénico con WC conectado al alcantarillado o fosa séptica y, origen del agua de red pública con medidor propio o compartido. Indicador que ubica a Renca en el 26º lugar de las 34 comunas urbanas.

En 5 comunas, el 100% de los hogares con aceptable acceso a servicios básicos, La Florida, La Reina, Ñuñoa, San Miguel y Vitacura.

El 2,7% de los hogares de Renca (1057 hogares) con acceso deficitario a servicios básicos, esto es, disponibilidad de agua con llave dentro del sitio pero fuera de la vivienda, no tiene sistema, la acarrea; servicio higiénico letrina sanitaria conectada a pozo negro, cajón sobre pozo negro, baño químico dentro del sitio, no dispone de sistema; origen del agua de río, vertiente, lago o estero. Indicador que ubica a Renca según acceso deficitario de servicios básicos en el 9º lugar de las 34 comunas urbanas.

PORCENTAJE DE HOGARES DE RENCA CON SANEAMIENTO DEFICITARIO SEGÚN TERRITORIO. FICHA PROTECCION SOCIAL A JULIO 2013			
SANEAMIENTO	RENCA	REGION	PAIS
Saneamiento Deficitario	11,2	10,9	17
Fuente: Reporte Comunal Febrero 2014, Observatorio Social, MDS			

Según información proveniente de la **FPS** a julio 2013, el **11,2% de los hogares** de la comuna de Renca (4.386 hogares) habitan **viviendas con saneamiento deficitario**, similar a la región y menor al nacional, indicador que considera las coberturas de agua potable, alcantarillado y tratamiento de aguas servidas.

El 84,0% de los hogares de la comuna de Renca (32.896 hogares) con materialidad de la vivienda aceptable, inferior a la región. Esto es; muros exteriores de hormigón armado, albañilería, tabique forrado por ambas caras; techo de tejas o tejuela, losa hormigón o fibrocemento; piso parquet, madera, piso flotante, cerámico, flexit, alfombra o cubrepiso. Indicador que ubica a Renca en el 28º lugar de las 34 comunas urbanas.

Por su parte el 16% (6266) de los hogares de la comuna de Renca habita vivienda con materialidad recuperable, superior a la región. Esto es; muros exteriores tabique sin forro interior, adobe, barro, quincha u otro; techo de fonolita, paja, coirón, totora o caña; piso baldosa de cemento, radier, enchapado de cemento.

El índice de hacinamiento de los hogares de la comuna de Renca alcanza al 12,8% de los hogares, sobre la media regional, es decir, 5.013 hogares de la comuna tienen **2,5 personas y más por dormitorio** (sobre 20 mil personas en tales condiciones), indicador muy relevante de momento que facilita conductas violentas al interior de los hogares y deteriora la calidad de vida de las familias.

En este contexto, es válido considerar que del total de viviendas permanentes de la comuna, el 73,1% corresponde a viviendas sociales. De acuerdo a este indicador, **Renca se ubica en 13º lugar de las 20 comunas con hacinamiento en los hogares sobre el 10%**, siendo los más afectados los hogares de la comuna de San Ramón con un hacinamiento sobre el 25% de los hogares.

El menor índice de hacinamiento, se da en las comunas Las Condes, La Reina y Vitacura cuyos hogares hacinados no superan el 1,6%.

PORCENTAJE DE HOGARES DE RENCA CON HACINAMIENTO SEGÚN TERRITORIO FICHA PROTECCION SOCIAL A JULIO 2013			
HACINAMIENTO	RENCA	REGION	PAIS
Hacinamiento Medio	24,2	21,5	19,9
Hacinamiento Crítico	3,2	2,7	2,3
Fuente: Reporte Comunal Febrero 2014, Observatorio Social, MDS			

La FPS, pesquisa hogares con hacinamiento por subcategoría: hacinamiento medio y hacinamiento crítico.

Esta fuente de información nos dice que, **el 24,2% de los hogares de la comuna** de Renca (9.477 hogares) vive en condiciones de **hacinamiento medio**, lo que indica una distribución espacial al interior de los hogares de 2,5 personas por dormitorio. Por su parte, **el 3,2% de los hogares** de Renca (1.253 hogares) vive en condiciones de **hacinamiento crítico**, lo que implica una distribución espacial interna del hogar de 5 ó más personas por dormitorio.

Ambos indicadores de la comuna, superan a la media regional y nacional.

- **Delincuencia**

A continuación señalaremos un cuadro comparativo en porcentajes por delitos de Mayor Connotación Social, asociados a la Comuna de Renca, determinando la tipología de delitos y la variación entre los 2º semestres de los años 2014 y 2015. Fuente: Subsecretaría de Prevención del Delito.

Tasas de denuncias por DMCS		
Tipología de delitos	% Variación Comunal	% Variación Región Metropolitana
Robo Sorpresa	-6,9%	-2,1%
Robo con fuerza	-8,0%	4,9%
Robo de vehículos	-9,3%	-4,2%
Robo de accesorios de vehículos	-10,5%	16,6%
Hurtos	-17,3	-1,8%

Fuente: Subsecretaría de Prevención del Delito

Podemos observar que en todos los delitos la comuna está baja del total de la Región Metropolitana. Dentro de lo los datos más significativos podemos mencionar que el robo con fuerza y robos de accesorios de vehículos disminuyeron bastante en comparación con el promedio de la Región Metropolitana.

En cuanto a los delitos por Violencia Intrafamiliar también existe una tasa de denuncias menor al promedio de la Región Metropolitana, como por ejemplo la violencia hacia niños(as) y ancianos (as), se observa una gran diferencia porcentual. Cabe mencionar que las denuncias de niños se han visto disminuidas y se espera que seguirán este nivel, con el trabajo que existe en todos los colegios municipales de la comuna, contando con profesionales que trabajan temas como violencia escolar y resolución de conflictos, sumando este trabajo la participación de la OPD de Renca, la cual ha

efectuado trabajo de difusión a nivel comunal, lo que implica información preventiva ante estos delitos

Tasas de denuncias por VIF		
Tipología de delitos	% Variación Comunal	% Variación Región Metropolitana
VIF mujer	-2,0%	-5,7%
VIF hombre	4,0%	0,0%
VIF niños (as)	-26%	13%
VIF ancianos (as)	1,0%	19,1%

Fuente: Subsecretaría de Prevención del Delito

Casos por delitos de mayor connotación social (dmcs) registrados por las policías: Estos registros se analizan en base a tasas cada cien mil habitantes en series anuales.

En la tasa de casos policiales, a diferencia del porcentaje de hogares victimizados, la comuna es el lugar donde ocurre el delito.

Respecto a la variación de DMCS respecto al 2º semestre de los años 2014 y 2015 se menciona que la **tasa de Delitos de mayor connotación social de la comuna disminuyo en un 3.9%** Esta variación es menor a nivel de la región metropolitana (aumento de 2,8%) y a nivel país (disminuyo en un -0,7%).

Los antecedentes comunales aportados por el Ministerio del Interior y Seguridad Pública, además de entregar la percepción de los vecinos sobre este tema, aporta elementos de vital importancia que facilitan un cercano diagnóstico de la delincuencia comunal.

Si bien es deber del Estado garantizar la seguridad pública y un derecho de la ciudadanía, es indudable que para el éxito de toda política a implementar sobre la seguridad pública comunal, se hace necesario un trabajo concertado de la comunidad, de los actores políticos y sociales, autoridades públicas y policiales, en el contexto de una focalización asertiva que facilite la prevención y control del delito.

Así en materia de prevención, además de dispositivos de seguridad en los hogares, la recuperación de espacios eriazos, el mejoramiento y construcción de plazas y parques, el mejoramiento de la iluminación, el mejoramiento y construcción de gimnasios y otros espacios de recreación, todos estos elementos a los que se les ha dado especial énfasis en estos últimos 10 años, han contribuido indiscutiblemente en mejorar la seguridad pública de la comuna.

- **Educación**

PROMEDIO DE AÑOS DE ESCOLARIDAD POR SEXO (población mayor de 18 años).
Casen 2013

Período	Hombre	Mujer	Total
	10.1	10.2	10.1
CASEN 2013			

En Renca el promedio de escolaridad de la población de 18 y más años según la Casen 2013, es de 10.1 años de estudios equivalente al 2º Medio. Ello implica un importante déficit educacional, factor que incide negativamente en la inserción laboral de jóvenes y adultos, de momento que la mayor parte de la oferta laboral, uno de sus requisitos escolaridad al menos el 4º Medio rendido.

En este contexto, el municipio amplió su red educacional con 2 Liceos, uno funciona a partir del 2010 y el segundo desde el 2012. Por tanto se ampliaron las oportunidades para los jóvenes de más escasos recursos pudiendo acceder en su propia comuna a la educación media, en donde además tienen la oportunidad de acceder a carreras técnicas con amplio mercado laboral.

Establecimientos educacionales por dependencia 2014-2015		
Dependencia	2014	2015
Corporación Municipal	15	15
Municipal	--	--
Particular Subvencionada	31	31
Particular Pagado	--	--
Corporación Privada	--	--
Total	46	46
Fuente: Corporación Municipal		

Podemos observar que a nivel comunal, se mantiene la oferta educacional tanto municipal como particular subvencionada.

Por su parte la oferta educacional municipal también ha incorpora los 10 Jardines Infantiles y Salas Cunas los que como ya dijimos alcanza una cobertura sobre 13% de los infantes de 0 a 3,11 años más vulnerables de la comuna.

Matrícula por dependencia 2014-2015			
Matrícula según Dependencia	Comuna		
	2013	2014	2015
Corporación Municipal	7699	7435	7356
Municipal	--	--	--
Particular Subvencionado	14935	16394	16525
Particular Pagado	--	--	--
Corporación Privada	--	--	--
Total	22.634	23.829	23.881
Fuente: Corporación Municipal			

El presente cuadro respecto a matrículas por dependencia del establecimiento educacional, observamos que disminuye la matrícula en los colegios municipales y aumenta la matrícula de colegios particulares subvencionados, en donde no se descarta de algún modo, la percepción por parte de los apoderados sobre la calidad de la educación de los colegios municipalizados a propósito de la larga discusión a nivel de país sobre la reforma y calidad de la educación pública. No obstante ello, la matrícula año 2015 de colegios municipales logra una cobertura sobre el 34% de potenciales escolares que se ubican en el 1º Quintil.

Por otra parte, del universo de potenciales escolares año 2015, es decir, 29.522 niños/as y adolescentes, el 80,9% estudia en la comuna

Matrícula por nivel de educación 2014-2015 (Establecimientos de la Corporación)			
Matrícula según Nivel	Comuna		
	2013	2014	2015
Ed. Parvularia	893	854	880
Ed. Básica Niños	5633	5289	5163
Ed. Básica Adultos	11	22	15
Ens. Media Niños	1037	1117	1162
Ens. Media Adultos	125	153	118
Total	7699	7435	7338
Fuente: Corporación municipal			

Resultados SIMCE Cuarto Básico 2013-2014

4to Básico	Comuna	
	2013	2014
Lenguaje	248	249
Matemática	247	247

Fuente: Corporación Municipal

Los resultados SIMCE Cuarto Básico al año 2014 en la comuna, Lenguaje **aumentan en 1 punto respecto al 2013**, y en **matemáticas se mantiene** respecto al año anterior. En la región en 2014 disminuye en Lenguaje y Matemáticas respecto al año 2013 y, a nivel de país se mantienen Lenguaje y matemáticas, no hay variación en los años 2014 y 2013.

8vo Básico	Renca	
	2013	2014
Lenguaje	242	222
Matemática	251	250

Fuente: Corporación Municipal

Respecto a resultados Simce 8º básico al año 2014 respecto al 2013, la comuna, la región y el país, disminuyen en lenguaje y matemáticas.

Resultados SIMCE Segundo Medio 2013-2014

2do Medio	Comuna	
	2013	2014
Lenguaje	236	238
Matemática	247	247

Fuente: Corporación Municipal

Los resultados Simce 2º Medio en el 2014 en la comuna respecto al 2013, **mejora en lenguaje y se mantiene en matemáticas**, mientras que la región y el país disminuyen tanto en lenguaje como en matemáticas.

Resultados promedio PSU por dependencia 2012-2013-2014

PSU. Promedio por Dependencia	Comuna		
	2012	2013	2014
Municipal	506	513	518
Particular Subvencionado	476	476	502

Fuente: Corporación Municipal

Los resultados promedios de la PSU de estudiantes de colegios municipales de la comuna de **Renca, mejoran en el 2014 en 12 puntos respecto del 2012**, superando a la región en los 3 años de referencia. A nivel de país al año 2014 este supera en 1 punto a la comuna.

Los resultados promedios de la PSU de los colegios de la comuna, el resultado obtenido por los **colegios municipalizados años 2012-2013 y 2014 superan a los resultados** obtenidos por estudiantes de **colegios particulares subvencionados**.

- **Población de Etnias Originarias**

Población Indígena en la Comuna de Renca: El 6,3% de la población comunal corresponde al pueblo indígena (Casen 2013), es decir, 9.545 habitantes de la comuna declara pertenecer a Etnias Originarias, segmento poblacional que se caracteriza como ya se señaló, con menor logro educacional, mayor incidencia de la pobreza, menores ingresos y escasa asociatividad, respecto de la población no indígena.

Del total de la población comunal con Ficha de Protección Social (FPS), el 6,1% corresponde a etnias originarias equivalente a 9.275 personas, es decir, cerca del 100% de la población indígena de la comuna tiene FPS. De ellas el 43,0% son hombres y el 57,0% mujeres, con un Índice de Feminidad de 132,6 superando a la media comunal de 99,9; lo que indica que existen 132,6 mujeres indígenas por cada 100 hombres indígenas.

De la FPS se desprenden otros indicadores demográficos, educacionales, vulnerabilidad y ocupación:

-Estructura Etaria Porcentual Población Indígena de Renca (FPS)		
Tramos Etario Población Indígena	%	Media Comunal
17 años y menos	31.0	25.5
18 - 29 años Jóvenes	22.0	20.8
30 - 59 años adultos	37.4	41.2
60 años y + Adulto Mayor	9.7	12.5
Fuente: FPS, MDS		

Podemos observar que porcentualmente la población menor de 17 años y los jóvenes, superan a la media comunal. A su vez, la población adulta y adulta mayor es inferior a la media comunal.

Nivel de Escolaridad de la población indígena mayor de 15 años

Población Indígena mayor de 15 años= 6.958 personas	
Nivel Escolaridad	%
Básica incompleta	27.0
Básica completa	13.8
Media incompleta	20.7
Media completa	27.7
Formación técnica completa	0.4
Instituto profesional completo	0.8
Universidad completa	0.6
Fuente: FPS, MDS	

Lo más relevante de la tabla es que, 1.879 personas indígenas mayores de 15 años con nivel de escolaridad de básica incompleta y, 960 con básica completa; 1.440 persona con enseñanza media incompleta y 1.927 personas con media completa. Es decir, el **61,5%** de esta población **no ha alcanzado a cursar la enseñanza media**.

-Vulnerabilidad: El **60,6%** de este segmento poblacional, se ubica en el **1º Quintil**, es decir, 5.621 personas de etnias originarias de la comuna corresponden al **20% más pobre** de la población.

-Ocupación: el **50,7%** de la población mayor de 15 años **tiene una ocupación**; el 49,3% restante se asume inactivos por diversas razones: cesantía, jubilados, estudiantes, otros.

- **Población Inmigrante**

Población Inmigrante en la Comuna: A través de la Ficha de Protección Social (FPS), se pesquisa un universo de población extranjera que alcanza a 1.417 personas que representan el 0,9% de la población comunal.

De este universo de población extranjera en la comuna de Renca, el 51,7% se ubica en el 1º Quintil, es decir, 733 inmigrantes corresponden al 20% más pobre de la población.

Estructura etaria porcentual

Tramos Etario Población Inmigrante	%	Media Comunal
17 años y menos	15.7	25.5
18 - 29 años Jóvenes	24.2	20.8
30 - 59 años adultos	54.5	41.2
60 años y + Adulto Mayor	5.6	12.5
Fuente: FPS, MDS		

Podemos observar que porcentualmente la población menor de 17 años y los adultos mayores, es francamente inferior a la media comunal. A su vez, los jóvenes y los adultos superan la media comunal. El **54,5% de la población inmigrante** se concentra entre los **30 a 59 años de edad**.

Nivel de Escolaridad de la población inmigrante mayor de 15 años

Población Inmigrante mayor de 15 años= 768 personas	
Nivel Escolaridad	%
Básica incompleta	10.7
Básica completa	6.3
Media incompleta	19.0
Media completa	44.7
Formación técnica completa	0.3
Instituto profesional completo	1.7
Universidad completa	1.2
Fuente: FPS, MDS	

Lo más relevante de la tabla es que, sobre el 44% de las personas inmigrantes mayores de 15 años tienen un nivel de escolaridad enseñanza media completa, condición favorable en Chile para la inserción laboral en funciones no profesionales. Por otro lado no es menor que, el 3,2% de la población inmigrante de la comuna alcance un nivel de instrucción de Formación técnica completa y/o Instituto profesional completo y/o Universidad completa.

La distribución de este segmento poblacional de la comuna según sexo, el 37,9% corresponde a hombres y el 62,1% a mujeres, con un alto índice de feminidad de 163,87 superior a la media comunal de 99,9, lo que indica 163,87 mujeres por cada 100 hombres.

Ocupación: De la población inmigrante mayores de 15 años, el 62,2% está ocupada, estimándose que el 37,8% restante, está inactivo, jubilado, estudiando y otros.

Finalmente, atendiendo a la población inmigrante de la comuna con FPS, a través del Programa de Protección Social se le está facilitando el acceso a los programas sociales del Gobierno.

- **Discapacidad**

Antecedentes Generales de la Región Metropolitana: El 12,9% de los chilenos viven con discapacidad, estimándose que 1 de cada 8 personas presenta esta condición. A su vez en la Región el 11,5% de la población presenta discapacidad, tasa menor a la nacional.

Un 32% de los hogares de la región presenta al menos un miembro con discapacidad, es decir 1 de cada 3 hogares.

La tasa de prevalencia de discapacidad en las mujeres de la región, es de 13,8, mientras que en los hombres es de 9,1. Es decir, de cada 11 hombres de la región, 1 presenta discapacidad, en cambio, 1 de cada 7 mujeres de la región presenta discapacidad.

La distribución de las personas con discapacidad de la región según tramo etáreo de acuerdo al estudio, indica que la mitad de las personas con discapacidad se encuentran en edad adulta (30-64 años) y que prácticamente el 85% de la población con discapacidad tiene más de 29 años.

El estudio destaca la prevalencia de discapacidad en el adulto mayor: 2 de cada 5 personas mayores de 64 años en la Región, presentan discapacidad. Esta prevalencia es casi 4 veces mayor que la prevalencia total de la región. Así cobra importancia los esfuerzos de mejorar el funcionamiento humano con este grupo etáreo. La atención al adulto mayor con Discapacidad de la Región Metropolitana, y la prevención de la discapacidad adquiere hoy en la Región una gran relevancia epidemiológica.

Respecto a discapacidad y trabajo, en la región el 32% de las personas con discapacidad mayor de 15 años, realiza trabajo remunerado. La prevalencia de discapacidad entre las personas que no trabajan estando en edad de trabajar es de 20.0, en cambio la prevalencia de discapacidad remuneradamente es de 8.5. Es decir, 1 de cada 5 personas que no trabaja presenta discapacidad mientras que 1 de cada 12 personas que trabajan presenta discapacidad.

Respecto a discapacidad y estudios, en la región el 9,4% de las personas con discapacidad se encuentra estudiando; 1 de cada 12 personas con discapacidad no cuenta con ningún año de estudio aprobado; 2 de cada 5 no han logrado completar la enseñanza básica; y el 8% ha logrado acceder a la Educación Universitaria o Profesional. Este estudio nos muestra la brecha educacional que aún falta por cubrir para asegurar los derechos de estas personas en este ámbito.

Respecto a la relación de discapacidad con condición socioeconómica, el estudio revela que, a diferencia de la población regional en donde el 7% se encuentra en condición socioeconómica baja, en las personas con discapacidad el 16% se encuentra en esta condición. De las personas con discapacidad en la región, el 75% se encuentra en condición socioeconómica media.

Finalmente el estudio muestra la siguiente distribución porcentual de los tipos de deficiencias en las personas con discapacidad de la región:

TIPO DEFICIENCIA	%
Física	32,1
Visceral	18,4
Visual	16,2
Psiquiátrica	9,2
Intelectual o mental	8,6
Auditiva	8,4
Multi. déficit	7,1

Personas con condiciones permanentes o de larga duración: Corresponde a las personas (toda la población) con alguna **deficiencia física, mental y sensorial**, que declaran tener alguna de las siguientes condiciones consultadas: Dificultad física y/o de movilidad, Mudez o dificultad en el habla, Dificultad psiquiátrica, Dificultad mental o intelectual, Sordera o dificultad para oír aun usando audífonos, Ceguera o dificultad para ver aun usando lentes, alcanzando según la **Casen 2013 al 6,5%** de la población, **1.123.162 personas** en condiciones permanentes o de larga duración que porcentualmente se distribuyen como sigue:.

Porcentaje de Población con Dificultades Permanentes y de Larga Duración	
DIFICULTAD	Porcentaje
Dificultad física y/o de movilidad	3.6
Ceguera o dificultad para ver aun usando lentes	1.5
Sordera o dificultad para oír aun usando audífonos	1.0
Dificultad mental o intelectual	0.8
Mudez y/o dificultad en el habla	0.6
Dificultad Psiquiátrica	0.5
Fuente: CASEN 2013, Ministerio Desarrollo Social	

Discapacidad Comunal

La población comunal con discapacidad al Censo del 2002 correspondía al 2,2% de la población comunal, alcanza según la **Casen 2013 a un 5,6 %**, grupo altamente vulnerable y con mayor concentración de pobreza.

Ello indica que, existen en la comuna **8.484 personas** afectadas directamente por algún tipo de discapacidad, es decir, **cerca de 3 mil familias** tiene al menos un integrante de su grupo familiar con algún tipo de discapacidad.

Existen otros datos interesantes que aportan recientes estudios de organismos internacionales. Uno de ellos, tiene relación con la dificultad o no en la actividad de la persona de 6 a 59 años con discapacidad. También se dice que sobre el 40% no tiene limitaciones en la actividad y un 57,1% sí la tiene.

Por otro lado, es evidente que la brecha educacional es mayor en la comuna en donde la persona con discapacidad tienen menor nivel de educación. El promedio de años de estudios en jóvenes de 15 a 29 años es de 7,4 años, de 30 a 44 años con 7,9 años estudios, de 45 a 59 años con 8,1 años estudios y de 60 años y más con 5,7 años de estudios, un importante déficit educacional.

A nivel de la comuna, se estima la discapacidad física con un alto porcentaje sin limitaciones en la actividad, lo que podría facilitar su inclusión laboral u otra, en un medio que facilite su desplazamiento ya sea para trabajar ó educarse para mejorar su nivel de instrucción, o capacitarse en un oficio. Situación similar para los portadores de ceguera, sordera o mudez.

Para la discapacidad psíquica e intelectual, la de mayor complejidad por sus severos efectos colaterales principalmente dentro de la familia y su entorno social más cercano, el municipio ha creado estructuras intermedias de tratamiento y rehabilitación, dos centros diurnos: **El Portal de Los Ángeles** y el **Club de Integración Social** (grupo pacientes esquizofrénicos).

Según la FPS, de 5 mil personas con dificultades permanentes y de larga duración con encuesta, tiene la siguiente distribución porcentual según tipo de dificultad

DIFICULTAD	Porcentaje
Dificultad física y/o de movilidad	54.0
Ceguera o dificultad para ver aun usando lentes	12.2
Sordera o dificultad para oír aun usando audífonos	7.6
Dificultad mental o intelectual	12.6
Mudez y/o dificultad en el habla	5.1
Dificultad Psiquiátrica	8.5
TOTAL	100.0

Elaboración propia sobre la base de la FPS

El cuadro nos indica que la **dificultad física está sobre el 50%** del total de personas con alguna discapacidad con FPS. Igualmente significativo es la sumatoria de los porcentajes de **dificultad mental y psiquiátrica, en conjunto un 21,1%** de dificultades complejas y de difícil abordaje fundamentalmente por un tema de recursos.

- **Alimentación**

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

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

- **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 los 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**

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.

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

Organización de eventos masivos

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

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

4.- ANALISIS DE PRINCIPALES PROBLEMAS ASOCIADOS A SALUD

Para lograr detectar principales problemas y/o necesidades asociados a salud de nuestra comunidad, fue necesario realizar las siguientes acciones:

- 4.1.- Capacitación en Determinantes Sociales de la salud
- 4.2.- Jornada de Trabajo intersectorial : Salud , Educación , DIDECO, SECPLA
- 4.3.- Propuesta relacionada a problemas detectados.

Dichas acciones se detallan a continuación.

4.1.- Capacitación en Determinantes Sociales de la Salud

Con la finalidad de potenciar competencias técnicas en equipos de salud y en el intersector, Renca liderado por nuestra Primera Autoridad Comunal, capacita a funcionarios del ámbito de salud, educación, DIDECO y SECPLA.

Dicha capacitación logró articular y fortalecer el trabajo intersectorial con enfoque en Determinantes Sociales de la salud entendidos estos como condicionantes que influyen en las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre la salud.

Contar con este enfoque, nos permite definir la acción concreta que como equipo de salud y todos quienes trabajan en la construcción de ambientes saludables, conocer en nuestra comuna cuales son las necesidades y o problemáticas principales que impactan en la salud de la comunidad desde la perspectiva de nuestros usuarios(as) y con ello, realizar intervención que permita mejorar la calidad de vida nuestros renquinos y de esta manera incorporarlos en Plan Comunal de Salud 2016.

4.2.- Jornada de Trabajo intersectorial: Salud, Educación, DIDECO.

Para nuestra Primera Autoridad Comunal, es fundamental y de gran relevancia conocer la opinión de sus habitantes para así ir en mejora de la salud de la comunidad renquina en general.

Por lo anterior y con el Objetivo de Detectar principales problemas asociados a salud de nuestra comuna, se realiza Diagnóstico Participativo en mes de Octubre 2015, instancia que permitió reunir a los sectores Salud, Educación, DIDECO y SECPLA, constituyéndose en una oportunidad para que nuestra comunidad participe.

Dicha jornada contó con la participación de : Directores de Salud de los centros de salud , Encargados de Promoción y Participación de la salud, Equipos Gestores, Directoras de Jardines Infantiles y Establecimientos Educativos, Funcionarias de

Departamentos municipales , Comité Comunal de Salud, Director de Salud, Secretaria General de Corporación de Educación y Salud, usuarios (as) de Centro de Rehabilitación del Adulto Mayor, COSAM, Comitiva de Centros de Alumnos de Establecimientos Educacionales, Centro de Padres de Jardines Infantiles, Adultos Mayores del Centro Diurno del Adulto Mayor.

Para realizar esta actividad, se desarrolla trabajo grupal intersectorial asociada a cada centro de salud, con la finalidad de detectar a través de lluvia de ideas los principales problemas asociados a salud según territorio donde se ubica cada uno de nuestros dispositivos de salud, específicamente los cuatro centros de salud a saber: Renca, Huamachuco, Dr. Hernán Urzúa Merino y CESFAM del Bicentenario, seleccionando los temas o necesidades prioritarias.

Las Técnicas utilizadas para recolección de información fueron las siguientes:

- 1.- Lluvia de Ideas
- 2.- Construcción Árbol de Problemas.
- 3.- Construcción de Mapa Comunal

De acuerdo a trabajo grupal realizado en Jornada intersectorial y división por territorio de cada centro de salud, se logra detectar las siguientes necesidades y/o problemáticas con enfoque en determinantes sociales de la salud.

➤ **CESFAM DEL BICENTENARIO:**

- Necesidad de elaborar protocolos de derivación y atención espontánea entre Educación-Salud-DIDECO
- Contaminación Intradomiciliaria.
- Hacinamiento Vivienda y territorio.

➤ **CENTRO DE SALUD DR. HERNÁN URZÚA MERINO**

- Familias disfuncionales
- Adicción y consumo de alcohol y drogas
- Microbasurales alrededor del centro de salud y establecimientos educacionales.
- Necesidad de mejorar protocolos de atención de usuarios de jardines infantiles en cuanto a tratamientos médicos de párvulos.
- Desarraigo social
- Obesidad
- Larga lista de espera de interconsultas para especialidad.
- Problema de infraestructura del centro de salud.

➤ **CENTRO DE SALUD HUAMACHUCO**

- Bajo control policial
- Baja educación en la población.
- Problema de infraestructura del centro de salud.

➤ **CENTRO DE SALUD RENCA**

- Necesidad de Reinserción escolar de la madre adolescente.
- Necesidad de apoyo en rol parental de madres adolescentes

La participación de los adultos mayores en este diagnóstico, permitió así mismo conocer desde su perspectiva, las necesidades sentidas por este grupo en cuanto al tema de salud, señalando principalmente como problemas principales: larga lista de espera para especialidad, infraestructura de los centros de salud, presencia de perros vagos alrededor del centro de salud, entre otros.

4.3.- Propuesta relacionada a problemas detectados

De acuerdo a la estrategia de Municipios y Comunidades Saludables recomendada por OMS e impulsada por Servicio Regional Ministerial de salud la cual apunta a fortalecer la ejecución de las actividades de promoción considerando que tiene como objetivo principal “fortalecer las habilidades y capacidades de las personas para emprender una acción, y la capacidad de los grupos o las comunidades para actuar colectivamente con el fin de ejercer control sobre los determinantes de la salud fomentando el diálogo y compartiendo conocimientos y experiencias”, se considera relevante para año 2016 “ Potenciar el Trabajo intersectorial “ que permita fomentar los canales de comunicación entre las redes existentes en la comuna y lograr de esta manera mejorar calidad de vida de las personas en todos sus ámbitos, lo anterior, con enfoque en determinantes sociales de la salud.

Dicha propuesta nace de la necesidad de contar con actores claves que se vinculen entre sí, que logren acercar a nuestros usuarios(as) aún más a Programas insertos en centros de salud a través de estrategias de promoción en la comunidad.

Se pretende para año 2016, mejorar infraestructura de los centros de salud, a fin de mejorar la atención de nuestros usuarios, Continuar con capacitaciones permanentes a nuestros equipos de salud convocando al intersector, y un trabajo permanente en mejorar Trato al usuario.

5.- LA SALUD EN LA COMUNA DE RENCA

5.1.- 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 está 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, además un centro de rehabilitación de adulto Mayor

5.2.-Misión, Visión, Objetivos, Principios y Normativa Legal

Misión, visión, objetivos y principios de la dirección de Salud de la corporación Municipal de Renca

- **Misión**

Promover, prevenir y recuperar la salud de la población Renquina, integrando a la comunidad en este proceso, potenciando la calidad, humanización y efectividad de los procesos de salud y su supervisión.

- **Visión**

Seguir siendo reconocidos como una comuna de excelencia en atención primaria en salud, posicionándonos como líderes tanto a nivel local como nacional.

- **Objetivos**

- Administrar de la manera más eficiente los recursos destinados a la salud de la comuna de Renca.
- Brindar atención de calidad a las personas, sus familias y la comunidad en todas nuestras dependencias de salud.
- Contar con la infraestructura necesaria y adecuada según la normativa técnica nacional

- Contar con personal calificado, idóneo y con un alto grado de compromiso hacia la comunidad.
- Cumplir con las políticas locales de calidad en la atención y trato humanizado al usuario, su familia y la comunidad.

- **Principios**

Calidad: Como principio social y no solo como un estándar de cumplimiento de procedimientos permite que la búsqueda de la conformidad de nuestros usuarios se mida de forma cualitativa y continua , con indicadores de plazos, tiempos de espera, frecuencia, cortesía y amabilidad, de atenciones y de pertinencia de la información, y además incorpora para el caso particular de salud el tema de la seguridad de nuestros pacientes, con lo que se articulan las normas ISO y la acreditación de prestadores en que está empeñado el sector salud en Chile

Cercanía: El principio de la cercanía le subyace el de descentralización que se basa en que las unidades pequeñas garantizan un alto grado de movilidad, una mayor proximidad a la comunidad y a los usuarios. Asimismo, la cercanía se sustenta en el acceso, entendiendo este como la manera expedita y fácil con que se le entrega estos servicios a las personas, cautelando siempre la continuidad de la atención.

Participación: Participar libremente en los asuntos públicos es un derecho. La salud es un derecho y la salud municipal es un bien público ante el cual los ciudadanos y ciudadanas tienen el deber y el derecho a ser parte debatiente, colaborante, y fiscalizadora de la acción de los servicios.

Inclusión: Ser incluido y no ser discriminado es tener igualdad de derechos y propicia la encarnación más integral de un marcado enfoque biopsicosocial.

- **Normativa Legal**

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

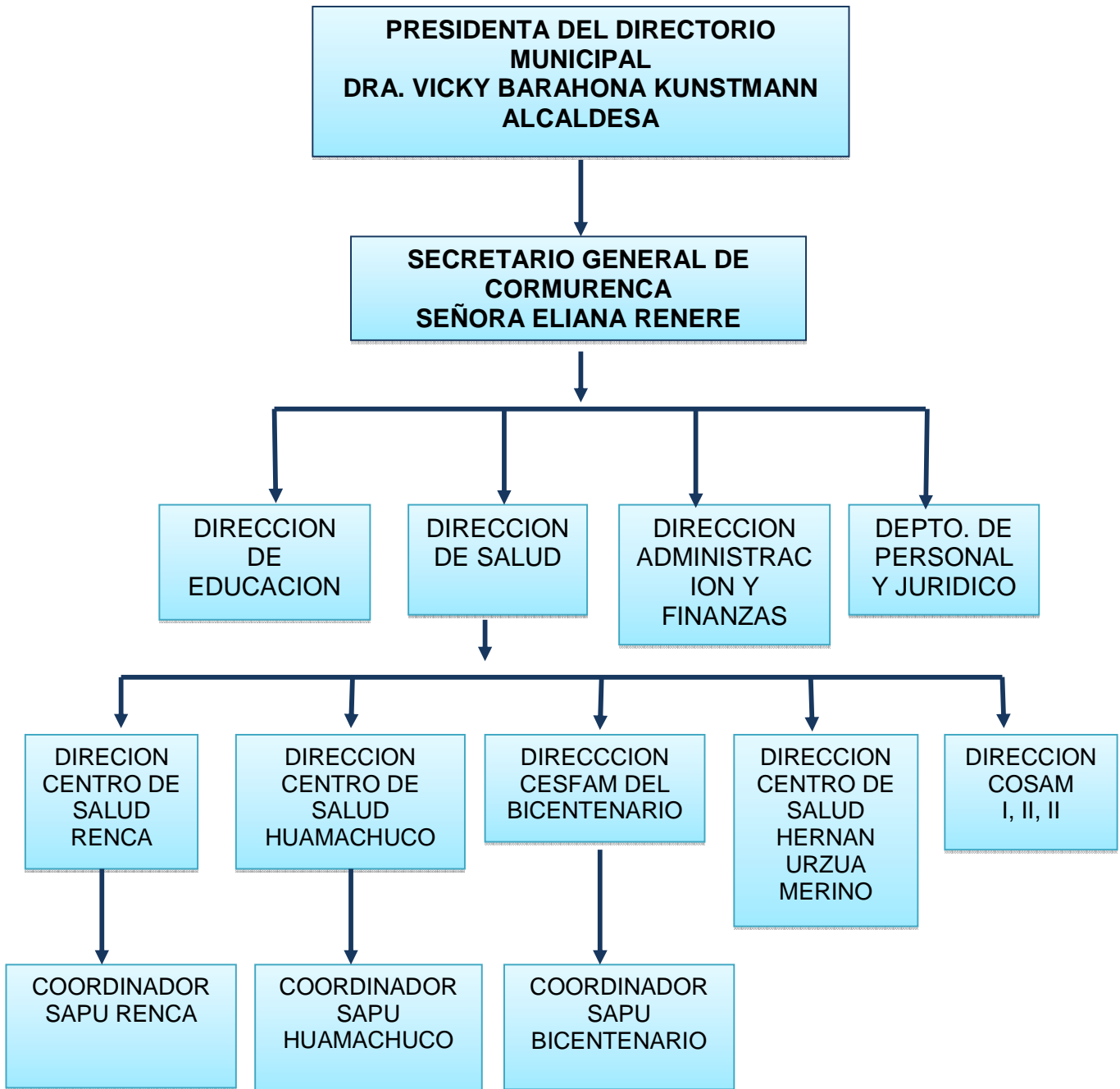
Ley 20.589	Bonificación por retiro voluntario al personal de la atención primaria de salud y bonificación adicional.
------------	---

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.

5.3.- Organización Asistencial de Renca

- Organigrama Dirección de Salud Corporación Municipal de Renca



- **Corporación Municipal de Salud**

ALCALDESA Y PRESIDENTA DEL DIRECTORIO	DRA. VICKY BARAHONA KUNSTMANN
DIRECCIÓN	BLANCO ENCALADA 1335
FONO	(2) 26856600 – 26856602
FAX	(2) 26856600
WEB	www.renca.cl
EMAIL	alcaldia@renca.cl

SECRETARIA GENERAL (I)	SRA. ELIANA RENERE VILLALTA DOCENTE
DIRECCIÓN	AV. BLANCO ENCALADA 1335
FONO	(2) 26856600 – 23523802
WEB	www.cormuren.cl
EMAIL	sgeneral@crenca.cl

DIRECTOR DE SALUD	DR. ALEJANDRO CARDENAS MUNEVAR MÉDICO FAMILIAR
DIRECCIÓN	AV. BLANCO ENCALADA 1335
FONO	(2) 6856600 – 3523802
WEB	www.cormuren.cl
EMAIL	dirensalrenca@gmail.com

- **Dispositivos de Salud Red Local**

CENTRO DE SALUD	RENCA
DIRECTORA (S)	DRA. DEYSI SÁNCHEZ ZA VALETA
PROFESIÓN	MÉDICO FAMILIAR
DIRECCIÓN	BALMACEDA 4420
FONO	(2) 26419289
EMAIL	direnca@yahoo.es

CENTRO DE SALUD	DR. HERNÁN URZÚA MERINO
DIRECTOR	DR. GUILLERMO SÁNCHEZ RODRIGUEZ
PROFESIÓN	ODONTÓLOGO
DIRECCIÓN	TOTAL BAJO 1011
FONO	(2) 26421400
EMAIL	direccionhernanurzua@hotmail.es

CENTRO DE SALUD	HUAMACHUCO
DIRECTORA (S)	SRA. MARY LUZ AGUILAR GONZÁLES
PROFESIÓN	ENFERMERA UNIVERSITARIA
DIRECCIÓN	LAS MARGARITAS 2466 HUAMACHUCO 2
FONO	(2) 26411020
EMAIL	director_hco@hotmail.com

CENTRO DE SALUD FAMILIAR	BICENTENARIO
DIRECTOR	SR. CRISTIAN BUSTAMANTE SANCHEZ
PROFESIÓN	ENFERMERO UNIVERSITARIO
DIRECCIÓN	AV. BRASIL 8005
FONO	(2) 26425842-26425579
EMAIL	cesfamdelbicentenario@gmail.com

CENTRO DE SALUD MENTAL	“PORTAL DE LA ALEGRÍA”
DIRECTOR	DR. NELSON CUTURRUFO ARACENA
PROFESIÓN	PSIQUIATRA
DIRECCIÓN	LOS PLATANOS 1096
FONO	(2) 26412439
EMAIL	COSAMRENCA@YAHOO.COM

CENTRO DE SALUD MENTAL	PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTENSIVO DE ALCOHOL Y DROGAS
COORDINADORA	SRTA. ALICIA VELOSO M.
PROFESIÓN	PSICÓLOGA
DIRECCIÓN	LOS AROMOS 3339
FONO	(2) 26469877
EMAIL	alcoholhydrogas.renca@gmail.com

CENTRO DE SALUD MENTAL	PROGRAMA ADOLESCENTE
COORDINADORA	SR. GABRIEL MOYA RIQUELME
PROFESIÓN	PSICÓLOGO
DIRECCIÓN	LOS AROMOS 3339
FONO	(2) 26419308
EMAIL	ohdadollescente.renca@gmail.com

SERVICIO DE SALUD DE URGENCIA	SAPU 24 HRS.
COORDINADOR	DR. ANTONIO PALMA ALTAMAR
PROFESIÓN	MÉDICO
DIRECCIÓN	BALMACEDA 4012
FONO	(2) 26415830
EMAIL	dirsapurenca@gmail.com.

SERVICIO DE SALUD DE URGENCIA	SAPU CENTRO DE SALUD HUAMACHUCO
COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA	SRA. MARILUZ AGUILAR GONZALEZ
PROFESIÓN	ENFERMERA UNIVERSITARIA
DIRECCIÓN	LAS MARGARITAS 2466
FONO	(2) 26467370

SERVICIO DE SALUD DE URGENCIA	SAPU CENTRO DE SALUD DEL BICENTENARIO
COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA	SR. CRISTIAN BUSTAMANTE SANCHEZ
PROFESIÓN	ENFERMERO UNIVERSITARIO
DIRECCIÓN	AV. BRASIL 8005
FONO	(2) 26425842-26425579

CENTRO DE REHABILITACION	REHABILITACION ADULTO MAYOR
COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA	CRISTOPHER GALVEZ VASQUEZ
PROFESIÓN	KINESIOLOGO
DIRECCIÓN	
FONO	(2) 26425842-26425579

- Población Per cápita Año 2015

Población Inscrita en los Centros de Salud		
CENTRO DE SALUD	Población Per cápita validada año 2015	Nº inscritos porcentual
Centro de salud Renca	57.122	48.32%
Centro de salud Dr. Hernán Urzúa Merino	31.692	26.80%
Centro de salud Huamachuco	15.771	13.34%
Centro de salud Familiar del Bicentenario	13.630	11.52%
TOTAL	118.215	100%

Del total de la población 151.790 están inscritos un 77.88%

- **Prestaciones Insertas en Centros de Salud de Atención Primaria**

Cartera de Servicios de la Atención Primaria 2015

I. PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO
1. Control de salud del niño sano
2. Evaluación del desarrollo psicomotor
3. Control de malnutrición
4. Control de lactancia materna
5. Educación a grupos de riesgo
6. Consulta nutricional
7. Consulta de morbilidad
8. Control de enfermedades crónicas
9. Consulta por déficit del desarrollo psicomotor
10. Consulta kinésica
11. Consulta de salud mental
12. Vacunación
13. Programa Nacional de Alimentación Complementaria
14. Atención a domicilio (casos especiales)

II. PROGRAMA DE SALUD DEL ADOLESCENTE
15. Control de salud
16. Consulta morbilidad
17. Control crónico
18. Control prenatal
19. Control de puerperio
20. Control de regulación de fecundidad
21. Consejería en salud sexual y reproductiva
22. Control ginecológico preventivo
23. Educación grupal
24. Consulta morbilidad obstétrica
25. Consulta morbilidad ginecológica
26. Intervención Psicosocial
27. Consulta y/o consejería en salud mental
28. Programa Nacional de Alimentación Complementaria
29. Atención a domicilio (casos especiales).

III. PROGRAMA DE LA MUJER

IV. PROGRAMA DEL ADULTO

30.	Control prenatal
31.	Control de puerperio
32.	Control de regulación de fecundidad
33.	Consejería en salud sexual y reproductiva
34.	Control ginecológico preventivo
35.	Educación grupal
36.	Consulta morbilidad obstétrica
37.	Consulta morbilidad ginecológica
38.	Consulta nutricional
39.	Programa Nacional de Alimentación Complementaria
40.	Ecografía Obstétrica

41.	Consulta de morbilidad
42.	Consulta y control de enfermedades crónicas
43.	Consulta nutricional
44.	Control de salud
45.	Intervención psicosocial
46.	Consulta y/o consejería de salud mental
47.	Educación grupal
48.	Atención a domicilio (casos especiales)
49.	Atención podología a pacientes con pie diabético
50.	Curación de Pie diabético
51.	Intervención Grupal de Actividad Física

V. PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR	
52.	Consulta de morbilidad
53.	Consulta y control de enfermedades crónicas
54.	Consulta nutricional
55.	Control de salud
56.	Intervención psicosocial
57.	Consulta de salud mental
58.	Educación grupal
59.	Consulta kinésica
60.	Vacunación antiinfluenza
61.	Atención a domicilio
62.	Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor
63.	Atención podología a pacientes con pie diabético
64.	Curación de Pie Diabético

VI. PROGRAMA DE SALUD ORAL	
65.	Examen de salud
66.	Educación grupal
67.	Urgencias
68.	Exodoncias
69.	Destartraje y pulido coronario
70.	Obturaciones temporales y definitivas
71.	Aplicación sellantes
72.	Pulpotomías (casos especiales)
73.	Barniz de Fluor
74.	Endodoncia (casos especiales)
75.	Rayos X dental

VII. ACTIVIDADES CON GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD ASOCIADAS A PROGRAMAS

76. Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial primaria o esencial: consultas de morbilidad y controles de crónicos para personas de 15 años y más, en programas de adolescente, adulto y adulto mayor.
77. Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2: Consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño, adolescente, adulto y adulto mayor.
78. Acceso a evaluación y alta odontológica integral a niños y niñas de 6 años: prestaciones del programa odontológico.
79. Acceso a tratamiento de epilepsia no refractaria para los beneficiarios desde un año a menores de 15 años, y de 15 a más años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño , adolescente y adulto
80. Acceso a tratamiento de IRA baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años: consultas de morbilidad y kinésica en programa del niño.

81. Acceso a diagnóstico y tratamiento de Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más: consultas de morbilidad y kinésica en programa del adulto mayor.
82. Acceso a diagnóstico y tratamiento de la Depresión de manejo ambulatorio en personas de 15 años y más: consulta de salud mental, consejería de salud mental, intervención psicosocial y tratamiento farmacológico.
83. Acceso a diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: consultas de morbilidad y controles de crónicos; atención kinésica en programa de adulto mayor.
84. Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en menores de 15 años, y 15 a más años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño, adolescente y adulto; atención kinésica en programa del niño.
85. Acceso a diagnóstico y tratamiento de presbicia en personas de 65 y más años: consultas de morbilidad, controles de salud y control de crónicos en programa del adulto mayor.

86. Acceso a tratamiento médico en personas de 55 años y más, con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada
87. Acceso a Diagnóstico y tratamiento de la Urgencia odontológica Ambulatoria
88. Enfermedad de Parkinson con confirmación diagnóstica de especialista menores y mayores de 60 años: consulta de morbilidad, control medicina general y Tratamiento Farmacológico
89. hipotiroidismo en personas de 15 años y más: consulta de morbilidad , control y tratamiento
90. erradicación de helicobacter pylori: Tratamiento farmacológico y seguimiento

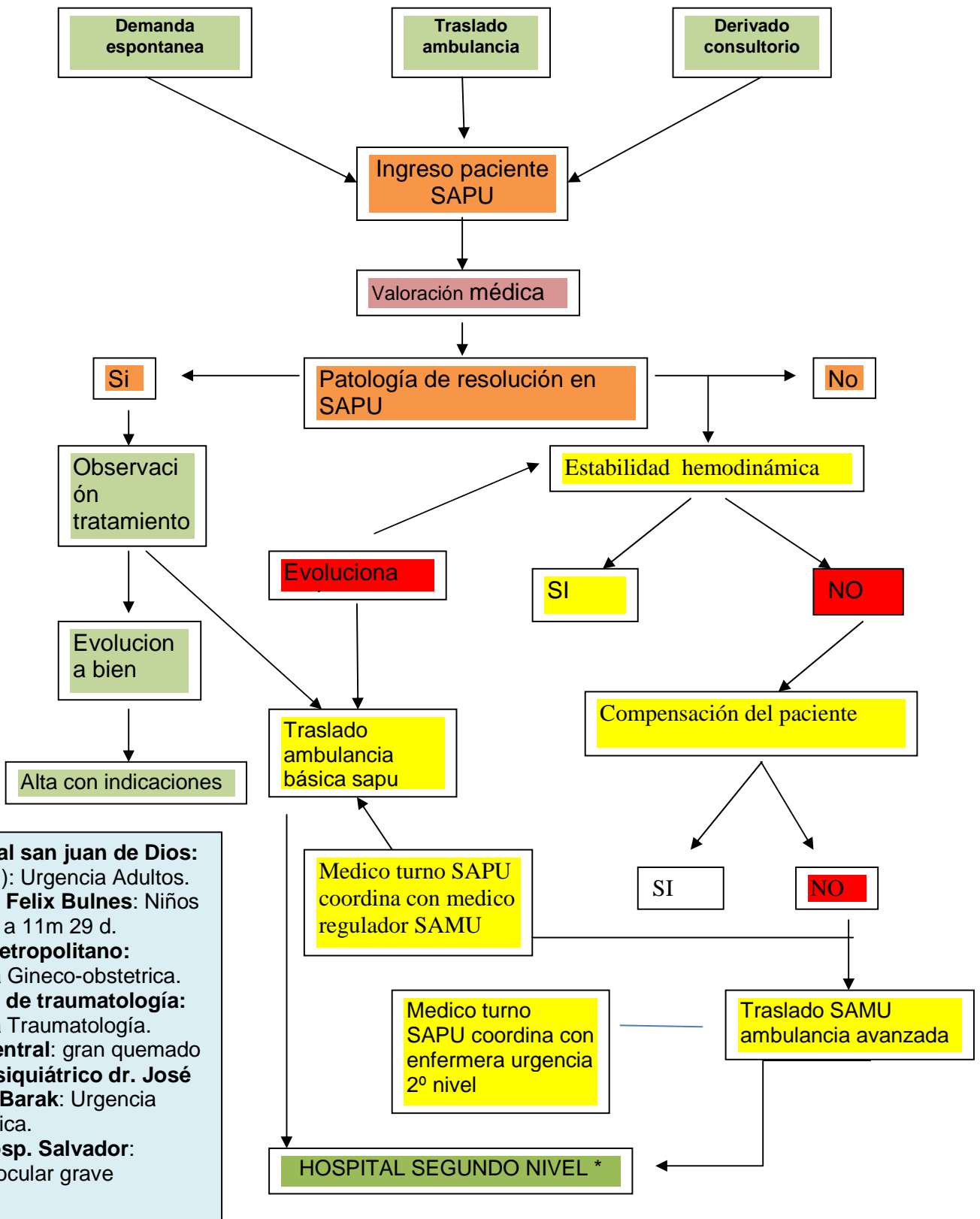
VIII. ACTIVIDADES GENERALES ASOCIADAS A TODOS LOS PROGRAMAS
91. Consejería familiar
92. Visita domiciliaria integral
93. Consulta social
94. Tratamiento y curaciones
95. Continuidad de la atención
96. Intervención Familiar Psicosocial
97. Diagnóstico y control de la TBC

IX. PRESTACIONES SERVICIO PRIMARIO DE ATENCION DE URGENCIAS SAPU 24H, SAPU RENCA SAPU 12 HORAS : BICENTENARIO Y HUAMACHUCO
97. PROCEDIMIENTOS BASICOS COMO: Inyectología IM, EV. Venoclisis, suturas y curaciones, cateterismo vesical, sonda nasogástrica, micronebulización y oxigenoterapia, extracción cuerpo extraño nariz y oídos, lavado ocular.
98. Odontología de Urgencia
99.Podología horario diurno
100. Constatación de lesiones y alcoholemia
101. Atención médicas de urgencia categorizadas en TRIAGE
102. Pesquisa de Patología psicológicas en sala de espera
103. Docencia y capacitación
104. Traslados de Ambulancia
105. Electrocardiograma de urgencia telemedicina y manual
106. vacunación antirrábica y antitetánica

- Centros de Derivación a Nivel Secundario

ESPECIALIDAD	ADULTO					INFANTIL	
	H. Félix Bulnes: 1 H.San Juan de Dios: 2 Insti.Traumatológico:3 Compra de servicios:4 Hosp. Psiquiátrico : 5					H. Félix Bulnes: 1 H.San Juan de Dios: 2	
	1	2	3	4	5	1	2
Medicina Interna	x					x	
Broncopulmonar	x					x	
Cardiología	x					x	
Endocrinología						x	
Gastroenterología	x					x	
Hematología		x					x
Nefrología	x					x	
Reumatología	x					x	
Dermatología	x					x	
Enfermedad Tras		x					x
Medicina Física y Rehabilitación	x					x	
Neurología	x						x
Psiquiatría	x					x	
Urgencia Psiquiat					x	x	
Cirugía	x					x	
Proctología	x					x	
Cirugía vascular		x					x
Obstetricia	x					x	
Ginecología	x					x	
Oftalmología	x	x		x			x
Otorrinolaringolo		x				x	
Traumatología			x			x	
Urología	x					x	

• **Flujograma de Derivación Red de Urgencias**



- **Presupuesto de Salud 2016**

I.- PRESUPUESTO INGRESOS SALUD 2016

PRESUPUESTO DE INGRESOS SALUD 2016	
DENOMINACION	PPTO 2016 M\$
<i>TRANSFERENCIAS CORRIENTES</i>	9.544.131
DEL SECTOR PRIVADO	-
DE OTRAS ENTIDADES PUBLICAS	9.544.131
De la Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo	-
Del Servicio de Salud	8.716.131
Atención Primaria Ley N° 19.378 Art. 49	6.302.779
Aportes Afectados	2.413.352
De la Municipalidad a Servicios Incorporados a su Gestión	828.000
<i>INGRESOS DE OPERACIÓN</i>	17.026
VENTA DE SERVICIOS	17.026
<i>OTROS INGRESOS CORRIENTES</i>	134.714
RECUPERACIONES Y REEMBOLSOS POR LICENCIAS MEDICAS	134.714
Recuperaciones Art. 12 Ley N° 18.196	134.714
TOTAL INGRESOS.....M\$	9.695.871

II. PRESUPUESTO GASTOS SALUD 2016

PRESUPUESTO DE GASTOS SALUD 2016	
DENOMINACIÓN	PPTO. 2016 M\$
<i>GASTOS EN PERSONAL</i>	6.472.327
PERSONAL DE PLANTA	1.799.295
PERSONAL A CONTRATA	3.288.655
OTRAS REMUNERACIONES	1.384.377
<i>BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO</i>	2.873.544
ALIMENTOS Y BEBIDAS	56.379
TEXTILES, VESTUARIO Y CALZADO	0
COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	9.826
MATERIALES DE USO O CONSUMO	1.593.549
SERVICIOS BASICOS	73.607
MANTENIMIENTO Y REPARACIONES	446.067
PUBLICIDAD Y DIFUSION	60.016
SERVICIOS GENERALES	272.087
ARRIENDOS	71.219
SERVICIOS FINANCIEROS Y DE SEGUROS	5.234
SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES	285.560
OTROS GASTOS EN BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	-
<i>INICIATIVAS DE INVERSION</i>	350.000
TOTAL GASTOS \$	9.695.871

- **Dotación 2016, Enviada al SSMOCC**

CARGO	CAT.	DOTACION	
		Nº CARGOS	HORAS
DIRECTOR		4	176
MEDICO	A	36	1584
ODONTOLOGO	A	22	829
QUIMICO FARMACEUTICO	A	2	88
ENFERMERO(A)	B	19	836
MATRON (A)	B	19	836
NUTRICIONISTA	B	13	572
KINESIOLOGO	B	12	528
ASISTENTE SOCIAL	B	12	528
PSICOLOGO	B	10	440
EDUCADORA DE PARVULOS	B	6	264
TERAPEUTA OCUPACIONAL	B	1	44
TECNICO NIVEL SUPERIOR	C	78	3432
AUX. PARAMEDICO	D	23	1012
ADMINISTRATIVO	E	39	1716
AUX. DE SERVICIO	F	23	1012
TOTAL		319	13897

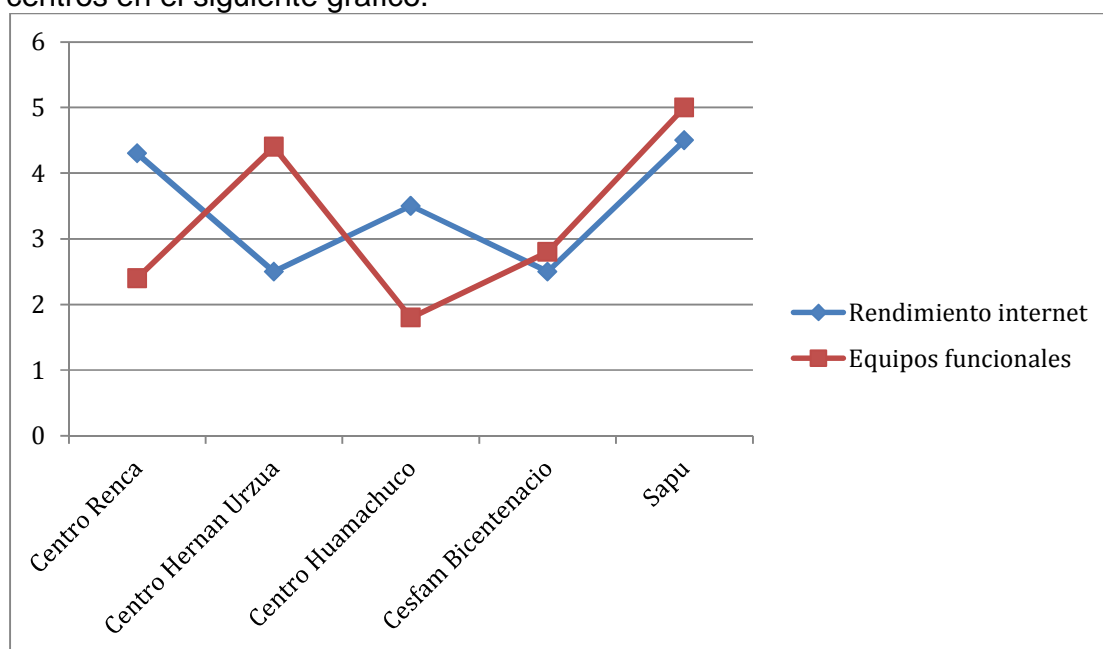
La propuesta en cuestión, continúa en los lineamientos estratégicos definidos por la Primera Autoridad Comunal, en cuanto a proveer servicios oportunos y de calidad a la población de la comuna.

- **Programa de Implementación de Redes computacionales**

Crecimiento de tecnologías de la información(tic's), de salud de la corporación de renca

En el presente año se ha realizado un estudio de todos los centros de salud de la comuna de Renca que tiene la finalidad de conocer las debilidades que poseen nuestros 4 centros de salud, incluidos los 3 COSAM, Servicio de Urgencia y Centro de Rehabilitación del Adulto Mayor para así dar una atención más adecuada a toda la comunidad.

En base a lo anterior se puede mencionar la evolución en el tiempo de todos nuestros centros en el siguiente grafico.

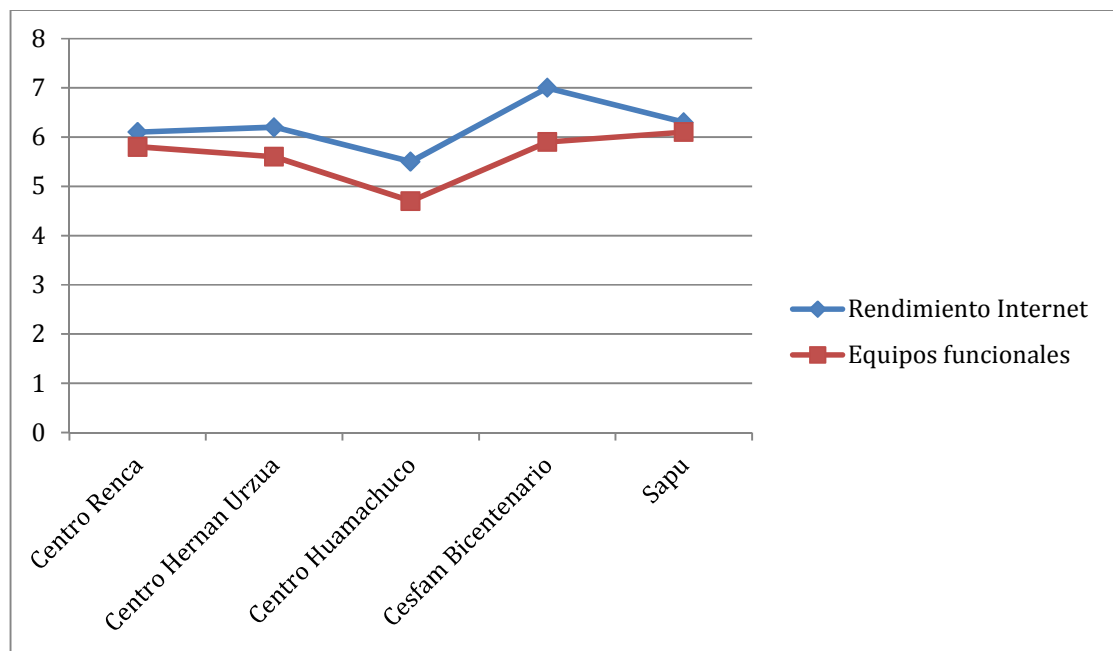


Diccionario de datos:

Equipos funcionales: El estudio TIC indico que nuestros centros poseían una carencia aproximada del 50% de todos nuestros centros, esto significa que no contábamos como comuna con todos los equipos necesarios para nuestros profesionales y nuestra comunidad.

Rendimiento Internet: En este aspecto se puede indicar que en todos los centros de salud existían problemas de intermitencia, o poca conectividad a internet, lo que indica que el tiempo de espera de atención a público fuese mas lenta.

Evolución de conectividad a internet y equipos funcionales en tiempo real.



Diccionario de Datos:

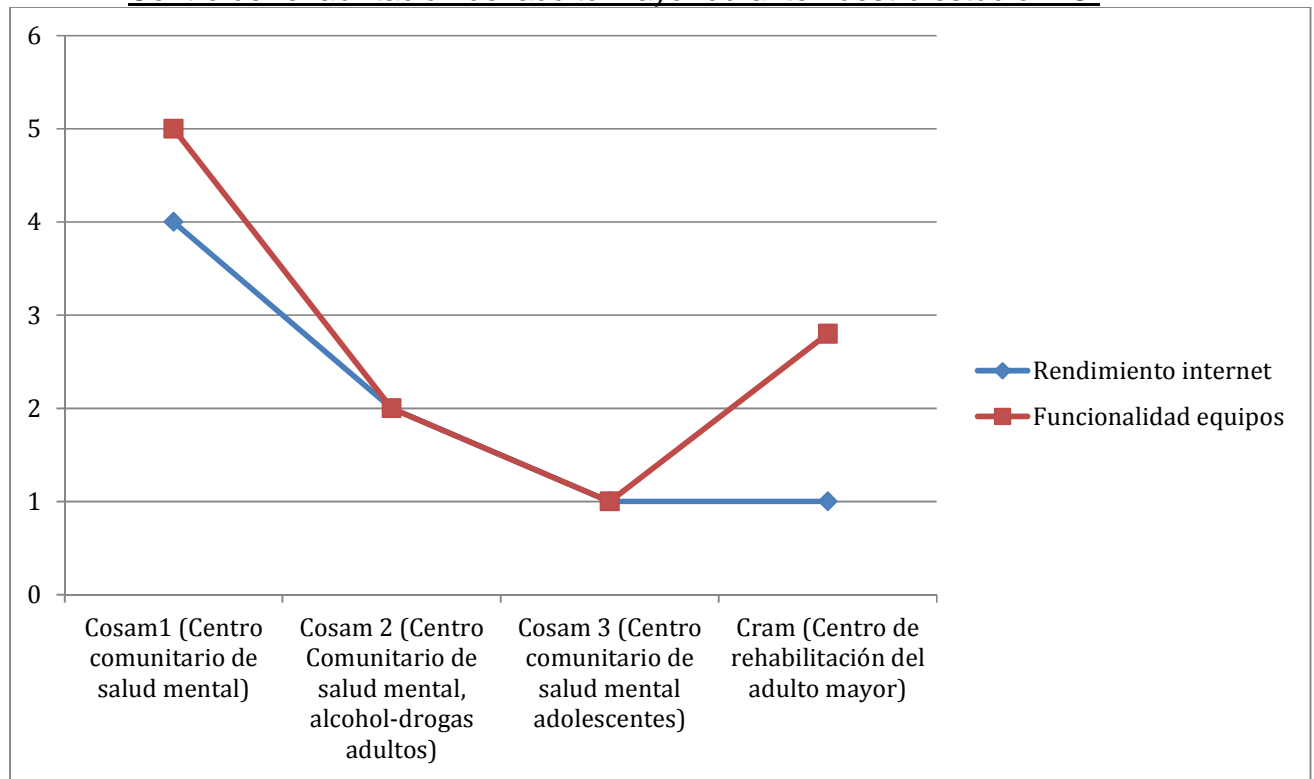
Rendimiento Internet: En la actualidad nuestros 5 centros de salud poseen la conectividad a internet, incluyendo nuevos puntos de accesos en los box de atención, para hacer la atención a público una tarea menos engorrosa, tanto para nuestros funcionarios como para nuestro público.

Es necesario indicar que nuestro Cesfam Bicentenario es el primer centro de la comuna con contar con internet de 10Mb netamente de red Minsal para todos sus ordenadores, esto quiere decir, que se controla el tráfico a través de filtros de navegación, siendo un internet bastante estable.

Equipos Funcionales: En base al estudio TIC realizado la comuna cubrió las necesidades que poseían nuestros centros de salud, es por ello que hoy en día el 90% de nuestros box están completamente equipados con ordenadores que simplifican la atención al público, además se estableció un stock de insumos en cuanto a hardware para todos nuestros Centros y Cosam.

También se puede indicar que se han implementado nuevas impresoras de última tecnología para nuestros Centros de salud, estas a su vez están conectadas en red para minimizar tiempos de espera, costos de insumos, y lograr una mejor comunicación entre funcionarios y público.

A continuación se indica en el siguiente grafico la situación de nuestros Cosam y Centro de rehabilitación del adulto mayor durante nuestro estudio TIC.

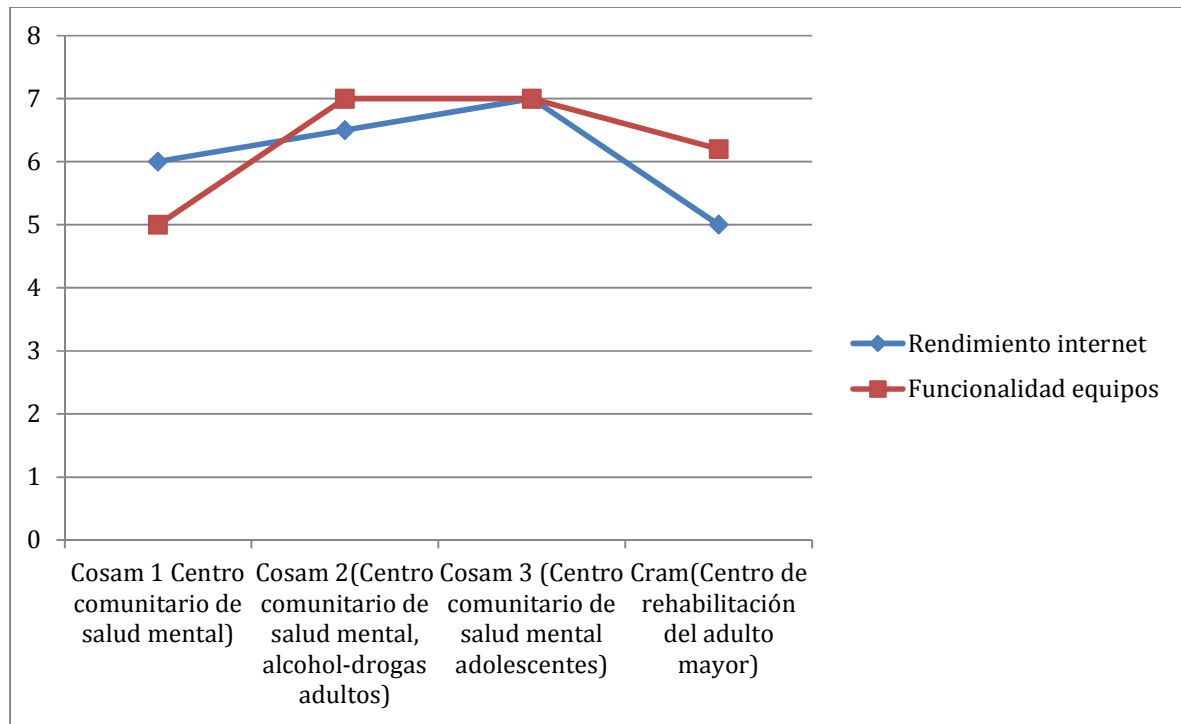


Diccionario de datos:

Rendimiento Internet: Como se presenta en la grafica teníamos una deficiencia del 80% en cuanto a la conectividad a internet, puesto nuestro Cosam 3 (Centro comunitario de salud mental de adolescentes) y Cram (Centro de rehabilitación del adulto mayor), no poseían la conectividad a internet.

Funcionalidad de equipos: La grafica en este aspecto nos indica que si no existía la conectividad a internet era casi nulo el uso de los pocos equipos que se contaban en estos centros, puesto la finalidad es poder tener material de apoyo para los funcionarios de los Cosam y Cram para así dar una atención adecuada a la comunidad de Renca.

Evolución de conectividad a internet y equipos funcionales en tiempo real.



Diccionario de datos:

Rendimiento Internet: En la actualidad todos nuestros Cosam y Cram tienen la navegación a internet en todos sus ordenadores, podemos mencionar que en este aspecto se han integrado nuevos puntos de red por sala según necesidades de cada centro de rehabilitación, esto hace que nuestra comunidad pueda tener una adecuada atención y material necesario para poder desenvolverse en la sociedad.

Funcionalidad Equipos:

De acuerdo a nuestro estudio TIC, se realizó la inversión para nuestros Cosam, implementando nuevos ordenadores según las necesidades de cada centro de rehabilitación, a su vez estos ordenadores están conectados en red simplificando el tiempo de atención al público y labores de nuestros mismos funcionarios.

Como comuna nuestras perspectivas para el año 2016 en el aspecto tecnológico son poder normalizar la red de todos nuestros centros, implementar más ordenadores, utilizar telefonía ip de esta forma podremos cumplir como comuna con los estándares adecuados para la atención al público y reducción de costos que pueden ser utilizados en otras directrices que la necesiten.

- **Jornadas de capacitación a los Equipos Gestores cesfam del Bicentenario y Centro de Salud Renca**

A través del Servicio de Salud Metropolitano Occidente y en el marco del programa de formación y capacitación, adjudica a dos de nuestros establecimientos: CESFAM del Bicentenario y Centro de Salud Renca, el “Programa de Apoyo a la Gestión en Innovación para (08) establecimientos de la Red”, la entidad adjudicada para el desarrollo de esta actividad, fue la Universidad de Chile mediante su Facultad de Ciencias y Matemáticas.

En consecuencia, y para dar inicio a la programación de actividades, se convoca en primera instancia a ambos equipos a un espacio de reflexión donde se dieron a conocer los lineamientos generales y la metodología de innovación que contempla el proyecto, el cual estuvo dirigido como se hace mención a los Equipo Gestor de cada establecimiento con un acompañamiento de una vez a la semana, durante tres meses.

Como resultado de lo anterior, los establecimientos desarrollaron Proyectos que fueron expuestos en jornada de evaluación final, siendo éstos:

- **DISEÑO DEL PROYECTO DE INNOVACIÓN CENTRO DE SALUD RENCA**

IDENTIFICACIÓN Y RELEVANCIA DEL PROBLEMA:

Problema: Programas y servicios funcionando aisladamente en nuestro establecimiento, esta situación es relevante ya que genera clima laboral poco grato, perjudica coordinación entre los servicios, dificulta la atención del usuario, obstaculiza los canales de información generando funcionamiento aislado de los servicios y entrega inadecuada de las atenciones a nuestros usuarios.

El diagnóstico inicial se genera de la observación de usuarios insatisfechos, tramitados, reclamos por entrega de información inexacta, malas derivaciones internas, trato inadecuado a usuarios internos y externos, y también al observar a un usuario interno poco tolerante, limitándose a realizar su labor sin una mayor motivación a mejorarla.

DESAFIO: INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN

Nuestro desafío es lograr mejorar el trato y servicio entregado a nuestro usuario externo, a través de la integración de programas y servicios de nuestro establecimiento, y el cambio del que y como hacer nuestro trabajo diario en salud.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo General

Mejorar la satisfacción usuaria a través de lograr la integralidad de programas y servicios de nuestro establecimiento.

Objetivo específicos

- 1.- Lograr que los equipos participen en forma proactiva en los diferentes programas del centro de salud.
- 2.- Mejorar la comunicación al interior de los diferentes programas y servicios, de nuestro establecimiento.
- 3.- Mejorar y socializar flujos de programas y servicios con el personal del establecimiento.
- 4.- Optimizar los tiempos asignados para reuniones y otras actividades en el centro de salud.
- 5.- Lograr la participación del consejo local de salud y comunidad en actividades emblemáticas de autocuidado y calidad de vida.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Con este proyecto buscamos implementar una nueva forma de trabajo que logre integralidad de los programas y servicios de nuestro centro de salud, a través de un cambio en el “que y como hacer nuestra labor”, que involucra distintos ámbitos, tales como comunicación, relaciones interpersonales, organización, aspectos motivacionales, actitud pasiva a proactiva, logrando participación en nuestros funcionarios; todo esto para lograr mejorar el trato al usuario externo y la satisfacción del usuario interno, contribuyendo a mejorar la calidad de vida.

Para lograr la implementación de este proyecto se definieron diversas estrategias, como son:

- Buscar respaldo de la corporación municipal de salud para este proyecto
- Informar a funcionarios en reuniones ampliadas sobre este proyecto y sus objetivos.
- Involucrar e incentivar a funcionarios del centro de salud a participar y ser responsables de algunas actividades del proyecto.
- Organización y planificación de las actividades.
- Manejo de agendas.
- Alianza con consejo local de salud y comunidad

Este proyecto está dirigido y pensado trabajar directamente con todos los funcionarios del centro de salud Renca, pero su objetivo final son los usuarios externos, ya que a través de la mejora de la dinámica de trabajo se pretende lograr mejor trato y satisfacción usuaria.

Las áreas involucradas en nuestro proyecto son todas las del centro de salud, tanto programas como servicios, se ha considerado en las actividades de este proyecto en lo que compete a los días emblemáticos incorporar a representantes de la comunidad a través de nuestro consejo local de salud.

El desarrollo de nuestro proyecto lo tenemos considerado con la realización de diferentes actividades respondiendo cada una de ellas a los objetivos específicos planteados.

En relación al objetivo:

A.- Lograr la participación de los funcionarios en los diferentes programas y actividades del centro de salud, tenemos considera las siguientes actividades

- 1.- Reuniones ampliadas para información, difusión y acuerdos
- 2.- Celebrar días emblemáticos, definidos en conjunto con los equipos de salud y el consejo local.
- 3.- Tardes protegidas 2 veces al mes, dividiendo la dotación de funcionarios en dos grupos.
- 4.- Reunión de monitoreo y evaluación de procesos.

B.- Mejorar comunicación al interior de los diferentes programas y servicios de nuestro centro de salud.

Actividades

- 1.- Reuniones de planificación de jornada tarde protegida
- 2.- Desarrollo de “tarde protegida”, con sus diferentes componentes como son:
 - a.- Baile entretenido
 - b.- Sesiones de masoterapia
 - c.- Sesiones de Manicure
 - d.- Tardes de Karaoke.
 - e.- Tardes de cine
 - f.- Competencia de ping- pong.
 - g.- Juegos de Mesa

C.- Mejorar Flujogramas y dar a conocer a los funcionarios del centro de salud.

- 1.- Reuniones de trabajo para revisión y elaboración de flujo gramas de los diferentes servicios y programas.
- 2.- Reuniones para dar a conocer flujo gramas elaborados a todos los funcionarios del centro de salud.

D.- Optimizar los tiempos asignados para reuniones y otras actividades en el centro de salud.

- 1.- Reunión de trabajo para elaborar cronograma de reuniones de programas y servicios.
- 2.-Publicar cronograma de reuniones para conocimiento de todos los funcionarios del centro de salud
- 3.- Elaboración de tablas de reunión.
- 4.-Programar en agendas las horas de reunión.

CIERRE DE PROGRAMA ANUAL CON EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES EN UN DÍA DE RECREACIÓN CONJUNTA FUERA DEL CENTRO DE SALUD.

RECURSO HUMANO: Funcionarios Centro de Salud Renca, Comité Local de Salud y comunidad.

○ **PROYECTO DE INNOVACIÓN: CESFAM DEL BICENTENARIO**

CESFAM del Bicentenario fue favorecido por el “**Programa de apoyo a la gestión en Innovación para Establecimientos de la Red**” el cual fue muy beneficioso para nuestro equipo y para nuestra comunidad Renquina, implementando de manera participativa junto a la comunidad el nuevo modelo en salud familiar, lo cual significó un desafío por el aumento de la población y su desconocimiento de cómo se opera la red de salud comunal.

Estos nos llevaron a reinventarnos porque surgieron nuevas problemáticas en salud y por lo mismo nuevas estrategias.



Por otro lado CESFAM del Bicentenario participo de un segundo taller de capacitación, siendo éste el **“Programa de Acompañamiento e Implementación del Modelo de Salud Familiar”**, el cual le brindó herramientas para mejorar la implementación de algunos servicios que no estaban completamente empoderados, es así como el equipo gestor en conjunto con la comunidad se enfocaron en mejorar, optimizar y habilitar la sectorización y la oficina OIRS, este trabajo mancomunado permito que la comunidad tuviese un rol fundamental en todos los procesos, identificándose con el establecimiento, sus equipos y todas las actividades que allí se desarrollan, a su vez el equipo gestor, creo un nexo muy estrecho con la población a cargo y sus usuarios inscritos. Como resultado de ello se establecieron actividades que se desarrollan en forma permanente.



- **Indicadores de Actividades en Atención Primaria de Salud y Metas Sanitarias**

IAAPS

COMPONENTE	META	LOGRADO
COBERTURA EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA (EMP), EN HOMBRES DE 20 A 44 AÑOS	23.5	24.02
COBERTURA EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA	40.64	41.66
COBERTURA DE EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO DE 65 AÑOS Y MÁS	53	55.55
INGRESO A CONTROL EMBARAZO, ANTES DE LAS 14 SEMANAS	90.5	80.19
COBERTURA ALTAS ODONTOLÓGICAS TOTALES EN POBLACION MENOR DE 20 AÑOS	22.75	23.66
GESTION DE RECLAMOS EN ATENCION PRIMARIA	95	100
COBERTURA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS	60.80	63.94
COBERTURA HIPERTENSION ARTERIAL PRIMARIA O ESENCIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS	75.1	76.01
COBERTURA DE EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS Y NIÑAS DE 12-23 MESES	98.10	99.35
TASA DE VISITA INTEGRAL	023	0.23

Actividad GES: 100% Cumplimiento

METAS SANITARIAS

CONSOLIDADO COMUNAL DE METAS SANITARIAS 2014				
COMUNA DE RENCA				
EXENTA 2781 del 23/12/2013				
1.- RECUPERACION RIESGO				
CENTRO DE SALUD	META	NUMERADOR	DENOMINADOR	LOGRADO
RENCA	90	9	9	100,00
HERNAN URZUA	90	8	8	100,00
HUAMACHUCO	90	1	1	100,00
TOTAL COMUNAL		18	18	100,00
2.- COBERTURA DE PAPANICOLAU (ESTADISTICA CITOERPRT)				
CENTRO DE SALUD	META	NUMERADOR	DENOMINADOR	LOGRADO
RENCA	58	8003	16077	49,78
HERNAN URZUA	50	3854	9201	41,89
HUAMACHUCO	58	1854	4169	44,47
TOTAL COMUNAL		13711	29447	46,56

3.- ATENCION ODONTOLOGICA				
3.1- Cobertura Alta Odontológica Total en adolescente 12 años				
CENTRO DE SALUD	META	NUMERADOR	DENOMINADOR	LOGRADO
RENCA	64	745	884	84,28
HERNAN URZUA	58	320	550	58,18
HUAMACHUCO	72	180	247	72,87
TOTAL COMUNAL		1245	1681	74,06
3.2- Cobertura Alta Odontológica Total en adolescente 6 años				
CENTRO DE SALUD	META	NUMERADOR	DENOMINADOR	LOGRADO
RENCA	76	668	756	88,36
HERNAN URZUA	72	376	470	80,00
HUAMACHUCO	76	166	208	79,81
TOTAL COMUNAL		1210	1434	84,38
3.3- Cobertura Alta Odontológica Total en Embarazadas				
CENTRO DE SALUD	META	NUMERADOR	DENOMINADOR	LOGRADO
RENCA	70	485	647	74,96
HERNAN URZUA	70	337	455	74,07
HUAMACHUCO	70	138	185	74,59
TOTAL COMUNAL		960	1287	74,59

4.- COBERTURA EFECTIVA DE PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CONTROLADA				
CENTRO DE SALUD	META	NUMERADOR	DENOMINADOR	LOGRADO
RENCA	28,7	1649	5639	29,24
HERNAN URZUA	35	1043	2930	35,60
HUAMACHUCO	27	426	1494	28,51
TOTAL COMUNAL		3118	10063	30,98
5.- COBERTURA EFECTIVA DE PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS CON HTA CONTROLADA				
CENTRO DE SALUD	META	NUMERADOR	DENOMINADOR	LOGRADO
RENCA	34,3	4112	10697	38,44
HERNAN URZUA	42,4	3201	5239	61,10
HUAMACHUCO	40	1154	2801	41,20
TOTAL COMUNAL		8467	18737	45,19
6.- EVALUACION ANUAL DE PIE DIABETICO EN PERSONAS CON DIABETES BAJO CONTROL DE 15 Y + AÑOS				
CENTRO DE SALUD	META	NUMERADOR	DENOMINADOR	LOGRADO
RENCA	50	1727	3448	50,09
HERNAN URZUA	50	1152	1984	58,06
HUAMACHUCO	80	798	981	81,35
TOTAL COMUNAL		3677	6413	57,34

7.- OBESIDAD EN NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS				
CENTRO DE SALUD	META	NUMERADOR	DENOMINADOR	LOGRADO
RENCA	7	271	4224	6,42
HERNAN URZUA	7,8	231	2979	7,75
HUAMACHUCO	8,2	89	1120	7,95
TOTAL COMUNAL		591	8323	7,10
8.- CONSEJO DESARROLLO DE SALUD FUNCIONANDO REGULARMENTE EN LOS ESTABLECIMIENTOS				
CENTRO DE SALUD	META	NUMERADOR	DENOMINADOR	LOGRADO
RENCA	100	100	100	100,00
HERNAN URZUA	100	100	100	100,00
HUAMACHUCO	100	100	100	100,00
TOTAL COMUNAL		100	100	100,00

6.- EVALUACION PROGRAMAS DE SALUD 2014 - 2015

6.1.- Jornada de evaluación Plan de Salud

Para la realización de Plan de salud 2016, se convoca a los equipos que conforman los dispositivos de salud a saber : centro de salud Dr. Hernán Urzúa Merino, Centro de Salud Renca, Centro de Salud Huamachuco, CESFAM del Bicentenario, COSAM I, II, y III. A la vez se invita, a Programas comunales como lo son: Programa Vida Sana Obesidad , Programa Vida Sana Alcohol, Químicos Farmacéuticos comunal, Sala de Rehabilitación Comunitaria, Sapu Renca, Unidad de toma de muestra , Centro de Rehabilitación del Adulto Mayor (CRAM), comité comunal de salud, Espacios Amigables y Programa Adolescentes, Programa Promoción y Participación de la salud y Programa Más Adulto Mayor Autovalente.

Para llevar a cabo esta actividad se realizan 3 jornadas de trabajo, que se nombran a continuación:

- 1.- Jornada de Diagnóstico de salud: se entregan conceptos básicos de Diagnóstico de Salud. Participa el intersector: Educación, DIDECO, SECPLA.
- 2.- Jornada de Evaluación: De acuerdo a los lineamientos de cada programa, los encargados comunales expusieron principalmente las actividades, metas asociadas a dicho programa y los logros alcanzados desde julio 2014 a junio 2015.
- 3.- Jornada de Programación: cada programa se reúne para realizar programación año 2015 basándose en Orientaciones de MINSAL.

Dichas jornadas tuvieron lugar en Centro de Eventos Espacio Norte los días 7, 8 y 14 de Octubre de 8:30 a 17:00 hrs.

6.2.- Evaluación Programa Infantil

El Programa de Salud del niño entrega una oferta integrada de actividades con intervenciones costo-efectivas basadas en evidencia que protegen los derechos de niños y niñas, promueven su desarrollo, identifican riesgos biopsicosociales y entregan intervenciones de tratamiento y rehabilitación.

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 ó 5 años de edad).

Las políticas públicas dirigidas a infancia tienen como desafío contribuir a la mejor calidad de vida en la infancia, fortaleciendo un proceso continuo de atención de salud con el fin de promover el desarrollo integral óptimo en la infancia, prevenir y reducir la carga de morbilidad en esta etapa y seguir avanzando en la reducción de la mortalidad infantil.

La tabla N°1 da cuenta de los primeros tres objetivos propuestos para este programa. Para el objetivo 1; al proyectar las metas propuestas en ambos indicadores de la Consulta Nutricional (5 meses y 3 años 6 meses) hacia fines de 2015, considerando el cumplimiento que se lleva hasta ahora, estas serán cumplidas. En cuanto al objetivo 2 la lactancia materna es un indicador que a partir del año 2015 es Meta Sanitaria por Centro de Salud (Renca 68%,CHUM=67.5%, Huamachuco=50%, Bicentenario=71%).La meta de este objetivo ya fue cumplida. Finalmente la meta del objetivo 3 se pretende reforzar a fin de lograr cumplirla antes de finalizar el 2015, para ello se cuenta con personal acreditado por el Servicio de Salud, así como con 4 Facilitadores Comunales.

Tabla N°1. Objetivos 1, 2 y 3 del programa infantil.

OBJETIVO 1		OBJETIVO 2		OBJETIVO 3	
Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física tempranamente como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital		Lograr un 60% de lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida.		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.	
ACTIVIDAD 1	Cobertura de Consulta Nutricional al 5° mes	ACTIVIDAD	Cobertura LME al sexto mes	ACTIVIDAD	NEP. Taller Nadie es Perfecto.
ACTIVIDAD 2	Cobertura de consulta nutricional a los 3 años 6 meses				
META 1	85%	META	60%	META	16 Talleres
META 2	50%				
CUMPLIMIENTO COMUNAL 1	769/963=79,8%	CUMPLIMIENTO COMUNAL	450/703=64 %	CUMPLIMIENTO COMUNAL	8/16 =50%
CUMPLIMIENTO COMUNAL 2	472/842= 56%				
FUENTE INDIC. 1 y 2	P 02	FUENTE INDIC.	REM A03	FUENTE INDIC.	Sistema de Registro y monitoreo CCC. Modelo NEP

La tabla 2 muestra los objetivos 4, 5 y 6. Para el objetivo 5 el avanzado cumplimiento se debe a la realización de sesiones educativas para disminuir la severidad de cuadros respiratorios y aunque la meta está cumplida, CES Renca realizará sesiones el 2° semestre para reforzar el objetivo respectivo.

Tabla N°2. Objetivos 4, 5 y 6 del programa infantil.

OBJETIVO 4		OBJETIVO 5		OBJETIVO 6	
Incorporación del Padre en la supervisión de salud infantil		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.		Establecer línea base de aplicación de pauta de factores condicionantes de riesgo de Malnutrición por exceso.	
ACTIVIDAD 1	Controles de salud entregados a niños y niñas menores de 1 año en los que participa el padre	ACTIVIDAD	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	ACTIVIDAD	Aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso
ACTIVIDAD 2	Controles de salud entregados a niños y niñas de entre 1 y 4 años en los que participa del padre				
META 1	20%	META	12 sesiones educativas	META	Conocer el porcentaje aplicado
META 2	12%				
CUMPLIMIENTO COMUNAL 1	3594/612=17%	CUMPLIMIENTO COMUNAL	27/12= 225 %	CUMP. COMUNAL	2286/7749=30,7
CUMPLIMIENTO COMUNAL 2	2624/346=13,2%				
FUENTE INDIC. 1 y 2	REM A01, Sección B	FUENTE INDIC.	REM A27, Sección A REM P2, Sección A	FUENTE INDIC.	REM P2 sección A. REM P2 sección H.

Para el objetivo 7, en el caso de la actividad 1, la Esta Pauta es aplicada por Medico y busca detectar de manera precoz alteraciones Neurológicas. Para la actividad 2 la radiografía de cadera es una garantía explícita de salud, implementada para la pesquisa oportuna de Displasia de Caderas. De acuerdo a lo realizado hasta la

fecha, si se considera la población inscrita validada FONASA su nivel de cumplimiento es de tan solo un 30,5% que corresponde a los 439 exámenes cursados. En cambio, si se considera la población de recién nacidos a nivel comunal (actualmente de 794 casos), el porcentaje se elevaría a 55% de cumplimiento; es decir 439 casos con radiografías realizadas, que es la población bajo control. Por otro lado la actividad 3 es una evaluación que mide la calidad de apego madre e hijo. Finalmente, las demás actividades buscan la detección temprana del déficit del desarrollo psicomotor para una intervención oportuna, mejorando la cobertura en comparación a años anteriores.

Tabla Nº3. Objetivo 7

OBJETIVO 7							
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.							
ACTIVIDAD 1	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación Neurosensorial.	META	90%	CUMP. COMUNAL	767/824 =93%	FUENTE INDIC.	REM A03, Sección A1. REM A01, Sección B
ACTIVIDAD 2	Toma de Rx pelvis a niños y niñas a los 3 meses. Se entregaran en nómina de casos AUGE a SOME	META	100 %	CUMP. COMUNAL	439/1438 = 30,5%	FUENTE INDIC.	SIGGES FONASA
ACTIVIDAD 3	Control de salud a los 4 meses con aplicación de pauta de observación de calidad de apego	META	80%	CUMP. COMUNAL	372/653 =56,7%	FUENTE INDIC.	REM A03, Sección AREM A01, Sección B
ACTIVIDAD 4	Control de salud a los 8 meses con aplicación de evaluación de Desarrollo Psicomotor (Primera	META	80%	CUMP. COMUNAL	611/807 =75,7%	FUENTE INDIC.	REM A03, Sección BREM P2, Sección

	evaluación)						A
ACTIVIDAD 5	Pauta DSM a los 18 meses	META	98,1 %	CUMP. COMUNAL	933/1919 =48,6%	FUENTE INDIC.	REM A03
ACTIVIDAD 6	Aplicación Tepsi a los 36 meses	META	50%	CUMP. COMUNAL	614/919 =66,8 %		

Tabla N°4. Objetivos8 y 9

OBJETIVO 8		OBJETIVO 9	
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenible.		Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio	
ACTIVIDAD 1	Cobertura vacuna al 6to mes	ACTIVIDAD	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.
ACTIVIDAD 2	Cobertura vacuna a los 12 meses		
META 1	95%	META	100%
META 2	95%		
CUMPLIMIENTO COMUNAL 1	1121/1978=56.7%	CUMPLIMIENTO COMUNAL	100%
CUMPLIMIENTO COMUNAL 2	1161/1972=58,8%		
FUENTE INDIC. 1 y 2	RNI Proyección INE	FUENTE INDIC.	Supeditado a disponibilidad de Plataforma desde el DEIS.

TratamientoTabla N°5. Objetivos 10 y 11

OBJETIVO 10		OBJETIVO 11	
Contribuir a la disminución de morbimortalidad en menores de 1 año por IRA		Garantizar el acceso a alguna modalidad de estimulación a niñas/niños que presenten déficit (riesgo-retraso) o rezago en DSM	
ACTIVIDAD	Visitas domiciliarias realizadas a familias de niños/niñas con Score de riesgo de morir por neumonía grave	ACTIVIDAD	Derivación de niños menores de 4 años con Rezago a Sala de Estimulación

META	15%.	META	80%
CUMPLIMIENTO COMUNAL	26/26=100%	CUMPLIMIENTO COMUNAL	384/384=100%
FUENTE INDIC.	REM A26. REM P2. Sección D	FUENTE INDIC.	REM A03, Sección A.3. REM A03, Sección A.2

Para el objetivo 12, en la actividad 3, los niños con Déficit en 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.

Tabla N°6 Objetivo 12

OBJETIVO 12							
Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor							
ACTIVIDAD 1	Derivación de niños menores de 4 años con déficit (riesgo y retraso) a Sala de Estimulación	META	100 %	CUMP. COMUNAL	51/51= 100%	FUENTE INDIC.	REM A03, Sección A.3 REM A03, Sección A.2
ACTIVIDAD 2	Visita domiciliaria integral a familia con niños y niñas con déficit en su desarrollo	META	Tasa 1,5	CUMP. COMUNAL	51/108= 1,47 visita domiciliaria integral	FUENTE INDIC.	REM A26, Sección A. REM P2, Sección C
ACTIVIDAD 3	Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor	META	90%	CUMP. COMUNAL	51 (déficit) /41(recuper) =80,5%	FUENTE INDIC.	REM A03, Sección A.2 (columnas D, E, G)

6.3.- Evaluación Programa adolescentes y espacios amigables

Este programa está dirigido a jóvenes de la comuna de Renca que tengan entre 10 y 19 años. Sus principales propósitos son: generar instancias educativas en cuanto a prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS), prevención del embarazo adolescente, evaluación e identificación del estado psicosocial de la población comprendida el rango etario señalado y brindar apoyo mediante consejerías relativas a educación sexual y manejo emocional de los jóvenes.

Dentro del programa adolescente se lleva a cabo el control joven sano (CJS) que consiste en consejerías a adolescentes orientadas a salud sexual y reproductiva. Entre el segundo semestre de 2014 y primer semestre de 2015 se planificaron 971 consejerías en espacios amigables a nivel comunal, de las que se realizaron en forma efectiva 686, correspondiente a un 70,7% de lo propuesto. Dentro de estas consejerías, 81 de ellas incluyeron entrega de preservativos para reforzar la prevención del embarazo y contagio de ETS.

En el marco del programa espacios amigables y CJS se desarrollaron los talleres de Salud sexual y prevención de VIH/SIDA e ITS, Autoestima y autocuidado, Mente sana y cuerpo sano, Yo me cuido y otros talleres que en total se llevaron a cabo en 11 sesiones cada uno. En ellos participaron 148 hombres y 168 mujeres, sumando un total de 316 participantes por taller.

A continuación se grafica el cumplimiento a nivel comunal de la cantidad de CJS realizadas entre julio 2014 y junio 2015, según centro de salud, observándose un cumplimiento del 106% de la meta propuesta.

CONSULTORIO	META ANUAL CLAP ADOLESCENTES	CUMPLIMIENTO CONSULTORIOS	% DE CUMPLIMIENTO
RENCA	615	714	116,1%
HERNAN URZUA	409	398	97,4%
HUAMACHUCO	199	201	101,0%
BICENTENARI O	178	176	99,2%
TOTAL COMUNA	1400	1489	106%

Detectar factores de riesgo en cuanto a Embarazos, ITS / VIH y problemas de Salud Mental en la población adolescente de 10 a 19 años en los cuatro centros de salud de la comuna de Renca y en espacios amigables

a.) Objetivos:

- I. Pesquisar factores de riesgo con relación a Embarazo, VIH e ITS en la población de 10 a 19 años inscritas en la comuna de Renca.
- II. Pesquisar factores de riesgo con relación a problemas de salud mental en la población de hombres y mujeres de 10 a 19 años inscritas en la comuna de Renca.

Dentro de las actividades de educación sexual preventivas del contagio de enfermedades de transmisión sexual y del embarazo se grafica la cantidad de preservativos según rango etario y sexo de los adolescentes dentro de la comuna, durante julio 2014 – junio 2015. El detalle se muestra en la siguiente tabla

Nº de Preservativos entregados a Adolescentes 10-14 años en Consejerías en el ámbito de la SSR *	Mujeres	0
	Hombres	0
Nº de Preservativos entregados a Adolescentes 15-19 años en Consejerías en el ámbito de la SSR*.	Mujeres	85
	Hombres	206

b.) Actividad realizada: Control de Salud Integral de los y las Adolescentes de 10 a 19 años a través de ficha CLAP, para los puntos I y II de los objetivos.

c.) Metas:

- I. Realizar control de Joven Sano al 7,5% de la población de 10 a 19 años inscritas en la comuna de Renca en un plazo de 12 meses, señalando factores de riesgo de embarazo, VIH e ITS (en relación al objetivo I.)
- II. Realizar control de Joven sano al 7,5% de los hombres y mujeres de 10 a 19 años inscritos en la comuna de Renca en un plazo de 12 meses, señalando factores de riesgo con relación a enfermedades de salud mental (en relación al objetivo II.)

d.) Indicador:

- I. Nº de controles de Joven Sano realizados en población de 10 a 19 años pesquisados con riesgo de Embarazo, VIH e ITS / Población total programada para aplicación controles de joven sano en población de 10 a 19 años de edad en la comuna de Renca *100 (para la meta I.)
- II.

ADOLESCENTES						N° TOTAL ADOLESCENTES PESQUISADOS CON RIESGO DE EMBARAZO, VIH-ITS	N° TOTAL ADOLESCENTES ATENDIDOS* POR RIESGO DE EMBARAZO VIH-ITS	% Cumplimiento
N° de adolescentes de 10-14 años pesquisados con riesgo de embarazo, VIH-ITS	N° de adolescentes de 10-14 años atendidos por riesgo de embarazo, VIH-ITS	% Cumplimiento	N° de adolescentes de 15-19 años pesquisados con riesgo de embarazo, VIH-ITS	N° de adolescentes de 15-19 años atendidos* por riesgo de embarazo, VIH-ITS	% Cumplimiento			
20	17	85	78	71	91	98	88	90

III. N° de controles de Joven Sano realizados en población de 10 a 19 años pesquisados con problemas de salud mental / Población total programada para aplicación controles de joven sano en población de 10 a 19 años de edad en la comuna de Renca *100 (para la meta II.)

ADOLESCENTES						N° TOTAL ADOLESCENTES PESQUISADOS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	N° TOTAL ADOLESCENTES DERIVADOS POR PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	% Cumplimiento
N° de adolescentes de 10-14 años pesquisados con problemas de salud mental	N° de adolescentes de 10-14 años derivados por problemas de salud mental	% Cumplimiento	N° de adolescentes de 15-19 años pesquisados con problemas de salud mental	N° de adolescentes de 15-19 años derivados por problemas de salud mental	% Cumplimiento			
55	40	73	22	20	91	77	60	68

e.) Fuente del indicador: para ambos indicadores la fuente corresponde al REM respectivo.

Detectar otras patologías y factores de riesgo en la población adolescente de 10 a 19 años en los cuatro centros de salud de la comuna de Renca.

a.) Objetivos:

- I. Pesquisar otros factores de riesgo como alteraciones nutricionales, orales, visuales y más en la población de mujeres de 10 a 19 años inscritas en la comuna de Renca.
- II. Pesquisar otros factores de riesgo como alteraciones nutricionales, orales, visuales y más en la población de hombres de 10 a 19 años inscritas en la comuna de Renca.

b.) Actividad realizada: Control de Salud Integral del Adolescente de 10 a 19 años a través de ficha CLAP

c.) Metas:

- I. Realizar controles del joven sano al 7,5% de las mujeres de 10 a 19 años inscritas en la comuna de Renca en un plazo de 12 meses (en relación al objetivo I.)
- II. 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 (en relación al objetivo II.)

A continuación se muestra un resumen de las metas y cumplimientos en la realización de fichas Clap por centro de salud, en el período julio 2014 – junio 2015.

d.) Indicador:

- I. N° de controles del joven sano realizados en población de mujeres 10 a 19 años y pesquisados con otros factores de riesgo / Población total programada para aplicación de controles del joven sano en mujeres de 10 a 19 años de edad en la comuna de Renca *100 (para la meta I.)
- II. N° de controles del joven sano realizados en población de hombres de 10 a 19 años y pesquisados con otros factores de riesgo / Población total programada para aplicación de controles del joven sano en hombres de 10 a 19 años de edad en la comuna de Renca *100 (para la meta II.)

e.) Fuente del indicador: para ambos indicadores la fuente corresponde al REM respectivo.

Brindar consejerías en salud Sexual y Reproductiva y entregar anticonceptivos o derivar para otros métodos y/o manejo.

a.) Objetivo: Realizar la consejería pertinente en SSR a la población de adolescentes de 10 a 19 años y entregar preservativos cuando corresponda

b.) Actividad realizada: Por medio de matrona realizar consejería individual en SSR a adolescentes y organizar la entrega de preservativos mensualmente

c.) Meta: Realizar la consejería de SSR al 100% de los adolescentes que hayan iniciado o deseen iniciar vida sexual y apoyar con la entrega de preservativos para evitar embarazos no deseados, VIH y otras ITS.

d.) Indicador: N° de consejerías en SSR y entrega de preservativos realizadas en población de adolescentes de 10 a 19 años / Población total programada para aplicación de controles del joven sano en adolescentes de 10 a 19 años de edad en la comuna de Renca *100

e.) Fuente del indicador: corresponde al REM.

6.4.- Evaluación Programa de la Mujer

Se presenta la evaluación del programa para los períodos julio – diciembre 2014
enero – junio 2015

METAS SANITARIAS

Nº mujeres con citología vigente de 25 a 64 años

DICIEMBRE 2014

PESQUISA PRECOZ CA CU	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	FUENTE
RENCA	PAPANICOLAU	58%	8003/16077 = 49.8% 10327/16077= 64.2%	CITOEXPERT TARJETERO APS
H. URZUA	PAPANICOLAU	50%	3854/9201 = 42%	CITOEXPERT
HUAMACHUCO	PAPANICOLAU	58%	1854/4169 = 44.4 %	CITOEXPERT
BICENTENARIO	PAPANICOLAU	S/M	1508/2947 = 51.2%	CITOEXPERT

JUNIO 2015

PESQUISA PRECOZ CA CU	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	FUENTE
RENCA	PAPANICOLAU	55 %	7590/16347 = 46.4% 10246/16347 = 62.7%	CITOEXPERT TARJETERO APS
H. URZUA	PAPANICOLAU	50 %	3517/8875=40.2 %	CITOEXPERT
HUAMACHUCO	PAPANICOLAU	51 %	1818/4093= 44.4 %	CITOEXPERT
BICENTENARIO	PAPANICOLAU	50%	1892/3894 = 48.1%	CITOEXPERT

Índices de atención primaria: captación precoz del embarazo

Nº gestantes ingresadas a control prenatal antes de las 14 semanas de gestación.
julio – diciembre 2014

INGRESO PRECOZ A CONTROL PRENATAL	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	FUENTE
RENCA	INGRESO ANTES DE LAS 14 SEM.	90%	270/339 = 79.6 %	REGISTRO APS REM 01
H. URZUA	INGRESO ANTES DE LAS 14 SEM.	90.5%	189/238 = 79.4%	REGISTRO APS REM 01
HUAMACHUCO	INGRESO ANTES DE LAS 14 SEM.	90.5%	98/100 = 98%	REGISTRO APS REM 01
BICENTENARIO	INGRESO ANTES DE LAS 14 SEM.	90.5%	126/138 = 91.3%	REGISTRO APS REM 01

ENERO – JUNIO 2015

INGRESO PRECOZ A CONTROL PRENATAL	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	FUENTE
RENCA	INGRESO ANTES DE LAS 14 SEM.	87.0%	259/333 = 77.7 %	REGISTRO APS REM 01
H. URZUA	INGRESO ANTES DE LAS 14 SEM.	87.0 %	156/297= 52.5%	REGISTRO APS REM 01
HUAMACHUCO	INGRESO ANTES DE LAS 14 SEM.	87.0%	80/89 = 89.8 %	REGISTRO APS REM 01
BICENTENARIO	INGRESO ANTES DE LAS 14 SEM.	87.0%	136/139 = 97.8%	REGISTRO APS REM 01

A) Monitoreo GES.

Nº usuarias derivadas y atendidas en nivel secundario por sospecha cáncer de cuello uterino

Nº usuarias derivadas y atendidas en nivel secundario por sospecha cáncer de mamas.

JULIO – DICIEMBRE 2014

MONITOREO GES	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	FUENTE
	CA CU	100%	22/22= 100%	REM - P 12
RENCA	CA MA	100%	19/19= 100%	REGISTRO APS
	CA CU	100%	5/6 = 83.3%	REM - P 12
H. URZUA	CA MA	100%	3/4 = 75.0%	REGISTRO APS
	CA CU	100%	5/5=100%	REM - P 12
HUAMACHUCO	CA MA	100%	1/1 = 100%	REGISTRO APS
	CA CU	100%	15/15 = 100%	REM - P 12
BICENTENARIO	CA MA	100%	2/2 = 100%	REGISTRO APS
	CA CU	100%	47/48 = 97.9 %	REM - P 12
COMUNAL	CA MA	100%	25/26 = 96.1%	REGISTRO APS

ENERO – JUNIO 2015

MONITOREO GES	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	FUENTE
	CA CU	100%	30/30= 100%	REM - P 12
RENCA	CA MA	100%	13/13= 100%	REGISTRO APS
	CA CU	100%	6/6=100%	REM - P 12
H. URZUA	CA MA	100%	3/3=100%	REGISTRO APS
	CA CU	100%	10/10=100%	REM - P 12
HUAMACHUCO	CA MA	100%	0 = 100%	REGISTRO APS
	CA CU	100%	15/15 = 100%	REM - P 12
BICENTENARIO	CA MA	100%	3/3 = 100%	REGISTRO APS
	CA CU	100%	61/61=100%	REM - P 12
COMUNAL	CA MA	100%	19/19=100%	REGISTRO APS

Programa biopsicosocial de apoyo a la primera infancia chile crece contigo

A) Indicadores de inversión

JULIO – DICIEMBRE 2014

V. D. A GEST. DE RIESGO SEGÚN EPSA	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	FUENTE
RENCA	VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL A GESTANTES	1.5	$121/179= 0.71$	REM A 26
H. URZUA	VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL A GESTANTES	1.5	$137/149=0.91$	REM A 26
HUAMACHUCO	VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL A GESTANTES	1.5	$13/35= 0.37$	REM A 26
BICENTENARIO	VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL A GESTANTES	1.5	$75/37 = 2.02$	REM A 26
COMUNAL	VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL A GESTANTES	1.5	$346/400 = 0.86$	REM A 26

ENERO – JUNIO 2015

V. D. A GEST. DE RIESGO SEGÚN EPSA	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	FUENTE
RENCA	VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL A GESTANTES	1.5	$166/122= 0.73$	REM A 26
H. URZUA	VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL A GESTANTES	1.5	$46/133=0.3$	REM A 26
HUAMACHUCO	VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL A GESTANTES	1.5	$16/50= 0.32$	REM A 26
BICENTENARIO	VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL A GESTANTES	1.5	$75/47 = 1.59$	REM A 26
COMUNAL	VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL A GESTANTES	1.5	$303/352=0.86$	REM A 26

JULIO – DICIEMBRE 2014 (BAJO CONTROL DIC. 2014)

GEST. C/R BAJO CONTROL CON 2ª VISITA DOM.	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	FUENTE
RENCA	2ª V.D. INTEGRAL A GEST. CON RIESGO	20%	8/174 = 4.6%	REM - P1
H. URZUA	2ª V.D. INTEGRAL A GEST. CON RIESGO	20%	117/149= 78,5%	REM - P1
HUAMACHUCO	2ª V.D. INTEGRAL A GEST. CON RIESGO	20%	0/78= 0%	REM - P1
BICENTENARIO	2ª V.D. INTEGRAL A GEST. CON RIESGO	20%	12/57 = 21.0%	REM - P1
COMUNAL	2ª V.D. INTEGRAL A GEST. CON RIESGO	20%	137/458 = 29.9%	REM - P1

ENERO – JUNIO 2015 (BAJO CONTROL JUNIO 2015)

GEST. C/R BAJO CONTROL CON 2ª VISITA DOM.	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	FUENTE
RENCA	2ª V.D. INTEGRAL A GEST. CON RIESGO	20%	8/165 = 4.8%	REM - P1
H. URZUA	2ª V.D. INTEGRAL A GEST. CON RIESGO	20%	2/133=1.5%	REM - P1
HUAMACHUCO	2ª V.D. INTEGRAL A GEST. CON RIESGO	20%	1/60= 1.6%	REM - P1
BICENTENARIO	2ª V.D. INTEGRAL A GEST. CON RIESGO	20%	20/57 = 35%	REM - P1

COMUNAL	2 ^a V.D. INTEGRAL A GEST. CON RIESGO	20%	31/415=7.4%	REM - P1
---------	--	-----	-------------	----------

JULIO – DICIEMBRE 2014

DIADAS CONTROLADAS ANTES 10 DIAS RN.	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	FUENTE
RENCA	CONTROL PRECOZ DE LA DIADA	70%	321/390 = 82.3 %	REM A 1
H. URZUA	CONTROL PRECOZ DE LA DIADA	70%	116/204 = 56.8%	REM A 1
HUAMACHUCO	CONTROL PRECOZ DE LA DIADA	70%	52/59= 88.1%	REM A 1
BICENTENARIO	CONTROL PRECOZ DE LA DIADA	70%	100/156 = 64.1%	REM A 1
COMUNAL	CONTROL PRECOZ DE LA DIADA	70%	589/809= 72.8 %	REM A 1

ENERO – JUNIO 2015

DIADAS CONTROLADAS ANTES 10 DIAS RN.	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	FUENTE
RENCA	CONTROL PRECOZ DE LA DIADA	70%	279/370 = 75.4 %	REM A 1
H. URZUA	CONTROL PRECOZ DE LA DIADA	70%	91/195=46.7%	REM A 1
HUAMACHUCO	CONTROL PRECOZ DE LA DIADA	70%	80/100=80%	REM A 1
BICENTENARIO	CONTROL PRECOZ DE LA DIADA	70%	163/184 = 88.6%	REM A 1
	CONTROL			

COMUNAL	PRECOZ DE LA DIADA	70%	613/849=72.2%	REM A 1
---------	--------------------	-----	---------------	---------

B) Indicadores PADBP para comunas costo fijo

JULIO – DICIEMBRE 2014

DG. RIESGO PSICOSOCIAL EN 1º CONTROL PRENATAL	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	FUENTE
RENCA	EPSA APLICADA EN 1º CONTROL PRENATAL	100%	339/339= 100%	REM A 5
H. URZUA	EPSA APLICADA EN 1º CONTROL PRENATAL	100%	238/238= 100%	REM A 5
HUAMACHUCO	EPSA APLICADA EN 1º CONTROL PRENATAL	100%	99/99= 100%	REM A 5
BICENTENARIO	EPSA APLICADA EN 1º CONTROL PRENATAL	100%	138/138= 100%	REM A 5
COMUNAL	EPSA APLICADA EN 1º CONTROL PRENATAL	100%	814/814= 100%	REM A 5

ENERO – JUNIO 2015

DG. RIESGO PSICOSOCIAL EN 1º CONTROL PRENATAL	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	FUENTE
RENCA	EPSA APLICADA EN 1º CONTROL PRENATAL	100%	333/333 = 100%	REM A 5
H. URZUA	EPSA APLICADA EN 1º CONTROL PRENATAL	100%	297/297=100%	REM A 5
HUAMACHUCO	EPSA APLICADA EN 1º CONTROL PRENATAL	100%	89/89= 100%	REM A 5
BICENTENARIO	EPSA APLICADA EN 1º CONTROL PRENATAL	100%	139/139= 100%	REM A 5

COMUNAL	EPSA APLICADA EN 1º CONTROL PRENATAL	100%	858/858= 100%	REM A 5
---------	--------------------------------------	------	---------------	---------

JULIO – DICIEMBRE 2014

EDUC. GRUPAL A GESTANTES	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	FUENTE
RENCA	TALLERES GRUPALES	80%	405/339= 119.4%	REM A 27
H. URZUA	TALLERES GRUPALES	80%	0/238	REM A 27
HUAMACHUCO	TALLERES GRUPALES	80%	0/99	REM A 27
BICENTENARIO	TALLERES GRUPALES	80%	228/138= 165%	REM A 27
COMUNAL	TALLERES GRUPALES	80%	633/814= 77.8%	REM A 27

ENERO – JUNIO 2015

EDUC. GRUPAL A GESTANTES	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	FUENTE
RENCA	TALLERES GRUPALES	80%	485/333=145.6%	REM A 27
H. URZUA	TALLERES GRUPALES	80%	0/297	REM A 27
HUAMACHUCO	TALLERES GRUPALES	80%	33/89=37 %	REM A 27
BICENTENARIO	TALLERES GRUPALES	80%	233/139= 167.6%	REM A 27
COMUNAL	TALLERES GRUPALES	80%	751/858=87.5%	REM A 27

**Convenios de Resolutividad
ENERO – DICIEMBRE 2014**

TIPO EXAMEN	ENERO DICIEMBRE 2014	TOTAL	-35	35 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 +
M A	SOLICITADAS	1708	2	439	575	451	124	67	35	11	4
M O	INFORMADAS	1219		204	461	377	100	39	30	6	2
G R	BIRADS 0	121		28	44	32	12	2	3	0	0
A F	BIRADS 1-2	977		154	376	309	79	31	24	2	2
I A	BIRADS 3	110		19	40	35	8	4	3	1	0
S	BIRADS 4-5-6	11		3	1	1	1	2	0	3	0
	SIN INFORME BIRADS	0		0	0	0	0	0	0	0	0
ECO MAMARIA	SOLICITADAS	61		17	21	12	7	2	0	1	1
	INFORMADAS	50		16	19	7	4	2	0	1	1
	SOSPECHA MALIGNIDAD	5		1	0	2	0	1	0	0	1

ENERO – JUNIO 2015

TIPO EXAMEN	ENERO JUNIO 2015	TOTAL	-35	35 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 +
M A	SOLICITADAS	1646	2	448	521	464	133	50	23	5	0
M O	INFORMADAS	1200	0	366	318	324	113	47	26	6	0
G R	BIRADS 0	160	0	76	29	34	14	7	0	0	0
A F	BIRADS 1-2	1463	0	267	257	266	81	38	24	6	0
I A	BIRADS 3	94	0	22	28	24	16	2	2	0	0
S	BIRADS 4-5-6	10	0	1	4	3	2	0	0	0	0
	SIN INFORME BIRADS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ECO MAMARIA	SOLICITADAS	38	1	14	7	11	4	0	1	0	0

	INFORMADAS	23	1	12	2	5	3	0	0	0	0
	SOSPECHA MALIGNIDAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

6.5.- Evaluación programa odontológico

La mayor parte de la población inscrita y validada por FONASA en los centros de salud de Renca se caracteriza por ser vulnerable. Entre los factores biosociales que influyen en su salud se debe considerar que es una población muy dañada desde el punto de vista odontológico, lo que impacta fuertemente en su autoestima, alimentación y posibilidades de trabajo.

El Programa Odontológico atraviesa todos los ciclos vitales en distintos ámbitos como: Promoción, Prevención, Tratamiento y Rehabilitación. Por este motivo ha sido fundamental comenzar el cuidado de la salud bucal, educación a padres y personal de jardines infantiles y fomentar el control sano odontológico a partir de los 2 años de edad, cuando los niños están aún sanos o el daño es menor. Para la población infantil se está realizando atención con un fuerte componente preventivo, a través del Programa Sembrando Sonrisas que se realizará en Jardines Infantiles JUNJI / Integra/ VTF y en Escuelas Municipales (MINEDUC) y subvencionadas, enfocado niñas y niños de edades que van de los 2 a los 5 años. Además de contar con el Control Sano odontológico a los 2 y 4 años y la atención Odontológica integral, para los niños de 6 años a través del GES.

El Programa Odontológico entrega atenciones que se agrupan en:

- Programa Odontológico GES, que consiste en Atención Odontológica a niños de 6 años, Atención Odontológica Integral a Gestantes y Adultos de 60 años y atender Urgencias GES ambulatorias, de demanda espontánea.
- Atenciones de Menores de 20 años para realizar Altas Odontológicas para el IAAPS y Metas Sanitarias de 6 y 12 años. Y Atención a alumnos de Cuartos Medios de un Liceo de nuestra comuna.
- Atenciones en Adultos de 20 años de demanda espontánea, además del Programa de Mejoramiento de Acceso a la Atención para Adultos de 20 años y más en Extensión Horaria que se está entregando en 3 Establecimientos de nuestra comuna. Y Programa Municipal Sonríe Renca, que consiste en rehabilitación con Prótesis Removible.
- Programa Sembrando Sonrisas que se realiza en Jardines Infantiles y Colegios de la comuna, dirigido a preescolares y escolares de 2 a 5 años.
- Programa Odontológico Integral que incluye atención de resolución de especialidades en prótesis removible y endodoncia dental, y Atención Odontológica integral Más sonrisas para Chile.

Objetivos: Los objetivos principales de nuestro Programa son: Promover la salud bucal, Prevenir la aparición de enfermedades como la caries y enfermedad periodontal, dar Tratamiento en forma oportuna y eficiente a la población y Rehabilitar en los casos que sea necesario.

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

Establecimiento		N° de Funcionarios	N° de Horas semanales	N° horas por habitante inscritos
CES Hernán Urzúa	Odontólogo	5	187	0,0059
	TPM dental	4	176	0,0055
CES Huamachuco	Odontólogo	2	88	0,0055
	TPM dental	2	88	0,0055
CES Renca	Odontólogo	19	319	0,0055
	TPM dental	6	264	0,0046
CESFAM Bicentenario	Odontólogo	5	154	0,0112
	TPM dental	4	176	0,0129
SAPU DENT	Odontólogo		42	0,0003
	TPM dental		42	0,0003
Total Comunal	Odontólogo	21	790	0,0066
	TPM dental	16	746	0,0063

Comparación del programa odontológico de metas sanitarias e IAAPS

Meta Sanitaria 6 años

Meta Sanitaria 6 años	Altas Julio–Dic 2014	Inscritos Validados 2014	% Cumpl.	Meta % 2014	Altas Enero–Junio 2015	Inscritos Validados 2015	% Cumpl.	Meta % 2015
Hernán Urzúa	216	470	46%	72%	165	491	33.6%	70%
Huamachuco	101	208	48.6%	76%	78	218	35.8%	75%
Renca	272	756	36%	76%	526	781	67.3%	70%
Bicentenario	142	250	56.8%		63	297	21.2%	70%
Total Comunal	731	1.684	43.4%	75%	832	1.787	46.6%	71%

El año 2014 Cesfam Bicentenario no tenía Meta sanitaria, pero para este año 2015 ya tiene una meta asignada, además que para el año 2015 es menor para todos los Establecimientos. El año 2014 se cumplió y lo que va del 2015 va con buena proyección. De todas maneras esta meta se cruza con el Convenio odontológico de Ges de 6 años donde lo comprometido es 79% que es mayor que la Meta sanitaria.

Meta Sanitaria 12 años

Meta Sanitaria 12 años	Altas Julio–Dic 2014	Inscritos Validados 2014	% Cumplimiento	Meta 2014 %	Altas Enero–Junio 2015	Inscritos Validados 2015	% Cumplimiento	Meta 2015 %
Hernán Urzúa	243	550	44.2%	58%	93	425	21.9%	65%
Huamachuco	107	247	43.3%	72%	77	247	31.2%	68%
Renca	143	884	16.2%	64%	467	801	58.3%	80%
Bicentenario	82	183	44.8%		57	264	21.6%	70%
Total Comunal	575	1.864	30.8%	65%	694	1.737	39.9%	71%

El año 2014 CESFAM Bicentenario no tenía Meta sanitaria, pero para este año 2015 ya tiene una meta asignada. Para el año 2015 la meta es menor sólo para Ces Huamachuco y para Urzúa y Renca es mayor a la de 2014.

Meta Sanitaria de Gestantes

Meta Sanitaria Gestantes	Altas Julio–Dic 2014	Ingresos Gestantes Julio–Dic 2014	% Cumplimiento	Meta 2014 %	Altas Enero–Junio 2015	Ingresos Gestantes Enero–Junio 2015	% Cumplimiento	Meta 2015 %
Hernán Urzúa	150	238	63%	70%	130	227	57.3%	80%
Huamachuco	58	99	58.6%	70%	82	89	92.1%	85%
Renca	279	339	82.3%	70%	109	333	32.7%	75%
Bicentenario	115	138	83.3%		92	139	66.2%	78%
Total Comunal	602	814	74%	70%	413	788	52.4%	80%

El año 2014 CESFAM Bicentenario no tenía Meta sanitaria, pero para este año 2015 ya tiene una meta asignada, además para el año 2015 la Meta sanitaria es mayor para todos los Establecimientos. Esta meta se cruza con el Convenio odontológico de Ges de la gestante donde lo comprometido es 68% que es menor que la Meta sanitaria.

IAAPS: Altas Odontológicas en menores de 20 años

IAAPS Altas en menores de 20 años	Altas Julio -Dic 2014	Inscritos Validados 2014	% Cumplimiento	Meta % 2014	Altas Enero-Junio 2015	Inscritos Validados 2015	% Cumplimiento	Meta 2015	%
Hernán Urzúa	1.198	9.741	12.3%	22.8%	1.162	9.392	12.4%	24%	
Huamachuco	549	4.634	11.9%	22.8%	503	4.586	11%	24%	
Renca	1.607	15.967	10.1%	22.8%	2.102	15.508	13.6%	24%	
Bice	943	4.392	21.5%	22.8%	525	5.621	9.3%	24%	
Total Comunal	4.297	34.734	12.4%	22.8%	4.292	35.107	12.2%	24%	

Este valor de cumplimiento es comunal y el año 2014 se cumplió y el primer semestre del 2015 lleva un cumplimiento sobre el 50%.

Convenios odontológicos: Los convenios Odontológicos para este año 2015 cambiaron con respecto a los que se hicieron el 2014 por lo tanto no se hizo comparación.

Se midió hasta Agosto 2015 fecha del Primer corte, donde lo exigido de cumplimiento es el 50 % de lo comprometido.

Convenios Odontológicos 2015	Estrategia	Realizado Agosto 2015	Meta del Convenio	% Cumplimiento de
	Altas de Ges 60 años	152	301	50,5%
Programa Ges Odontológico	Altas de Ges 6 años	1.058	1.787	59,2%
	Altas de Gestantes	669/931 = 71,8%	68%	100%

	Urgencia Odontológica	6.430	-----	----
	Resolución de Endodoncia	45	90	50%
Programa Odontológico Integral	Resolución de Prótesis	55	110	50%
	Altas Más Sonrisas para Chile	224	394	56,9%
Programa de Mejoramiento de Acceso a la atención	Consultas de morbilidad en Extensión Horaria en adultos de 20 años y más	2.455	3.840	63,9%
	Altas en alumnos de 4° Medios	26	52	50%
	Educación y entrega de kit de higiene	2.834	3.854	73,5%
Programa Sembrando Sonrisas	Examen de Salud Bucal	3.173	3.616	87,7%
	Aplicación de Flúor barniz	3.622	7.232	50,1%

6.6.- Evaluación programa de salud mental en APS y COSAM I, II y III.

Este documento constituye una evaluación del Programa de Salud Mental de los cuatro centros de atención primaria con los que cuenta la comuna de Renca y considera el periodo Julio 2014 a Junio 2015. La información está organizada considerando aspectos como; dotación de recursos humanos, prestaciones realizadas, población atendida, logros alcanzados.

El Programa Integral de Salud Mental para la Atención Primaria de Salud de nuestra comuna cuenta con una dotación profesional interdisciplinaria, que incluye a un equipo asesor técnico y los coordinadores locales de cada centro de salud. Además, dentro de cada equipo existe profesional médico y psicólogo(a). Actualmente, se realiza un trabajo coordinado entre los centros de salud de atención primaria y las diferentes unidades de COSAM Renca, manteniendo actividades de asesoría técnica a través de las consultorías psiquiátricas y de capacitación para los profesionales del equipo. La presente evaluación se inicia con la descripción de las horas profesionales disponibles en el programa de salud mental para cada centro de salud y las prestaciones entregadas en el periodo.

El programa de salud mental se articula en base a dos grandes lineamientos: por un lado a través del convenio de Salud Mental Integral organizado según directrices dadas por el Servicio de Salud Occidente que incluye componentes específicos 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. Cabe destacar que a partir de 2015, se incorpora a este programa el Índice de Actividad de Atención Primaria (IAAPS) que busca incrementar la cobertura de trastornos mentales en la población de 5 años en adelante.

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

COSAM I

Dotación recurso humano – actividades

La dotación de recurso humano ha presentado importantes variaciones durante el periodo julio 2014 a junio 2015, principalmente en los Centros de Salud Renca y Hernán Urzúa. El primero de ellos, cuenta con una dotación actual de 4 psicólogos (176 horas), esta medida responde a que su población inscrita validada es la mayor a nivel comunal. El Centro de Salud Hernán Urzúa cuenta con 88 horas de profesional psicólogo desde marzo de 2015, con un déficit de 44 horas considerando su población inscrita (31.692). Por último, en CESFAM Bicentenario se observa un aumento significativo de sus horas médico (24) en relación al período enero-agosto 2014 (2). Esta información se presenta resumida en la tabla N°1.

Por otro lado, de la tabla N°2 se desprende que se realizaron 8709 actividades durante el periodo enero-junio 2015, pudiéndose notar un aumento del 38% comparación con el periodo julio-diciembre 2014. Esto puede deberse a la variación de horas psicólogo (aumento horas de psicólogo en CES Renca) y médicas (en CESFAM Bicentenario).

Tabla N° 1: Horas profesional por semana Periodo Julio 2014- Junio 2015.

Profesionales	Ces Renca	Ces Huamachuco	Ces Hernán Urzúa	Ces Bicentenario	Total
Psicólogo	176	88	88	88	440
Médico	44	30	11	24	109
Asistente Social	22	11	11	24	68
Aux. Paramédico	44				44
TOTAL	286	125	110	136	661

Tabla N° 2: Distribución comparativa del total de prestaciones en períodos julio-diciembre 2014 y enero- junio 2015 realizadas por profesionales de salud mental.

Prestaciones	Periodo julio-diciembre 2014	Periodo enero-junio 2015.
Psicodiagnóstico	213	256
Intervención Psicosocial	64	119
Consulta psicóloga	3936	3988
Consulta medico	2114	4346
TOTAL	6327	8709

Programa salud mental

Desde el año 2015 el programa de salud mental deja de basarse en el Convenio Integral de Salud Mental que incluía los siguientes componentes: Salud mental Infanto-juvenil (tr. hiperactivo, de conducta, maltrato infantil); Consumo Perjudicial de OHD menores 20 años; Violencia Intrafamiliar; Prevención y Tratamiento Integral de OH (plan de tratamiento terapéutico y preventivo) y Depresión. El programa comienza a evaluarse según el Índice de actividad de atención primaria, específicamente por el indicador correspondiente a cobertura de atención integral de personas de 5 y más años con trastornos mentales.

Así, el cálculo de este indicador incluye todos los diagnósticos asociados a problemas de salud mental de la población incluida en este rango etario, sin considerar los factores de riesgo asociados a estos, ya que no constituyen diagnóstico clínico en psicopatología. Sin embargo, la canasta de prestaciones por diagnóstico se mantiene en relación al año anterior.

Los medios de verificación para este cálculo son REM P06(2014), sección A (celdas H25 hasta celdas AM45) más REM05 (2015) sección M (celdas I132 hasta celdas AN132) menos REM05 (2015) sección N (celdas I169 hasta celdas AN169)/ población estimada según la prevalencia(22%).

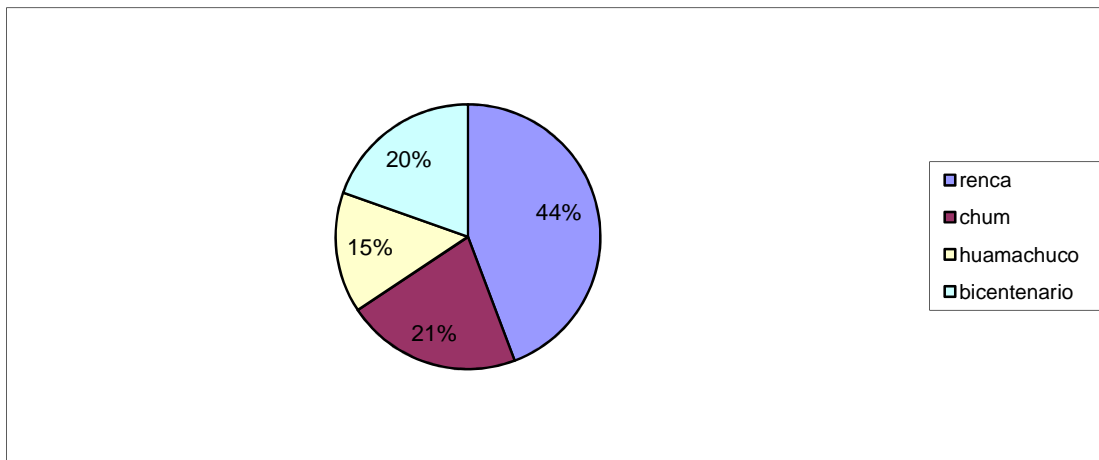
El IAAPS comunal comprometido corresponde a un total de 2657 casos en población bajo control, cuyo cumplimiento será monitoreado a lo largo de los 5 cortes anuales fijados por el Servicio de Salud (Marzo, Junio, Agosto, Octubre, Diciembre). Para lograr este indicador, a cada centro de salud se le asigna un porcentaje según su población validada, siendo la distribución la siguiente desplegada en la tabla N°3.

Tabla N° 3: Distribución por Centro de Salud del IAPS Programa Salud Mental.

Centro	Indicador comprometido
CES RENCA	1284
CES HERNAN URZUA	712
CES HUAMACHUCO	354
CESFAM BICENTENARIO	307
Total Comunal	2657

Tabla N° 4: Cumplimiento IAPS Salud Mental período enero-junio 2015

Centro APS	P06 Dic. 2014	Enero	Febrero	Marzo	Abri l	Mayo	Junio	P 06 Junio 2015
C. Renca	1084	0	29	238	- 247	94	78	1276
CHUM	300	-11	-11	186	40	49	61	617
Huamachuco	280	-5	-2	138	7	2	5	425
Bicentenario	321	23	5	90	19	38	47	565
Totales	1985							2883



Según muestra el gráfico, el CES Renca es el centro que aporta con el mayor porcentaje en el cumplimiento del indicador. Lo que coincide con que es el centro que cuenta con la mayor cantidad de población validada. Cabe señalar que los cumplimientos de los centro Huamachuco y Bicentenario, son superior a lo esperado según su población.

Caracterización del IAPS

a.) Programa infantil

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

El Programa Infanto-Juvenil presente en los centros de salud de atención primaria de nuestra comuna tiene como objetivo resolver efectivamente las demandas de nuestros usuarios y comunidad. Para esto se lleva a cabo un plan de acción, considera un paquete de prestaciones que incluyen el uso de protocolos de atención, evaluación

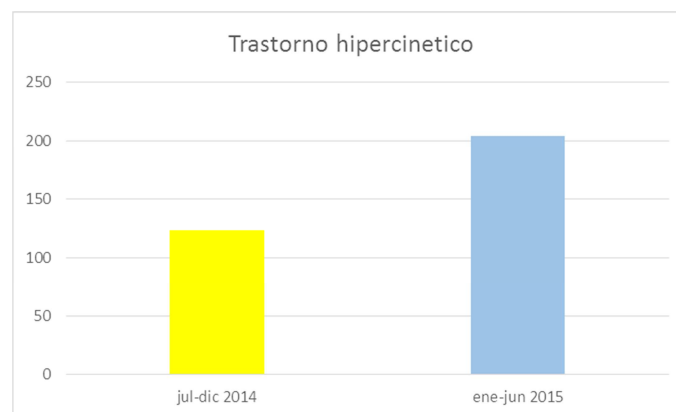
y derivación de los casos, lo cual nos ha permitido facilitar el diagnóstico diferencial. Las prestaciones de este plan de intervención incluyen un proceso diagnóstico psicológico del niño y de la familia, consejerías y talleres psicoeducativos para padres y/o cuidadores en manejo conductual y normas de crianza, atención desde el servicio social, intervenciones individuales y grupales en los menores.

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

Tabla Nº 5: Componente Trastorno Hiperactivo

	Julio-Diciembre 2014	Enero- Junio 2015	IAPS
Bajo control	123	204	2883

Durante el año 2014, se realizaron 247 ingresos de este diagnóstico, lo que representa un 852% sobre la meta comprometida para ese período (29 ingresos). Actualmente, este componente (204) representa el 9% del IAPS del Programa de Salud Mental (2.883). Esta información se ilustra en el siguiente gráfico.



El componente de trastorno de conducta y emociones en niños y adolescentes consideró una meta para el año 2014 de 58 casos ingresados, la cual se logró en un 855%, con un total de 496 ingresos para este diagnóstico. Esto pone en evidencia que

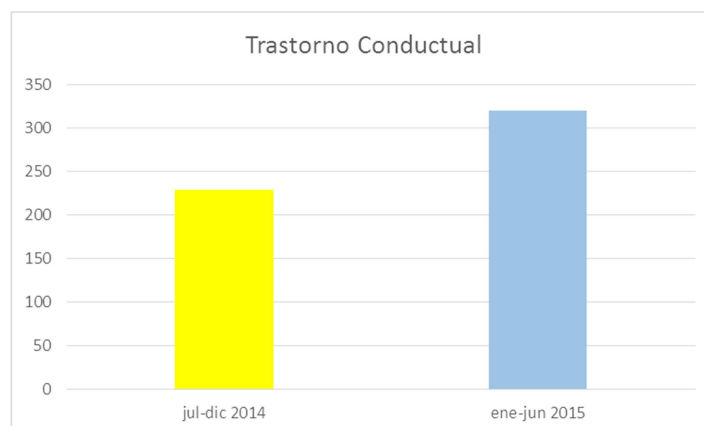
la demanda de atención es muy superior a la estipulada por el convenio (2014) la cual es absorbida íntegramente por los equipos (ver tabla N°6).

Actualmente, el Trastorno de Conducta y Emoción representa un 11% del IAPS comprometido, además durante el período evaluado se puede observar un aumento de casos ingresados con este diagnóstico.

En cuanto a las actividades comunitarias asociadas a este diagnóstico, durante el período se han realizado el 50 % de ellas.

Tabla N° 6: Componente Trastorno de Conducta y la Emoción

	Julio-diciembre 2014	Enero-junio 2015	IAPS
Bajo control	229	320	2883
Organizaciones de padres y apoderados prevención en salud mental infantil	4	3	75%
Establecimientos educacionales que recibirán capacitación para sus profesores	4	3	75%



El componente maltrato Infantil consideró una meta para el año 2014 de 58 ingresos, lo que se cumplió en un 126% con un total de 73 ingresos durante el período (2014). Como se mencionó anteriormente, este factor de riesgo no se incluye en el cálculo del Índice de actividad de atención primaria de nuestro programa, pero se aprecia una disminución de 5 casos en su población bajo control durante el período enero-junio 2015. Esta información se consolida en la tabla N°7.

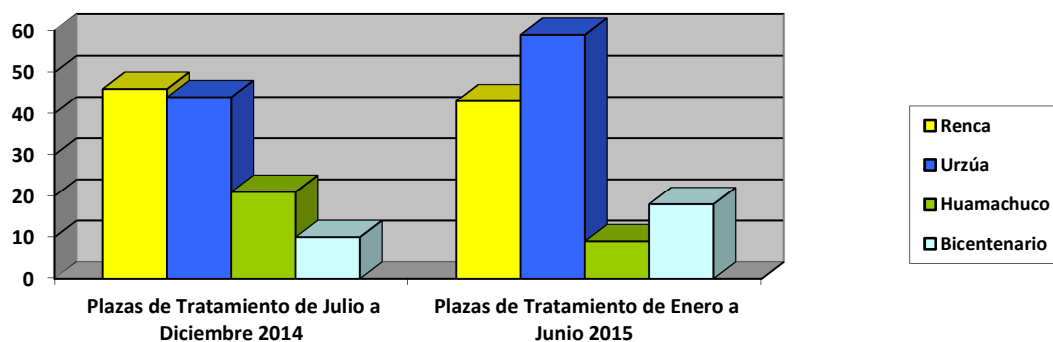
Tabla N° 7: Componente Maltrato Infantil

Diagnóstico	Centro de Salud	Población Bajo Control P6 Diciembre 2014	Población Bajo Control P6 Junio 2015
Maltrato Infantil	Renca	18	9
	Urzúa	10	8
	Huamachuco	14	14
	Bicentenario	8	14
Total		50	45

El componente Consumo Perjudicial de Alcohol y Drogas consideró una meta para el año 2014 de 74 meses de tratamiento, la cual se logró en un 164% con un total de 121 meses de tratamiento en la población bajo control mantenida a diciembre de 2014.

Tabla N° 8: Componente Consumo Perjudicial Alcohol y/o Drogas menores de 20 (GES)

Centro de Salud	Plazas en meses de Tratamiento de Julio a Diciembre 2014	Plazas en meses de Tratamiento de Enero a Junio 2015
Renca	46	43
Urzúa	44	59
Huamachuco	21	9
Bicentenario	10	18
Total	121	129



Durante el período enero-junio 2015, se aprecia un aumento en las plazas de tratamiento (129 meses) El gráfico anterior permite visibilizar las variaciones de este componente en los 4 centros de salud durante el período evaluado, observándose una

disminución en dos de los centros, siendo el Ces Urzúa quien registra un mayor aumento en sus plazas.

b.) Violencia Intrafamiliar

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

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

Las prestaciones incluidas en el plan de intervención abarcan la evaluación integral por equipo multidisciplinario: psicóloga, asistente social, médico salud mental, y un plan individual de tratamiento leve a moderado, donde se entrega consejería, intervención psicosocial grupal, psicoeducación en autocuidado, fortalecimiento red de apoyo, farmacoterapia si se requiere. En los casos de mujeres con vivencia de violencia intrafamiliar en riesgo vital, se realiza una oportuna derivación a las instancias que la red ofrece como la corporación municipal de asistencia Judicial, COSAM Renca I y la denuncia en Tribunales de Justicia.

Tabla Nº 9: Componente Violencia Intrafamiliar

Diagnóstico	Centro de Salud	Población Bajo Control P6 Diciembre 2014	Población Bajo Control P6 Junio 2015
Violencia Intrafamiliar	Renca	45	50
	Urzúa	14	22
	Huamachuco	21	18
	Bicentenario	21	32
Total		101	122

Durante el año 2014, se ingresaron 119 casos de violencia intrafamiliar lo que corresponde a un 60% de la meta comprometida para ese período (200 ingresos). En el período enero a junio 2015, se realizaron 86 ingresos para este factor cumpliendo así en un 103% la meta comprometida (205 ingresos). Durante el período enero-junio 2015, se aprecia un aumento significativo de la población bajo control para este factor de riesgo (122) respecto del período julio-diciembre 2014 (101).

Tabla N° 10: Actividades Comunitarias Componente Violencia Intrafamiliar.

	Julio- Diciembre 2014	Enero-junio 2015	Porcentaje cumplimiento
Apoyo Técnico Agrupaciones Autoayuda	4	2	50%
Sensibilización Org. Comunitarias	4	1	25%

En relación a las actividades de sensibilización a organizaciones comunitarias y apoyo técnico a agrupaciones de autoayuda en esta temática, se han realizado 2 intervenciones comunitarias las que se llevaron a cabo fuera del período evaluado.

c.) Prevención y Tratamiento Integral de Alcohol y Drogas

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

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

Tabla N° 11: Componente Prevención y Tratamiento Integral de Alcohol y Drogas

	Bajo control julio-diciembre 2014	Bajo control enero-junio 2015	IAPS
Intervenciones Terapéuticas	92	96	2883
Apoyo Técnico Agrupaciones Autoayuda	4	1	25%

En cuanto a las intervenciones terapéuticas se han realizado un total de 92 en el periodo 2014, cumpliendo así en un 100% la meta comprometida. En el período enero-junio 2015, se observa un incremento de 4 casos en la población bajo control para este componente (96), lo que corresponde al 3,3% del IAPS del programa de salud mental

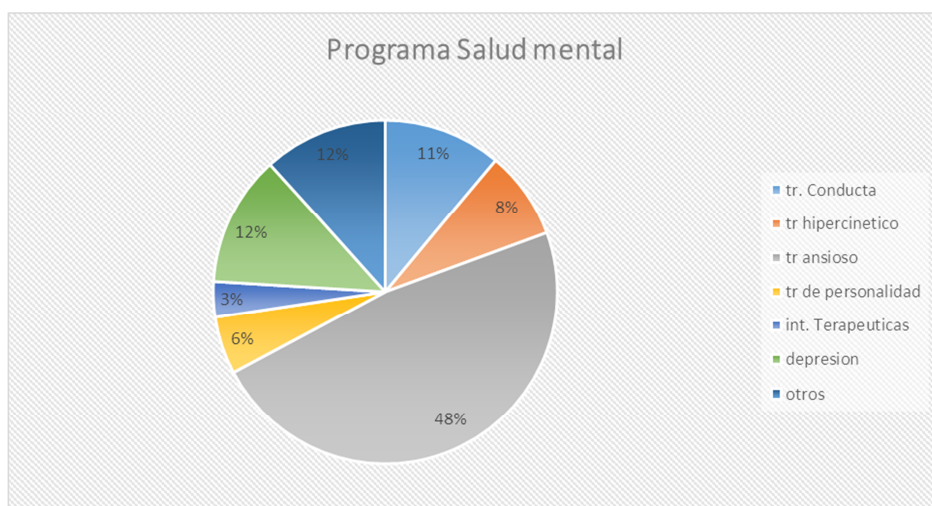
En relación a las actividades comunitarias, durante el periodo julio-diciembre 2014 se realizaron 4 intervenciones comunitarias cuyo objetivo fue psicoeducar en detección y prevención del consumo problemático de alcohol y drogas en la adultez. Durante el año 2015, estas se llevaron a cabo fuera del período evaluado.

d.) Depresión (GES)

Otra prioridad del Programa de Salud Mental Integral, y que es transversal a la adolescencia, adultez y adultez mayor es la depresión. La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo que puede presentarse en cualquiera de las etapas del ciclo vital y que se caracteriza por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por a lo menos 2 semanas. En este contexto, el Programa 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 356 personas ingresadas bajo este diagnóstico en sus diferentes formas y grados de severidad. Si bien este programa no tiene meta numérica asociada, si considera un conjunto de prestaciones que deben ser entregadas a los usuarios. El plan de intervención está dirigido a personas con diagnóstico de depresión leve, moderada y grave, e incluye consejería, intervención psicosocial grupal, psicoeducación autocuidado, actividad física, farmacoterapia, psicoterapia y consultoría psiquiátrica para los casos moderados a graves. Estas prestaciones han sido cumplidas exitosamente por los equipos por lo que se considera cumplimiento de un 100% para este convenio.

Finalmente se grafican los aportes de los diferentes componentes del programa de Salud Mental al cumplimiento del Indicador comprometido (IAPS).



Se puede observar que el diagnóstico con mayor aporte para el cumplimiento del indicador es el Trastorno de Ansiedad, seguido por Depresión en cualquiera de sus subtipos y los Trastornos de Conducta en infancia y adolescencia.

Análisis poblacional centros de salud primarios

En la tabla N°12 se observa un aumento significativo de la población general (2973) en el período enero-junio 2015, principalmente en aquella mayor de 5 años, que corresponde a la monitoreada por el IAPS del Programa.

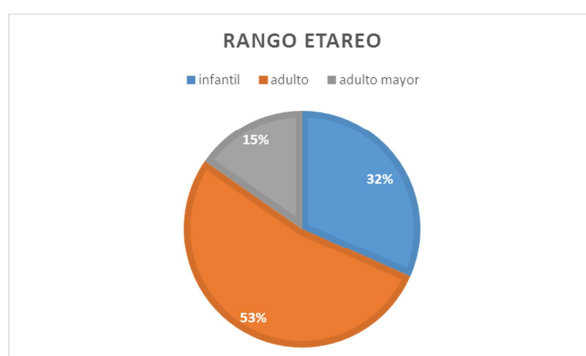
Tabla N° 12: Población IAPS/NO IAPS julio 2014-junio 2015

	Julio- Diciembre 2014	Enero-junio 2015
Población menor de 5 años	69	90
Población mayor de 5 años	2107	2883
Total	2176	2973

En tabla N° 13, se puede observar que, a nivel comunal, la mayoría de la población bajo control del período julio 2014/junio 2015 del Programa de Salud Mental corresponde a población adulta (1576) lo que equivale a un 53% de la población bajo control, seguida por población infantil (940) que representa un 32% y finalmente población adulto mayor (456) corresponde al 15% restante.

Tabla N 13: Distribución población bajo control período julio 2014- junio 2015 según rango de edad

CES	Infanto-Juvenil	Adulto	Adulto mayor
Renca	249	742	305
Hernán Urzúa	288	329	53
Bicentenario	261	289	28
Huamachuco	142	216	70
TOTAL	940	1576	456



Evaluación julio 2014 - junio 2015 COSAM I

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 los usuarios 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, sin embargo separadas geográficamente y por programas, conocidos como COSAM I, COSAM II y COSAM III.

COSAM I es considerada unidad central, donde se establecen las directrices y coordinaciones técnicas, la cual 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.

En relación a la coordinación con las unidades de Salud Mental de los Centros de Salud de la comuna, se mantiene con éstos una relación de complementariedad en la continuidad de los cuidados para la mejor atención de los usuarios. COSAM, en este sentido, se ha establecido como un dispositivo que apoya a APS para mejorar su capacidad resolutoria desde una perspectiva biopsicosocial a través de Consultoría de Salud Mental, Capacitación Continua y asesorías específicas.

Esta evaluación comprende el periodo julio 2014 a junio 2015 y se basa en datos obtenidos desde el tarjetero y sistemas estadísticos (REM, P06 y SIGGES). Considera la programación realizada para año 2015 en términos de áreas problemas, prestaciones asociadas y metas estimadas.

- **Recurso humano y servicios**

La siguiente tabla da cuenta de la dotación recurso humano COSAM I.

Tabla 1: Distribución de horas profesionales estables Julio 2014 - Junio 2015.

Profesionales	Horas semanales
Psicólogos	132
Médicos	72
Trabajadoras Sociales	55
Terapeuta Ocupacional	16
Administrativo	44

Técnico en Rehabilitación Psicosocial	44
Técnico Paramédico	44
Auxiliar Aseo	44

La dotación ha sufrido modificaciones durante el periodo evaluado, principalmente por el aumento de horas de psicólogos a partir del año 2015 en que la dotación se encuentra completa en ese ámbito. Además existen leves fluctuaciones en las horas médicas disponibles puesto que en Octubre de 2014 se incorporan al staff 11 horas psiquiatría adultos.

Las mayores dificultades se han experimentado respecto a las horas de Psiquiatría Infantil, esto por la rotación constante que se ha visto en este ámbito, lo que se ha resuelto de manera parcial incorporando a residentes de psiquiatría, en pasadas rotatorias de cuatro meses aproximadamente contratados por la comuna, habiendo debido recurrir en algunos casos al uso de extensión horaria.

Pese a los cambios anteriormente mencionados, no contamos con infraestructura operativa necesaria para poder abordar de manera aún más integral las prestaciones que entregamos a nuestros pacientes, pese a que contamos con espacio para ello.

• **Prestaciones – Cartera de Servicios**

Se ha establecido una cartera de servicios que considera un conjunto de prestaciones:

- ✓ Consulta Médica Adulto, Consulta Psiquiátrica infantil y Adulto.
- ✓ Psicoterapia individual, psicoterapia familiar y psicoterapia grupal de apoyo.
- ✓ Evaluaciones Psicodiagnósticas
- ✓ Consulta de salud mental por Trabajadora Social
- ✓ Visita domiciliaria por Trabajadora Social, Psicólogo/a, médico de salud mental y/o psiquiatra.
- ✓ Consulta de salud mental por Terapeuta Ocupacional.
- ✓ Reuniones clínicas con atención de casos y revisión de fichas.

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

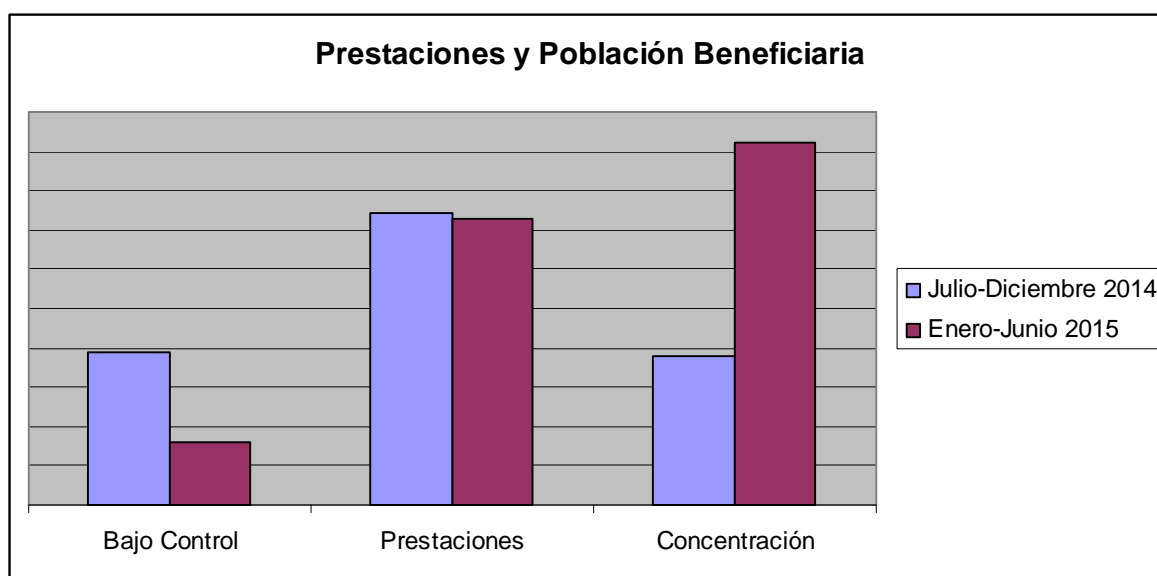
- ✓ Informes para Tribunales de Familia y Fiscalía Centro Norte
- ✓ Informes para pensión de invalidez por discapacidad psíquica
- ✓ Tramitación de pensiones por AFP para pacientes con discapacidad
- ✓ Traslado administrativo de pacientes con trastornos psiquiátricos en coordinación con servicio salud occidente
- ✓ Internaciones Administrativas 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.

- **Prestaciones y Población Beneficiaria**

Tabla 2: Población y prestaciones período Julio-Diciembre 2014 y Enero-Junio 2015

	Población bajo control	Prestaciones	Concentración
Julio-Diciembre 2014	1948	3703	1.9
Enero-Junio 2015	793	3629	4.6

Gráfico 1



De la tabla N°2 y gráfico N° 1 se desprende que en el periodo julio-diciembre del año 2014 se contaba con una población de 1948 pacientes bajo control, de los cuales 1155 (un 59%) se egresaron durante el periodo enero-junio 2015. En primer lugar, esto pudiese explicarse por mejoras en el proceso operativo de gestión, realizándose durante el primer semestre del año 2015 un reordenamiento de fichero que nos ha permitido organizar efectivamente tanto a pacientes activos como inactivos¹. Pese a los pacientes inactivos que fueron reordenados, no se registra un aumento en los ingresos de pacientes derivados de los CES. En este sentido, ha existido una mayor resolutivez por parte del equipo COSAM y por parte de los equipos de salud mental en APS. Se destaca que durante el año 2015 se ha dado prioridad y como equipo ha existido un esfuerzo aún mayor por realizar Capacitaciones continuas (mensualmente), atingentes a las problemáticas que se presentan día a día, lo que ha permitido filtrar mejor las derivaciones y mejorar la resolutivez de los equipos de salud mental en

¹ Los pacientes inactivos han sido egresados por alta o bien por abandono de tratamiento según tiempos de egreso definidos por COSAM previamente. Cabe destacar en este punto que la mayoría de los egresos se hicieron producto de abandonos que datan desde años anteriores al 2010.

APS, a través de la actualización de protocolos y procedimientos que se generan luego de dichas capacitaciones.

De acuerdo a los datos mencionados, se aprecia que durante el primer semestre 2015 ha aumentado la concentración de prestaciones, estimándose 4 por paciente. Esto quiere decir que conjunto con la reorganización de fichero (lo que como consecuencia produjo una disminución de la población bajo control a calcular), existió un aumento en la cantidad de prestaciones durante este último periodo, lo que redundó en la posibilidad de realizar mayor número de intervenciones con los usuarios, abordando cada caso de manera multidisciplinar.

Finalmente, el sistema de gestión de interconsultas permite registrar las interconsultas recibidas y clasificarlas por prioridad y pertenencia, de tal manera de asegurar una atención expedita al usuario y en caso de no corresponder ser derivado a las instancias correspondientes.

- **Convenios**

En el periodo evaluado se mantienen los convenios adquiridos con el Servicio Metropolitano Occidente asociados a Programas de Prestaciones Valoradas que son: Trastornos Hipercinéticos, Depresión unipolar y distimia en menores de 15 años, Trastornos del Comportamiento Emocionales de la Infancia y Adolescencia, Maltrato Infantil, Trastornos de Ansiedad y del Comportamiento en adultos, Esquizofrenia y Psicosis no orgánica, Demencia y Trastornos Mentales Orgánicos, Programa de Rehabilitación tipo 1 y convenio Violencia Intrafamiliar.

Tabla 3: Cumplimiento convenios PAD Julio-Diciembre 2014

Convenios	Meta	ingresos	% logrado	% anual
Trastornos Hipercinéticos	400	232	100	100
Depresión unipolar y distimia en menores de 15 años.	50	32	84	84
Tr. del comportamiento y emocionales de la infancia y adolescencia	320	164	100	95
Maltrato Infantil	50	22	62	62
Trastornos ansiedad y comportamiento en adultos	440	223	95	95
Esquizofrenia y psicosis no orgánica	230	112	100	100
Demencia y trastornos mentales orgánicos	130	70	100	100
Rehabilitación tipo 1	950	514	100	100
Violencia Intrafamiliar	150	79	97	97

De la tabla 3 se desprende que en el periodo de Julio- Diciembre 2014 COSAM ingreso más del 50% de la meta anual establecida para cada uno de sus convenios. A pesar de ello, no se lograron cumplir los convenios de Depresión Unipolar y distimia en menores de 15 años (84%), Trastornos de Ansiedad y del comportamiento en adultos (95%), Violencia Intrafamiliar (97%) y Maltrato Infantil (62%). Esto probablemente se deba a que existía una cantidad de población sin registro de atenciones que permanecían en el bajo control, de acuerdo a ello, es que se realizó una revisión de tarjetero y fichas, además de implementar acciones que mejorarían el registro de prestaciones.

Tabla 4: Cumplimiento convenios PAD Enero-Junio 2015

Convenios	Meta	ingresos	%logrado
Trastornos Hipercinéticos	350	332	95%
Depresión Unipolar y distimia, menores de 15 años	48	62	129%
Trastornos del comportamiento y emocionales e la Infancia y Adolescencia	300	242	81%
Maltrato Infantil	40	62	155%
Trastornos ansiedad y comportam. en adultos	350	496	142%
Demencia y trastornos mentales orgánicos	125	325	260%
Esquizofrenia y psicosis	230	166	72%
Rehabilitación tipo 1	742	370	50%
VIF	125	187	150%

De la tabla 4 se desprende que en el periodo Enero–Junio 2015 COSAM I ha logrado cumplir las metas establecidas anualmente en la mayoría de sus convenios. En primer lugar, se destaca que los convenios que se manejan como factores de riesgo de otras patologías han superado la meta establecida: Maltrato Infantil alcanza un 155% de cumplimiento y Violencia Intrafamiliar un 150%. En este sentido, se destaca que como equipo se han enfrentado con mayor agudeza y rapidez los casos de patologías que se desarrollan en comorbilidad con alguno de estos factores. Además, los casos se han trabajado integralmente, es decir, desde una visión multidisciplinar logrando un aumento en dichas prestaciones. En segundo lugar, han aumentado las prestaciones respecto al convenio Depresión unipolar y distimia en menores de 15 años, esto debido a que se ha hecho hincapié, luego de capacitaciones del equipo, en la diferenciación de este diagnóstico entre otros que pudiesen tener sintomatología similar y en consecuencia, existe una mejor resolutivez de casos.

El convenio de trastornos hipercinéticos ha alcanzado un 95%, seguido por el convenio de Trastornos del comportamiento emocionales de la infancia y adolescencia con un 81% de cumplimiento, dentro de la oferta de programas infantiles. En la oferta programática para población adulta el convenio de trastornos de ansiedad y del

comportamiento en adultos se ha cumplido en un 142%, debido al aumento en la concentración de prestaciones. Esquizofrenia y psicosis no orgánica tiene un cumplimiento de 72% y el programa R1 un 50%. El programa de demencia y trastornos orgánicos tiene un 260% de cumplimiento a la fecha, dado que el programa se ha solidificado en el tiempo y actualmente cuenta con una amplia gama de prestaciones.

La proyección para los siguientes meses es lograr el cumplimiento de las metas anuales con una cobertura del 100% en todos sus convenios y en los casos que la población atendida sobre pase la convenida, lograr una mayor cobertura de éstos.

- **Distribución de la población por programa**

Tabla 5: Distribución de pacientes por programas en periodo enero – junio 2015

Programas	Población bajo control	Población convenio mensual
Infantil	353	36
Adulto	171	29
VIF	82	10
Discapacidad	95	29
TOTAL	701	104

Gráfico N°2: Distribución población bajo control, por programas, según convenio.

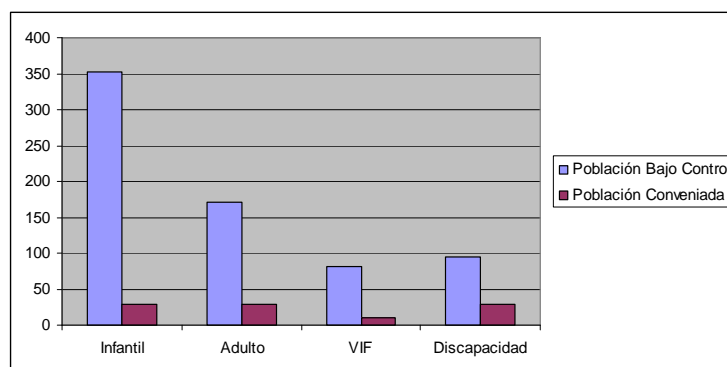
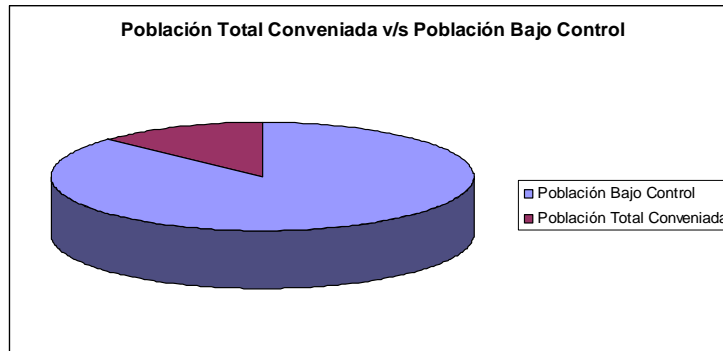


Gráfico N°3: Total de Población Bajo Control v/s Población Total Convenida



De la tabla N° 5 y de los gráficos N° 2 y N°3 se desprende que el total de la población bajo control atendida el periodo enero-junio 2015 es de 701. Del total de población bajo control solo 104 de ellos están cubiertos por convenio con el Servicio Metropolitano Occidente. Es decir, un 15% de la población atendida corresponde a los convenios de prestaciones asociadas a diagnóstico y el 85% restante no se encuentra dentro de los convenios financiados a través de prestaciones asociadas a diagnóstico.

Respecto a los programas, el Programa Infanto-Juvenil representa el 50% del total de la población bajo control, seguido del Programa Adulto con un 24%, en tercer lugar el programa de discapacidad con un 14% y finalmente el programa de Violencia Intrafamiliar con un 12%.

Programa Infanto - Juvenil.

Dentro de este programa se atienden un total de 353 pacientes, agrupados en distintas categorías diagnósticas. En la categoría de trastorno de déficit atencional con hiperactividad existe una población bajo control de 171 niños lo que equivale al 48% de este grupo, en trastornos del comportamiento y la emoción existen 155 pacientes bajo control que se corresponde con un 44% (lo que de acuerdo a registro estadístico incluye Depresión unipolar o distimia en menores de 15 años) y en la categoría maltrato infantil un total de 27 pacientes bajo control lo que equivale a un 8%. El tratamiento de estos niños se ha enfocado de manera integral, con intervenciones psiquiátricas, psicoterapia individual, familiar y grupal; consultas de salud mental por terapeuta ocupacional y por trabajadora social, según requiera.

Programa Adulto

Este programa 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 y trastornos adaptativos (incluidas las reacciones por estrés, reacciones depresivas y otros).

En total la población del Programa Adulto corresponde a 265 pacientes, siendo el diagnóstico de trastorno de personalidad el que concentra la mayor cantidad de población, con un total de 171 personas, lo que equivale al 65% del total del programa y los Trastornos ansiosos representarían el 35% restante. La intervención terapéutica en estos casos se basa en consultas psiquiátricas, psicoterapia individual y psicoterapia grupal, teniendo buena adherencia y resultados especialmente para trastornos de la línea ansiosa.

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; Instituto Psiquiátrico Horwitz 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.

Para esquizofrenia existe el Subprograma de Rehabilitación Psicosocial tipo 1 que incluye a personas, mayores de 15 años, que por la gravedad de su trastorno presentan algún grado de disfunción o discapacidad psíquica, la cual se reconoce de larga evolución (dos años o más) y el Subprograma Esquizofrenia Crónica, que tiene por objetivo 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 propósito de este subprograma es que los usuarios con diagnóstico de retraso mental, demencia y /o daño orgánico cerebral 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, incluyendo apoyo psicológico individual, familiar y grupal.

Existe una población bajo control en este programa de 95, de los cuales 68 personas corresponden a esquizofrenia (72%), 27 personas (28%) a otros trastornos orgánicos, quienes asisten a alguno de los tres subprogramas mencionados para su tratamiento.

Programa Judicial y VIF

COSAM recibe derivaciones del Poder Judicial principalmente desde Tribunales de Familia y Fiscalía Regional Metropolitana Centro Norte a través de su departamento de

Salidas Alternativas. Esto implica que a los imputados por Violencia Intrafamiliar se les ofrece como alternativa al cumplimiento de condena la asistencia a tratamiento psicológico en nuestro Centro. Estos casos de violencia Intrafamiliar y otros pesquisados son tratados en base a convenio de prestaciones asociadas a diagnósticos establecido con el servicio salud occidente a través de convenio PAD VIF.

Las otras derivaciones del Poder Judicial hacen referencia a temas relativos a habilidades parentales, cuidados personales y vulneración de derechos en menores. 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. Este programa implica una coordinación especial y constante entre los profesionales y de éstos con los juzgados. Además del desarrollo de un sistema de registro y seguimiento de casos de manera permanente.

El programa Judicial- VIF posee una población bajo control de 86 pacientes de los cuales 56 corresponden a diagnóstico de violencia intrafamiliar, correspondiente a un 65%. El 35% restante lo componen las causas para habilidades parentales y cuidados personales con un total de 30 personas.

- **Rol asesor en salud mental de los ces comunales**

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

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

Se han mantenido las capacitaciones continuas para todo el equipo de salud mental comunal, formulando y exponiendo diferentes temas, tanto de adultos como de infanto juvenil, atinentes al desarrollo de problemáticas que han exigido una mayor coordinación y formulación de protocolos y procedimientos para la red de salud mental comunal.

Se ha optimizado el arsenal farmacológico de la comuna, con una constante vigilancia de stocks y adecuadas indicaciones o uso, esto debido a mayor coordinación con químico farmacéutico comunal, manteniendo adecuado stock, salvo por excepciones propias de pedidos y abastecimientos. Actualmente el pedido de fármacos se realiza cada tres meses, siendo los profesionales de COSAM activos en el desarrollo de éste.

- **Fortalecimiento del trabajo en red**

Durante el año, tal como se planteó en la programación 2015, se han mantenido:

- ✓ 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 II

La implementación de los programas de alcohol y drogas de COSAM II Renca surge pensando en la dependencia como la manifestación que tiene sus raíces en la disfuncionalidad en tres dimensiones: La dimensión Individual, la dimensión familiar y la dimensión social.

Los programas albergados en COSAM II pretenden dar respuesta a la demanda de la población de la comuna de Renca en problemáticas asociadas al consumo de alcohol y/o drogas, de tal forma se han implementado los siguientes programas:

OBJETIVOS:

- Atención integral de población desde los 20 años con el diagnóstico de síndrome de dependencia a sustancias psicotrópicas con compromiso biopsicosocial leve y moderado.
- Atención focalizada a población desde los 20 años con problemas asociados al consumo de sustancias psicotrópicas.

PROGRAMAS

1. Programa ambulatorio Intensivo Hombres Poli consumidor.
2. Programa Ambulatorio intensivo Mujeres Poli consumidoras
3. Programa Ambulatorio Intensivo Mixto Alcohol
4. Programa ambulatorio Básico Mixto Alcohol
5. Programa Ambulatorio Básico Mixto Poli consumidor
6. Programa Población Judicial
7. Programa Población general.

Programas Existentes con convenio 2014 y 2015

- Programa Ambulatorio Intensivo Población General (SENDA).Poli consumo 180 plazas anuales.
- Programa Intensivo Mujeres Policonsumo. 108 plazas anuales
- Programa Intensivo Alcohol 60 plazas anuales
- Programa Ambulatorio Básico OH de julio en adelante 96 plazas anuales
- Programa Ambulatorio Básico Policonsumo (SSMO) 96 plazas anuales

Metas

Los programas logran mantener las plazas anuales a la fecha Septiembre 2015 se lleva cumplida meta de acuerdo al siguiente cuadro

Meta a cumplir de julio 2014 a junio 2015	Cumplimiento a la junio 2015
• Programa Intensivo Pobl. General hombres Poli consumo 180 anuales	100%
• Programa Intensivo Mujeres Poli consumo 108 anuales	100%
• Programa Intensivo Alcohol 60 anuales	100%
• Programa Ambulatorio Básico OH de julio en adelante cupos mensuales 96 anuales	100%
• Programa A, Básico Poli consumo (SSMO) 96 plazas anuales	100%

Como se puede apreciar en los programas convenidos las metas de cada uno de los programas de alcohol la cobertura a Julio 2015 está a un 100%. Los programas. El convenio exige plazas y no número de personas, es así como la movilidad de los usuarios guarda relación con las altas de los programas o abandonos, pudiendo un mismo usuario permanecer 12 meses en tratamiento.

Referente a objetivos propuestos entre junio 2014 y julio 2015 hace referencia que el 100 % de las fichas de usuarios convenidos tenga realizado el instrumentos Top y fichas de integración socio ocupacional. Podemos señalar que dicho objetivo fue logrado.

Facilitadores:

- Un gran facilitador fue que el equipo recibió capacitaciones periódicas en aplicación, corrección y evaluación de estos instrumentos.
- Otro facilitador fue la motivación de los funcionarios hacia en cumplimiento de objetivos de calidad.

Horas Profesionales 2015 comparativo

CARGO	2012	2013	2014	2015
Asistente social	88 Horas Semanales	66 Horas Semanales	88 Horas semanales	110 Horas semanales
Psiquiatra	11 Hrs semanales	Desde el segundo semestre 0 Hrs	16 Horas semanales becados.	22 Horas Psiquiatra estable. 22 horas becados hasta Septiembre 2015
Médico Salud Mental	11 Horas semanales	Desde el segundo semestre 0 Horas semanales	11 Horas semanales (préstamo Cosam 1)	11 Horas En espera de contratación(Vespertino)
Psicólogas	99 Horas semanales	121 Horas semanales	143 Horas semanales	121 Horas semanales
Técnico en rehabilitación	121 Horas semanales	143 Horas semanales	110 Horas semanales	154 Horas semanales
Administrativo	44 Horas semanales	88 Horas semanales	44 Horas semanales	88 Horas semanales
Terapeuta Ocupacional	0 Horas semanales	0 Horas semanales	11 Horas semanales	11 Horas semanales
Personal Aseo	44 Horas semanales	44 Horas semanales	44 Horas semanales	44 Horas semanales
Técnico Párvulo	0 Horas semanales	0 Horas semanales	0 Horas semanales	0 Horas semanales

Distribución Horas Por programas

Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015
Psi. 11 hrs A. Básico poli consumo Psi. 88 horas jornada día (todos los programas)	Psi. 22 hrs Intensivo Mujeres vespertino Psi. 11 hrs A. Básico Psi. 88 horas jornada día (todos los programas)	Psi. 33 hrs Intensivo Mujeres vespertino Psi. 11 hrs A. Básico Psi 11 hras A. OH Psi. 33 horas jornada día Intensivo hombre Psi 55 (todos los programas Bajo control y Judicial)	Psi. 22 hrs Intensivo Mujeres Tarde vespertino) Psi. 6hrs A. Básico Psi 5 horas A. OH Psi. 33 horas jornada día Intensivo hombre Psi 44 (todos los programas Bajo control y Judicial Psi 11 horas coordinación

Técnico Rehabilitación Intensivo día 77 Técnico Rehabilitación A, Básico 44 vespertino	Técnico Rehabilitación Intensivo día 77 Técnico Rehabilitación A, Básico 22 vespertino Técnico Rehabilitación Programa Intensivo Mujeres 44 hrs	Técnico Rehabilitación Intensivo día 44 Técnico Rehabilitación A, Básico 22 vespertino Técnico Rehabilitación Programa Intensivo Mujeres 44 hrs	Técnico Rehabilitación Intensivo día 44 Técnico Rehabilitación A, Básico 22 vespertino Técnico Rehabilitación Programa Intensivo Mujeres 44 horas Técnico en rehabilitación 44 horas público judicial y Pobl. General bajo control.
Asistente Social 44 hrs Intensivo Día Asistente social 44 hrs Pob. Judicial y general día.	Asistente Social 44 hrs Intensivo Día, Pob. Judicial, a básico y general día. Asistente social Intensivo Mujeres 22 horas	Asistente Social 44 hrs Intensivo Día 44 Pob. Judicial, A. Vespertino y general día. Asistente social Intensivo Mujeres 11 horas	Asistente Social 44 hrs Intensivo Día 44 Pob. Judicial, A. Vespertino y general día. Asistente social Intensivo Mujeres 22 horas
Administrativo Día 44 horas	Administrativo 66 jornada día Administrativo 22 jornada Vespertina	Administrativo 44 jornada día Administrativo 0 jornada Vespertina	Administrativo 44 jornada día Administrativo 44 jornada tarde-Vespertina
Técnico párvulo 0	Técnico párvulo 0	Técnico párvulo 0	Técnico párvulo 0
Terapeuta Ocupacional 0	Terapeuta Ocupacional 0	Terapeuta Ocupacional 11 horas todos los programas	Terapeuta Ocupacional 11 horas todos los programas

Horas profesionales han ido aumentando de acuerdo a las exigencias de los programas, existe una pequeña brecha en horas psicóloga principalmente para la jornada de extensión horaria de a lo menos 11 horas más, para dar cobertura a las exigencias a los nuevos cupos senda de jornada vespertina A. Básico Oh e Intensivo Oh, considerando que las atenciones individuales deben ser en intensivo una vez a la semana y los básico cada quince día. Actualmente se realiza atención psicoterapia una vez cada mes y medio. Puesto que en esos programas e cuenta con sólo 11 Horas psicóloga.

A su vez existe un déficit en Horas de terapeuta Ocupacional, profesional que por exigencia de convenio debiese estar con una carga mínima de 22 horas por programa. Actualmente cuenta con 11 horas y dar cobertura a cuatro programas financiados por senda.

Con respecto a médico ha sido un acierto incorporar en jornada tarde- vespertino las horas psiquiatras, lo que permite mayor asistencia de usuario y menor pérdida de horas médicas.

Referente a las exigencias del convenio programa mujeres aún estamos al debe con la cobertura del cuidado de los niños menores de 5 años de las usuarias beneficiarias del convenio SENDA FONASA MINSAL. Ello se vuelve indispensable a la hora de las intervenciones grupales; puesto que al venir con niños y no tener quien los cuide son las mismas usuarias que se ocupan de ellos interrumpiendo continuamente sus intervenciones. (Convenio considera los hijos menores de cinco años).

Con respecto a asistente social la carga horaria ha permitido tener un adecuado seguimiento de los casos y dar cobertura al 100 % de la población. Incorporando a este profesional como parte importante en las intervenciones de terreno, a nivel familiar y ocupacional de los usuarios no sólo convenidos; sino que también a público general bajo control y judicial; a su vez también ha sido un acierto incorporar a estos profesionales con una carga mayor en jornada tarde vespertina lo que también ha logrado tener mayor asistencia a las horas.

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

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.

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.

Población bajo control corte a Junio 2015

Tipo de consumo	Hombres	Mujeres
ALCOHOL COMO DROGA PRINCIPAL	87	23
OTRA SUSTANCIA COMO DROGA PRINCIPAL	21	11
POLICONSUMO	326	90

COSAM III

Dotación personal COSAM III

Personal	Horas Semanales
Médico Psiquiatra	8
Psicólogo	66
Terapeuta Ocupacional	10
Asistente Social	33
Técnico en Rehabilitación	44
Auxiliar - Administrativo	88

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 el proceso de intervención que permita mantener la permanencia de los usuarios.

Otras de las dificultades presentes en esta área, dice relación con la falta de horas de personal profesional (Terapeuta Ocupacional), ya que con 10 horas a la semana, esto dividido en dos días de media jornada, se hace complejo el poder armar un programa de intervención para los usuarios, ya que los tiempos son muy acotados y además debe cumplir con otras demandas.

Prestaciones generales

- Atención Médico Psiquiatra.
- Psicoterapia (individual, familiar, grupo).
- Intervención Psicosocial grupal.
- Consulta salud mental.
- Consultas Psicológicas.
- Visitas integrales.
- Exámenes y laboratorio.
- Psicodiagnóstico.
- Otros (Informes judiciales, coordinación con red salud).

Fortalezas y oportunidades

Durante este periodo se ha logrado mejorar el orden de los materiales de trabajo, como por ejemplo el orden de fichas en su confección y creación de una plataforma virtual en la cual nos permite tener un control más confiable y exhaustivo. Facilitando la labor administrativa, estadísticas correspondiente a los usuarios del centro.

Además se ha logrado una mayor adherencia de los usuarios al centro con respecto a los talleres del programa PAB a su vez se incorpora por primera vez un taller dirigido hacia los usuarios correspondientes del programa población general.

Las nuevas intervenciones incorporadas tienen como objetivo 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.

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 BASICO (GES) CORRESPONDIENTE A PROGRAMA APS EXPRESADO EN PLANES AMBULATORIOS MENSUALES.

Julio – Diciembre 2014

	URZUA			RENCA			BICENTENARIO			HUAMACHUCO			TOTAL PAB
	H	M	TL	H	M	TL	H	M	TL	H	M	TL	
JULIO	5	1	6	6	2	8	0	1	1	3	1	4	19
AGOSTO	5	1	6	6	2	8	0	1	1	3	1	4	19
SEPTIEMBRE	5	2	7	6	2	8	1	2	3	3	1	4	22
OCTUBRE	5	2	7	6	2	8	1	1	2	2	1	3	20
NOVIEMBRE	6	2	8	3	1	4	1	1	2	1	1	2	16
DICIEMBRE	6	2	8	3	1	4	1	2	3	1	1	2	17
TOTAL	32	10	42	30	10	40	4	8	12	13	6	19	113

Dentro del periodo comprendido de Julio a Diciembre del 2014, se realiza un mayor número de intervenciones, derivados del consultorio Hernán Urzúa, lo cual puede estar asociado al número de pacientes que dicha institución atiende a nivel comunal.

Enero – Junio 2015

	URZUA			RENCA			BICENTENARIO			HUAMACHUCO			TOTAL PAB
	H	M	TL	H	M	TL	H	M	TL	H	M	TL	
ENERO	5	2	7	2	1	3	1	2	3	1	1	2	15
FEBRERO	6	2	8	4	1	5	1	2	3	0	1	1	17
MARZO	6	3	9	5	1	6	1	2	3	0	0	0	18
ABRIL	8	3	11	6	2	8	1	3	4	0	0	0	23
MAYO	8	3	11	8	1	9	0	3	3	0	2	2	25
JUNIO	8	1	9	6	1	7	0	3	3	1	2	3	22
TOTAL	41	14	55	31	7	38	4	15	19	2	6	8	120

Nuevamente observamos, que dentro del periodo que comprende Enero a Junio del 2015, se realiza un mayor número de intervenciones derivadas del consultorio Hernán Urzúa.

Podemos observar también, que la mayor parte de las intervenciones fueron recibidas por el género masculino, con un 67.3% del total.

Prestaciones plan ambulatorio intensivo expresados en planes ambulatorios mensuales.

Julio - Diciembre 2014	H	M	T
JULIO	10	0	10
AGOSTO	10	0	10
SEPTIEMBRE	19	3	22
OCTUBRE	17	3	20
NOVIEMBRE	12	3	15
DICIEMBRE	12	2	14
TOTAL	80	11	91

En periodo que comprende desde Julio a Diciembre del 2014 se han generado 91 intervenciones en el plan intensivo ambulatorio mensual.

Enero – junio 2015

	H	M	T
ENERO	12	3	15
FEBRERO	13	4	17
MARZO	14	4	18
ABRIL	10	4	14
MAYO	18	7	25
JUNIO	12	6	18
TOTAL	79	28	107

El periodo comprendido entre Enero a Junio del 2015, se han entregado un total de 107 atenciones de plan mensual.

En total de ambos periodos se traduce a 198 atenciones de plan ambulatorio intensivo siendo nuevamente la población masculina la con mayor intervención, la cual alcanza a un 80.3%.

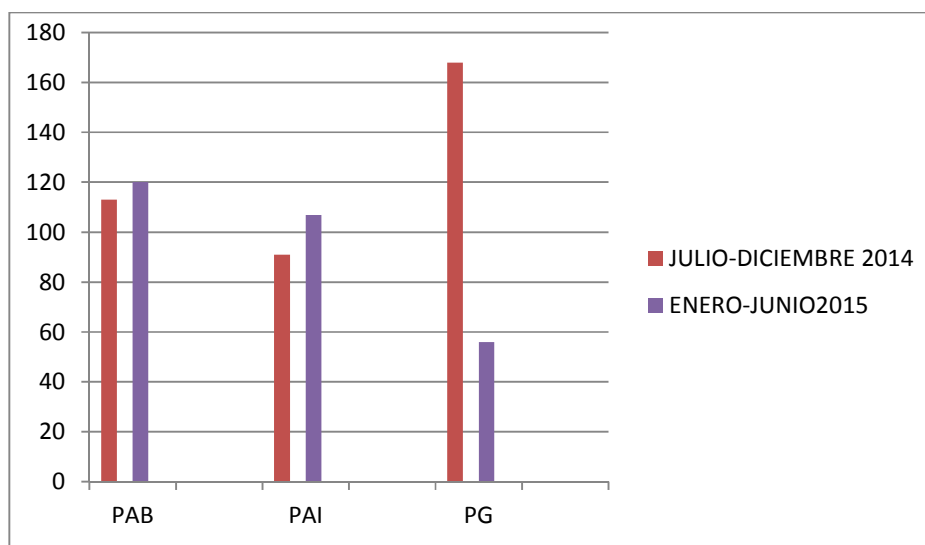
POBLACION GENERAL.

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
A DICIEMBRE 2014	83	85	168
A JUNIO 2015	29	27	56
TOTAL	112	112	224

Según los datos obtenidos, la población general ha mostrado una baja en sus atenciones, comparando el periodo Julio-Diciembre 2014 versus el periodo Enero-Junio 2015, siendo la diferencia de un 66.7% en la población general. Sin embargo, en el último periodo Enero-Junio 2015, se observa un incremento del 2.3% en la población masculina atendida en COSAM 3 Renca, alcanzando ésta el 51.7% de las atenciones totales.

COBERTURAS Y METAS 2015

	PAB	PAI	PG
JULIO-DICIEMBRE 2014	113	91	168
ENERO-JUNIO2015	120	107	56
METAS 2015	62	72	113 (2014)
% ALCANZADO (J-D 2014)	182.2%	126.3%	148.6%
% ALCANZADO (E-J 2015)	193.5%	148.6%	49.5%



Los resultados arrojan que en los casos de los programas PAB (Plan ambulatorio básico) y PAI (Plan ambulatorio intensivo) se observa un cumplimiento de metas en ambos periodos por sobre el 100%. Lo cual puede estar 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.

Sin embargo en casos de población general, se expresa un aumento del 148.6% en el primer periodo de Julio a Diciembre del 2014, por sobre de la población intervenida en

el periodo anterior. Por otra parte el segundo periodo, que comprende de Enero a Junio del 2015, se vio un descenso de las atenciones otorgadas obteniendo un 49.5%.

Las cifras anteriores se explican de la siguiente manera. En el periodo que comprende Julio – Diciembre del 2014, la política de otorgar altas por abandono de tratamiento, era de un año desde la última atención recibida por el paciente.

En cambio desde enero del 2015, esa política cambia al poder otorgar el alta por abandono de tratamiento, al tercer mes de inasistencia desde su última atención.

	FICHAS	ATENCIONES	ATENCIONES p/p
MAYO A JUNIO 2015	38	111	2.92

El cuadro anterior explica que los últimos dos meses, comprendidos en Mayo a Junio del 2015, el número de atenciones, catalogadas como fichas, era de 38. A esas 38 fichas en estos meses se les intervino un número de 111 veces lo que hace un promedio de 2.92 atenciones por paciente dentro de estos últimos dos meses.

6.7.- Evaluación Servicio de Farmacia

Descripción General: La unidad de farmacia es fundamental para los pacientes que se atienden en nuestra comuna. Por un lado, es responsable de la entrega de medicamentos a los pacientes, mientras que por otro se encarga de abastecer de insumos (médicos, dentales y de enfermería) a las demás unidades de cada Centro de salud, permitiendo otorgar una atención integral.

Cada uno de los 4 consultorios de nuestra comuna cuenta con su respectiva unidad de farmacia. El abastecimiento de cada una de ellas se gestiona a través de la corporación municipal, convenio intermediación CENABAST y del Servicio de Salud. Para el caso del SAPU central y el CRAM, mientras que el primero también cuenta con su unidad de farmacia (botiquín), el segundo requiere principalmente de insumos de enfermería e insumos médicos los cuales se distribuyen directamente desde bodega central. Esta gestión es importante ya que en dicho centro forma parte fundamental de la atención del programa de pacientes postrados.

Organización y Funcionamiento: En cada una de las farmacias se procura mantener personal especializado en despacho de medicamentos, ya sea técnico en enfermería nivel superior (TENS) o auxiliar paramédico especializado en farmacia. Además del personal técnico de cada farmacia, se incorporó durante el año 2015 a un segundo profesional Químico Farmacéutico, a fin de mejorar el manejo de los fármacos de los centros de salud de Renca.

Si bien la principal labor del farmacéutico en la comuna, ha sido hasta ahora procurar mantener un stock suficiente de medicamentos en los centros, los profesionales mencionados; gracias a su preparación académica y sanitaria, cuentan con las herramientas necesarias para monitorizar el correcto uso de los medicamentos, a través del resguardo de la correcta dispensación de estos, así como de orientación a pacientes, a través de consultas farmacéuticas y charlas a la comunidad. Se pretende que estas últimas acciones se pongan en marcha de manera paulatina en los diferentes centros de salud, en lo que resta de este año 2015.

La dotación de personal de las farmacias de nuestros centros se detalla en el siguiente cuadro:

CENTRO DE SALUD	PERSONAL DE FARMACIA	PERSONAL ADMINISTRATIVO	PERSONAL DE FARMACIA FOFAR	TOTAL
CESFAM BICENTENARIO	2	0	2	4
CES HERNÁN URZÚA	3	0	3	6
CES HUAMACHUCO	2	0	2	4
CES RENCA	4	2	6	12

Cabe mencionar que el recurso humano de cada farmacia está en estricta relación con la población que se atiende en su respectivo centro de salud. Considerando que el tiempo de espera para despacho de medicamentos en farmacia constituye una variable importante en el impacto proyectado referente al nivel y calidad de atención integral de cada centro, es que la dotación de farmacia ha aumentado durante el 2015 y se espera con ello optimizar el servicio de entrega de medicamentos.

En cuanto a otro punto referente a la logística de la unidad de farmacia, se encuentra pendiente la elaboración de manuales de procedimiento aplicados a esta sección, los que tomarán como referencia aquellos manuales que emitirá el Servicio de Salud respectivo (metropolitano occidente, SSMOC), según lo acordado en reunión ordinaria realizada en agosto del presente año. Dichos manuales serán adaptados según la realidad del funcionamiento de nuestra comuna y permitirán protocolizar las labores realizadas en farmacia a fin de mantener trazabilidad en los procesos y minimizar las probabilidades de cometer errores en la dispensación de medicamentos.

Actualmente, debido al proceso de acreditación que se está gestionando en CESFAM Bicentenario, se contempla la regularización de la farmacia de dicho establecimiento, que actualmente funciona como botiquín. Para ello se están realizando las gestiones pertinentes a través del Instituto de Salud Pública (ISP) para obtener la autorización de funcionamiento de farmacia, junto con la regularización de la dirección técnica de la farmacia de este centro, por parte de un profesional Químico Farmacéutico. Con esta autorización se podrán dispensar medicamentos sujetos a control legal (psicotrópicos y

estupefacientes), los que actualmente se deben despachar en otros consultorios; constituyendo así un avance para los pacientes de la comuna, otorgando una alternativa más para ellos, y además distribuyendo de mejor manera la población atendida por los centros de la comuna, así como para pacientes COSAM inscritos en CESFAM Bicentenario.

En cuanto a los demás centros de salud, debido a la reglamentación sanitaria vigente relativa a las farmacias, relacionada con la entrada en vigencia de la nueva ley de fármacos, se requiere la acreditación de los botiquines de farmacia de nuestros consultorios para que se establezcan como farmacias propiamente tal. Para ello es requisito indispensable la presencia de un químico farmacéutico por farmacia en cada centro de salud. Con esto, además, se estandariza la unidad de farmacia no sólo desde el punto de vista de la ley de fármacos, sino que también en lo relativo a la acreditación de los centros de salud como CESFAM, proyectos a los que nuestra comuna está postulando actualmente para mejorar la infraestructura existente.

IAAPS: En el marco del cumplimiento de los programas ministeriales se deben realizar mediciones que permitan monitorizar disponibilidad de fármacos denominados “trazadores” para cada programa. La metodología de estas mediciones involucra los índices de actividad de atención primaria (IAAPS, ver tabla adjunta), los que se envían mensualmente al Servicio de Salud con la información de consumo, stock y disponibilidad de medicamentos por cada centro de salud. Es de especial interés el despacho de recetas de pacientes crónicos, quienes deben contar con su control médico al día para poder retirar sus medicamentos en farmacia. De esta manera, se asegura que la terapia farmacológica este acorde a la indicación médica según el estado de salud actual de cada paciente. Este indicador debe ser siempre igual o superior al 15% del consumo programado mensual de cada medicamento incluido en esta medición.

PROBLEMA DE SALUD	FARMACOS	Unidad
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	ENALAPRIL *	Comprimido 10mg
	ASPIRINA *	Comprimido 100mg
	LOSARTAN *	Comprimido 50mg
DIABETES	METFORMINA *	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
	CARBAMAZEPINA	Comprimido 200mg
ENFERMEDAD RESPIRATORIA EPOC, Asma, SBR	SALBUTAMOL	Aerosol 100 mcg/dosis)
	BUDESONIDA	Aerosol 200 mcg/dosis)
	BROMURO DE IPRATROPIO	Aerosol 20 mcg/dosis)
PARKINSON	LEVODOPA CARBIDOPA	Comprimido 250mg/25mg

Recientemente se ha trabajado en una revisión del arsenal fármaco terapéutico, a fin de mantener una gama de medicamentos acorde a tratar las patologías más recurrentes en la población de la comuna. En esta revisión se consideró como referencia el último arsenal vigente emitido por el Servicio de Salud metropolitano occidente, que data del año 2011. La revisión contempló, además de la oficina de farmacia y sus bodegas, los carros de paro de cada uno de los centros, debido a la especificidad de los fármacos que deben poseer estos últimos.

Esta revisión del arsenal fármaco terapéutico apunta principalmente a mejorar la cobertura de medicamentos usados en patologías de morbilidad, a fin de otorgarles a los pacientes de la comuna una canasta de medicamentos surtida, de acuerdo a las prescripciones del equipo de salud respectivo. Por otro lado, para el caso de recetas de paciente crónico, se ha detectado la necesidad de mejorar el registro de dispensación de medicamentos en la unidad de farmacia, el que actualmente se lleva a cabo mediante una ficha de cartón (cartola) donde se despacha lo que indica el carnet de crónico de cada paciente. El manejo de estas cartolas se ha tornado engorroso debido a la cantidad de información contenida en ellas, por lo que se ha propuesto la reformulación de las cartolas para llevar un mejor registro de entrega, asegurando el seguimiento de las terapias y pudiendo constatar el nivel de adherencia de los pacientes a sus tratamientos.

Este último proceso corresponde a un período de transición, donde se eliminarán las cartolas actuales y se implementarán las nuevas con la información acotada, a la espera de la entrada en vigencia de un nuevo software computacional donde se permita contar con registro de despacho de recetas y donde también exista un registro más detallado en cuanto al consumo real de medicamentos e insumos en cada centro de salud.

Inventarios: Durante el año 2015, se están realizando inventarios generales a los centros de la comuna para lograr actualizar los stock que se encuentran físicamente en las farmacias respectivas.

Hasta la fecha hemos logrado realizar inventarios en 3 de los 7 centros (SAPU Renca, Ces Huamachuco, y Ces Renca), con la intención de completar la toma de inventario de los centros pendientes antes de finalizar el año en curso.

Cabe considerar que la toma de inventarios es una herramienta fundamental para corroborar la información entregada por cada centro, y además lograr un abastecimiento adecuado evitando sobre-stock y falta de medicamentos por errores de información.

La principal limitante actual en cuanto a la toma de inventario general de farmacia de cada centro, es el almacenamiento de medicamentos e insumos médicos y dentales, dado que las bodegas actuales están divididas en diferentes instalaciones dentro de cada centro. Para mejorar esta situación se espera que a mediano plazo los centros renueven por completo su infraestructura (proyecto ministerial) y así cada uno cuente

con una instalación suficientemente grande destinada a bodega de farmacia, facilitando el almacenaje y control de inventario de cada una de ellas.

FOFAR

El programa ministerial de Fondo de Farmacia (FOFAR), fue implementado el año 2014 y se encuentra en constante evaluación, con el propósito de certificar que los centros de salud cuenten con las cantidades suficientes de los medicamentos incorporados en el programa, para finalmente lograr que ningún paciente quede sin tratamiento farmacológico para las patologías crónicas no transmisibles, respondiendo al fundamento de asegurar disponibilidad y acceso a medicamentos para población con Enfermedades no transmisibles priorizando en los problemas de salud Cardiovascular.

En casos específicos donde algún paciente no llegase a contar con medicamentos asegurados por FOFAR para alguna de sus patologías, se dispone de herramientas de gestión de reclamos, tanto presencial (oficina OIRS), como a través de la línea telefónica Salud Responde, otorgando respuesta y solución al problema presentado dentro de las primeras 24 horas posteriores a la realización del reclamo (relativo a disponibilidad de medicamentos FOFAR).

El monitoreo de la disponibilidad de medicamentos FOFAR se realiza mensualmente y se envía un informe al SSMOC, donde se detalla consumo mensual presupuestado, stock disponible y fecha de vencimiento de los medicamentos del programa, los que se detallan en la siguiente tabla:

Medicamento		Medicamento	
1	Ácido acetil salicílico 100 mg	14	Hidroclorotiazida 50 mg
2	Atenolol 50 mg	15	Insulina Lenta NPH (1000/10 ml)
3	Atenolol 100 mg	16	Losartán Potásico 50 mg
4	Atorvastatina 10 mg	17	Metformina 850 mg
5	Atorvastatina 20 mg	18	Nifedipino retard 20 mg
6	Captopril 25 mg	19	Nitrendipino 20 mg
7	Enalapril (maleato) 5 mg	20	Propranolol 40 mg
8	Enalapril (maleato) 10 mg	21	Amlodipino 5 mg
9	Enalapril (maleato) 20 mg	22	Amlodipino 10 mg
10	Espironolactona 25 mg	23	Pravastatina 20 mg
11	Lovastatina 20 mg	24	Tolbutamida 500 mg
12	Furosemida 40 mg	25	Carvedilol 25 mg
13	Glibenclamida 5 mg	26	Insulina Cristalina 100 UI/mL

6.8.- Evaluación Programa Vida Sana Obesidad

Propósito: Contribuir a reducir la incidencia de factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus e hipertensión arterial a través de una intervención en los hábitos de alimentación y en la condición física dirigida a niños, niñas, adolescentes, adultos y mujeres post-parto.

Objetivo General: Controlar la mal nutrición por exceso, mejorar perfil metabólico y la condición física en población con factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares.

Objetivo Estratégico Comunal: Propiciar acciones tendientes al desarrollo de hábitos y conductas asociadas a Alimentación Sana y Actividad Física en la comuna de Renca.

Misión: Promover estilos de Vida Saludable en la Comuna de Renca, a fin que estos se constituyan en un factor protector del desarrollo y crecimiento del ser humano a lo largo de su ciclo vital.

Consideraciones Metodológicas: El programa consiste en intervenciones continuas por un período de seis meses, con dos controles posteriores o tardíos al 9º y 12º mes, destinadas a lograr cambios de estilo de vida saludables en la población beneficiaria que cumple con los criterios de inclusión definidos por el programa. Este debe estar disponible a los usuarios durante los 12 meses del año en horarios acordes a las necesidades de los usuarios:

Propuesta Programa Vida Sana

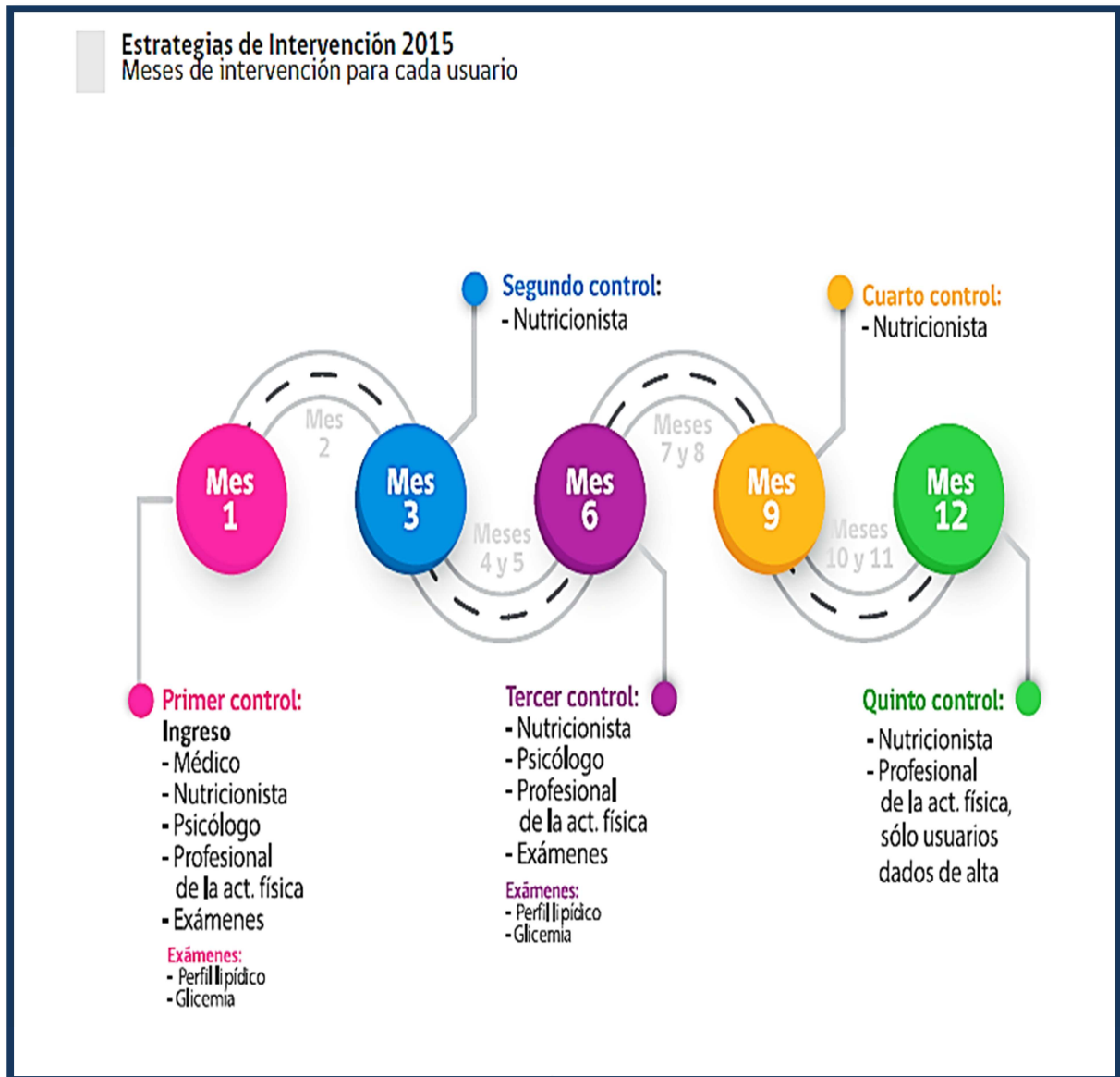
1. Seguimiento alimentario – nutricional.
2. Educación para generar hábitos en alimentación y estilos de vida saludable con práctica permanente en actividad física.
3. Sesiones dirigidas de actividad física y ejercicio

Nuestra Estrategia: La intervención individual del usuario del Programa Vida Sana consiste en 6 meses de intervención continua con controles de seguimiento para el 9º y 12º mes, actividad física y ejercicio físico por 12 meses.

De acuerdo a lo siguiente:

- 8 Atenciones individuales (1 médico, 5 nutricionista, 2 psicólogos).
- 5 Intervenciones grupales (dupla nutricionista – psicólogo)
- Sesiones guiadas de actividad física y ejercicio físico por 12 meses (144 sesiones de 60 minutos o 96 sesiones de 90 minutos, con un total de 144 horas) a cargo de un profesor(a) de educación física, terapeuta de actividad física, kinesiólogo(a).
- 2 Exámenes de glicemia y perfil lipídico.

Estrategia Ciclo de Acción



Indicadores y Medios de verificación.

Indicadores de gestión y de impacto para la reliquidación del programa

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta 31 de agosto	Medios de verificación	Peso Relativo Estrategia	Peso Relativo
Componente 1: niños niñas y adolescentes de 2 a 19 años y adolescentes post parto	% de personas de 2 a 19 años del programa con 1° control realizado.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas de 2 a 19 años del programa con 1}^\circ \text{ control realizado}}{\text{N}^\circ \text{ de personas comprometidas en el programa}} \times 100$	50%	REM	50%	40%
	% de personas de 2 a 19 años del programa con 3° control realizado	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas de 2 a 19 años del programa con 3}^\circ \text{ control realizado}}{\text{N}^\circ \text{ de personas comprometidas en el programa}} \times 100$	20%	REM	50%	
Componente 2: adultos de 20 a 64 años y mujeres post-parto	% de personas de 20 a 64 años del programa con 1° control realizado.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas de 20 a 64 años del programa con 1}^\circ \text{ control realizado}}{\text{N}^\circ \text{ de personas comprometidas en el programa}} \times 100$	50%	REM	50%	40%
	% de personas de 20 a 64 años del programa con 3° control realizado.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas de 20 a 64 años del programa con 3}^\circ \text{ control realizado}}{\text{N}^\circ \text{ de personas comprometidas en el programa}} \times 100$	20%	REM	50%	
Componente 1 y 2, Recurso Humano	Cumplimiento de contratación RRHH asignado.	Cumplimiento de contratación RRHH asignado.	100%	Informe 30 de junio, Servicios de Salud MINSAL.	100%	20%

Observación: En el caso que algunos de los indicadores no aplique, se debe reponderar la importancia relativa

Monitoreo y Evaluación de Componentes

- Indicadores de Seguimiento

COMPONENTE	INDICADOR Y META	FÓRMULA DE CÁLCULO
Componente 1: Niños, niñas, adolescentes de 2 a 19 años y adolescentes post-parto.	Al menos el 50% de las personas entre 2 a 5 años intervenidas mejoran su diagnóstico nutricional integrado.	((Número de beneficiarios entre 2 y 5 años intervenidos que mejoran su diagnóstico nutricional integrado o mejoran su Zscore P/T según control)/ (Número total de beneficiarios entre 2 y 5 años con control correspondiente realizado))*100
	Al menos el 50% de las personas entre 6 a 18 años intervenidas mejoran su condición nutricional.	((Número de beneficiarios entre 6 y 18 años intervenidos que mejoran su condición nutricional (diagnostico nutricional o ZScore de IMC para la edad según control)/ (Número total de beneficiarios entre 6 y 18 años con control correspondiente realizado))*100.
	Al menos el 50% de los adolescentes de 19 años intervenidos reducen el 5% o más del peso inicial.	((Número de beneficiarios de 19 años intervenidos que reducen el 5% o más del peso inicial integrado según control)/ (Número total de beneficiarios de 19 años con control correspondiente realizado))*100.
	Al menos el 50% de las personas intervenidas mejora su PC.	((Número de beneficiarios de 2 a 19 años intervenidos que mejoran su PC según control)/ (Número total de beneficiarios de 2 a 19 años con control correspondiente realizado))*100.
	Al menos el 50% de las personas intervenidas mejora su IMC.	((Número de beneficiarios de 2 a 19 años intervenidos que mejoran su IMC según control)/ (Número total de beneficiarios de 2 a 19 años con control correspondiente realizado))*100.
	Al menos el 50% de las personas intervenidas ingresadas como pre-hipertensas o pre-diabéticas o dislipidémicas mejora su condición.	((Número de beneficiarios de 2 a 19 años intervenidas ingresadas como pre-hipertensas o pre-diabéticos o dislipidémicos que mejoran su condición según control)/ (Número total de beneficiarios de 2 a 19 años con control correspondiente realizado))*100.

COMPONENTE	INDICADOR Y META	FÓRMULA DE CÁLCULO
Componente 1: Niños, niñas, adolescentes de 2 a 19 años y adolescentes post-parto.	Al menos el 90% de las personas de 2 a 5 años intervenidas mejoran su capacidad motora.	$\left(\frac{\text{Número de beneficiarios entre 2 y 5 años intervenidos que mejoran su capacidad motora según control}}{\text{Número total de beneficiarios entre 2 y 5 años con control correspondiente realizado}}\right) * 100.$
	Al menos el 90% de las personas de 6 a 19 años intervenidas mejora su condición física, en término de capacidad funcional y muscular	$\left(\frac{\text{Número de beneficiarios de 6 a 19 años intervenidos que mejoran su condición física, en término de capacidad funcional y muscular según control}}{\text{Número total de beneficiarios de 6 a 19 años con control correspondiente realizado}}\right) * 100.$
	Al menos un 60% de las personas asiste a un mínimo de 60% de las sesiones de actividad físicas y ejercicio físico.	$\left(\frac{\text{Número de beneficiarios de 2 a 19 años intervenidos que asiste a un mínimo de 60% de las sesiones de actividad físicas y ejercicio física según control}}{\text{Número total de beneficiarios de 2 a 19 años con control correspondiente realizado}}\right) * 100.$
	Al menos el 50% de las adolescentes post-parto intervenidas recuperan su peso pre-gestacional	$\left(\frac{\text{Número de beneficiarios adolescentes post parto intervenidos que recuperan su peso pregestacional según control}}{\text{Número total de beneficiarios adolescentes post-parto con control correspondiente realizado}}\right) * 100$

COMPONENTE	INDICADOR Y META	FÓRMULA DE CÁLCULO
Componente 2: Adultos de 20 a 64 años y mujeres post-parto	Al menos el 50% de las personas intervenidas disminuyen un 5% su peso inicial.	$\left(\frac{\text{Número de beneficiarios de 20 a 64 años intervenidos que reducen el 5% o más del peso inicial integrado según control}}{\text{Número total de beneficiarios de 20 a 64 años con control correspondiente realizado}}\right) * 100.$
	Al menos el 50% de las personas intervenidas mejora su Perímetro de Cintura.	$\left(\frac{\text{Número de beneficiarios de 20 a 64 años intervenidos que mejoran su PC según control}}{\text{Número total de beneficiarios de 20 a 64 años con control correspondiente realizado}}\right) * 100.$
	Al menos el 50% de las personas intervenidas mejora su IMC al término de la intervención.	$\left(\frac{\text{Número de beneficiarios de 20 a 64 años intervenidos que mejoran su IMC según control}}{\text{Número total de beneficiarios de 20 a 64 años con control correspondiente realizado}}\right) * 100.$
	Al menos el 50% de las personas intervenidas ingresadas como pre-hipertensas o pre-diabéticas o dislipidémicas, mejoran su condición.	$\left(\frac{\text{Número de beneficiarios de 20 a 64 años intervenidos ingresados como pre-hipertensos o pre-diabéticos o dislipidémicos, que mejoran su condición según control}}{\text{Número total de beneficiarios de 20 a 64 años con control correspondiente realizado}}\right) * 100.$

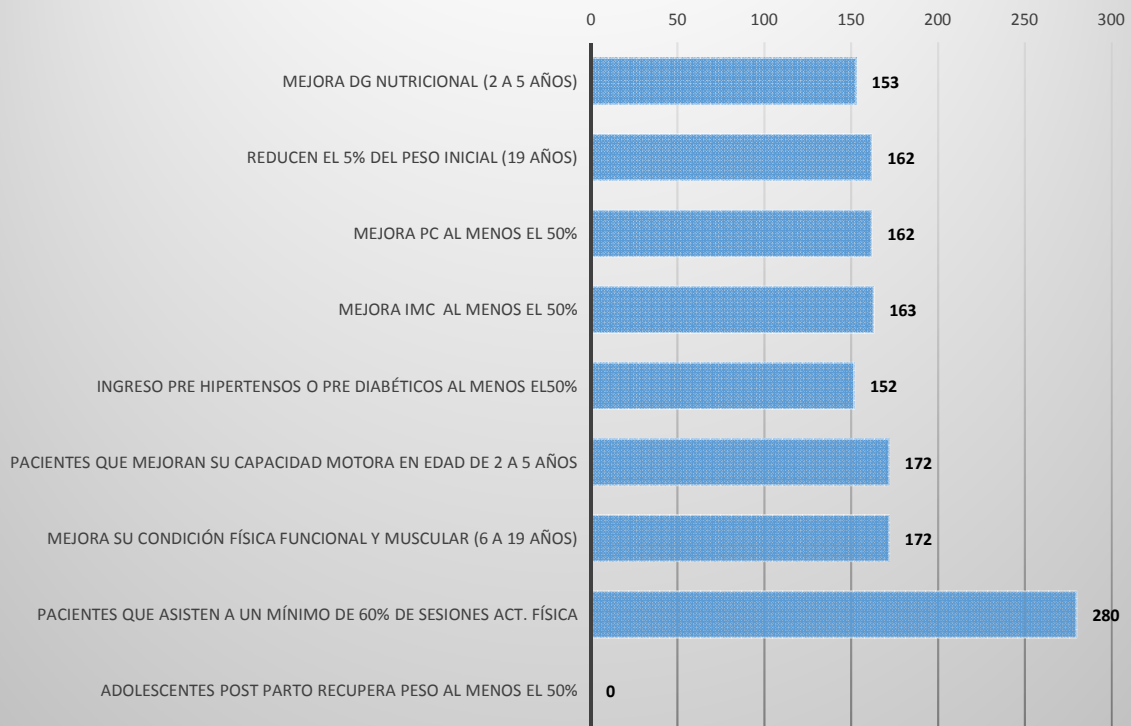
Monitoreo del Plan a la fecha

- Plan Vida Sana comuna de Renca

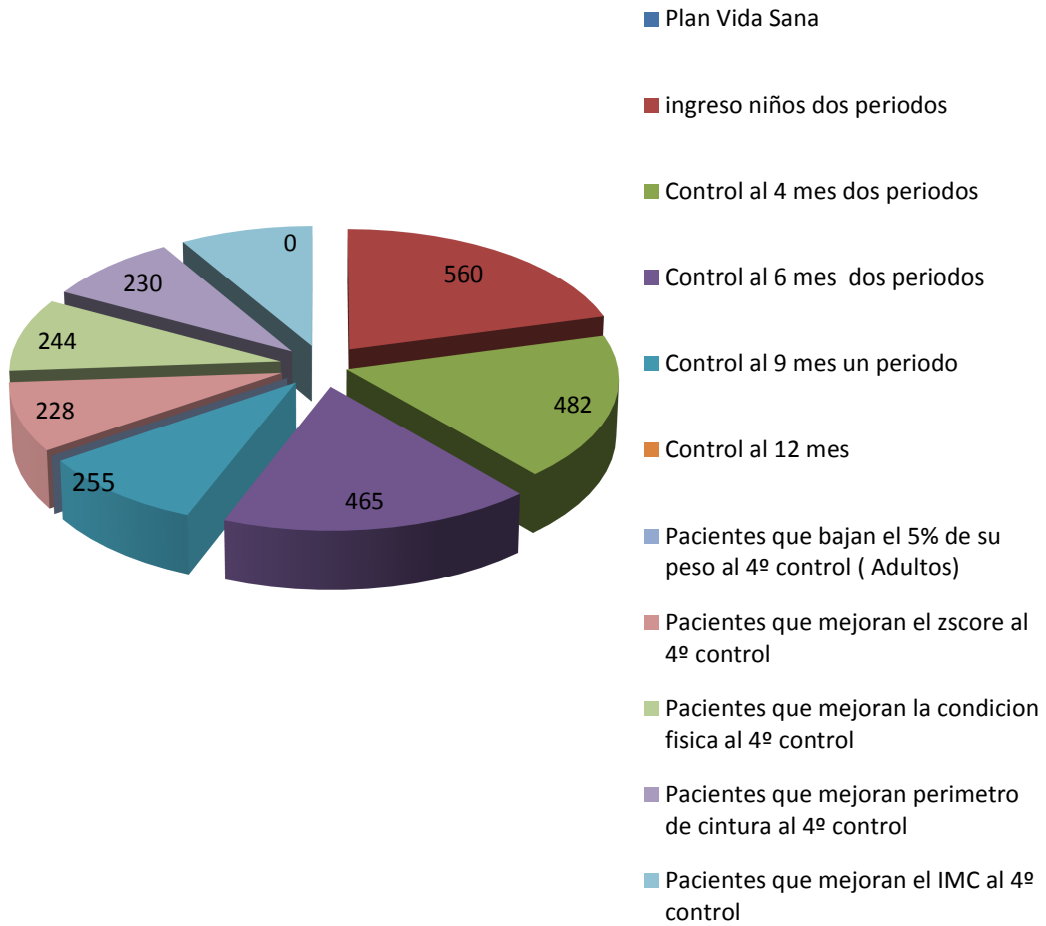
Monitoreo y Evaluación: (componente 1)	Marzo	Mayo	Agosto	Noviembre	Febrero
Programa Vida Sana	2a 19 años	2a 19 años	2 a 19 años	2 a 19 años	2 a 19 años
Pacientes inscritos en programa	295	295	295		
Pacientes con control de ingreso realizado	295				
Pacientes con 2º control realizado		295			
Pacientes con 3º control realizado			295		
Pacientes con 4º control realizado					
Pacientes con 5º control realizado					
Pacientes que mejoran su diagnóstico nutricional de 2 a 5 años			51,8%		
Pacientes que reducen el 5% de su peso inicial en edad de 19 años			54,6%		
Pacientes que mejoran su PC al menos el 50%			54,6%		
Pacientes que mejoran IMC al menos el 50%			55%		
Pacientes que ingresan pre hipertensos o pre diabéticos al menos el 50%			51,3%		
Pacientes que mejoran su capacidad motora en edad de 2 a 5 años			58,3%		
Pacientes que mejoran su condición física funcional y muscular en edad de 6 a 19 años			58,3%		
Pacientes que asisten a un mínimo de 60% de sesiones act. Física			95%		
Pacientes adolescentes post parto recuperan su peso pre gestacional al menos el 50%					

MONITOREO Y EVALUACIÓN COMPONENTE 1

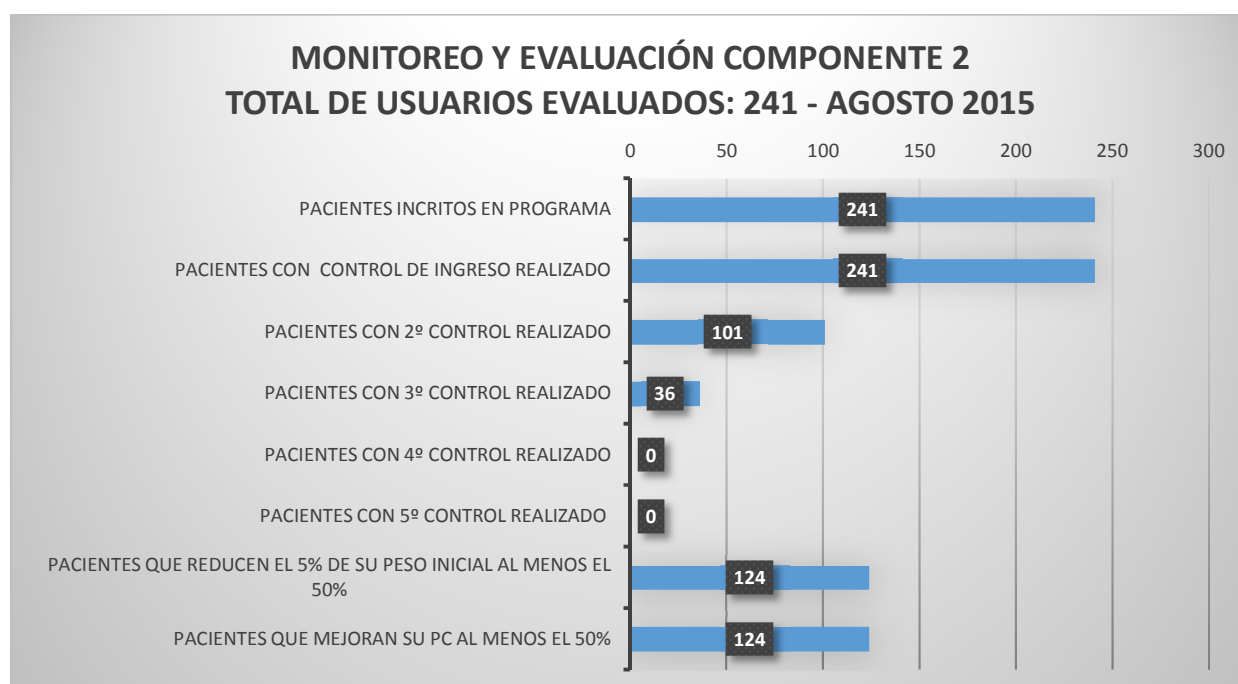
TOTAL USUARIOS EVALUADOS: 295 - AGOSTO 2015



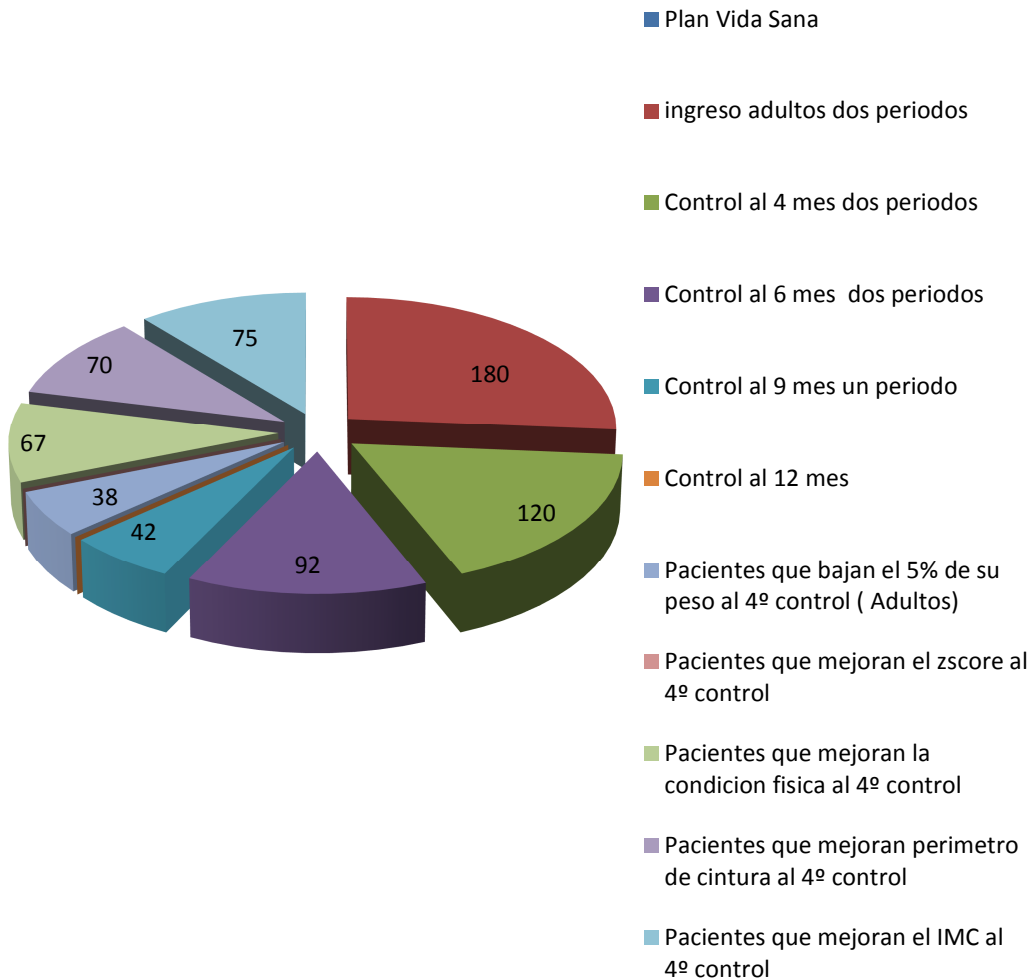
COMPONENTE 1 CORRESPONDIENTE A NIÑOS , NIÑAS Y ADOLESCENTES (POST-PARTO) INGRESADOS Y EVALUADOS DE LA COMUNA DE RENCA (Enero a Septiembre 2015)



Monitoreo y Evaluación: (componente 2)	Marzo	Mayo	Agosto	Noviembre	Febrero
Programa Vida Sana	20 a 64 años	20 a 64 años	20 a 64 años	20 a 64 años	20 a 64 años
Pacientes inscritos en programa	203	211	241		
Pacientes con control de ingreso realizado	203				
Pacientes con 2º control realizado			101		
Pacientes con 3º control realizado			36		
Pacientes con 4º control realizado					
Pacientes con 5º control realizado					
Pacientes que reducen el 5% de su peso inicial al menos el 50%			51,7%		
Pacientes que mejoran su PC al menos el 50%			51,7%		
Pacientes que mejoran IMC al término de la intervención al menos el 50%					
Pacientes que ingresan pre hipertensos o pre diabéticos al menos el 50% mejoran su condición			59,6%		



COMPONENTE 2 CORRESPONDIENTE ADULTOS Y MUJERES (POST-PARTO) INGRESADOS Y EVALUADOS DE LA COMUNA DE RENCA (Enero a Septiembre 2015)



Intervención en Escuelas Municipales: El programa Vida Sanaha 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
- CESFAM 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.



Evaluación 2014 periodo Septiembre - Diciembre

Componente 1

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

COMPONENTE 2

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

6.9.- Evaluación Sala RBC CESFAM Bicentenario de Renca

El CESFAM del Bicentenario de Renca se encuentra en constante crecimiento, el número de inscritos a la fecha bordea los 20.000 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, por lo que el número de usuarios a cargo asciende a los 140.000.

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 3 usuarios por hora para los controles no neurológicos y 1 por hora para los controles o ingresos neurológicos, 2 usuarios por hora cuando es ingreso traumatológico. La atención es de 1 hora.

A. Sala de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC)

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

Objetivos

- Asumir en su totalidad la rehabilitación integral de personas en situación de discapacidad leve, transitoria o permanente y de sus familias con un enfoque biopsicosocial, buscando la inserción social.
- Apoyar la resolución en APS de los síndromes dolorosos de origen osteomuscular.
- Apoyar el desarrollo de redes y el trabajo intersectorial.
- Educación y prevención de discapacidad. Apoyo al trabajo con los grupos de riesgo, en particular con el adulto mayor.
- Fortalecer los nodos comunales existentes.

- Mejorar coordinación entre los diferentes centros de salud dentro de la comuna.
- Aumentar cantidad y variedad de talleres realizados.
- Aumentar cantidad de formación de monitores.
- Generar flujogramas consensuados por patologías, mejorando las derivaciones.

Equipo de Trabajo

1. Kinesiólogos: 2 profesionales que suman un total de 66 hrs semanales.
2. Terapeuta Ocupacional: una profesional, 44hrs semanales.

Metas a cumplir.

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.

META	Cumplimiento a Agosto
10 % de procedimientos corresponden a fisioterapia	13%
10% PsD con visita domiciliaria integral	12.3%
10% de las PsD logran inclusión social.	74.7%
50% egreso posterior al plan de tratamiento	98,6%
20% de los ingresos son PsD con parkinson, secuela ave u otro difícil secundario con compromiso neuromuscular	21,6%
50% de las actividades de promoción y educación corresponden a actividades grupales.	78%

Mensualmente se realizan alrededor de 600 atenciones, a un total de 350 usuarios aproximadamente, además se ofrecen los talleres de:

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

El compilado de los REM A28 nos entrega:

	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto
INGRESOS	164	73	114	143	99	226	289	91
EGRESOS	144	72	144	115	140	189	254	124
IN. AVE	17	10	10	13	63	19	53	74
N° ATENCIONES	729	10	0	788	447	885	1151	599
PROC. FISIO	250	68	140	211	85	225	192	50
TOTAL PROC	1305	768	1143	1334	1089	1554	1540	669
EDU. GRUPAL	35	0	51	45	35	45	121	50
INCLUSION(A.113)	68	0	70	70	140	189	254	105
TOTAL EDUC(TALLETES)	51	0	65	108	47	57	137	25
CONSJ INV	55	103	185	151	39	35	294	50
CONSJ GRUPAL(FAMILIAR)	33	15	24	19	35	30	30	34
VISITAS INTEG	8	8	11	13	7	23	15	63

6.10.- Evaluación Centro de Rehabilitación Medico Integral “Cumbres Mayores” y Programa Más Adulto Mayor Autovalente

Objetivo: Brindar una atención rápida, oportuna, integral y de calidad a todos los usuarios adultos mayores de la comuna de Renca.

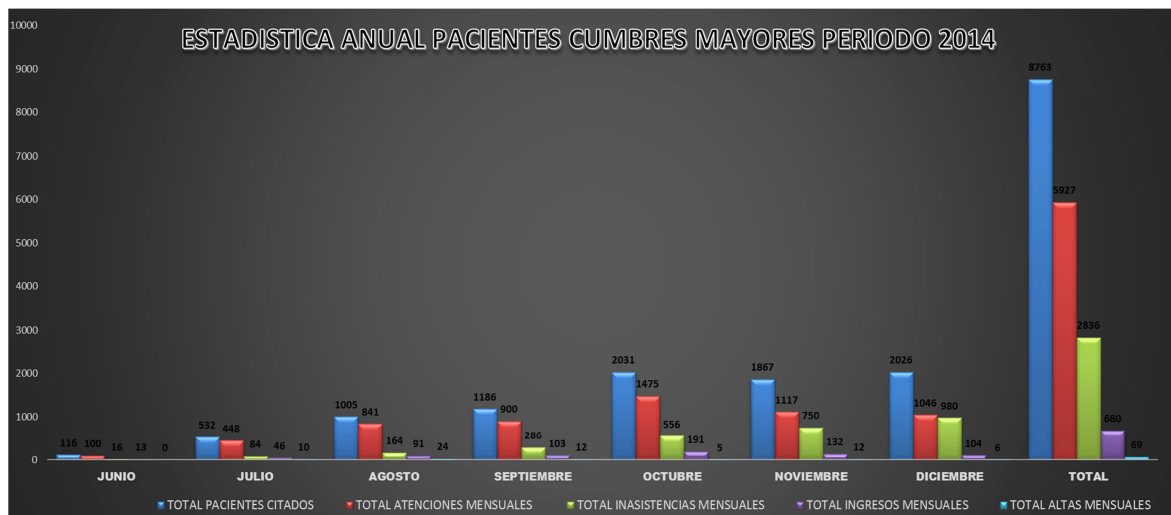
Actividades:

- Programa de rehabilitación musculo esquelética: dirigido a todos los pacientes adultos mayores de la comuna, que requieran de rehabilitación musculo esquelética.
- Programa cardiovascular: dirigido a todos los adultos mayores que padezcan de obesidad, sobrepeso, diabetes tipo 2 e hipertensión arterial.
- Programa de traumatología: dirigido a todos los pacientes pertenecientes y atendidos en el centro de rehabilitación, este programa tiene la finalidad de reevaluar a los pacientes atendidos en Cumbres Mayores
- Programa de nutrición: dirigido a todos los pacientes pertenecientes al programa cardiovascular del centro de rehabilitación
- Programa de dolor crónico: dirigido a todos los adultos mayores con patologías que causan dolor crónico, como por ejemplo la fibromialgia.

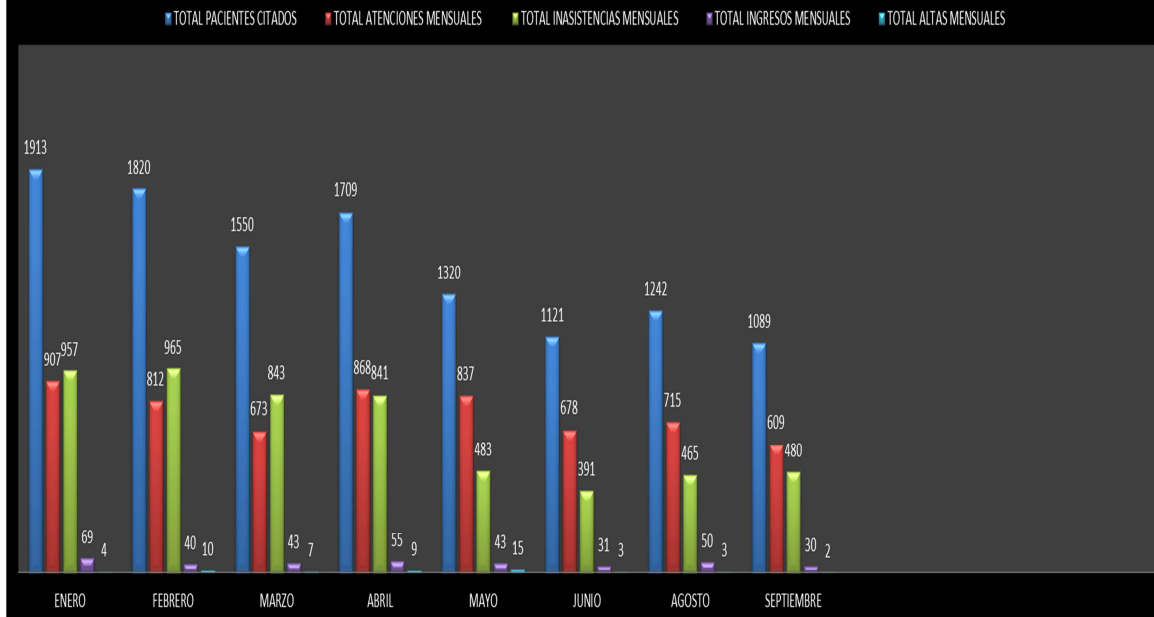
Meta: Atención de todo usuario Adulto Mayor perteneciente a la red de Centros de Salud de la comuna de Renca con patologías musculo esqueléticas así como también cardiovasculares.

Indicador: Número de Adultos Mayores bajo control en Centros de Salud pertenecientes a la comuna de Renca derivados por patologías concomitantes del Adulto Mayor que requieran rehabilitación tanto musculo esquelética como cardiovascular.

Fuente del Indicador: Sistema estadístico CRAM 2014-2015.



ESTADISTICA ANUAL PACIENTES CUMBRES MAYORES PERIODO 2015



MES	TOTAL PACIENTES CITADOS	TOTAL ATENCIONES MENSUALES	TOTAL INASISTENCIAS MENSUALES	TOTAL INGRESOS MENSUALES	TOTAL ALTAS MENSUALES
ENERO	1913	907	957	69	4
FEBRERO	1820	812	965	40	10
MARZO	1550	673	843	43	7
ABRIL	1709	868	841	55	9
MAYO	1320	837	483	43	15
JUNIO	1121	678	391	31	3
AGOSTO	1242	715	465	50	3
SEPTIEMBRE	1089	609	480	30	2
OCTUBRE					
NOVIEMBRE					
DICIEMBRE					
Porcentaje total %	49,63%	25,73%	22,89%	1,52%	0,22%

Programa más adulto mayor auto Valente

Objetivo:

- Mejorar y/o mantener la condición funcional de los AM clasificados como Autovalentes, Autovalentes con riesgo y en riesgo de Dependencia.
- Entregar continuidad a la estimulación funcional de los adultos mayores, mediante capacitación en autocuidado de salud y estimulación funcional a sus organizaciones sociales locales.

Actividad:

- Taller de Estimulación de Funciones Motoras y Prevención de Caídas.
- Taller de Estimulación de Funciones Cognitivas.
- Taller de Autocuidado y Educación en Salud.
- Diagnóstico de Redes Sociales y de Servicios para el Adulto Mayor.
- Diagnóstico Participativo con Agrupaciones de Adultos Mayores.
- Capacitación de Líderes Comunitarios en Estimulación Funcional.

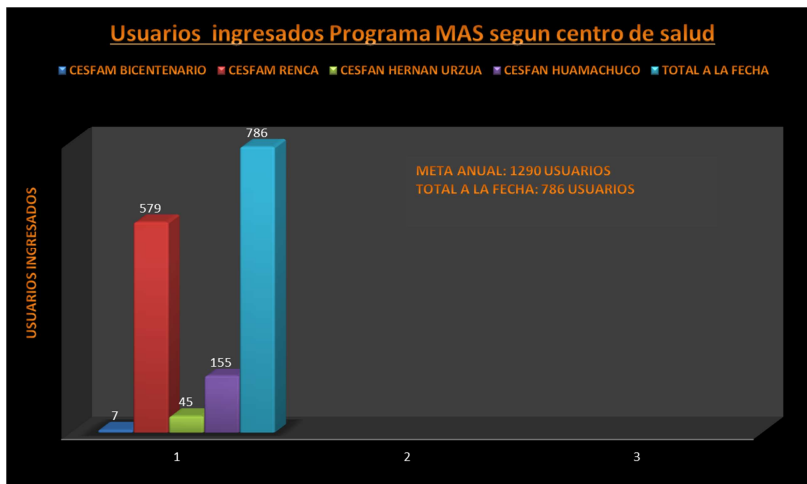
Meta: Población comprometida a ingresar por dupla profesional: 1075 Usuarios.

Meta anual: 60% ($=1.075*0.6=645$ ingresos)

Indicador: Personas de 65 años y más, beneficiarios de FONASA, inscritos en centros de salud con EMPAM vigente y con resultado de Autovalente sin riesgo, o Autovalente con riesgo o en riesgo de dependencia.

Fuente del Indicador: REM A 05 REM A 27

CENTRO DE SALUD	USUARIOS INGRSADOS	USUARIOS EGRESADOS
CESFAM BICENTENARIO	7	0
CESFAM RENCA	579	16
CESFAM HERNAN URZUA	45	0
CESFAM HUAMACHUCO	155	0
TOTAL A LA FECHA	783	16
META ANUAL 2015	1290	X



6.11.- Evaluación Programa Promoción de la Salud

➤ OBJETIVO GENERAL

“Generar acciones de Promoción de la Salud que faciliten el desarrollo de las oportunidades y cambios favorables a la salud en la población, fortaleciendo la elección a nivel individual y comunal de un proyecto de vida sana e incentivando la protección de la salud de la comunidad en concordancia con la realidad local de la comuna de Renca.”

➤ OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Fomentar en la comuna la actividad física, alimentación saludable, vida libre de humo de tabaco y la salud ambiental a través de trabajo intersectorial que permita la participación social y asociatividad.
- 2.- Crear instancias de talleres educativos en jardines infantiles, escuelas, liceos de la comuna sobre: la actividad física, alimentación saludable, vida libre de humo de tabaco y la salud ambiental.
- 3.- Difundir en el entorno laboral de los establecimientos de salud de la comuna: la actividad física a través de la instalación de pausas saludables; la alimentación saludable a través de ferias de alimentación y demostraciones de ferias saludables; y vida libre de humo de tabaco a través de entrega de información de lugares de trabajo promotores de la salud.

En Plan comunal de Promoción se trabajaron en 3 entornos:

- **ENTORNO COMUNAL:** Fomentar en la comuna la actividad física, alimentación saludable, vida libre de humo de tabaco y la salud ambiental a través de trabajo intersectorial que permita la participación social y asociatividad

ACTIVIDAD	FACTORES PROTECTORES PSICOSOCIALES	COBERTURA	RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD
Realización de Ferias Saludables	Participación social y asociatividad	260 Beneficiarios Adolescentes de 10-19 años representantes de establecimientos educacionales y adultos de 20 a 64 años representantes de organizaciones sociales ,Usuarios de Cosam 2.	La actividad tuvo lugar en salón Gestión el día 19 de noviembre de 2014. Se entregan conceptos básicos de Promoción de la Salud en cuanto a los tres componentes de Plan: Actividad Física, Alimentación Saludable y Ambientes libres del humo del tabaco, se realizó trabajo grupal y finalizó con entrega de material educativo a través stand referente a tres componentes antes mencionados.
Elaboración y ejecución de un plan de trabajo conjunto Intersectorial vinculado a la alimentación saludable	Interacciones interpersonales positivas	Niños de 0-9 años de los 10 Jardines infantiles municipales y 4 centros de salud de la comuna	Se adquieren 14 set de educación en Alimentación Saludable, se capacita a Directoras de Jardines Infantiles, y Nutricionistas de los cuatro centros de salud en utilización de dichos set y se realiza un plan general de trabajo con la finalidad de incorporar actividades en sala utilizando material proporcionado.
Taller de sensibilización sobre consejería breve para la cesación tabáquica a redes locales.	Acceso a la Información	116 Beneficiarios adultos y adultos mayores	Educación a la comunidad organizada en cuanto a consejería breve para la cesación tabáquica a través de entrega de material educativo y presentación en Power Point.
SALUD AMBIENTAL trabajo conjunto Intersectorial (SECPLAC-ASEO Y ORNATO-CORP. DE SALUD) vinculado a la Educación de la	Participación social y asociatividad.	La cobertura real sobrepasa a la planificada ,ya que el sector según datos arrojados por SECPLAC la población beneficiaria directa asciende a 2.650 habitantes.	Se realizaron: 4 reuniones de trabajo intersectorial, 1 visita en terreno a Parque las Palmeras, para visualizar el lugar donde se instalaría circuito de máquinas. Ficha Técnica o Plan de trabajo elaborada en conjunto con SERPLAC, ASEO Y ORNATO Y CORP. DE SALUD. Compra e instalación de

comunidad en ambientes saludables considerando, reciclaje, ambientes libres del humo del tabaco, alimentación saludable y actividad física " JARDIN SALUDABLE DE RENCA" emplazado en Parque las Palmeras			insumos para huerto, materiales de construcción y circuito de máquinas de ejercicios.
---	--	--	---

- ENTORNO EDUCACIONAL:** Crear instancias de talleres educativos en jardines infantiles, escuelas, liceos de la comuna sobre: la actividad física, alimentación saludable, vida libre de humo de tabaco y la salud ambiental

ACTIVIDAD	FACTORES PROTECTORES PSICOSOCIALES	COBERTURA	RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD
Talleres educativos y/o prácticos sobre las Guías Alimentarias para la Población Chilena, Etiquetado Nutricional y otros a la comunidad educativa.	Acceso a la Información	353 Beneficiarios entre niños y adultos docentes de Jardines Infantiles y Establecimientos Educativos.	Se realiza el total de actividades programadas contando con la colaboración de las Directoras de jardines infantiles municipalizados y establecimientos educacionales municipalizados. Se efectúa en: Escuela de Párvulos y Jardín Infantil Cumbre Volcán Parinacota utilizando como metodología obra de títeres dirigida a párvulos. Por otra parte, se interviene en establecimientos educacionales: 326, 332, 318 e Instituto cumbres de cóndores Oriente incorporando a alumnos y docentes a través de presentación en power points.
Capacitación a profesores/as de educación general-básica y	Interacciones interpersonales positivas	36 Profesores capacitados de primer y segundo ciclo básico.	Se capacita a profesores de educación general básica y educadoras de párvulos en actividad física. Se entrega manual a cada uno de ellos, para ser utilizado en sus planificaciones anuales.

educadoras de párvulos en actividad física o psicomotricidad.			
Adquisición de set implementos deportivos (asociado a programas permanentes) . MI FAMILIA LA LLEVA	Empoderamiento	16 niños beneficiarios entre 5 y 16 años de edad	Se realiza entrega de Bicicletas como incentivo a alumnos de escuelas municipales de la comuna de Renca que han mejorado sus hábitos de alimentación.
Realizar talleres en los establecimientos educacionales sobre las consecuencias negativas del consumo de tabaco y las ventajas de los ALHT.	Acceso a la información	305 Beneficiarios entre niños y adultos.	Se intervienen en establecimientos educacionales: 332, 326, 318 e Instituto cumbres Oriente en donde se realiza charla educativa y entrega de material.
Difundir el concurso "Elige No Fumar".	Acceso a la información	Alumnos de establecimientos educacionales	Se entrega material de difusión de concurso a directores de establecimientos educacionales.

- **ENTORNO LABORAL:** Difundir en el entorno laboral de los establecimientos de salud de la comuna: la actividad física a través de la instalación de pausas saludables; la alimentación saludable a través de ferias de alimentación y demostraciones de ferias saludables; y vida libre de humo de tabaco a través de entrega de información de lugares de trabajo promotores de la salud.

ACTIVIDAD	FACTORES PROTECTORES PSICOSOCIALES	COBERTURA	RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD
Promover la realización de ferias de alimentación y demostraciones de preparaciones saludables de bajo costo dirigidas a trabajadores/as.	Acceso a la información	148 funcionarios de los 4 centros de salud y 3 COSAM de la comuna.	Entrega de material educativo, Degustación de desayuno saludable a funcionarios de los 4 centros de salud y 3 cosam de la comuna. Actividad se realizar en cada uno de los establecimientos escogidos: Centro de salud Renca, Centro de Salud Hernán Urzúa, Centro de Salud Huamachuco, Centro de Salud Familiar Bicentenario y Cosam 1,2 y 3.
Promover la instalación de programas de pausas activas en lugares de trabajo. (SAPU Renca 24 hrs)	Participación y Asociatividad.	Beneficia al total de funcionarios que trabajan en servicio de atención primaria SAPU RENCA 24 hrs.	Se adquiere 1 mesa de Ping –Pong y 1 mesa de Taca-taca para ser utilizados por funcionarios SAPU Renca 24 hrs de la comuna para disminución de la percepción del estrés y fomento de la actividad física.
Distribuir material informativo respecto a consecuencias del consumo de tabaco y ventajas de los ALHT.	Acceso a la Información	Beneficia al total de funcionarios de los 4 centros de salud de la comuna.	Distribución de material educativo a OIRS de los 4 centros de salud y 2 COSAM de la comuna para ser difundido a los funcionarios.
Difundir el sistema de reconocimiento de Lugares de Trabajo	Acceso a la Información	600 Beneficiados.	Se realiza reunión informativa con la presencia de Directora de Salud de la comuna, 4 Directores de Centros de salud , equipo de Promoción y Referente

<p>Promotores de la Salud en lugares de trabajo de la comuna.</p>			<p>Técnica de Promoción de SEREMI. En dicha actividad se entrega set material informativo sobre el sistema de reconocimiento de Lugares de Trabajo Promotores de la Salud . Actividad tuvo lugar en CESFAM DEL BICENTENENARIO logrando buena acogida por parte de las autoridades quienes evalúan la posibilidad de incorporar dicha estrategia en lugares de trabajo según realidad local y requerimientos de SEREMI de salud.</p>
--	--	--	---

6.12.- Evaluación Programa Participación 2015

El trabajo a desarrollar durante el año 2015 fue la elaboración de un Plan de Participación Comunal el cual se inserta en la meta sanitaria N° 7, teniendo como lineamientos la participación de la comunidad en cada uno de los Centros de Salud de la comuna.

Meta Sanitaria N° 7

- 100% de los consejos de Desarrollo de Salud con plan evaluado y ejecutado a diciembre 2015

La meta busca mejorar la gestión y participación de la Comunidad organizada en tareas del Centro de Salud a través de lineamientos indicados desde el SSMOCC, para trabajar sobre el buen Trato y la Integración en la Red, fortaleciendo el trabajo entre la comunidad usuaria y funcionarios para aportar al desarrollo del Modelo de Gestión Participativa

- Conformación de Comités de Salud
- Gestión de Solicitudes Ciudadanas
- Humanización del Trato
- Diagnósticos Participativos

Objetivos Específicos:

1.- Informar a la comunidad Patologías GES

- Charla "Ges APS/Ges Nivel APS

- Elaboración de material informativo Ges
- Entrega y difusión de material informativo Ges APS/Ges Nivel Secundario

2.- Realizar Diagnostico Participativo (DP)

- Reuniones de planificación del DP
- Convocatoria y elaboración de Diagnostico Participativo
- Elaboración y aplicación de encuesta local de trato y atención al usuario

3.- Difusión de información a la comunidad APS; “Difundir e Informar a la Comunidad APS (usuario interno y externo)”

- Elaboración y distribución de informativos de Protocolo de Atención y de Información al usuario
- Elaborar y ubicar señalética informativa de servicios, box y pasillos de cada Centro de Salud
- Creación de Red Comunal de Participación
- Realización de reunión anual de la Red Comunal Participación

COMGES 13; Satisfacción Usuaría

Este compromiso de Gestión se lleva a cabo en el Centro de Salud Renca, al cual fue priorizado ya que su Per Cápita es el más alto de los Centros de Salud de la comuna.

Indicador: Porcentaje de acciones desarrolladas del Plan de Trabajo establecido para lograr un Plan de Mejoramiento de la satisfacción usuaria en el cuatrienio en los ámbitos de recepción y acogida, trato e información a los usuarios/as.

Metas Trimestrales

Actividad 1 esperada, (corte Junio): Diagnóstico de la Satisfacción usuaria elaborado participativamente y de acuerdo a orientaciones técnicas.

Actividad 2 esperada, (corte septiembre): Plan cuatrienal de mejoramiento de satisfacción usuaria elaborado participativamente y de acuerdo a orientaciones técnicas.

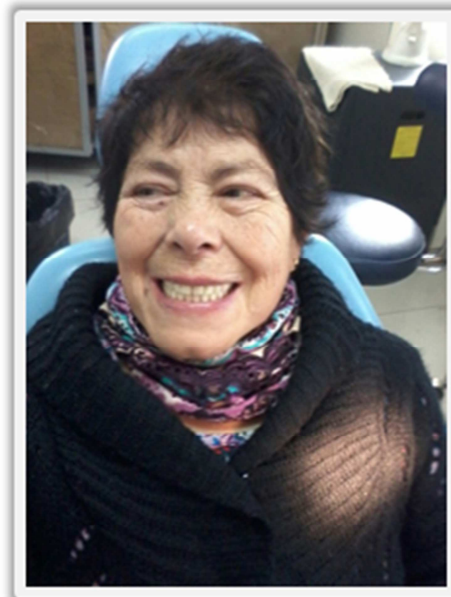
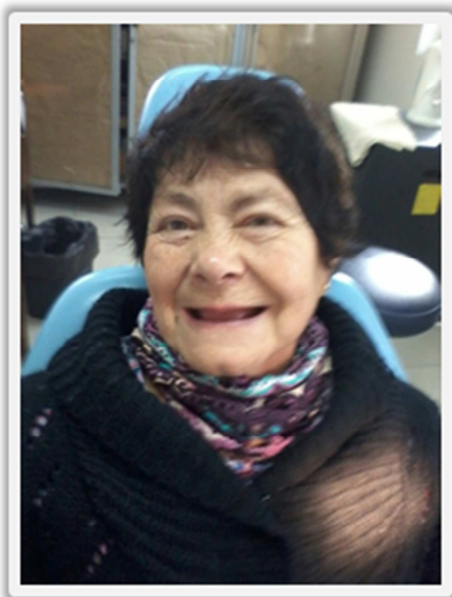
Actividad 3 esperada, (corte diciembre): Plan cuatrienal de mejoramiento de satisfacción usuaria elaborado, revisado y presentado y aprobado en el CIRA para su implementación a partir del 2016.

6.13.- Evaluación Programa Sonríe Renca

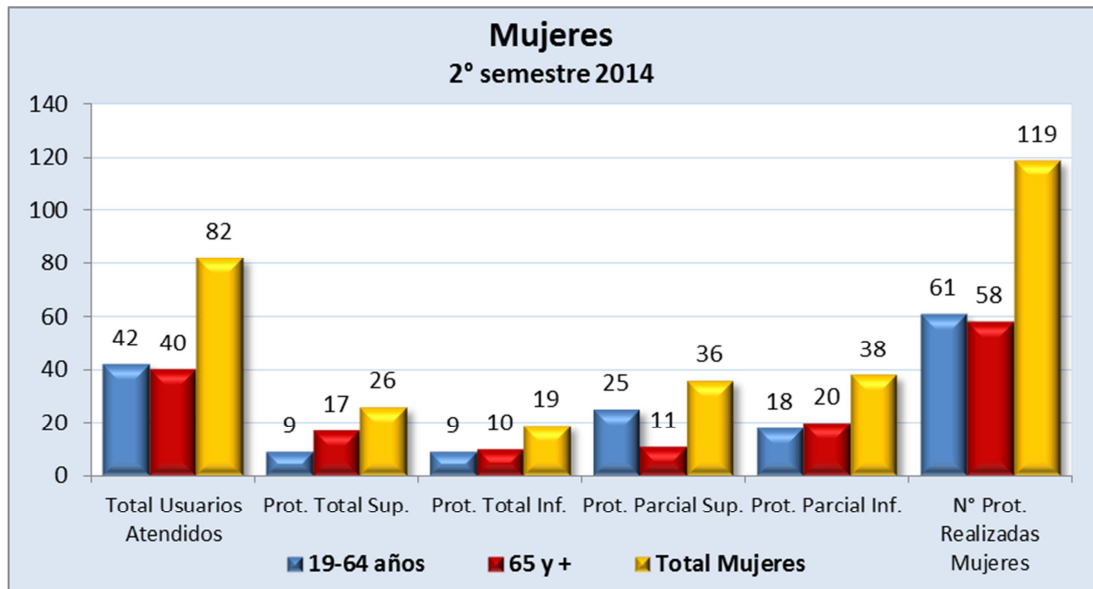
Este programa ya lleva bastante tiempo realizándose y fue instaurado por la Dra. y Alcaldesa Vicky Barahona K. En un comienzo estaba a cargo de un solo profesional, pero para darle comodidad al usuario, y ante la mayor demanda, se hizo extensivo a todos los consultorios de la comuna.

El programa consiste en rehabilitar tanto a hombres como mujeres, de sus problemas bucales. Para ello, en una primera etapa se realiza la preparación de boca que consiste en las exodoncias y obturaciones (tapaduras) de las piezas dentales que sean necesarias, a lo que se agrega el destartraje (limpieza dental). Esta parte está a cargo del Dr. Renzo Cataldo. Una vez dado de alta el paciente pasa a confeccionarse la prótesis, una o dos según sea el caso, tarea que es realizada por el Dr. Luis Guzmán y su secretaria M. Isabel Droguett.

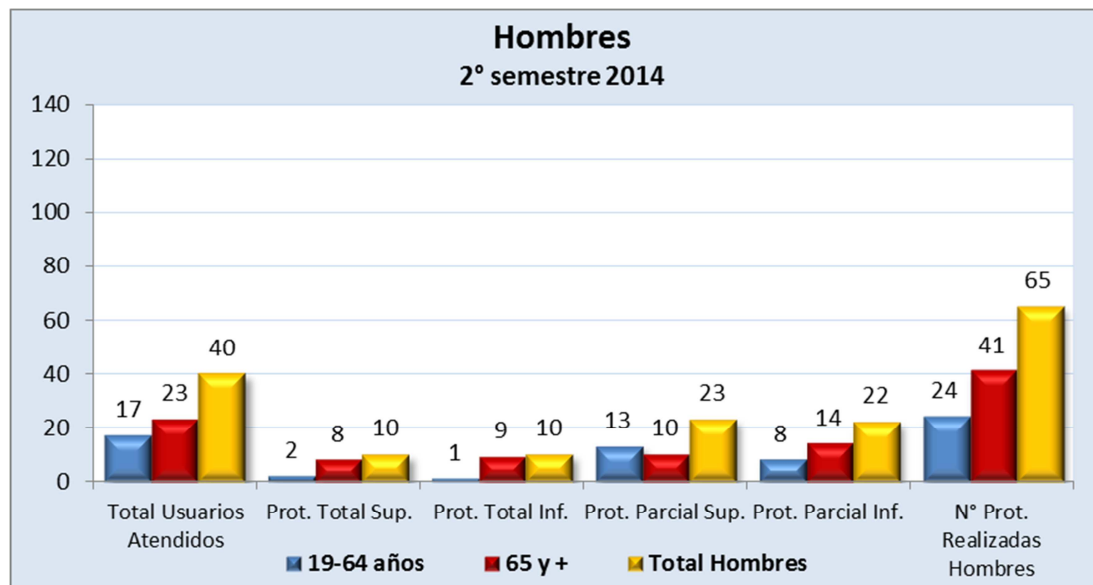
Ejemplo del cambio en el grupo objetivo, antes y después de la implantación de la prótesis:



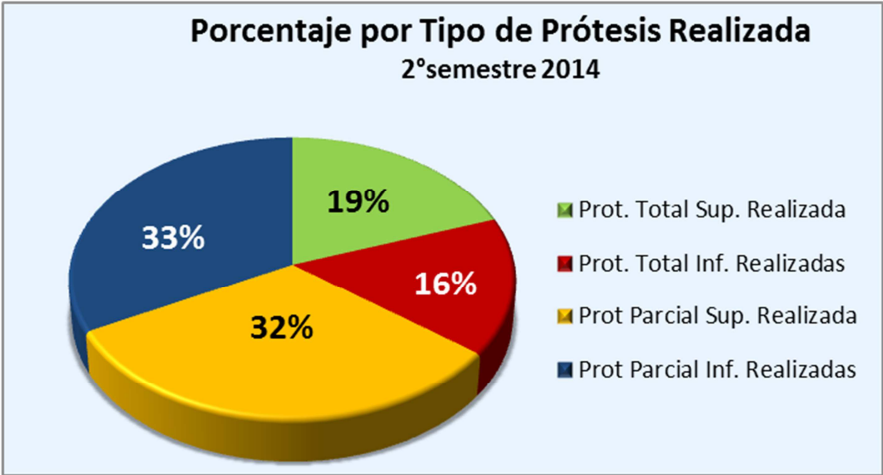
A continuación damos algunas cifras relacionadas con los grupos etarios y por diferencia de sexo, agrupados por semestres.



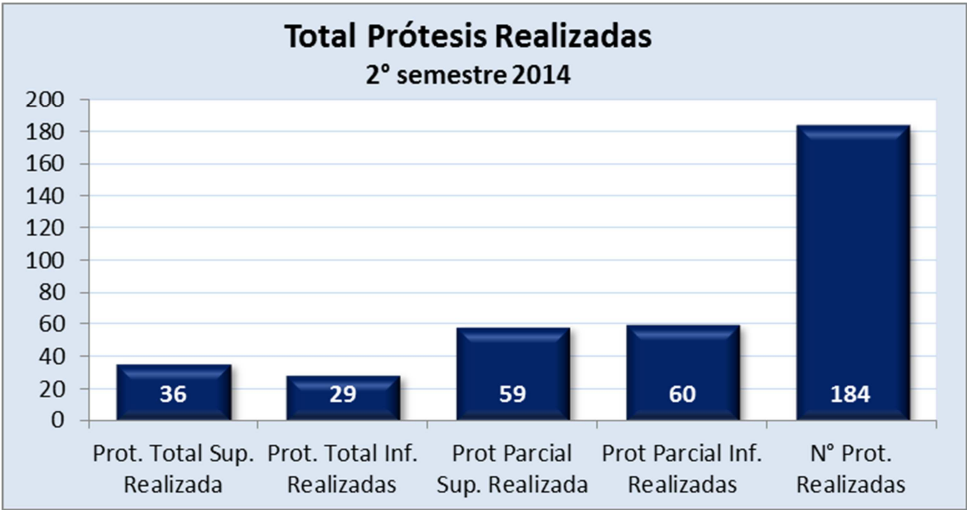
Se observa que la asistencia de pacientes por grupo etario es pareja, como también el número de prótesis realizado.

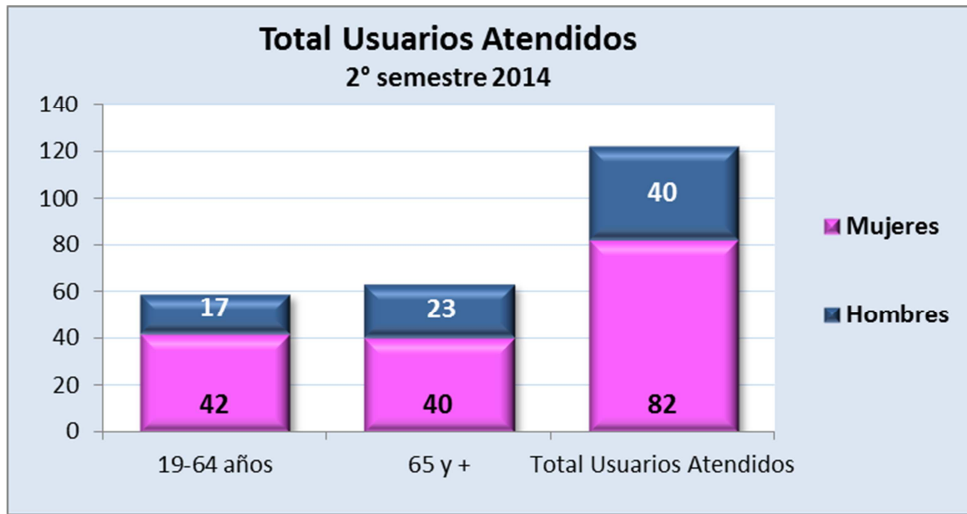


En hombres, si bien sólo hay una diferencia de 6 personas atendidas, en cuanto a prótesis efectuadas esta se hace bastante apreciable



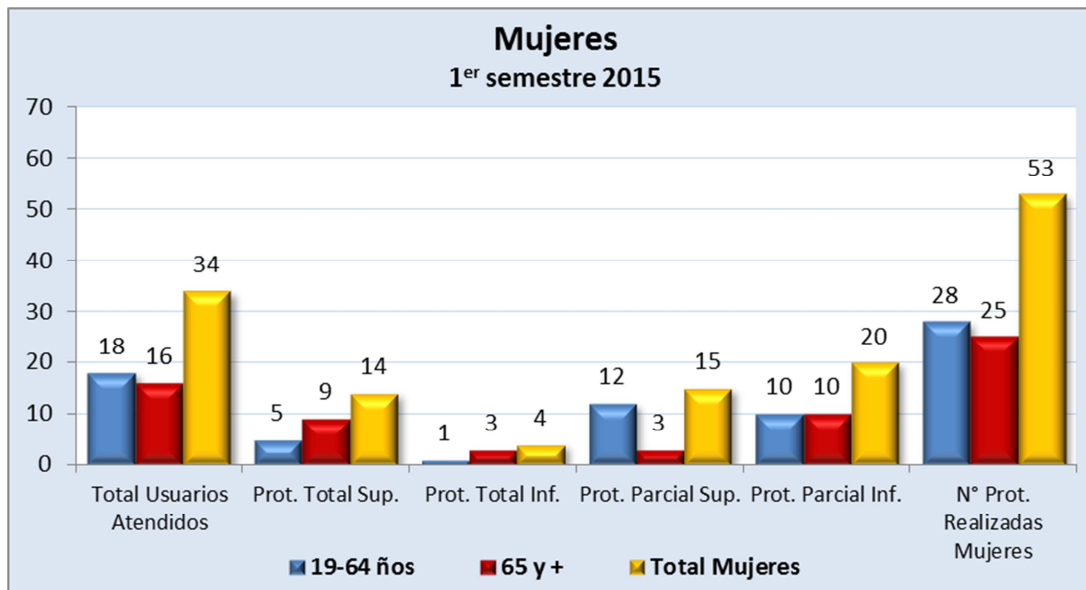
Este gráfico presenta cifras bastante preocupantes, como es la alta cantidad de Prótesis Total con un 35%, lo que indica la mala dentadura de los renquinos y que es lo que debemos mejorar.

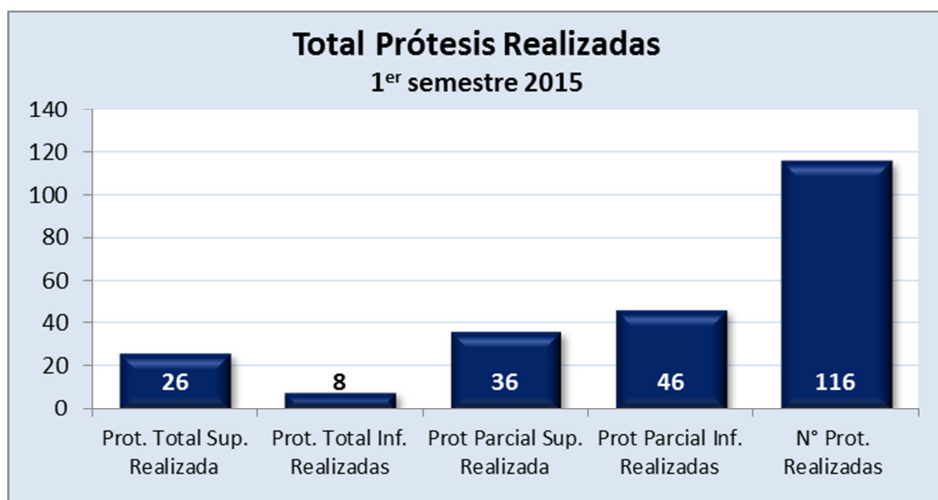
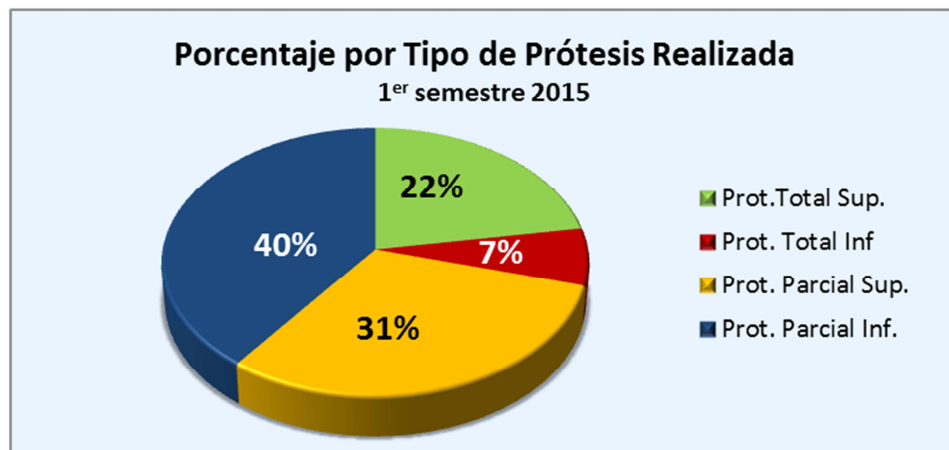
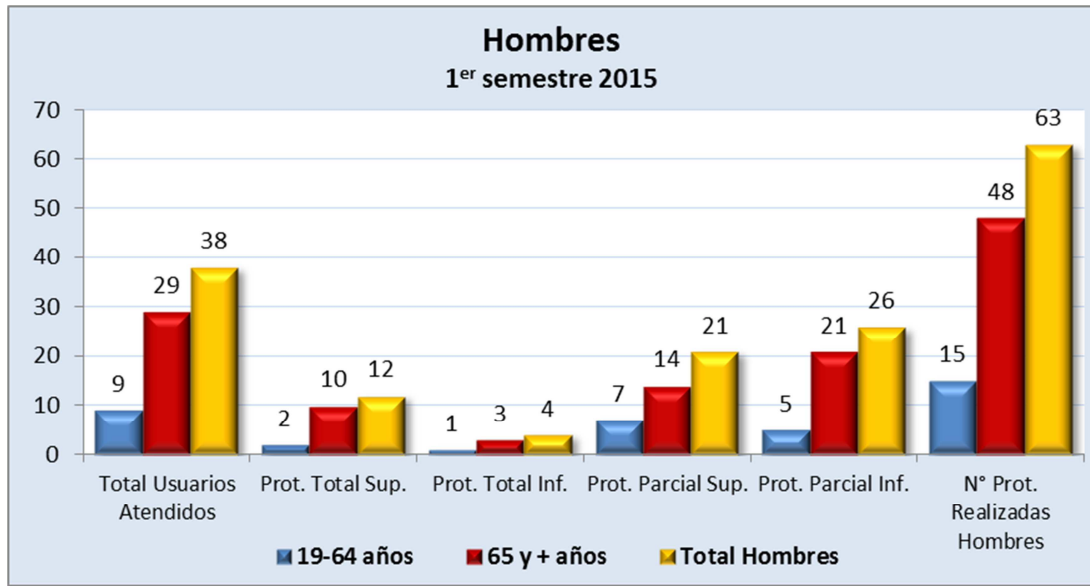




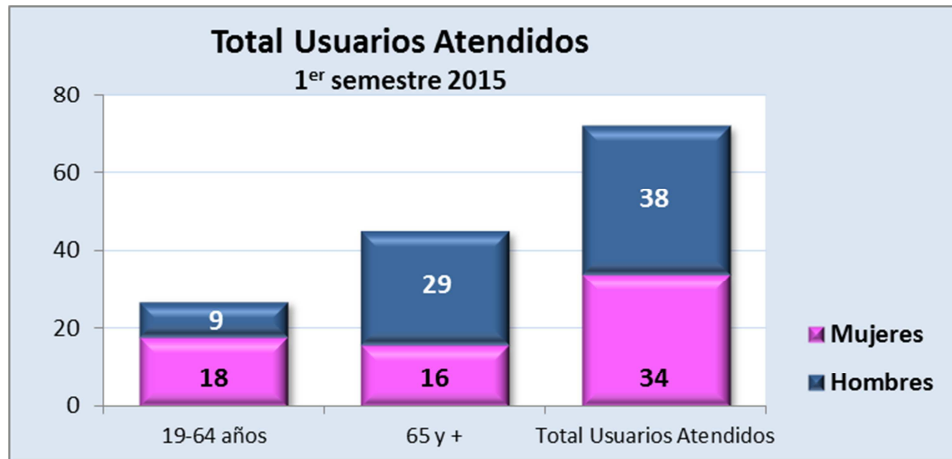
La gráfica anterior nos indica que más del 50% de usuarios atendidos corresponde a mujeres, que además de ser más valientes, son más preocupadas de su apariencia.

A continuación se detallan las cifras para el primer semestre de este año.





Igual que el semestre anterior, lo negativo es el alto número de Prótesis Total (34) realizadas (Total Superior y Total Inferior).



La diferencia de 19-64 años es el doble en mujeres, pero, la tercera edad se da vuelta la cifra y los varones casi doblan a las damas.

Sonríe Renca Comunal

Ces Renca	Ces H. Urzúa	Ces Huamachuco	Cesfam Bic
14	10	8	23

6.14.- Evaluación Toma de Muestra / Laboratorio

Objetivos

- Brindar a los usuarios servicios de calidad al proceso de toma de examen.
- Garantizar a los usuarios resultados fiables, ya que el laboratorio externo cuenta con la acreditación del ISP.

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

Desde el año 2011, la Dirección de Salud realiza la compra de servicios a Laboratorio Holanda quien procesa las muestras de exámenes Tomadas en los centros de salud de la comuna. Actualmente el Laboratorio Holanda, cuenta con un Alto estándar de calidad. Garantizando datos fiables, ya que cuenta con la acreditación ISP.

El informe de los exámenes es vía electrónica para los Centros de Salud y su envío no supera las 48 horas, para los exámenes que no requieren de cultivo.

Total Exámenes tomados por Centro de Salud 2013-2014

AÑO	RENCA	HUAMACH.	H.U.MERINO	BICENT.	TOTAL
2013	130.121	28.629	70.597	37.147	266.494
2014	150.723	31.590	78.466	43.250	304.029

Como se puede apreciar, existe un marcado incremento de exámenes, por año. Entre los años 2013 y 2014, se incrementa un 6,6%, este gran incremento se debe, principalmente, al aumento de la población y al funcionamiento del cuarto Centro de salud Bicentenario.

La tabla siguiente muestra los doce meses del año, correspondientes a Julio 2014 - Julio 2015

2014							2015							TOTAL
CENTRO DE SALUD	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	TOTAL
Renca	13588	12363	11956	12478	11250	9659	9984	8237	12954	11528	10550	10529	10914	145.990
Huamachuco	3024	2779	2285	2562	2822	2379	2325	2031	2871	2659	2290	2691	2693	33.411
H. Urzúa	7331	7058	6040	6521	6577	4732	5178	4374	6718	7435	5916	5826	6446	80.152
Bicentenario	3921	3331	3268	3326	3668	2581	3689	3692	3909	4332	3922	4563	5088	49.290
TOTAL	27.864	25.531	23.549	24.887	24.317	19.351	21.176	18.334	26.452	25.954	22.678	23.609	25.141	308.843

Si comparamos el año 2013 con respecto al periodo Julio 2014 – Julio 2015, el incremento es de 7,4 %.

6.15.- Evaluación Programa Vida Sana Alcohol 2014-2015

PROGRAMA PILOTO VIDA SANA ALCOHOL		
META JUNIO A DICIEMBRE 2014		
CENTROS DE SALUD	Meta 2014. Evaluación consumo de alcohol a través de tamizaje. (10% tramo edad)	Meta 2014 Intervenciones breves a población evaluada
CESFAM	POBLACION A EVALUAR	POBLACION A REALIZAR INTERVENCION BREVE
CESFAM BICENTENARIO	350	9
CESFAM HUAMACHUCO	453	66
CESFAM HERNAN URZUA	690	95
CESFAM RENCA	2284	287
TOTAL COMUNAL 2014	3777	457

PROGRAMA PILOTO VIDA SANA ALCOHOL		
META ENERO A JULIO 2015		
CENTROS DE SALUD	Meta 2014. Evaluación consumo de alcohol a través de tamizaje. (10% tramo edad)	Meta 2014 Intervenciones breves a población evaluada
CESFAM	POBLACION A EVALUAR	POBLACION A REALIZAR INTERVENCION BREVE
CESFAM BICENTENARIO	222	20
CESFAM HUAMACHUCO	500	61
CESFAM HERNAN URZUA	565	49
CESFAM RENCA	1014	164
TOTAL COMUNAL 2014	2.301	294

6.16.- Diagnostico Participativo de Promoción de la Salud en la Comuna Renca

El Plan de Promoción de la salud es una instancia que se desarrolla a nivel nacional conforme a lineamientos del ministerio de salud, las orientaciones entregadas por la SEREMI de SALUD, Región metropolitana y el interés y disposición de la máxima autoridad comunal DRA. Vicky Barahona Kunstmann. Su ejecución es asesorada y monitorizada por el departamento de promoción de la salud de la SEREMI Región Metropolitana

En nuestra comuna, se han desarrollado a través de Planes de Promoción Comunal, iniciativas que han permitido fomentar y regular conductas favorables al cambio de hábitos saludables y vida sana en distintos ámbitos como:

- Alimentación saludable: a través de la capacitación de kioscos saludables en establecimientos educacionales iniciativa que ha estado presente desde el año 2009 hasta la fecha en donde se ha trabajado por incentivar el desarrollo de hábitos alimenticios saludables implementando programas y acciones que incentivan y fortalecen el desarrollo de hábitos a través de educaciones en etiquetado alimenticio, realización de ferias saludables, elaboración de incentivos asociados al programa “ mi familia la lleva”, degustaciones saludables en el ámbito laboral, entre otras.
- Actividad Física: se ha desarrollado la iniciativa de plazas saludables, intervención en educación pre-escolar y primer ciclo básico capacitando a educadoras y profesores de establecimientos educacionales en el desarrollo de Talleres de psicomotricidad y actividad física, Talleres de yoga fortaleciendo el clima escolar, así como también siendo un importante aporte en el programa “ Mi Familia la lleva” con la entrega de incentivos (bicicletas) a los alumnos que logran mejorar sus hábitos alimenticios y el mayor impacto en el desarrollo del programa todo lo anterior con el apoyo de un equipo multidisciplinario asociado a un compromiso compartido entre alumno, familia y establecimiento educacional.
- Ambientes libre del humo del tabaco : se ha dado una importante iniciativa a través de nuestra Primera Autoridad Comunal emitiendo la instrucción de no fumar en los establecimientos de salud y en atención a la preocupación manifestada en Diálogo Participativo realizado en año 2013.El objetivo principal de la actividad, estuvo marcada por generar una instancia de participación y diálogo en los tres componentes de la promoción de la salud: Actividad Física, Alimentación Saludable y Ambiente libre del Humo del tabaco, con adolescentes y adultos. Por otro parte, entregar conceptos básicos de Promoción de la Salud , aplicar un cuestionario de reflexión que permita generar propuestas para la Promoción de la Salud 2014.

Bajo este escenario, es que la Promoción de la Salud constituye un proceso político y social global que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarla. En este sentido, las intervenciones abarcan no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar e incidir las condiciones sociales, ambientales y económicas en que viven las personas y las comunidades con el fin de mitigar su impacto en la salud pública.

Por lo anterior, y de acuerdo a orientaciones entregadas por SEREMI de salud, en nuestro Plan Comunal de Promoción 2015 se desarrolló Diagnóstico Participativo que contó con la participación de equipos de salud (Encargadas de Promoción y Participación), Educación, DIDECO, SECPLA, usuarios de COSAM, usuarias de centro de rehabilitación del adulto mayor, usuarios(as) del centro diurno del adulto mayor, directivas de centro de padres de jardines infantiles, comité comunal de salud, orientadores de establecimientos educacionales y líderes que conforman parte de la directiva del centro de alumnos de establecimientos educacionales de la comuna.

El Objetivo principal de esta actividad fue “Recoger información que permita conocer la situación de salud de la comunidad, definiendo en conjunto el o los problemas o necesidad de la comunidad en promoción de la salud a abordar para el trabajo comunal en materia de calidad de vida en el marco de determinantes sociales de la salud”.

Los Objetivos específicos:

- Entregar conceptos de Diagnóstico Participativo a la comunidad.
- Priorizar principales problemas de salud detectados por la comunidad
- Incentivar la entrega de propuestas en promoción de la salud que permitan formular planificación estratégica que deberá ser resuelto a 3 años.
- Incentivar la participación de la comunidad en salud generando espacios de trabajo en común.

La metodología utilizada para este encuentro se baso en la entrega de información respecto la definición de Diagnóstico Participativo y conceptos básicos de Determinantes Sociales de la Salud. Para llevar a cabo un metología que permitiría rescatar los principales problemas detectados por la comunidad, se realiza distribución de grupos de trabajo. Para tal efecto, el grupo eligió a un secretario, moderador y presentador. Los grupos de trabajo realizaron un debate interno de las temáticas y un representante de cada grupo expuso ante plenario las conclusiones obtenidas.

Para el trabajo en grupo, se utilizaron como técnicas lluvia de ideas y diagrama de causa-efecto (espina de pescado) que permitió obtener los siguientes resultados de acuerdo al siguiente recuad

PROBLEMA	CAUSA	EFEECTO	Soluciones
Contaminación medio ambiental	Falta de cultura comunitaria. Espacios libres para basurales	Focos infecciosos en la comunidad	- Huertos comunitarios. - Recuperación y aumento de áreas Verdes. - Educación a la comunidad sobre: contaminantes, tipos de contaminación, entre otros.
Delincuencia	Drogadicción y alcoholismo	Miedo e inseguridad	- Aumentar rondas de carabineros. - Instalar retenes móviles en lugares críticos.
Animales Vagos	Poca preocupación de la importancia de tener una mascota	Focos infecciosos	- Educación a la comunidad educativa, juntas de vecinos sobre tenencia responsable de mascotas.
Disminución de horas de actividad física en establecimientos educacionales	Aumento de actividades en el área tecnológico	Sedentarismo, aumento de las enfermedades cardiovasculares en los alumnos	- Aumentar las horas de educación física en establecimientos educacionales. - Educación sobre la importancia de la actividad física con apoyo de salud.
Violencia intrafamiliar	Perspectiva de Género	Baja autoestima, inseguridad, incapacidad para tomar decisiones	- Campañas de sexualidad responsable enfocada tanto a hombres y mujeres. - Educación en la temática de perspectiva de género en establecimientos educacionales. - Talleres prácticos dirigidos a funcionarios de educación, salud, unidades vecinales.

De acuerdo al análisis de Diagnóstico realizado, se puede concluir que la principal preocupación de la población es proponer actividades tendientes a acciones que permitan fomentar y propiciar una participación activa de la comunidad y del intersector.

Con lo anterior y conscientes de que este es un camino que considera diversas variables, tales como espacios de áreas verdes, actividades recreativas, desarrollo social y aprendizaje de nuevos hábitos y estilos de vida saludable, se priorizaran en plan trienal de promoción 2016-2018, las iniciativas emanadas de este Diagnóstico, lo que permitirá con acciones sostenibles en el tiempo fortalecer el compromiso con el estilo de vida sana que siempre ha fomentado nuestra primera autoridad comunal, Dra. Vicky Barahona Kunstmann, quien lidera el diseño, implementación y desarrollo de programas, proyectos e iniciativas diversas que persiguen fortalecer la capacidad de la familia y de la comunidad, reforzar formas de convivencia familiar que favorezcan el desarrollo infantil y la mejora de espacios públicos promoviendo el adecuado uso de ellos, y así mejorar la calidad de vida de los vecinos de Renca.

6.17.- Evaluación SAPUS Renca a Junio 2015

Antecedentes técnicos y administrativos.

Comuna	RENCA
Nombre establecimiento	SAPU RENCA
Establecimiento base	SAPU RENCA
Horario de funcionamiento	24 HORAS CONTINUAS 365 DIAS AL AÑO
Dirección	JOSE MANUEL BALMACEDA 4012
Beneficiarios	Habitantes Comuna De Renca (143.136 Hab.) Mas Usuarios Comunas Aledañas, (Conchalí, Quinta Normal, Quilicura, Pudahuel, Cerro Navia, Extranjeros, Entre Otros.)
Encargado	DR. ANTONIO PALMA ALTAMAR
Nº teléfonos	25745209-25745208

Historia: El SAPU Renca fue fundado inicialmente adosado al Centro de Salud Renca y es trasladado a las dependencias que utiliza en la actualidad el año 2001.

Inicialmente solo contaba con la atención de un médico y en horario diurno hasta las 12:00 horas, posteriormente a medida que la comuna fue creciendo y se hizo conocido el establecimiento, se aumenta su dotación, además su horario de funcionamiento, siendo hoy Sapu Centinela, atiende las 24 horas, los 7 días a la semana, incluyendo festivos. Con un promedio de 9000 pacientes mensuales, cuenta con la atención permanente de tres médicos y presta servicios de ambulancia básicos con tres móviles que en promedio anual trasladan 5.350 pacientes por año.

Prestaciones:Cuál es la cartera de prestaciones que ofrece el servicio de urgencias:

- Electrocardiograma de urgencia telemedicina y manual
- Odontología de Urgencia
- Podología horario diurno
- Laboratorio Diurno
- Atención médicas de urgencia categorizadas en TRIAGE

- Constatación de lesiones y alcoholemia
- Pesquisa de Patología psicológicas en sala de espera
- Docencia y capacitación
- Traslados de Ambulancia
- Procedimientos básicos como: Inyectables IM, EV. Venoclisis, suturas y curaciones, cateterismo vesical, sonda nasogástrica, micronebulización y oxigenoterapia, extracción cuerpo extraño nariz y oídos, lavado ocular.

Derivaciones:

Adultos: Hospital San Juan de Dios
Niños: (0 a 13 años 11 meses 29 días) Hospital Félix Bulnes
Patología ginecológica y Embarazo: Hospital Metropolitano
Gran Quemado: Posta Central
Patología Psiquiátrica: Hospital Horwitz – Hospital Félix Bulnes
Traumatología: Hospital Traumatológico

Traslados:

Traslado	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	oct	nov	dic	total
Félix Bulnes	79	64	69	102	111	94	83	81	64	89	66	75	977
S. Juan de Dios	259	235	226	240	304	225	243	201	246	328	224	234	2965
Traumatológico	64	61	57	64	63	57	43	36	50	58	60	67	680
Metropolitano	70	45	41	56	35	28	56	52	53	37	47	26	546
Otros	28	11	24	17	17	10	14	9	11	9	9	23	182

Total traslado infantil: 977 (menores de 15 años)

Total traslados adultos: 4373 (mayores de 15 años)

TOTAL: 5350

Recursos humanos: El servicio de urgencia de nuestra comuna cuenta con:

SAPU Renca: Total de funcionarios turno diurno

- 4 médico
- 1 ENFERMERO
- 4 TENS
- 1 TENS signos vitales
- 5 oficial administrativo
- 1 auxiliar de farmacia
- 4 auxiliar de servicio
- 1 Rondín

Total de Funcionarios Turno Nocturno:

- 2 médicos
- 1 auxiliar TECNICO
- 4 TENS
- 1 Administrativo
- 1 odontólogo
- 1 auxiliar dental
- 1 Rondín

Servicio de Ambulancia

- 3 choferes ambulancia
- Paramédico de ambulancia

Ambos turnos se apoyan, además, durante todo el año de 2011 se refuerza de la siguiente manera:

- Lunes a Viernes 13:00 a 20:00 horas, 01 médico.
- Sábado, Domingos y festivos 09:00 a 09:00 horas, 01 médico.
16:00 a 23:00 horas, 01 médico

Funciona también en este establecimiento

- Línea 800 con 02 funcionarias.
- Servicio Podología 01 podóloga
- Toma electrocardiograma 01 Técnico paramédico.
-

Total de personal del establecimiento

- 1 Director
- 1 Enfermero
- 18 cargos médicos
- 14 Tens
- 10 oficiales administrativos (Incluida línea 800)
- 01 auxiliar de farmacia
- 03 Rondines
- 05 odontólogos
- 05 auxiliares dentales
- 9 auxiliares de servicio
- 06 paramédicos ambulancia
- 06 conductor ambulancia

Total de funcionarios del establecimiento 79.

Desde el año 2011 a la fecha, el Servicio se constituyó como campo clínico docente para alumnos de Inacap, ICEL, universidad Iberoamericana del nivel **técnico superior y enfermería universitaria**, los que han contado con todo el apoyo del personal del establecimiento para su formación y quienes también han sido de gran apoyo al servicio.

TOTAL FUNCIONARIOS SAPU HUAMACHUCO

Personal por Turno

- 2 Médicos.
- 2 TENS
- 1 Administrativo
- 1 SOME
- 1 Guardia
- 1 Hora TENS farmacia
- 1 auxiliar de servicio
- 3 Horas Enfermera

TOTAL FUNCIONARIOS SAPU BICENTENARIO.

Personal por turno

- 2 Médicos
- 2 TENS
- 1 Administrativos
- 1 SOME
- 1 Guardias
- 1 Auxiliar de servicio

ESTADISTICA SAPU RENCA

De acuerdo a la siguiente tabla graficada, los ítem corresponde a

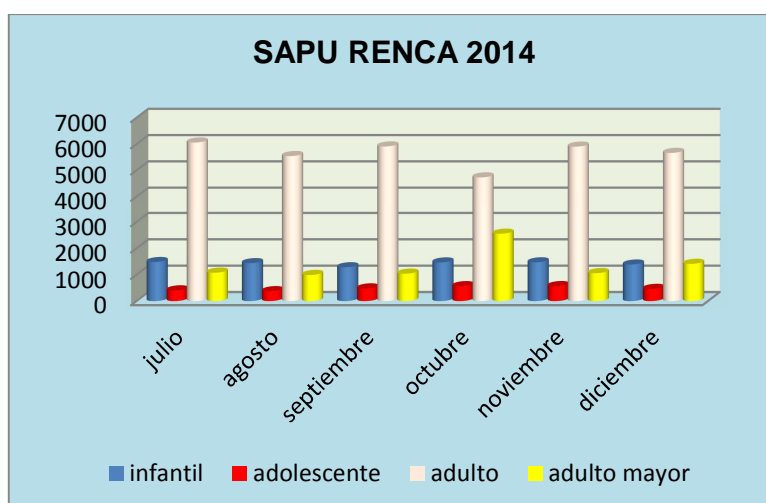
- A: Infantil
- B: Adolescente
- C: Adulto
- D: Adulto Mayor

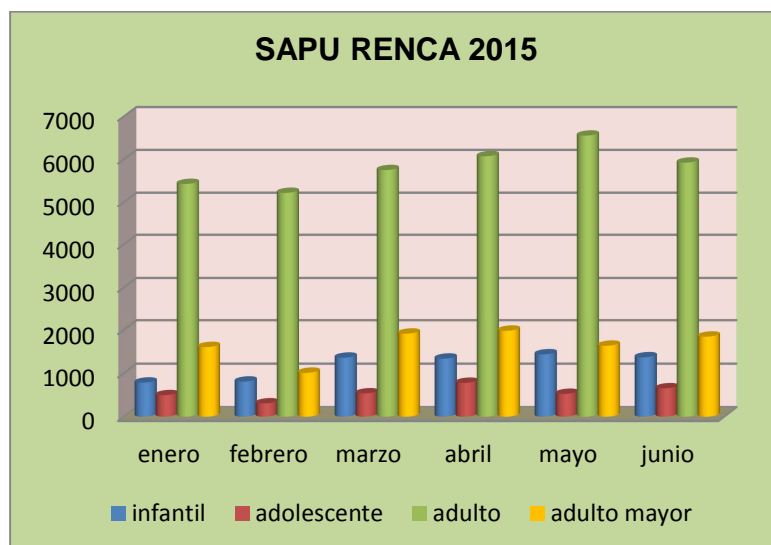
Teniendo en consideración que estos datos reflejan los años 2014 y 2015

	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL2014
A	1482	1439	1283	1466	1470	1387	8527

B	407	375	481	566	569	463	2861
C	6063	5547	5913	4735	5905	5668	33831
D	1079	992	1041	2557	1060	1414	8143
Total	9031	8353	8718	9324	9004	8932	53362

ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	TOTAL 2015
784	807	1357	1335	1434	1366	7083
494	305	535	778	524	652	3288
5425	5217	5749	6072	6554	5923	34940
1602	1010	1911	1978	1632	1842	9975
8305	7339	9552	10163	10144	9783	55286
total	108.648					





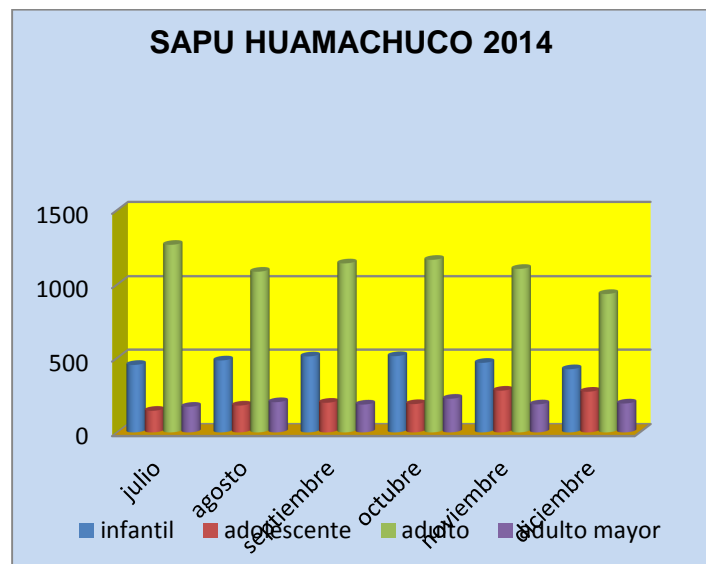
DENTAL SAPU

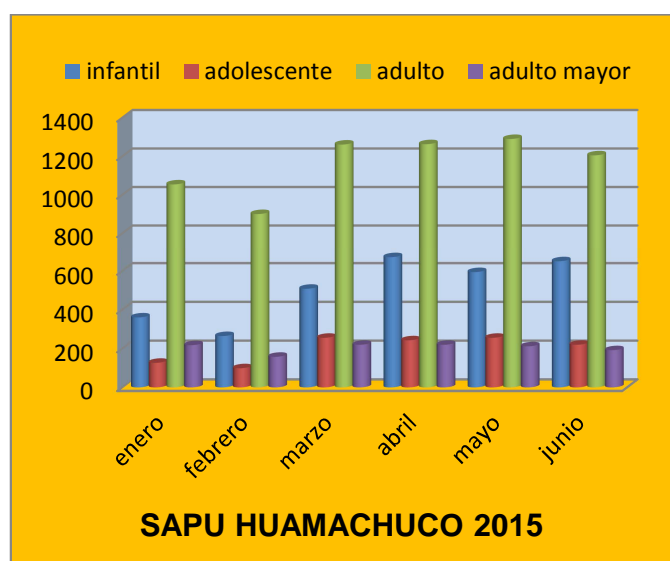
	CONSULTAS	EXODONCIAS
Enero	522	281
Febrero	428	245
Marzo	545	312
Abril	465	223
Mayo	463	246
Junio	475	233
total	2898	1540

ESTADISTICA SAPU HUAMACHUCO

2014	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
INFANTIL	453	483	510	512	467	424	2849
ADOLESC	145	180	199	190	280	273	1267
ADULTO	1267	1086	1142	1166	1105	936	6702
ADULTO MAYOR	172	203	187	226	188	194	1170
TOTAL	2037	1952	2038	2094	2040	1827	11988

2015	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	TOTAL
INFANTIL	361	265	509	672	595	651	3053
ADOLESC	127	99	256	243	256	220	1201
ADULTO	1055	901	1262	1264	1291	1206	6979
ADULTO MAYOR	218	158	220	220	212	192	1220
TOTAL	1761	1423	2247	2399	2354	2269	12453
TOTAL:	24.441						

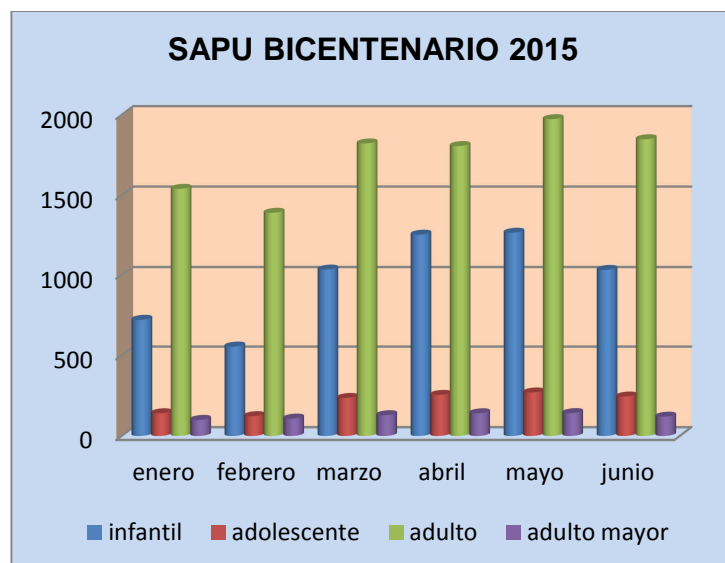
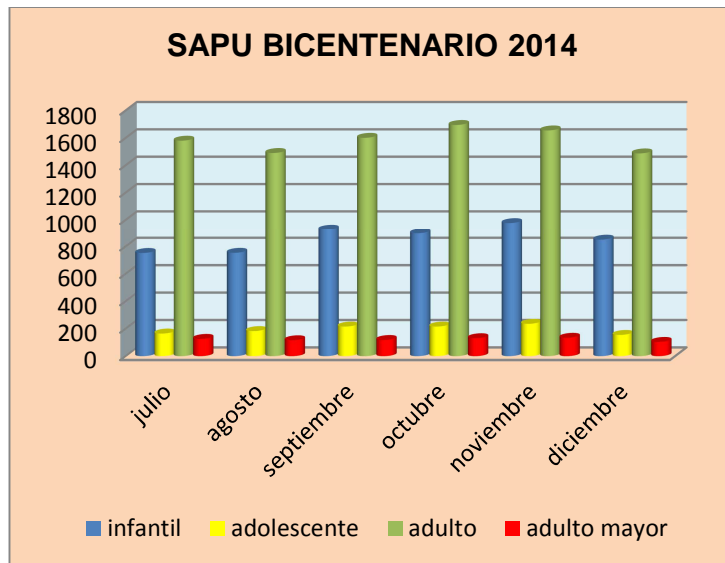




ESTADISTICA SAPU BICENTENARIO

AÑO 2014	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
INFANTIL	753	754	929	897	978	850	5161
ADOLESC	165	183	216	216	236	155	1171
ADULTO	1581	1491	1602	1696	1656	1488	9514
ADULTO MAYOR	126	116	118	131	134	104	729
TOTAL	2625	2544	2865	2940	3004	2597	16575

AÑO 2015	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	TOTAL
INFANTIL	721	555	1039	1256	1268	1037	5876
ADOLESC	141	123	236	255	270	245	1270
ADULTO	1541	1392	1823	1807	1974	1849	10386
ADULTO MAYOR	100	108	129	141	142	120	740
TOTAL	2503	2178	3227	3459	3654	3251	18272
TOTAL	34.847						



DENTAL SAPU

	CONSULTAS	EXODONCIAS
Enero	522	281
Febrero	428	245
Marzo	545	312
Abril	465	223
Mayo	463	246
Junio	475	233
total	2898	1540

TOTAL PACIENTES ATENDIDOS POR URGENCIA EN LA COMUNA DE RENCA
JULIO 2014 A JUNIO 2015: **169.476**

Total traslados a segundo nivel: **5.350**

Resolutividad: 96. 84%.

6.18.- Estrategia Médico Gestor Comuna De Renca

Dentro de las estrategias abordadas para la correspondiente visación de las interconsultas y su correcta derivación, se establecieron en primer lugar reuniones mensuales con los médicos gestores de cada centro de salud, en dichas reuniones se tomaron acuerdos para que esta importante labor se realizara siguiendo un protocolo ampliamente conocido y difundido dentro de los profesionales.

Siendo así los pasos establecidos y regulados fueron:

- La Sic es emitida por el profesional en su box de atención, tomando los datos actualizados (dirección, teléfonos) directamente del paciente.
- La Sic queda en el box medico hasta el final de la jornada de atención, luego es retirada por un administrativo y entregada al médico gestor local encargado para su primera revisión y visación
- Las Sic mal derivadas o que pueden ser resueltas en APS se coordinan con el medico emisor, se revisa el caso analizando solución y se cita al paciente.
- Dentro de la resolución de casos más complejos que no pueden esperar el tiempo correspondiente que genera la SIC se gestiona una hora a través de los contactos correspondientes al Hospital de referencia en los que hemos tenido muy buena acogida y resolutividad.

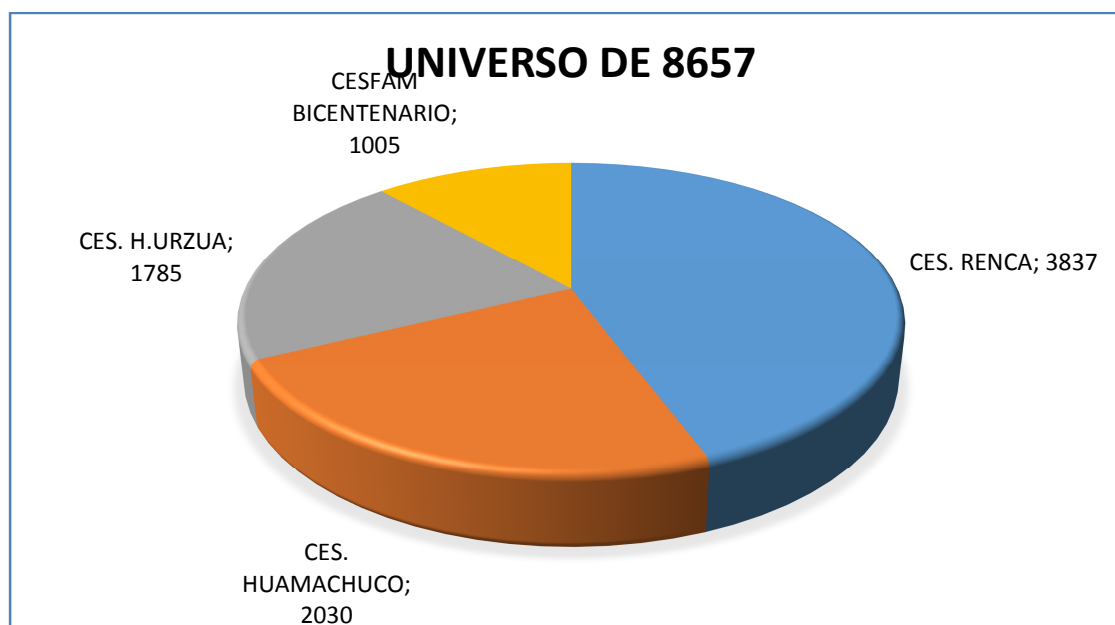
- Cabe recalcar que todos los Médicos poseen las cartillas con los criterios de derivación correspondiente para cada especialidad.
- Una vez al mes se realiza reunión clínica con los médicos del centro de salud para discutir casos resolver dudas y aunar criterios.
- El Médico Gestor Comunal realiza una visita semanal a cada uno de los centros para Supervisar en terreno la gestión realizada por los médicos Gestores Locales, conjuntamente con el administrativo encargado del correspondiente sistema de gestión ya sea SIGGES o Lista de Espera.
- Los Médicos Gestores comunal y locales asisten a capacitación para la Referencia y Contra referencia en algunas especialidades, efectuando hasta ahora en Oftalmología y Neurología.

A Continuación se detalla las Solicitudes de Interconsultas Ingresadas desde Enero a Agosto 2015 en la Comuna de Renca:

ESPECIALIDAD	RENCA	HUAMACHUCO	HERNAN URZUA	BICENTENARIO
Broncopulmonar ad.	42	16	8	2
Broncopulmonar Infantil	45	8	4	8
Criocirugía	0	0	1	0
Cardiología adulto	155	107	77	14
Cardiología infantil	19	9	11	15
Cirugía abdominal	0	2	4	1
Cirugía adulto	324	85	155	70
Cirugía bucal	0	3	17	0
Cirugía Infantil	84	20	62	44
Cirugía Mamas	15	0	0	1
Cirugía Máxilo-Facial	91	58	86	37
Cirugía Proctológica	0	12	1	7
Cirugía Plástica	0	0	0	1
Cirugía Tórax	0	0	1	0
Cirugía Vascular	28	5	8	20
Dental Embarazada	0	20	0	0
Dermatóloga	171	46	138	59

Adulto				
Dermatóloga Infantil	0	29	0	0
Diabetes	70	20	0	0
Endocrino Adulto	0	0	1	1
Endocrino infantil	18	7	4	9
Endodoncia	46	57	133	2
Gastroenterología adulto	103	27	58	19
Gastroenterología Infantil	20	9	10	4
Genética	0	2	0	1
Ginecología Adulto	109	37	101	77
Ginecología Infantil	0	0	0	0
Hematología adulto	0	0	0	0
Hematología Infantil	1	1	1	2
Medicina Interna	74	43	71	45
Nefrología Adulto	137	49	71	5
Nefrología Infantil	3	2	21	12
Neurocirugía	0	0	1	1
Neurología Adulto	129	44	119	50
Neurología Infantil	54	7	16	10
Oncología	0	0	2	0
Obstetricia	0	18	0	0
Odontopediatría	4	0	0	1
Oftalmología Adulto	928	688	44	116
Oftalmología Infantil	0	33	0	0
Ortodoncia	58	33	125	11
Otorrino Adulto	380	137	80	116
Otorrino Infantil	0	31	0	0
Patología Mama	15	3	0	0
Patología. cervical	37	17	0	0
Pediatría/nutric	0	4	9	3
Periodoncia	0	0	0	1
Psiquiatría Adulto	8	4	8	7
Psiquiatría Infantil	18	14	10	9

Rehabilitación Prótesis	147	50	82	5
Reumatología Adulto	22	49	16	35
Reumatología Infantil	0	0	12	2
Traumatología Adulto	278	138	44	118
Traumatología Infantil	71	33	74	30
Urología Adulto	133	53	99	34
TOTAL	3837	2030	1785	1005



Actividades del Programa:

- Manejar y difundir en la red local protocolos y flujogramas de derivación de patologías según compromisos y requerimientos de su red.
- Tomar conocimiento, revisar y validar las SIC originadas en la microred e ingresadas al módulo de listas de espera.
- Colaborar en la reformulación de SIC mal emitidas y orientar su correcta emisión.
- Recoger y gestionar contra referencia (informe proceso diagnóstico IPD) para su seguimiento.

- Recoger las SIC no pertinentes devueltas desde especialidades y reorientar la atención de los usuarios

Se agregara para el 2016:

- Reporte de interconsultas NO pertinentes (porcentuales).
- Calendarización de reuniones con médicos contralores de los otros centros.
- Trabajar en comunidad con el Administrativo encargado de la Digitación de la SIC.
- Gestionar más capacitaciones por parte del Servicio, Para mejorar derivación a otras especialidades, con mayor ahínco en Traumatología.
- Determinar reuniones con los Kinesiólogos de la comuna para aunar criterios de derivación hacia la sala de rehabilitación.
- Solicitar Actualización de Dotación de médicos especialistas en los Hospitales Bases y Mantener una comunicación Fluida Entre APS y Nivel Secundario.

6.19.- Evaluación Programa Adulto y Adulto Mayor

EVALUACION DE IAAPS ENERO A JUNIO 2015. La siguiente evaluación corresponde al segundo corte de IAAPS, en donde para los IAAPS 1, 2 y 3 debe cumplirse el 45% de la meta esperada para diciembre, en donde se evalúa el cumplimiento del 100% del IAAPS. En este corte, también se calculan los IAAPS 1 y 2 debido a que estos contemplan población bajo control del cardiovascular. En cuanto a los IAAPS 4 y 5, estos deben estar cumplidos en un 100% el porcentaje designado, en cada corte.

EVALUACION DE METAS SANITARIAS ENERO A JUNIO 2015: En la tabla I, se evalúa el cumplimiento de los IAAPS de acuerdo a si se logró cumplir la meta del 45% o el 100% esperado para junio. Recordar que la evaluación de los IAAPS es comunal, pero cada centro debe lograr el porcentaje establecido comunal.

El indicador 1 que corresponde a la realización de examen de medicina preventiva en mujeres de 45 a 64 años, se construyó el indicador poniendo en el denominador el n° esperado de EMPA comunal, mientras que en el numerador se colocó la sumatoria del n° de EMPA realizados a junio en los 4 centros. Vemos que a pesar de que a junio se pide el cumplimiento de un 45%, este indicador tiene un cumplimiento casi de un 62%.

El IAAPS, EMPA varones, tiene un 44,98%. Es necesario, poner más esfuerzos en este indicador, ya que es complejo la captación de los usuarios de estos grupos etarios ya que no frecuentan usualmente los Centros de salud. Los EMPAM, que corresponde al IAAPS 3 en la tabla I, también tiene un cumplimiento sobre el 45% en el segundo corte. Los IAAPS 4 y 5, que corresponden a las coberturas de Diabetes e hipertensión arterial, son dos de los IAAPS que se deben cumplir en un 100% en los 5 cortes.

Los indicadores se construyeron poniendo en el denominador la sumatoria de las prevalencias o las poblaciones estimadas por prevalencia en base al per-cápita de cada centro. En el numerador se colocó la sumatoria de la población bajo control que a junio tenía cada centro, de Diabetes e hipertensión respectivamente. Vemos que en la comuna de Renca, las coberturas son bastante altas, inclusive más que el nacional.

En la tabla II se ven las metas sanitarias. Éstas se evalúan dos veces al año, pero en donde se debe cumplir con el porcentaje asignado es en diciembre. La otra diferencia con los IAAPS, es que cada centro tiene asignado una meta individual, que en conjunto suman la meta comunal. En la tabla II, se evalúan de forma comunal, en los anexos, se verán individualmente.

Las metas 6 y 7 corresponden a las coberturas efectivas, es decir, el número de usuarios compensador con respecto al número de diabéticos e hipertensos que deberían estar bajo control, no los que están bajo control. En indicador se construyó poniendo en el denominador la sumatoria de la prevalencia de diabetes e hipertensión y en el numerador se coloca la sumatoria de usuarios compensados de cada centro. Vemos que ambas metas están cumplidas en este corte, sin embargo se deben mantener las estrategias individuales para que los usuarios estén compensados.

La meta 8, corresponde a la evaluación anual del pie diabético. Comunalmente no se ha logrado el 60%, pero después del segundo semestre se intensifican las estrategias y siempre se logra esta meta.

1. EMPA MUJER Y VARONES.

1.1 TABLA: CUMPLIMIENTO DE EMPA MUJERES 45 A 64 SEGÚN CENTRO DE SALUD Y TOTAL COMUNAL A JUNIO 2015.

CONSULTORIO	META ANUAL EMPA MUJER	CUMPLIMIENTO CONSULTORIOS A JUNIO 2015	% DE CUMPLIMIENTO
RENCA	1945	1554	80%
HERNAN URZUA	1135	417	37%
HUAMACHUCO	295	171	58%
BICENTENARIO	314	145	46%
TOTAL COMUNAL	3689	2287	62%

1.2.- TABLA: CUMPLIMIENTO DE EMPA HOMBRES DE 20 A 44 SEGÚN CENTRO DE SALUD Y TOTAL COMUNAL JUNIO 2015.

El EMPA, es una herramienta fundamental para pesquisar patologías y factores de riesgo tales como; DM2, HTA, dislipidemia, prediabetes, obesidad, etc.

En el corte de enero a junio que corresponde al segundo de los 5, se evalúa el cumplimiento del 45% de la meta anual.

En la Tabla1 se observa que 3 de los 4 centros tienen un cumplimiento igual o superior al 45% y como los IAAPS son de evaluación comunal, basta para que este cumplido el 45% esperado a junio y es más, hay un 62% de cumplimiento, lo que es bastante motivador.

Sin embargo, es necesario seguir haciendo los esfuerzos necesarios para cumplirla. Es importante destacar al CES renca, quien ha logrado un 80% del cumplimiento ya a junio, lo que permite junto al esfuerzo de los otros centros sobrepasar la meta en casi un 20%.

La Tabla 1.2 nos muestra que el IAAPS EMPA hombres 20-44 años, está con un cumplimiento comunal del 45%. Esto es posible, pese a que hay un centro que no alcanza al 45% del cumplimiento, debido a que hay 2 centros que superaron la meta.

Cabe mencionar que ya desde junio se pusieron en marcha diferentes estrategias por centro, que permitirán cumplir con las metas de cada centro. Tales estrategias son: EMPA en SAPU Central, por demanda espontánea, etc.

1. EMPAM

2.1 TABLA: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE EMPAM SEGÚN CENTRO DE SALUD Y TOTAL COMUNAL A JUNIO 2015.

CONSULTORIO	META ANUAL EMPAM DE ENERO A JUNIO 2015	CUMPLIMIENTO CONSULTORIOS	% DE CUMPLIMIENTO
RENCA	4279	2217	52%
HERNAN URZUA	1501	508	34%
HUAMACHUCO	1068	546	51%
BICENTENARIO	390	214	55%
TOTAL COMUNAL	7238	3485	48%

CONSULTORIO	META ANUAL EMPA HOMBRES	CUMPLIMIENTO CONSULTORIOS A JUNIO 2015	% DE CUMPLIMIENTO
RENCA	1989	789	40%
HERNAN URZUA	1365	615	45%
HUAMACHUCO	611	303	50%
BICENTENARIO	399	256	64%
TOTAL COMUNAL	4364	1963	45%

Cada vez más aumenta la población de adultos mayores en Chile. Renca no es la excepción. Por eso, esta actividad es necesaria y vital, ya que clasifica al AM de acuerdo a su funcionalidad. También permite identificar riesgos que pudieran afectar su calidad de vida.

Como se dijo anteriormente, la meta esperada en este corte era de un 45% de los esperados a diciembre. A pesar de que no en todos los centros esta cumplido el 45%, como la meta es comunal, se logró el 48% y por lo tanto, este IAAPS está cumplido. Sobra mencionar que cada centro hace todos los esfuerzos necesarios para lograr las metas individualmente.

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

3.1 TABLA: CUMPLIMIENTO DE LA COBERTURA DE DM2 SEGÚN CENTRO (64%)

CONSULTORIO	META ANUAL COBERTURA DM2 2015	CUMPLIMIENTO CONSULTORIOS	% DE CUMPLIMIENTO
RENCA	3686	3688	100%
HERNAN URZUA	1848	2055	111%
HUAMACHUCO	977	1042	107%
BICENTENARIO	656	654	100%
TOTAL COMUNAL	6500	7439	114%

La cobertura se refiere al n^a de pacientes, diabéticos o hipertensos que tengo bajo control en un periodo dado. Esto se estima en base a la prevalencia nacional de DM2 e HTA, estableciéndose porcentajes que cada centro debiese tener en control con respecto a la población validada.

En la tabla 3 se ve el porcentaje de cumplimiento de la meta a junio con respecto a la meta anual. Vemos en que en el total de los centros la cobertura de diabetes tiene un cumplimiento superior al 100%. Recordemos que este IAAPS se debe cumplir en un 100%

Vemos que el cumplimiento es mayor a la meta anual.

2.2 CUMPLIMIENTO DE LA COBERTURA DE HTA SEGÚN CENTRO.

CONSULTORIO	META ANUAL COBERTURA HTA	CUMPLIMIENTO CONSULTORIOS	% DE CUMPLIMIENTO
RENCA	8436	8438	100%
HERNAN URZUA	4005	4144	103%
HUAMACHUCO	2215	2249	102%
BICENTENARIO	1374	1381	100,5%
TOTAL COMUNA	16030	16212	101,13%

Al igual que con la cobertura de diabéticos, la población bajo control de hipertensos se mantiene cumplida.

La prevalencia de hipertensión sigue en aumento año tras año, es por eso que no es extraño que se cumpla. En este caso también, es importante la pesquisa, con eso la meta se cumple año tras año.

Como estrategia es también importante considerar a los usuarios que no están asistiendo a controles, ello nos mejora aun más la cobertura de HTA y también de DM2. Esto es lo que se ha venido haciendo, rescate de usuarios pasivos y sobretodo el aumento de los EMPA y las pesquisas que han permitidos aumentar aún más la cobertura.

3. CUMPLIMIENTO DE METAS SANITARIAS AL CORTE DE JUNIO 2015.

4.1 TABLA: COBERTURA EFECTIVA DM2 A JUNIO 2015.

CONSULTORIO	META ANUAL COMPENSACION DM2 DE JUNIO 2015	CUMPLIMIENTO CONSULTORIOS	% DE CUMPLIMIENTO
RENCA	1728	1626	94%
HERNAN URZUA	866	957	111%
HUAMACHUCO	428	433	101%
BICENTENARIO	318	314	99%
TOTAL COMUNAL	3340	3330	100%

4.2 TABLA: COBERTURA EFECTIVA HTA A JUNIO 2015.

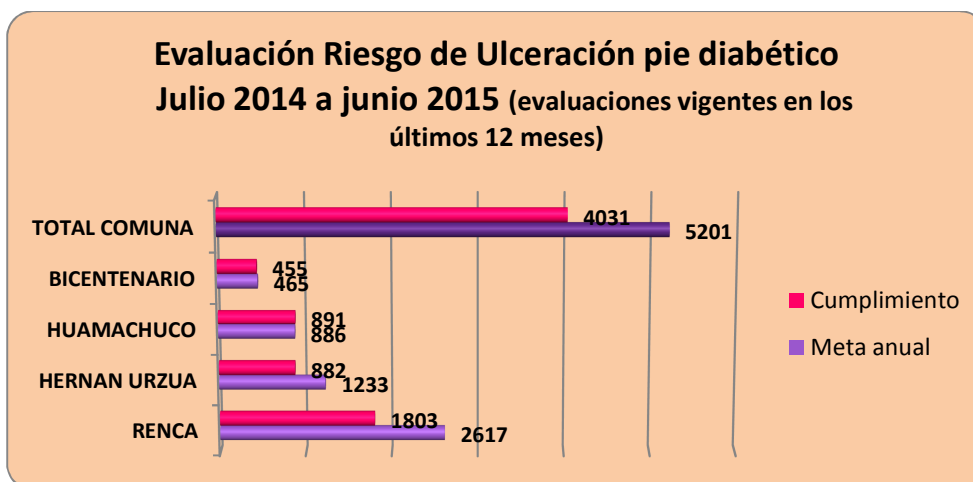
CONSULTORIO	META ANUAL COMPENSACIÓN HTA DE A DICIEMBRE DE 2015	CUMPLIMIENTO CONSULTORIOS	% DE CUMPLIMIENTO
RENCA	4602	5196	113%
HERNAN URZUA	3069	3320	108%
HUAMACHUCO	1208	1211	100%
BICENTENARIO	749	832	111%
TOTAL COMUNAL	9628	10559	110%

La cobertura efectiva se refiere al número de compensados (Diabéticos con Hb<7% e Hipertensos con PA<140/90) con respecto no a la población bajo control, sino a lo esperado por prevalencia. Por lo anterior, es doblemente complejo cumplir esta meta (31% y 48%) ya que se debe compensar no a los que tengo, sino a los que debiera tener. A nivel individual los 4 centros cumplen esta meta. Todo gracias a los esfuerzos del equipo cardiovascular.

Como se mencionó anteriormente cada centro tiene una meta individual y si se comparan las cifras de cumplimiento con la meta anual, en el caso de los hipertensos, estas metas están cumplidas en junio en un 100%. Situación diferente en los diabéticos. Esto es esperable, debido a que esta meta sanitaria se evalúa totalmente en diciembre y porque este grupo de usuarios es difícil de manejar. Es necesario mantener las estrategias y dependiendo de los recursos utilizar otras medidas que permitan llegar al usuario de una forma más multidisciplinaria y centrada en la salud familiar.

3.2 EVALUACION ANUAL DEL PIE DIABÉTICO.

Logrado a junio 2015 de evaluación del riesgo de ulceración en la población bajo control de diabéticos con respecto a la meta anual.



Es una evaluación que está dentro de los parámetros que miden la calidad de la atención del paciente diabético en el programa cardiovascular. La evaluación del pie diabético es fundamental para evitar las úlceras en los pacientes de este tipo. Esta evaluación es responsabilidad de la enfermera del programa quien dentro de la consulta debe aplicar una pauta y clasificar al paciente, estableciendo un protocolo de seguimiento y tratamiento si fuese el caso.

A pesar de que la enfermera dentro del CES tiene otras innumerables actividades, se ha aprovechado muy bien cada instancia y derivación de los otros integrantes del equipo.

El gráfico anterior, muestra comparativamente la meta a diciembre 2015 con respecto a las evaluaciones vigentes. Vemos que, a pesar de que comunalmente faltan alrededor de 1000 evaluaciones, es una actividad que se realiza y no es un problema real el cumplimiento de esta meta debido a que está dentro del control de salud.

7.- PROGRAMACION DE PROGRAMAS DE SALUD 2015 – 2016

7.1.- Programación Programa Infantil

El Sistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo (CHCC) constituye uno de los pilares del Sistema Intersectorial de Protección Social, tiene por objeto ofrecer un sistema integrado de intervenciones y servicios sociales dirigidos a igualar las oportunidades de desarrollo de niños, niñas en sus familias y comunidades. Esta Red intersectorial que busca la articulación e integración de los servicios a favor del desarrollo infantil con el objeto de responder oportuna y pertinentemente a las necesidades de cada niño, niña (0-9 años) y su familia, desde la realización de la diada, acompañando 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.

Por lo tanto las acciones destinadas a su óptimo desarrollo deben ser integradas y conceptualizadas como un todo y no por separado, siendo particularmente relevante en el ambiente: la nutrición, la calidad de las relaciones vinculares (factores psicosociales) y las características del medioambiente (libre de estrés tóxico). Por lo cual, la atención de salud proporcionada a niñas y niños debe promover la lactancia materna y alimentación saludable, vigilar la trayectoria del desarrollo c detectar precozmente las enfermedades más frecuentes, velar por el temprano tratamiento, prevenir enfermedades infecciosas, adicciones y maltrato, y fomentar las competencias parentales para la crianza respetuosa. Transversalmente las actividades deben incorporar componentes de pertinencia cultural, determinantes sociales y enfoque de derechos de la infancia.

Programa Salud en la Infancia

Promoción

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Mantener o disminuir la obesidad infantil		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Aumentar la prevalencia de factores protectores contra la obesidad infantil en menores de 6 años.		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR

Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Mantener el 63,5 % de lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida respecto al año anterior. Meta sanitaria	(Nº de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida / Nº de lactantes controlados al 6to mes)*100	(Nº de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida / Nº de lactantes controlados al 6to mes)*100	REM A03, Sección A.7
	5% de niñas y niños bajo control reciben consejería individual de actividad física.	Consejería individuales de actividad física entregada a niñas y niños menores de 10 años	(Nº de consejería individuales en actividad física entregadas a niños y niñas menores de 10 años/ Total de población bajo control menor de 10 años)* 100	REM A19a, Sección A1 REM P2, Sección A
	85% de niñas y niños reciben consulta nutricional al 5º mes de vida.	85% de niñas y niños reciben consulta nutricional al 5º mes de vida.	(Población con consulta nutricional al 5º mes / Total de población bajo control menor de 6 meses)* 100	REM P2, Sección E REM P2, Sección A
	60% de niñas y niños que reciben consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida	60% de niñas y niños que reciben consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida	Población con consulta a los 3 años 6 meses/Población bajo control entre 42 y 47 meses) * 100	REM P2, Sección E REM, Sección A

Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	10% de los padres , madres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año participan en talleres de promoción del desarrollo del lenguaje y del desarrollo motor	Educación grupal en promoción del desarrollo del lenguaje Educación grupal en promoción del desarrollo motor.	(N° de padres , madres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año participan en talleres de promoción del desarrollo del lenguaje y del desarrollo moto / N° de niños bajo control menores de 1 año)*100	REM A27 REM P2
---	--	---	--	-------------------

Prevención

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Fortalecer la prevención del rezago en primera infancia		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Se realizan 16 talleres “Nadie es perfecto” Ces Renca: 4 talleres. Ces H. Urzúa: 4 talleres. Ces Huamachuco: 4 talleres. Bicentenario: 4	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.	(N° talleres de Nadie es Perfecto iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente / N° total de facilitadores de la comuna)*100	REM A027

Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas.	10% de madres, padres y/o cuidadores de menores de 1 año bajo control que ingresan a educación de prevención IRA	Educación grupal 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 madres, padres y /o cuidadores que ingresan a educación grupal en prevención de IRA/ N° total de niños menores de 1 año bajo control)*100	REM A27, Sección A REM P2, Sección
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Establecer línea base.	Control de Salud a niños y niñas migrantes	Número de Niños y Niñas Inmigrantes bajo control según estado nutricional	REM P2

Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Implementar control de salud a los 7, 8 y 9 años	Control de salud del niño sano a los 7, 8 y 9 años en establecimiento de salud.	Número de controles realizados en niños/as de 7, 8 y 9 años.	REM A01
	90% niñas/os de 8 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor en el control de salud.	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)/ total control de salud de niñas/os de 7 a 11 meses bajo control)*100	REM A03, Sección B REM A01, Sección B

	<p>98% niñas/os de 18 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud.</p> <p>Meta sanitaria</p>	<p>Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (Primera evaluación).</p>	<p>(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 / N° total de niñas y niños de 18 a 23 meses bajo control)* 100</p>	<p>REM A03, Sección A REM P2, Sección A</p>
	<p>60% niñas/os de 36 meses de edad se les aplica evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud.</p>	<p>Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor. (Primera evaluación).</p>	<p>(Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 24 a 47 meses (Primera evaluación). en el control de salud de los 36 meses / N° total control sano de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control)*100</p>	<p>REM A03, Sección A REM A01, Sección B</p>
	<p>95% niñas/os de 1 mes de edad con protocolo neurosensorial aplicado.</p>	<p>Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial</p>	<p>(Nº de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niñas y niños de 1 mes / N° Total control de ciclo vital de niñas y niños de 1 mes)*100</p>	<p>REM A03, Sección A1 REM A01, Sección B</p>
	<p>100% de las niñas y niños 3 meses con radiografía de pelvis tomada (GES)</p>	<p>Toma de Rx pelvis a niños y niñas a los 3 meses</p>	<p>(Nº de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas/Población de 0 años inscrita validada por FONASA)*100</p>	<p>SIGGES FONASA</p>

	Línea de Base en niñas /niños de 48 a 59 meses con medición de la agudeza visual.	Medición de la agudeza visual para detectar precozmente niñas y niños portadores de ambliopía, estrabismo o defectos de la agudeza visual.	(Nº de controles de salud de niños de 48 a 59 meses con evaluación visual / Nº total de controles entregados a niñas y niños de 48 a 59 meses)* 100	SIGGES REM A03, Sección B
--	---	--	---	---------------------------

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Mantener logros alcanzados en enfermedades transmisibles en eliminación		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Mejorar cobertura de inmunización para las enfermedades transmisibles seleccionadas		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Mantener logros alcanzados en enfermedades transmisibles en eliminación.	95 % de Cobertura de vacuna Pentavalente aplicada al sexto mes	Administración de vacuna al sexto mes.	(Nº de niños/as de seis meses con vacuna Pentavalente administrada /Nº de niños/as menores 1 año) inscrita validada *100	Sistema Informático RNI Población Inscrita Validada
	95 % de cobertura de vacuna Neumocócica Conjugada aplicada al año de vida	Administración de vacuna Neumocócica Conjugada al año de vida	(Nº de niños/as de 1 año vacunados con Neumocócica conjugada Administrada /Nº Total de niños/as de un año de vida) inscrita validada*100	(Nº de niños/as de 1 año vacunados con Neumocócica conjugada Administrada /Nº Total de niños/as de un año de vida) inscrita validada*100
	95 % de las niñas que cursan 4º básico con primera dosis de vacuna papiloma humano	Administrar primera dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a niñas que cursan cuarto año básico.	(Nº de niñas con primera dosis de vacuna VPH que cursan 4º básico/Nº de niñas matriculadas en 4º básico)*100	Sistema Informático RNI Nº de matrículas en 4º básico 2015 Ministerio de Educación.

Disminuir la prevalencia de factores de riesgo de obesidad infantil en población de 6 años.	60% de niños/as bajo control eutróficos, con la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso aplicada.	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.	(Nº de niños eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente/Nº de niños eutróficos bajo control, en cada control correspondiente)*100	REM P2, sección H REM P2, sección A
	100% de intervención en educación grupal en alimentación saludables en Jardines Municipales.	Educación grupal en alimentación saludable en Jardines infantiles por establecimiento de Salud.	Nº de Jardines municipales intervenidos.	REM A19a, Sección B1
Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas.	100 % de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave reciben visita domiciliaria.	Visitas domiciliaria a niños y niñas con score de riesgo de morir de neumonía grave.	(Nº de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave que recibe visita domiciliaria integral / Nº de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave)*100	REM P2, Sección D O REM A26, Sección A
	100% de auditorías clínicas realizadas a familiares de niños y niñas de 0 a 9 años fallecidos por neumonía en domicilio.	Realizar auditoría clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas de 0 a 9 años fallecidos por neumonía en el hogar.	(Nº de auditorías clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas menores de 9 años fallecidos por neumonía / Nº de niños y niñas de 0 a 9 años que fallecen en domicilio por neumonía)*100	Supeditado a disponibilidad de Plataforma desde el DEIS.

Tratamiento

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	100% 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.	Derivación e ingreso a modalidades de estimulación como: sala de estimulación dependiente de salud o comunitaria, servicio de estimulación itinerante o atención domiciliaria. (Ludoteca no esintervención).	(Nº de niñas/os menores de 4 años con rezago en su desarrollo psicomotor derivados a alguna modalidad de estimulación/ N° total de niñas/os menores de 4 años detectados con rezago en la primera evaluación desarrollo psicomotor)*100	REM A03, Sección A.3 REM A03, Sección A.2
	100% de niñas/os menores de 4 años con déficit (riesgo y retraso) en el DSM ingresan a sala de estimulación del DSM.	Ingreso a Sala de estimulación dependiente de salud.	(Nº de niñas y niños menores de 4 años con déficit en su desarrollo psicomotor ingresados a sala de estimulación/ N° total de niñas y niños menores de 4 años detectados con déficit en la primera evaluación desarrollo psicomotor)*100	REM A03, Sección A.3 REM A03, Sección A.2
	100% de niñas y niños menores de 5 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	(Nº 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)*100	REM A26, Sección A REM P2, Sección C

	90% de los niñas y niños detectados con déficit 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	(Nº de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) en la reevaluación/ Nº de niñas y niños diagnosticadas con retraso en su DSM en la primera evaluación de 8, 18 y 36 meses) *100 Por grupo etario	REM A03, Sección A.2
Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar en un 5% la población diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años, a control en la atención primaria de salud.	Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de población con patología respiratoria crónica (síndrome bronquial obstructivo recurrente y asma bronquial) en la atención primaria de salud.	Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior) / Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior)) Calculo de proporción: (Nº de personas asmáticas controladas de 0-9 años bajo control /Nº de personas asmáticas de 0 a 9 años bajo control)*100	REM P3, Sección D
	100% en niños menores de 5 años atendidos antes de 24 horas luego de derivación médica por IRA Baja	Acceder atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por IRA Baja en menores de 5 años	Nº de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación / Nº de casos con inicio de garantía por tratamiento kinésico)*100	SIGGES

7.2.- Programación Programa Adolescentes y Espacios Amigables

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.			Aumentar los adolescentes con Factores Protectores para la salud	
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.			Incentivar la Prevención de la Salud en la Atención Primaria	
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Identificar variables biopsicosociales y/o determinantes sociales que pudieran contribuir a la morbilidad en la salud mental de la población de adolescentes de 10 a 19 años	Aumentar en un 10% el número de talleres a padres, cuidadores y educadores con relación a temas de salud mental asociados a determinantes sociales con relación al año anterior	Realizar Talleres de promoción de la salud mental con base en determinantes sociales de la salud de la población de adolescentes en la comuna	(N° de talleres realizados año vigente (MENOS) N° de talleres realizados (año anterior) / (N° de talleres realizados año anterior))*100.	REM sección A A27
OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.			Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.			Garantizar que la Población de adolescentes de 10 a 19 años esté informada sobre salud sexual y salud reproductiva	
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR

Promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva en adolescentes de 10 a 19 años	Incrementar en un 10% el ingreso de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva	Realizar Talleres grupales sobre salud sexual y reproductiva en establecimientos educacionales y de salud	(N° de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año vigente) (MENOS) N° de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año anterior)/ N° de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año anterior))*100.	REM A27 sección A
--	---	---	---	-------------------

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.			Aumentar personas con factores protectores para la salud	
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.			Fomentar la prevención de salud en atención primaria	
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente	100% de controles planificados, realizados	Control de Salud integral adolescentes de 10 a 19 años.	(N° de controles realizados, en establecimientos de salud, según sexo/ N° total de controles planificados, según sexo)*100	REM A01, Sección B Informe SS. Meta asignada por comuna
	60% de los controles planificados se realizan en establecimientos educacionales		(N° de controles realizados en establecimientos educacionales, según sexo/N° total de controles planificados, según sexo)*100	REM A01, Sección D Informe SS. Meta asignada por comuna

Atención integral de salud ginecológica a mujeres adolescentes	Atención integral de salud ginecológica a mujeres adolescentes	Control ginecológico a adolescentes	(Nº de controles ginecológicos a adolescentes de 10 a 19 años (año vigente) (MENOS) N° de controles ginecológicos a adolescentes de 10 a 19 años (año anterior)/ N° de controles ginecológicos a adolescentes de 10 a 19 años (año anterior))*100	REM A01, Sección A
---	--	-------------------------------------	---	--------------------

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Fortalecer la promoción de sexo seguro y prevención de VIH/SIDA e ITS		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Aumentar el número de adolescentes mujeres y hombres de 10 a 19 años que acceden a Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	Aumentar en un 10% el número de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a adolescentes mujeres y hombres de 10 a 14 años.	Consejería en salud sexual y reproductiva.	(Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 10 a 14 años (año vigente) (MENOS)N° de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 10 a 14 años (año anterior)/ N° de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 10 a 14 años (año anterior))*100	REM 19a, Sección A
	Aumentar en un 10% el número de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a adolescentes mujeres y hombres de 15 a	Consejería en salud sexual y reproductiva.	(Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 15 a 19 años (año vigente) (MENOS) N° de consejerías en salud sexual y	REM 19a, Sección A

	19 años.		reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 15 a 19 años (año anterior))/ N° de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 15 a 19 años (año anterior))*100	
--	----------	--	--	--

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Fortalecer la promoción de sexo seguro y prevención de VIH/SIDA e ITS		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Promover el uso del condón en adolescentes	Aumentar en un 15% la tasa de consejería con entrega de condones en espacios Amigables y Diferenciados.	Consejería en Salud Sexual y Reproductiva, Consejería en prevención de VIH e ITS y Consejería en regulación de la fertilidad, con entrega de condones en Espacios Amigables y Diferenciados	(N° de consejería en salud sexual y reproductiva, consejería en prevención de VIH e ITS y consejería en regulación de la fertilidad con entrega de condones a adolescentes en espacios amigables y diferenciados realizadas (año vigente) (MENOS) N° de consejería en salud sexual y reproductiva, consejería en prevención de VIH e ITS y consejería en regulación de la fertilidad con entrega de condones a adolescentes en espacios amigables y diferenciados realizadas (año anterior) / N° de consejería en salud sexual y reproductiva, consejería en prevención de VIH e ITS y consejería en regulación de la fertilidad con entrega de condones a adolescentes en espacios amigables y diferenciados realizadas (año anterior))*100	REM A19a, Sección A1 en Espacios Amigables/Diferenciado

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Disminuir el embarazo adolescente		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Fortalecer la Cobertura y Calidad de los servicios de salud amigables para adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual	25% de adolescentes (10-14 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad. (META ENS)	Control de regulación de fertilidad en adolescentes.	(Nº de adolescentes (menores de 15 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad)/ Nº de adolescentes (menores de 15 años) inscritos en centros de salud) *100	REM P1, Sección A Población inscrita validada menor de 15 años
	25% de adolescentes (15-19 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad. (META ENS)	Control de regulación de fertilidad en adolescentes.	(Nº de adolescentes (15-19 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad)/ Nº de adolescentes (15-19 años) inscritos en centros de salud) *100	REM P1, Sección A Población inscrita validada 15-19 años

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Fomentar la Prevención de Salud en Atención Primaria		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR

Controlar mal nutrición por exceso, perfil metabólico y la condición física en población con factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares	Al menos el 50% de los adolescentes entre 10 a 19 años intervenidos mejoran su diagnóstico nutricional o Score de IMC	Mejorar la mal nutrición por exceso en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus/Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA	(Nº de adolescentes entre 10 a 19 años intervenidos mejoran su diagnóstico nutricional o Score de IMC / Nº total de adolescentes entre 10 a 19 años con control correspondiente realizado)*100	REM P10
	Al menos el 50% de los adolescentes de 10 a 19 años intervenidos reduce el 5% o más del peso inicial	Mejorar la mal nutrición por exceso en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus/Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA	(Nº de adolescentes de 10 a 19 años intervenidos reduce el 5% o más del peso inicial. / Nº total de adolescentes de 10 a 19 años con control correspondiente realizado)* 100	REM P10
	Al menos el 50% de los adolescentes entre 10 a 19 años intervenidos mejoran perímetro de cintura	Mejorar el perímetro de cintura en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus/Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA	(Nº de adolescentes entre 10 a 19 años intervenidos mejoran perímetro de cintura / Nº total de adolescentes entre 10 a 19 años con control correspondiente realizado)*100	REM P10
	Al menos el 90% de los adolescentes entre 10 a 19 años intervenidos mejoran su condición física, en términos de capacidad	Mejorar la condición física en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus/ Enfermedad Cardiovascular a través del programa Vida Sana	(Nº de adolescentes entre 10 a 19 años intervenidos mejora su condición física, en términos de capacidad. / Nº total de adolescentes entre 10 a 19 años con control correspondiente realizado)*100	REM P10

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Atención y detección a tiempo de personas con asma y EPOC		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR

Incrementar la cobertura de pacientes adolescentes crónicos respiratorios	Aumentar en 5% la población adolescente de 10 a 19 años bajo control en el Programa IRA.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica.	(Población adolescente de 10 a 19 años bajo control en el Programa IRA (año vigente) (MENOS) Población adolescente de 10 a 19 años bajo control de 10 a 19 años en el Programa IRA (año anterior) / Población adolescente bajo control de 10 a 19 años en el Programa IRA (año anterior))* 100	REM Sección A	P3,
	Incrementar en 20% la proporción de asmáticos controlado de 10 a 19 años bajo control en Programa IRA según niveles de control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 10 a 19 años bajo control en Programa IRA	(Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior) / (Proporción de población bajo control asmática controlada(año anterior)) Calculo de proporción: (Nº de personas asmáticas controladas de 10-19 años bajo control /Nº de personas asmáticas de 10-19 años bajo control)*100	REM P3, Sección D	

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.			Disminuir la mortalidad perinatal		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.			Atención y detección de gestantes con factores de riesgo psicosocial		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR	

Aumentar el número visitas integrales domiciliarias a adolescentes gestante de 10 a 19 en riesgo psicosocial	Aumentar en un 10% las Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes con riesgo psicosocial.	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 10 a 14 años con riesgo psicosocial	(Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 10-14 años en riesgo psicosocial (año vigente) [MENOS] Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 10-14 años en riesgo psicosocial (año anterior)/ Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 10-14 años en riesgo psicosocial (año anterior)) *100	REM A26 Sección A
		Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 15 a 19 años con riesgo psicosocial	(Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 15-19 años en riesgo psicosocial (año vigente) [MENOS] Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 15-19 años en riesgo psicosocial (año anterior)/ Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 15-19 años en riesgo psicosocial (año anterior)) * 100	REM A26 Sección A

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.			Disminuir la discapacidad	
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.			Mejorar la cobertura de la atención de personas con discapacidad	
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Avanzar en la detección de necesidades de la población adolescente con capacidades especiales (discapacitados)	Conocer la población adolescente en situación de discapacidad tanto en el ámbito de las alteraciones musculo esqueléticas como de salud mental inscrita en los consultorios	Elaborar catastro de población adolescente (10 a 19 años) en situación de discapacidad	Nº de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad inscritos en el centro de salud familiar	REM 03, Sección C.2
		Identificar el número de adolescentes (10 a 19 años) insertos en programas de rehabilitación	(Nº de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad que participan en programas de rehabilitación / Nº de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad inscritos en el centro de salud familiar)*100	REM 05, Sección R

7.3.- Planificación Programa Adulto y Adulto Mayor

Programa Adulto Joven

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Mantener la tasa de Mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Mejorar la calidad y oportunidad de la atención de pacientes con enfermedades respiratorias agudas		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio.	50% de auditorías realizadas a familiares de jóvenes de 20 a 24 años fallecidos por neumonía en domicilio de 20 a 24 años.	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.	(Nº de auditorías realizadas a casos de jóvenes de 20 a 24 años que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº de casos de jóvenes de 20 a 24 años que fallecen en domicilio por neumonía)*100.	Plataforma DEIS
Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo en jóvenes de 20 a 24 años.	Incrementar al menos en un 5% respecto al año anterior los EMPA en la población de jóvenes de 20 a 24 años inscrita validada.	Realizar Examen de Medicina Preventiva en jóvenes de 20 a 24 años, aplicando pauta de protocolo.	(Nº de EMPA realizados a población 20 a 24 años (año vigente) (MENOS) Nº de EMPA realizados a población 20 a 24 años (año anterior)/ Nº de EMPA realizados a población 20 a 24 años (año anterior))*100.	REM A02

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Atención y detección a tiempo de personas con asma y EPOC		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Incrementar la cobertura de pacientes jóvenes crónicos respiratorios.	Aumentar en 5% la población bajo control de 20 a 24 años en el Programa ERA.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica.	(Población de 20-24 años bajo control Programa ERA (año vigente)(MENOS) Población de 20 a 24 años bajo control Programa ERA (año anterior) / Población de 20 a 24 años bajo control Programa ERA (año anterior))*100	REM P3, Sección A
	Incrementar en 10% la proporción de asmáticos controlados de 20 a 24 años bajo control en Programa ERA según niveles de control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 20 a 24 años bajo control en Programa ERA.	(Proporción de población bajo control asmática de 20 a 24 años controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control asmática de 20 a 24 años controlada (año anterior) / (Proporción de bajo control asmática de 20 a 24 años controlada (año anterior)) Calculo de proporción: (Nº de personas asmáticas controladas de 20-24 años bajo control /Nº de personas asmáticas de 20-24 años bajo control)*100	REM P3, Sección D

Programa Adulto Y Adulto Mayor

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud. (Prevención)		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Fomentar la Prevención de Salud en Atención Primaria		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
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.	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 (año vigente)(MENOS) Cobertura EMPA (año anterior) / Cobertura EMPA (año anterior)) Calculo de cobertura: (Nº de EMPA realizados a población adulta inscrita validada /Población Total adulta inscrita validada)*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 25 a 64 años (año vigente) (MENOS) Nº de EMPA realizados a población 25 a 64 años (año anterior)/ Nº de EMPA realizados a población 25 a 64 años (año anterior))*100 Calculo de proporción: (Nº de EMPA realizados en hombres 25-64 años/ Nº Total de EMPA realizados en hombres de 25 a 64 años)*100	

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Mejorar la continuidad de la atención de las personas con Enfermedades Cardiovasculares		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	El 100% de los adultos de 25 a 64 años, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV ha tenido un control con profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta.	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.	(Nº de pacientes egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7 días hábiles post-alta /Nº total de egresos hospitalarios de personas adultas con ACV o IAM)* 100	SIDRA DEIS Base de egresos hospitalarios Hay línea base.

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Reducir la progresión de enfermedad renal crónica		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Mejorar la cobertura de tratamiento de nefroprevención en pacientes diagnosticados con ERC.		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	50% 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 / N° total de adultos bajo control en PSCV (hipertensos y diabéticos) al corte)* 100	REM P4, Sección A

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares.		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Mejorar la oportunidad de la atención de las personas con Enfermedades Cardiovasculares.		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Aumentar la cobertura diagnóstica en personas de 25-64 años de hipertensión arterial.	Aumentar en un 5% la cobertura de personas de 25-64 años con hipertensión respecto al año anterior.	Screening intencionado 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 vigente) (MENOS) Proporción de personas bajo control de 25 a 64 años con HTA (año anterior)) / Proporción de personas bajo control de 25 a 64 años con HTA (año anterior))	REM P4, Sección A Población estimada según ENS 2009-2010

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus.		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Mejorar la oportunidad de la atención de las personas con Enfermedades Cardiovasculares.		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Aumentar la cobertura diagnóstica en personas de 25-64 años de diabetes.	Aumentar en un 5% la cobertura de personas de 25-64 años con diabetes respecto al año anterior.	Búsqueda intencionada de diabetes en personas de riesgo: obesos, mayores de 40 años, antecedentes familiares de diabetes, antecedentes personales de diabetes gestacional, a través del EMPA, controles de salud, consulta de morbilidad, entre otras alternativas.	(Nº de personas de 25 a 64 años bajo control con DM (año vigente) (MENOS) Nº de personas de 25 a 64 años bajo control con DM (año anterior))/de 25 a 64 años bajo control con DM (año anterior))*100	REM P4, Sección A Población estimada según ENS 2009-2010

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Reducir las complicaciones en personas con diabetes.		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Aumentar en un 10% la cobertura 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)*100	REM P4
	100% de las personas diabéticas de 25-64 años bajo control con úlceras activas reciben manejo convencional o 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)*100	QUALIDIAB-Chile REM P4

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.			Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas.	
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.			Mejorar la Calidad y Oportunidad de la Atención de pacientes con enfermedades respiratorias agudas	
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio	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.	(Nº de auditorías realizadas a casos de 25 a 64 años que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº de casos de 25 a 64 años que fallecen en domicilio por neumonía)*100	Supeditado a disponibilidad de Plataforma desde el DEIS. Informe semestral DET.

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.			Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares.	
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.			Incrementar cobertura efectiva de HTA.	
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años.	Incrementar en al menos 5% la cobertura de personas hipertensas de 25-64 años bajo control.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años.	(Cobertura hipertensos (año vigente)(MENOS) Cobertura Hipertensos (año anterior)/ Cobertura Hipertensos (año anterior))	REM P4, Sección B Población estimada según prevalencia estudio Fasce 2007 (15,7%) Cálculos de Cobertura: (Nº de personas hipertensas de 25 -64 años bajo control/Nº de personas

				hipertensas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada)* 100
	Incrementar en un 10% 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 (año vigente) (MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior)/ Proporción de Metas de compensación (año anterior))	REM P4, Sección B Calculo de Proporción de Metas compensación: (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)*100
	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 (año vigente) (MENOS) (Proporción de Metas de compensación (año anterior)/ Proporción de Metas de compensación (año anterior))	REM P4, Sección B Según prevalencia estimada en estudio Fasce 2007 (15,7%) Calculo de Proporción de Metas compensación en población inscrita validada : (Nº de pers hipertensas de 25-64 años con presión arterial <140/90 mm Hg / Nº de personas HTA de 25-64 años estimados en la pobl inscrita validada)*100

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.			Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.			Incrementar cobertura efectiva de Diabetes mellitus	
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Incrementar en al menos 5% 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 (año vigente) (MENOS) Cobertura Diabéticos (año anterior)/ Cobertura Diabéticos (año anterior))	REM P4, Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (10%) Cálculos de Cobertura: (Nº de personas diabéticas de 25 -64 años bajo control/Nº de personas diabéticas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada)* 100
	Incrementar en al menos un 5% 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 (año vigente) (MENOS) (Proporción de Metas de compensación (año anterior)/ Proporción de Metas de compensación (año anterior))	REM P4, Sección B Calculo de Proporción de Metas compensación: (Nº de personas diabéticas de 25-64 años bajo control con (HbA1c<7%)/Nº de personas diabéticas de 25-64 años

				bajo control en PSCV)* 100
Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	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 (año vigente) (MENOS) (Proporción de Metas de compensación (año anterior) / Proporción de Metas de compensación (año anterior))	REM P4Calculo de Proporción de Metas compensación en población inscrita validada : (N° de pers diabéticas de 25-64 años con (HbA1c<7%) / N° de personas diabéticas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada)*100
	Aumentar en 3% con respecto al año anterior las personas de 25 a 64 años diabéticas tipo 2 en PSCV con HbA1 <7%, PA <140/90mmHg mmHg y Col LDL < 70mg/dl.		(Proporción (año vigente) (MENOS) Proporción (año anterior)/ Proporción (año anterior))	QUALIDIAB-Chile u otro sist. informático que recoja los elementos básicos para evaluar la calidad de la atención REM P4Proporción pacientes DM evaluados (N° de pers 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 pers con DM bajo control en los centros centinela al corte)* 100.

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Incrementar cobertura efectiva de Diabetes mellitus.		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Evaluar la calidad de atención (cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en Guía Clínica GES DM Tipo 2) que reciben las personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV.	Aplicar al 10% la proporción de pacientes diabéticos 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 en control en PSCV.	(Proporción (año vigente) (MENOS) (Proporción (año anterior)/ (Proporción (año anterior))	SIG GES. REM BS17 (Establecimientos dependientes de Servicio) REM BM18 (Establecimientos dependientes de Municipalidad) calculo de proporción: $\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de adultos } 35\text{-}49 \text{ años con ecografía abdominal positiva para coleditiasis}}{\text{Total de adultos } 35\text{-}49 \text{ años con sospecha fundada de coleditiasis (síntomas) con ecografía abdominal efectuada}} \right) * 100$

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Reducir la tasa de mortalidad por cáncer		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Mejorar la detección precoz del cáncer en grupos de riesgo.		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Aumentar la detección de colelitiasis en población general de 35 a 49 años	Establecer una línea de base en cuanto a la detección de colelitiasis en la población general.	---	(Proporción de detección de colelitiasis (año vigente) (MENOS) (Proporción de detección de colelitiasis (año anterior)/ (Proporción de detección de colelitiasis (año anterior)))	REM P3, Sección A

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Mejorar cobertura y calidad de atención de personas con Enfermedades Respiratorias Crónicas.		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios de 25 a 64 años.	Aumentar en 5% la población bajo control de 25 a 64 años en el Programa ERA.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica.	(Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año vigente) (MENOS) Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año anterior) / Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año anterior))*100	REM P3, Sección A
	Incrementar en 10% la	Optimizar el tratamiento de	(Proporción de población bajo	REM P3, Sección D

	proporción de asmáticos controlado de 25 a 64 años bajo control en Programa ERA según niveles de control.	asmáticos de 25 a 64 años bajo control en Programa ERA	control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior) / Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior))	Calculo de proporción: (Nº de personas asmáticas controladas de 25-64 años bajo control /Nº de personas asmáticas de 25-64 años bajo control)*100
	Incrementar en 10% la proporción de pacientes con EPOC que logran control adecuado de 40 a 64 años bajo control en Programa ERA.	Optimizar el tratamiento de pacientes con EPOC de 40 a 64 años bajo control en Programa ERA.	(Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año anterior) / Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año anterior))	REM P3, Sección D Calculo de proporción: (Nº de personas con EPOC que logran control adecuado de 40-64 años bajo control /Nº de personas con EPOC de 40-64 años bajo control)*100

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica (Rehabilitación)		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Mejorar cobertura y calidad de atención de personas con Enfermedades Respiratorias Crónicas.		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR

Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Establecer línea de base en pacientes EPOC que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar.	Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC.	(Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado año (año vigente) (MENOS) Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior) / Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior)) *100	REM P3, Sección C REM P3, Sección A
---	---	--	---	--

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Mejorar el estado funcional de los adultos mayores.		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Incrementar la evaluación funcional de las personas adultas mayores y aumentar la cobertura de atención		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Entregar herramientas para la prevención del consumo de alcohol y drogas en personas adultas mayores.	Implementar la aplicación de tamizaje para la detección de problemas de salud mental en personas adultas mayores (GHQ-12).	Aplicar instrumento de tamizaje de trastornos mentales (GHQ12) en personas adultas mayores	(Nº de personas adultas mayores con tamizaje para trastornos mentales (año vigente) (MENOS) Nº de personas adultas mayores con tamizaje para trastornos mentales (año anterior) /Nº total de personas adultas mayores con control GHQ 12 (año anterior))*100	REM A03

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Mejorar el estado funcional de los adultos mayores.		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Efectuar Atención Integral del Adulto Mayor		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Mejorar y/o mantener la condición funcional de los AM clasificados como Autovalentes, Autovalentes con riesgo y en riesgo de Dependencia.	Que el 60 % de los AM egresados del programa mantengan o mejoren su condición funcional	Aplicación de Instrumento HAQ-8 al ingreso y egreso del programa.	(Nº de personas adultas mayores con tamizaje para trastornos mentales (año vigente) (MENOS) Nº de personas adultas mayores con tamizaje para trastornos mentales (año anterior) /Nº total de personas adultas mayores con control GHQ 12 (año anterior))*100	REM A03
Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.	Que al menos el 60 % de los adultos mayores en control en el centro de salud, ingresen al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes Elaboración y ejecución de un diagnóstico	Derivación a Programas Más posterior a aplicación de EMPAM que arroje clasificación autovalentes, autovalente en riesgo y en riesgo de dependencia. Planificar y ejecutar	(Nº de adultos mayores egresados del programa que mantienen o mejoran su condición funcional / Nº de total de adultos mayores ingresados al programa) *100	REM A05 Sesión M

	participativo en autocuidado y estilos de vida saludables, para la planificación de una capacitación de líderes comunitarios.	diagnóstico participativo con líderes de las agrupaciones participantes de los talleres del Mas Adultos Mayores Autovalentes.	(Nº de personas ingresadas al programa con condición Autovalente + Autovalente con riesgo + en riesgo de dependencia/ población AM en control con condición Autovalente + Autovalente con riesgo + riesgo de dependencia)*100	REM A05 Sesión K
			Dicotómico SI/NO	Informe diagnóstico participativo y planificación de capacitación

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Mejorar el estado funcional de los adultos mayores.		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Incrementar la evaluación funcional de las personas adultas mayores y aumentar la cobertura de atención.		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
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).	Mantener la cobertura respecto al año anterior del 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 (año vigente) (MENOS) (Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año anterior))/Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año anterior))* 100	REM P5

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Mejorar el estado funcional de los adultos mayores		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Efectuar Atención Integral del Adulto Mayor		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalente con riesgo y/o riesgo de dependencia detectado en el control de Salud (EMPAM).	30% 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))* 100	REM A01, Sección C

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas.		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Mejorar la Calidad y Oportunidad de la Atención de pacientes con enfermedades respiratorias agudas		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR

Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio.	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 / N° de personas de 65 y más años que fallecen en domicilio por neumonía)* 100	Supeditado a disponibilidad de Plataforma desde el DEIS. Informe semestral DET
Aumentar cobertura de vacuna Neumocócica Polivalente 23, en usuarios de 65 años de edad inscritos y validados.	Mantener la cobertura comunal alcanzada de vacunación al año anterior, en usuarios de 65 años según población inscrita y validada	Administrar una dosis de vacuna Neumocócica Polivalente 23, a los usuarios de 65 años de edad según población inscrita y validada.	(Nº de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Neumocócica Polivalente 23 / N° Total de personas de 65 años inscritos y validados)*100	Sistema Informático-RNI Población inscrita y validada, 2016

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas.		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Mejorar la Cobertura de inmunización anti-influenza y anti-neumococo en grupos prioritarios.		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Aumentar cobertura de vacuna Influenza, en usuarios de 65 años y más inscritos y validados.	Mantener la cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior, en usuarios de 65 años y más según población inscrita y validada.	Administrar una dosis de vacuna Anti-influenza, a los usuarios de 65 años y más de edad inscrita y validada.	(Nº de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza/N° Total de personas de 65 años y más inscritos y validados)*100	Sistema Informático – RNI Población inscrita y validada, 2016.

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Mejorar el estado funcional de los adultos mayores		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Efectuar Atención Integral del Adulto Mayor		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Aumentar la cobertura de las personas de 70 años y más que retiran PACAM.	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 alimentos PACAM. "consejo breve sobre beneficios para la salud de los productos entregados en el PACAM"	(Proporción de personas bajo control > 70 años que reciben PACAM (año vigente)(MENOS) proporción de personas bajo control > de 70 años que reciben PACAM (año anterior))	REM D16 REM P5 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

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Reducir la progresión de enfermedad renal crónica		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Mejorar la detección precoz de ERC en pacientes de alto riesgo		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR

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.	60% 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.	(N° 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)* 100	REM P4, Sección A
---	---	--	---	-------------------

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Reducir la progresión de enfermedad renal crónica		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Mejorar la detección precoz de ERC en pacientes de alto riesgo		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC $\geq 30\text{mg/g}$) o ERC etapa 3b-5 (VFG estimada $< 45 \text{ mL/min/1.73m}^2$)	100% de las personas diabética de 65 y más años bajo control en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC $\geq 30\text{mg/g}$) o ERC etapa 3b-5 en tratamiento con IECA o ARA II.	Optimizar el tratamiento farmacológico de los pacientes de 65 o más años con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 en el PSCV.	(N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 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 Albuminuria moderada o severa (RAC $\geq 30\text{mg/g}$) o ERC etapa 3b-5 al corte)* 100.	REM P4, Sección B

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Mejorar la continuidad de la atención de las personas con Enfermedades Cardiovasculares		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	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 control con profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta.	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.	(Nº de pacientes egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7 días hábiles post-alta /Nº total de egresos hospitalarios de personas de 65 años y más con ACV o IAM)*100	SIDRA DEIS Base de egresos hospitalarios

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Mejorar la oportunidad de la atención de las personas con Enfermedades Cardiovasculares		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR

Aumentar la cobertura diagnóstica de hipertensión arterial en personas de 65 años y más.	Mantener la cobertura diagnóstica de personas de 65 años y más con hipertensión arterial respecto al año anterior.	Screening intencionado 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 (año vigente) (MENOS) Cobertura (año anterior)/ Cobertura (año anterior) Calculo de la cobertura: Nº de personas de 65 años y más con resultados de EMP de Presión arterial Elevada =PA140/90mmHg	REM P4, Sección A Población estimada según prevalencia Estudio Fasce E. 2007 (64,3%)
---	--	--	---	---

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus.		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Incrementar cobertura efectiva de Diabetes mellitus.		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Aumentar la cobertura diagnóstica de diabetes en personas de 65 años y más.	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 (año vigente) (MENOS) Cobertura(año anterior)/ Cobertura (año anterior) Calculo de la cobertura: Nº de personas de 65 años y más con resultados de EMP de Glicemia Elevada entre 100 y 199 mg/dl 65 años y más/Nº de personas de 65 años y más con diabetes bajo control.	REM P4, Sección A Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%)

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares.		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Incrementar cobertura efectiva de HTA		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Aumentar la compensación de HTA en personas de 65 años y más.	Incrementar en un 10% 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 (año vigente) (MENOS) (Proporción de Metas de compensación (año anterior)) Calculo proporción de compensación de metas 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	REM P04, Sección B Población estimada según prevalencia Estudio Fasce E. 2007 (64,3%)
Aumentar la cobertura efectiva de HTA en personas de 65 años y más.	Incrementar en un 5% la proporción de hipertensos de 65 años y más con presión arterial <140/90 mmhg en la población inscrita validada.	Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años.	(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior)/ (Proporción de Metas de compensación (año anterior)) Cálculo de proporción de compensación de metas. Población inscrita validada 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.	REM P04, Sección B Población estimada según prevalencia Estudio Fasce E. 2007 (64,3%)

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Incrementar cobertura efectiva de Diabetes mellitus		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Aumentar la compensación de la diabetes en personas de 65 años y más en el último control.	Incrementar en un 5%, la proporción de diabéticos de 65 años y más bajo control en PSCV con HbA1c<7%, mmHg.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en los adultos de 65 o más años en el PSCV.	(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior)/ Proporción de Metas de compensación (año anterior)) Cálculo de proporción de compensación de metas Población inscrita validada Nº de diabéticos de 65 años y más bajo control con HbA1c<7%,/Nº de diabéticos de 65 años y más	REM P04, Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%) más bajo control en PSCV

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Incrementar cobertura efectiva de Diabetes mellitus		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Aumentar la cobertura efectiva de Diabetes Mellitus en personas de 65 años y más.	Incrementar la proporción de diabéticos de 65 años y más con HbA1c<7%, mmHg en la población inscrita validada en 5%.	Optimizar el tratamiento de la Diabetes Mellitus en los adultos de 65 o más años.	<p>Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS)</p> <p>Proporción de Metas de compensación (año anterior) / Proporción de Metas de compensación (año anterior)</p> <p>Cálculo de proporción de compensación de metas Población inscrita validada:</p> <p>Nº de diabéticos de 65 años y más con HbA1c<7%, / Nº diabéticos de 65 años y más estimados en la población inscrita validada.</p>	REM P04, Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%)

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Reducir las complicaciones en personas con diabetes		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Mantener la cobertura del año anterior de 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/ 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)*100	REM P4, Sección C y A

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Reducir las complicaciones en personas con diabetes		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR

	80% de las personas de 65 años y más diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas	Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (Disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos).	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ Nº total de personas de 65 años y más diabéticos ingresados bajo control en el PSCV en los últimos 6 meses)*100.	QUALIDIAB-Chile REM P4 Sección C y A.
--	---	---	---	---

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Incrementar cobertura efectiva de Diabetes mellitus		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 65 años y más en control en el PSCV.	Al 50 % de las personas de 65 años y más diabéticas 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	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente / (Nº total de personas de 65 años y más (MAS) ingresos a PSCV por diabetes) (MENOS) (egresos a PSCV por diabetes))*100	REM P4, Sección C y A REM A05 Sección G QUALIDIAB-Chile

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.			Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.			Mejorar cobertura y calidad de atención de personas con Enfermedades Respiratorias Crónicas	
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Aumentar la cobertura de usuarios crónicos respiratorios en personas de 65 años y más.	Aumentar en 5% la población de 65 años y más bajo control en el Programa ERA.	Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica a usuarios de 65 años y más que consultan por morbilidad o Urgencia y son derivados a Programa ERA	(Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año vigente) (MENOS) Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año anterior) / Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año anterior->))*100	REM P3, Sección A
OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.			Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.			Mejorar cobertura y calidad de atención de personas con Enfermedades Respiratorias Crónicas	
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
	Incrementar en 10% la proporción de asmáticos controlado de 65 y más años bajo control en Programa ERA según niveles de control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 65 y más años bajo control en Programa ERA	(Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control asmática controlada año (anterior) / Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior))Calculo de proporción: (Nº de personas asmáticas controladas de 65 y más años bajo control /Nº de personas asmáticas de 65 y más años bajo control)*100	REM P3, Sección D

	Incrementar en 10% la proporción de pacientes con EPOC que logran control adecuado de 65 y más años bajo control en Programa ERA.	Optimizar el tratamiento de pacientes con EPOC de 65 y más años bajo control en Programa ERA	(Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año anterior) / Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año anterior)) Calculo de proporción: (Nº de personas con EPOC que logran control adecuado de 65 y más años bajo control /Nº de personas con EPOC de 65 y más años bajo control)*100	REM P3, Sección D
--	---	--	--	-------------------

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Mejorar la Calidad y Oportunidad de la Atención de pacientes con enfermedades respiratorias agudas		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Mejorar la calidad de la atención respiratoria en usuarios de 65 años y más que cursen con NAC de manejo ambulatorio.	100% de los adultos mayores de 65 años y más, atendidos antes de las 24 horas luego de derivación médica por NAC de manejo ambulatorio.	Acceder a atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por NAC de manejo ambulatorio en mayores de 65 años.	(Nº de casos en personas de 65 años y más con cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación/Nº de casos en personas de 65 años y más con inicio de garantía por tratamiento kinésico)*100	SIGGES

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica. (Rehabilitación)		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Mejorar cobertura y calidad de atención de personas con Enfermedades Respiratorias Crónicas		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Establecer línea de base de pacientes EPOC que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar finalizado.	Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC.	(Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año vigente) (MENOS) Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior) / Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior))*100	REM P3, Sección C REM P3, Sección A

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco. (Promoción)		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Fomentar el cese del consumo de tabaco en población general		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	100% de ingresos y consultas respiratorios con consejería breve antitabaco	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios.	(Nº de consejerías breves antitabaco realizadas / (Nº total de ingresos agudos (MÁS) Nº consultas de morbilidad (MÁS) Consultas de atenciones gudas))* 100	REM A23, Sección M REM A23, Sección A+D+F

PROGRAMAS RESPIRATORIOS

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica. (Prevención)		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Mejorar cobertura y calidad de atención de personas con Enfermedades Respiratorias Crónicas		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Evaluar calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Levantar línea de base de la evaluación de calidad de vida al ingreso al programa en pacientes con Asma y EPOC.	Aplicar encuesta de calidad de vida al ingreso al Programa en pacientes con Asma y EPOC.	(Nº de pacientes con evaluación de calidad de vida al ingreso del programa / Nº de pacientes con Asma y EPOC ingresados al Programa)*100	REM A23 sección P / REM A23 sección B

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica. (Tratamiento)		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Mejorar cobertura y calidad de atención de personas con Enfermedades Respiratorias Crónicas		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Contribuir a la disminución de morbimortalidad	Aumentar en 30% la cobertura visitas domiciliarias integrales a pacientes portadores de enfermedades crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNI-AVI, AVNIA-AVIA).	Visitas Domiciliarias integrales por profesionales de salud, a familias con pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNI-AVI, AVNIA-AVIA).	(Nº de Visitas Domiciliarias Integrales de familias con pacientes con enfermedades crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNI-AVI, AVNIA-AVIA) / Nº total pacientes bajo control con enfermedades crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNI-AVI, AVNIA-AVIA)) *100	REM A23, sección N REM P3, Sección A

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.			Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.			Mejorar cobertura y calidad de atención de personas con Enfermedades Respiratorias Crónicas	
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Aumentar la proporción de pacientes con evaluación de calidad de vida que mejora	Establecer línea de base de pacientes con evaluación de calidad de vida de control que mejora	Optimizar el tratamiento del Asma y EPOC junto con aplicar encuesta de calidad de vida de control a los 12 meses del ingreso al Programa.	(Nº de encuestas de calidad de vida de control con resultado mejorado (año vigente) (MENOS) Nº de encuestas de calidad de vida de control con resultado mejorado (año anterior) / Nº de encuestas de calidad de vida de control con resultado mejorado (año anterior))*100	REM A23 Sección P

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN PACIENTES CON DEPENDENCIA SEVERA

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.			Disminuir la discapacidad	
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.			Fortalecer la calidad de la atención de personas con discapacidad. Fortalecer la prevención de discapacidad en la población.	
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales anuales a personas con dependencia severa.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona con dependencia severa, considerando las necesidades	(Nº De visitas domiciliarias integrales realizadas en domicilio a personas con dependencia severa / Nº de población bajo	REM A26 Población bajo control

los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.		biopsicosociales del paciente y su familia.	control dependencia severa)*100	
	Disminuir las personas escaradas con dependencia severa respecto del año anterior	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias para la prevención y cuidado de Escaras (Úlcera por presión).	(Nº de personas escaradas con dependencia severa /Nº de población bajo control con dependencia severa)*100	REM P3
	100% de los cuidadores de personas con dependencia severa capacitados.	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral del paciente.	(Nº de Cuidadores de personas con dependencia severa Capacitados / Nº Total de cuidadores de personas con dependencia severa)*100	
	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.	(Nº de personas registradas en plataforma web/ Nº de cupos totales asignados a personas con apoyo monetario a cuidadores)* 100	Plataforma web Registro del programa

PROGRAMA TUBERCULOSIS

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública. (Tema/prioridad: prevención de la TBC).		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Mejorar la Detección Precoz de la TBC		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Prevenir que los contactos < de 15 años se infecten con tuberculosis o que desarrollen la enfermedad.	Quimioprofilaxis en los contactos < de 15 años	100% de los contactos < de 15 años en tto con quimioprofilaxis	Nº de contactos < de 15 años que completan quimioprofilaxis	Evaluación del Estudio de contacto.

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública. (Tema/prioridad: Localización de casos).		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Mejorar la Detección Precoz de la TBC		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Confirmación de los casos a través del cultivo	Lograr que el 20 a 30% de los casos de tuberculosis pulmonar sean diagnosticados por cultivo	(Nº de casos pulmonares diagnosticados por cultivo/ nº total de casos pulmonares diagnosticados)*100	Registro nacional de pacientes TBC

	Identificar los hogares de adultos mayores y clubes de adulto mayor presentes en la comunidad	Contar con un registro de hogares de anciano y clubes de adulto mayor	Catastro con el N° de hogares y clubes de AM identificados en el área del consultorio.	
	Realizar coordinación con el equipo de salud de los recintos penales existente en la comunidad para realizar pesquisa sistemática de SR en la población privada de libertad.	Lograr que el 20 a 30% de los casos de tuberculosis pulmonar sean diagnosticados por cultivo.	(N° casos pulmonares diagnosticados por cultivo en los recintos penales/ N° total de casos pulmonares diagnosticados en los recintos penales)* 100	Registro del laboratorio donde se identifica la procedencia de la muestra.
	Estudio de Contacto de casos Índices con bacteriología positiva (baciloscopía, PCR o cultivo).	El 90 % de los contactos censados debe estar estudiados.	(N° de contactos estudiados / N° de contactos censados) *100	Evaluación del programa
	Estudio de Contacto en casos índices menores de 15 años.	100% de los contactos censados deben estar estudiados.	(N° de contactos estudiados < de 15 / N° de contactos < de 15 censados) *100	Evaluación del programa.

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública. (Tema/prioridad: Tratamiento)		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Mejorar la Adherencia al Tratamiento contra la TBC		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Aplicar el Score de Riesgo y medidas para prevenir el abandono.	100% de los pacientes con identificación del Score de Riesgo	(Nº de pacientes con score de riesgo identificados/ nº de pacientes ingresados a tratamiento)*100	Tarjeta de tratamiento
	V. Domiciliaria a todos los casos que ingresan a tratamiento	100% de los casos ingresados con visita domiciliaria por enfermera	(Nº de pacientes ingresados a tratamiento /Nº de visitas dom. realizadas)*100	Tarjeta de Tratamiento
	Control mensual por médico de los casos en tratamiento (norma técnica)	Control mensual por médico al 100% de los pacientes.	(Nº de controles médicos realizados y registrados en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente)/ Nº de controles programados según norma técnica)*100	Ficha clínica Tarjeta de tratamiento.
	3 consultas enfermeras: ingreso, cambio de fase de tratamiento y alta de tratamiento (norma técnica)	3 consulta por enfermera al 100% de los pacientes.	(Nº de consulta de enfermera realizadas y registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente)/ Nº de consultas programadas según norma técnica)*100	Ficha clínica Tarjeta de tratamiento.

	Programar y realizar consulta de enfermera al paciente inasistente por más de 1 semana al tratamiento	El 100% de los pacientes con inasistencia al tratamiento de más de 1 semana deben tener consulta de enfermera	(Nº de consultas de enfermera realizadas y registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente)/Nº de consultas de enfermera programadas según score de riesgo del paciente)*100	
Perdida de seguimiento (abandono) menor del 5%	Visita domiciliar de rescate del paciente inasistente por más de 3 semanas al tratamiento realizada por enfermera	V. Dom. al 100% de los pacientes inasistentes al tratamiento por más de 3 semanas.	(Nº de inasistentes por más de tres semanas / Nº de visitas domiciliarias realizadas) *100	Tarjeta de Tratamiento.

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública. (Tema/prioridad: Capacitación del personal de salud)		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		No habría equivalente (pero sí como Resultado Inmediato) nivel operativo		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Capacitar al personal del consultorio en Tuberculosis	Programar capacitación en Tuberculosis dirigida a todo el personal que trabaja en el consultorio.	1 capacitación anual dirigida al personal del establecimiento	(Nº de capacitaciones realizadas /Nº de capacitaciones programadas para el año)*100	Listado de asistencia a la capacitación.

7.4.- Planificación Programa de la Mujer
Salud Sexual y Reproductiva
PROMOCIÓN

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
<p>Aumentar el N° de VDI a adolescentes gestantes de 10 a 19 años en riesgopsicosocial.</p> <p>Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por exceso.</p>	<p>Aumentar en 10% la VDI a adolescentes gestantes con psicosocial.</p> <p>100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con malnutrición por exceso.</p>	<p>Visita domiciliaria integral (VDI) a gestantes de 10 a 19 años con riesgo psicosocial.</p> <p>Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso.</p>	<p>(N° de VDI realizadas a gestantes adolescentes que presentan riesgo / N° de gestantes en control de 10 a 19 años que presentan riesgo x 100</p> <p>N° de gestantes con malnutrición por exceso bajo control, con consulta nutricional / N° total de gestantes con malnutrición por exceso) x 100</p>	<p>REM A 26 sección A</p> <p>REM P01</p>
<p>Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por déficit</p>	<p>100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con malnutrición por déficit.</p>	<p>Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por déficit.</p>	<p>(N° de gestantes con malnutrición por déficit, bajo control, con consulta nutricional/ N° total de gestantes con malnutrición por déficit) x 100</p>	<p>REM P01</p>
<p>Mejorar y mantener la salud bucal de las gestantes.</p>	<p>100% de las embarazadas que ingresan a tratamiento odontológico han recibido Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado realizado ya sea por</p>	<p>Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en los ingresos odontológicos de embarazadas.</p>	<p>(N° de embarazadas con Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado/ N° total de embarazadas que ingresa a tratamiento odontológico) x 100</p>	<p>REM A09</p>

	odontólogo o técnico paramédico de odontología.			
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	(Nº de gestantes que ingresan a educación grupal en prevención de IRA – ERA / total de gestantes bajo control)*100	REM A27 REM P1
Disminuir la transmisión vertical del VIH.	100% de las embarazadas que ingresan a control prenatal acceden a examen de detección de VIH	Tamizaje para VIH en gestantes al ingreso a control gestación prenatal	(Nº total de exámenes Procesados a gestantes 1er examen para detección del VIH)/ Nº total de gestantes que ingresan a control prenatal) x 100	REM A11 Sección C1 y C2 REM A05: Sección A
	100% de gestantes VIH (+) detectadas en el control prenatal son derivadas al Programa VIH.	Derivación al Programa de Atención de VIH y a Unidad de Alto Riesgo Obstétrico a gestantes VIH (+) detectadas en el control prenatal	(Nº de gestantes VIH (+) que ingresan al Programa VIH/ Nº Total de gestantes VIH (+)) * 100	REM A05 Sección B SIGGES
	100% de gestantes VIH (+) son derivadas a Unidad ARO		(Nº de gestantes VIH (+) ingresadas a ARO/ Nº total de gestantes VIH (+))* 100)	REM A05 Sección B SIGGES

Mejorar la cobertura del control a gestantes para confirmación diagnóstica de VIH	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: -Por establecimiento y consolidado del Servicio de Salud. 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: -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. /REM A05
Proteger la salud de la gestante y de su hijo/a.	≥ 40% 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
Mejorar la derivación de gestantes víctimas de violencia de género	Pesquisar al 100% de gestantes víctimas de violencia de género.	Atención integral por equipo multidisciplinario a gestantes víctimas de violencia de género	(Nº mujeres gestantes pesquiasadas y derivadas víctimas de VIF a equipo multidisciplinario/ Nº gestantes pesquiasadas como víctimas de violencia de género) 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 REM A 05
Disminuir la transmisión vertical de la sífilis 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/ N°gestantes que ingresan a control x 100	REM A 11 REM A 05

SALUD REPRODUCTIVA

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con vida sexual activa.	Aumentar el ingreso de personas al programa de regulación de fertilidad.	Control integral de regulación de fertilidad.	Bajo Control regulación de fertilidad año 2015	REM P1
Entregar orientación e información clara, completa y oportuna que permita a las personas tomar sus propias decisiones en salud sexual y reproductiva (planificación familiar, métodos anticonceptivos)	Aumentar las personas en edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva	Consejería en salud sexual y reproductiva	(N° de personas en edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva 2016 [MENOS] N° de personas en edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva 2015/ N° de personas en	REM 19 a

ysexualidad			edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva 2015)*100	
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 perdida reproductiva Entregar consejería en regulación de fertilidad e ingreso al programa	N° controles post aborto/N° mujeres consultantes post perdida reproductiva x 100	REM A01
Reducir la morbilidad perinatal	Aumentar el control preconcepcional	Control preconcepcion al	N° de controles realizados en el periodo	REM A01

SALUD GINECOLÓGICA

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
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 25 años y mas con control ginecológico realizados/N° total mujeres 25 años y mas x 100	REM A 01
Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama.	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 Pob. validada
Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de cuello de útero de 25 a 64 años	Incrementar la cobertura actual de Papanicolaou vigente en mujeres de 25 a 64 años	Pap cada 3 años en mujeres de 25 a 64 años GES	Cobertura PAP	Citoexpert REM P12 Pob. validada
Atención integral de	Aumentar los controles	Control ginecológicos en	N° de controles ginecológicos	REM A01

salud ginecológica a mujeres adolescentes	ginecológicos en adolescentes	adolescentes	realizados a mujeres de 10 a 19 años	
--	-------------------------------	--------------	--------------------------------------	--

SALUD SEXUAL

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Aumentar el N° de personas que acceden a consejería en salud sexual y reproductiva.	Aumentar los usuarios que reciben consejería en SSR	Consejería en SSR	N° usuarios que reciben consej. SSR/N° usuarios en edad fértil validados	REM 19a
Aumentar el N° de personas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura	Aumentar el N° de consejerías en prevención de VIH/ITS	Consejerías en prevención de VIH/ITS	N° consejerías en prevención de VIH/ITS realizadas en el periodo	REM A19a

SALUD POST REPRODUCTIVA

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Aumentar el N° de controles de salud de la mujer en etapa de climaterio (45 a 64 años)	Aumentar los controles de salud de la mujer en etapa de climaterio	Controles de salud de la mujer en etapa de climaterio	N° de controles de salud de la mujer en etapa de climaterio	REM A01 P1

7.5.- Proyección Programa Dental

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes y sus hijos gestantes y sus hijos		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Fortalecer la cobertura y calidad de la atención de la gestante en atención primaria		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE INDICADOR
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.	(Nº de embarazadas con educación individual con instrucción de técnica de cepillado/ Nº total de embarazadas que ingresa a tratamiento odontológico)*100	REM A09, sección B/ REM A09, sección C

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes y sus hijos gestantes y sus hijos		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Fortalecer la cobertura y calidad de la atención de la gestante en atención primaria		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE INDICADOR
Protección y recuperación de la salud bucodental de las gestantes (GES salud oral integral)	≥70% de cobertura, en altas odontológicas totales en embarazadas ingresada a programa prenatal en el	Atención odontológica integral a la embarazada.	(Nº de altas odontológicas totales en embarazadas/ total de gestantes ingresadas a programa prenatal)*100	REM A09, sección C/ REM A05, sección A

de la paciente embarazada)	establecimiento.			
Proteger la salud de la gestante y de su hijo/a.	40% de gestantes ingresadas a Salud Oral Embarazada reciben CBT.	Consejería Breve en Tabaco (CBT).	(Nº de gestantes que reciben CBT / Nº ingresos gestantes a Salud Oral embarazada)*100	REM 09, Sección B / REM 09, Sección C.

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en gestantes.		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Reforzar y expandir el modelo de Intervención de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades Bucales en embarazadas.		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Mejorar y mantener la salud bucal de gestantes. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud de embarazadas.	70% de cobertura de aplicación de flúor en altas odontológicas totales de gestantes inscritas y validadas.	Aplicación de Flúor barniz tópico a embarazadas.	(Nº de embarazadas con aplicación de flúor barniz / Nº total de altas odontológicas totales en embarazadas)* 100	REM A09 , Sección B/ REM A09, Sección C
	100% de los ingresos a tratamiento odontológico de gestantes con registro de COPD	Evaluación del estado de Salud Bucal de gestantes.	(Nº de embarazadas con registro de CEOD / Nº total de embarazadas con ingreso odontológico)* 100	REM A09, Sección C

SALUD EN LA INFANCIA
PREVENCIÓN

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 9 años, con énfasis en los más vulnerables		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Reforzar y expandir el modelo de Intervención de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades Bucales en Párvulos y Escolares		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 2 a 6 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil.	35% de cobertura de altas odontológicas totales en las niñas/os de 2 a 5 años, inscritos y validados.	Atención odontológica integral a niñas y niños de 2 a 5 años.	(Nº de niñas/os de 2 a 5 años con alta odontológica total / Nº total de niñas/os de 2 a 5 años inscritos y validados)* 100	REM A09 , Sección C./FONASA
	100% de los ingresos a tratamiento odontológico de 2 a 6 años de edad con registro de CEOD	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 2 a 6 años.	(Nº de niñas/os de 2 a 6 años con registro de CEOD / Nº total de niñas y niños de 2 a 6 años con ingreso odontológico)* 100	REM A09, Sección C
	75% de cobertura de altas odontológicas totales en niñas/os de 6 años, inscritos y validados	Atención odontológica integral a niñas y niños de 6 años.	(Nº de niñas/os de 6 años con alta odontológica total / Nº total de niñas/os de 6 años inscritos y validados)* 100	REM A09 , Sección C./ FONASA

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Aumentar los menores de 9 años con Factores Protectores para la salud		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Fomentar la Prevención de Salud en Atención Primaria		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Proteger y mantener la salud bucal de las niñas/os de 2 a 5 años	50% de cobertura de aplicación de flúor a las niñas/os de 2 a 5 años con alta odontológicas totales	Aplicación de Flúor barniz tópico a niñas y niños de 2 a 5 años	(Nº de aplicaciones de flúor barniz a niñas/os de 2 a 5 años/ Nº Total de altas odontológicas totales de niñas/os de 2 a 5 años de edad) * 100	REM A09, sección G / REM A09, sección C.
Proteger y mantener la salud bucal de las niñas/os de 6 años	40% de cobertura de aplicación de flúor a las niñas/os de 6 años con alta odontológicas totales	Aplicación de Flúor barniz tópico a niñas y niños de 6 años	(Nº de aplicaciones de flúor barniz a niñas/os de 6 años/ Nº Total de altas odontológicas totales de niñas/os de 6 años de edad) * 100	REM A09, Sección B/ REM A09, Sección C

SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

PREVENCIÓN

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Fomentar la Prevención de Salud en Atención Primaria		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Proteger la salud del adolescente de 12 años	30% de los adolescentes ingresados a	Consejería breve en Tabaco (CBT).	(Nº de adolescentes de 12 años de edad	REM A09, sección B / REM A09,

	Salud Oral 12 años reciben CBT.		que reciben CBT/ N° Total de ingresos odontológicos de adolescentes de 12 años de edad) * 100	sección C.
--	---------------------------------	--	---	------------

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Fomentarla Prevención de Salud en Atención Primaria		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Mejorar, mantener y favorecer la salud bucal, adherencia y cobertura al control de salud.	30% de cobertura de aplicación de flúor barniz en altas odontológicas totales de 12 años inscritos y validados.	Aplicación de flúor barniz a niños y niñas de 12 años.	(N° de niñas y niños de 12 años con aplicación de flúor barniz / N° total de niños y niñas de 12 años con altas odontológicas totales)* 100	REM A09 , Sección B/ REM A09, Sección C
	100% de los ingresos a tratamiento odontológico de Salud Oral 12 años con registro de COPD	Evaluación del estado de Salud Bucal de niños y niñas de 12 años.	(N° de niños y niñas de 12 años con registro de COPD / N° total de niños y niñas de 12 años con ingreso a tratamiento odontológico)* 100	REM A09, Sección C

TRATAMIENTO

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Reforzar la Salud Bucal de los menores de 20 años		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Mejorar y mantenerla salud bucal de los adolescentes menores de 20 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil.	74% de cobertura de altas odontológicas totales en adolescentes de 12 años, inscritos y validados.	Atención odontológica integral a población adolescentes de 12 años.	(Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total / Nº total de adolescentes de 12 años inscritos y validados)* 100	REM A09 , Sección C./FONASA
	20% de cobertura de altas odontológicas totales ,en alumnos de 4º medios de liceos municipales de la comuna	Atención odontológica integral a alumnos de 4º medios.	(Nº de altas odontológicas totales de alumnos de 4º medio / Nº total de alumnos de 4º medios matriculados en liceos de la comuna)* 100	REM A09 , Sección G/ REGISTRO LOCAL

**SALUD EN EDAD ADULTA
TRATAMIENTO**

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Recuperación de la salud oral del adulto de 60 años		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Mejorar la salud oral y la calidad de vida en salud oral del adulto de 60 años.		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto de 60 años (GES Salud Oral Integral del adulto de 60 años)	25 % de cobertura en altas totales odontológicas en adultos de 60 años inscritos validados.	Atención odontológica integral del adulto de 60 años.	(N° de adultos 60 años con altas odontológicas totales / Total estimado de adultos de 60 años inscritos y validados)* 100 Estimación Población de 60 años = Población inscrita y validada por FONASA 60-64 años / 5.	REM A09, Sección G/ FONASA. Población inscrita validada.

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Recuperación de la salud oral de mujeres de 15 años y más, a través del Programa Más Sonrisas para Chile.		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Mejorar la salud oral y la calidad de vida en salud oral en mujeres de 15 años y más.		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Protección y recuperación de la salud buco dental de mujeres de 15 años y más (Programa Más Sonrisas para Chile)	100% de las altas odontológicas integrales programadas en mujeres mayores de 15 años.	Atención odontológica integral en mujeres de 15 años y más.	(N° de altas Odonto. Integrales en mujeres de 15 años y más del Programa Más Sonrisas para Chile/ N° total de Altas Odonto. Integrales comprometidas para mujeres de 15 años y + por el Prog Más Sonrisas para Chile) *	REM A09, Sección G.

			100	
--	--	--	-----	--

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Rehabilitación de piezas dentarias con Endodonciasde resolución en APS.		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Mejorar la salud bucal de personas de 15 a 64 años con lesiones de caries.		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Recuperar piezas dentarias con lesiones de caries avanzadas en personas de 15 a 64 años.	100% de realización de las endodoncias programadas.	Endodoncias en piezas dentarias de personas de 15 a 64 años.	(N° de dientes con endodoncias en personas de 15 a 64 años/ N° total de dientes con endodoncia en personas de 15 a 64 años comprometidas) * 100	REM A09, Sección G.

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Rehabilitación de hombres con Prótesis de resolución en APS.		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Mejorar la salud bucal y la calidad de vida de hombres de 20 a 64 años.		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Recuperar las funciones masticatoria, estética y de fonación a través de prótesis removibles en hombres de 20 a 64 años.	100% de realización de las Prótesis Removibles programadas.	Prótesis Removibles en hombres de 20 a 64 años	(N° de Prótesis Removibles en hombres de 20 a 64 años/ N° total de Prótesis Removibles en hombres de 20 a 64 años comprometidas) * 100	REM A09, Sección G.

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Acceso a la atención Odontológica para los adultos mayores de 20 años en Extensión Horaria		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Mejorar la salud oral y la calidad de vida en saludoral de los adultos mayores de 20 años.		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Recuperación de la salud buco dental de adultos mayores de 20 años.	100% de las actividades recuperativas programadas en adultos mayores de 20 años en Extensión Horaria.	Actividades odontológicas recuperativas de adultos mayores de 20 años en Extensión Horaria.	(N° de actividades recuperativas en Extensión Horaria en adultos mayores de 20 años / N° de consultas de morbilidad en Extensión Horaria de adultos de 20 años y más) * 1000	REM A09, Sección G.

7.6.- Programación Programa de Salud Mental APS y COSAM 1, 2 Y 3.

El presente documento constituye la programación 2016 del Programa Salud Mental en APS, basada en las orientaciones programáticas entregadas por el Servicio de Salud Occidente. Los indicadores establecidos por el SMOCC son comunales y han sido distribuidos considerando la información de población inscrita validada por cada así como la dotación del programa en cada Centro de Salud.

PROGRAMA SALUD MENTAL

Desde el año 2014, el Programa de Salud Mental en Atención Primaria se articula en base a los lineamientos entregados por el SSMOCC en cuanto al conjunto prestaciones y actividades comunitarias de éste. Por otro lado, el año 2015, se incorpora el Índice de Actividad de Atención Primaria que persigue aumentar la cobertura en el tratamiento integral de personas de 5 años en adelante con trastornos mentales, aunque la demanda de atención de personas fuera de este rango etáreo también es absorbida por nuestros equipos. El Programa de Salud mental y sus actividades se organiza en base a la matriz del ciclo de vida, así tenemos los siguientes subprogramas: Salud mental Infantil, programa Adolescente, programa Adulto y programa Adulto Mayor.

CONVENIO SALUD MENTAL INTEGRAL 2016

La Programación 2016 se realiza considerando las orientaciones 2016 entregadas por el SSMOCC y la dotación en horas profesionales disponibles para cada Centro de Salud.

Salud Mental infantil

El Convenio de Salud Mental Infantil para Atención Primaria nos plantea el objetivo de brindar apoyo oportuno a los niños y niñas entre 5 y 9 años que presenten algún problema y trastorno mental. Para esta etapa de la vida, dicho convenio prioriza la respuesta oportuna en los casos de maltrato infantil, haciendo especial énfasis en actividades de sensibilización en temáticas de salud mental para la comunidad educativa y en el fortalecimiento de habilidades parentales para su prevención y manejo por parte de padres y /o cuidadores.

Estrategia	Objetivo	Actividad	Protocolo actividades
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Promover los factores psicosociales protectores de la salud mental en niños y niñas dirigido a padres y/o cuidadores y/o profesores respecto al año anterior.	<p>Actividades comunitarias de salud mental: Taller de promoción de la salud mental (Habilidades personales, factores protectores psicosociales, etc.) en el ámbito educacional (Jardines, Escuelas, Liceos, etc.) (Cada taller tiene como referencia 6 asistentes).</p> <p>Factores Protectores</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Habilidades Parentales 2. Habilidades Sociales 3. Capacitación a Docentes 	<p>2 Renca. 1 Urzúa. 1 Hco. 2 Bicentenario.</p>

<p>Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental</p>	<p>Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con problemas y trastornos mentales.</p>	<p>Aumentar los ingresos a tratamiento de niños y niñas (5 a 9 años) por problemas y/o trastornos mentales, en relación al año anterior</p>	<p>Ces Renca >116 Ces Urzúa >91 Ces Hco: >75 Bicentenario: >75</p>
		<p>Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 11% de la población potencial con trastornos mentales en infancia (5 a 9 años) del 22% de prevalencia</p>	<p>Ces Renca > 90 Ces Urzúa >47 Ces Hco >27 Bicentenario >35</p>
		<p>Aumentar el número de altas clínicas de niños y niñas con problemas y/o trastornos mentales en relación al año anterior</p>	<p>Ces Renca >50 Ces Urzúa >1 Ces Hco >18 Bicentenario >3</p>
		<p>Aumentar el número de casos de niños y niñas presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior.</p>	<p>Ces Renca >3 CHUM >2 HCO >3 Bicentenario >2</p>
		<p>Aumentar la atención de niños y niñas de 0 a 9 años víctimas de maltrato en relación al año anterior.</p>	<p>Renca >6 Chum >7 Hco >10 Bicentenario >11</p>

Componente	Objetivo	Meta anual	Protocolo actividades
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	<p>Promover los factores psicosociales protectores de la salud mental en adolescentes (10 a 19 años) dirigido a padres y/o cuidadores y/o profesores respecto al año</p> <p>Temas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adolescencia y Manejo Parental 2. Prevención y Detección Consumo Oh-D 	Aumentar el número de talleres de educación grupal a padres y/o cuidadores y/o profesores respecto al año anterior.	COSAM 3
	<p>Entregar herramientas para la prevención de la violencia en adolescentes, dirigidos a padres y/o cuidadores y/o profesores y/o adolescentes</p> <p>Temas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asertividad / Resolución Pacífica de Conflictos 2. Prevención del Bullying 	Aumentar el N° talleres preventivos en la temática de maltrato y de violencia respecto al año anterior	COSAM 3

Salud Mental en Adolescencia y Juventud

La adolescencia y juventud, es una etapa con enormes oportunidades para la construcción y consolidación de formas de vida saludable, cuyo beneficio puede proyectarse a lo largo de la vida. Particularmente en la adolescencia (10 a 19 años) se producen importantes cambios y desarrollo, a nivel biológico, psicológico y social de un individuo. Estos cambios pueden determinar un conjunto de fortalezas para el desarrollo y en otros ambientes más vulnerables, pueden aumentar los riesgos para la salud.

Estrategia	Objetivo	Meta Anual	Protocolo actividades
<p>Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud</p>	<p>Detección temprana de Adolescentes y jóvenes con problemas de salud mental, consumo problemático de alcohol y/o drogas</p>	<p>Implementación de intervención preventiva con uso de tamizaje para la detección alcohol y drogas CRAFFT en adolescentes (15 a 19 años) e intervención motivacional.</p>	<p>Ces Renca (17) 20 Ces Urzúa (0) 2 Ces Hco (0) 2 Ces Bicentenario (0) 10 Programa Audit REM A 05</p>
<p>Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida</p>	<p>Mejorar la atención de adolescentes víctimas de maltrato</p>	<p>Aumentar la atención de adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato en relación al año anterior.</p>	<p>Ces Renca >3 Chum >1 Hco >4 Bicentenario >3</p>
	<p>Aumentar los ingresos de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años a atención integral por violencia de género.</p>	<p>Ingreso de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años a atención integral por violencia de género.</p>	<p>Ces Renca >6 Ces Urzúa >12 Ces Hco >5 Ces Bicentenario >7</p>
	<p>Disminuir los egresos por abandono de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años en atención integral por violencia de género en relación al año anterior.</p>	<p>Egreso por abandono de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años en atención integral por violencia de género.</p>	<p>Ces Renca <4 Chum <2 Hco <5 Bicentenario 0</p>
	<p>Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 11% de la población potencial con</p>	<p>Atención integral de adolescentes y</p>	<p>Ces Renca: 321 Chum :47</p>

	trastornos mentales en adolescentes y jóvenes(10 a 24 años) del 22% de prevalencia	jóvenes (10 a 24 años) con trastorno mental bajo control	Hco :88 Bicentenario: 83
	Aumentar 10% el número de altas clínicas de adolescentes y jóvenes con problemas y/o trastornos mentales en relación al año anterior	Egreso por altas clínicas de adolescentes y jóvenes con problemas y/o trastornos mentales	SIN DATO
	Aumentar 10% el nº de casos de adolescentes y jóvenes (10 a 24 años) presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior.	Casos presentados en consultoría de Salud Mental de adolescentes y jóvenes (10 a 24 años)	Ces Renca (2) 3 Chum (2) 3 Hco (1) 2 Bicentenario (1) 2

Programa Adulto

Su objetivo es brindar una atención oportuna e integral a las personas entre 25 y 64 años. Incluye el diagnóstico y tratamiento a personas 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 Programa de Discapacidad Psíquica se encuentra dentro de este rango etáreo y agrupa a aquellos trastornos que dicen relación con diagnósticos como Retardo Mental, Alzheimer y otras demencias, Esquizofrenia.

Estrategia	Objetivo	Meta Anual	Protocolo actividades
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar el número de talleres de educación grupal en adultos respecto al año anterior.	Actividades comunitarias de salud mental: Taller de promoción de la salud mental.	Ces Renca (2) 4 Ces Urzúa (2) 2 Ces Hco (2) 2 Ces Bicentenario

		Temas: 1. Sensibilización a Organizaciones Comunitarias en VIF y Consumo de OH-D.	(2) 4 *sujeto a dotación
	Aumentar N° talleres preventivos de salud mental respecto al año anterior	Talleres preventivos ansiedad y depresión post-parto en gestantes Programa Chcc	Ces Renca (0) 1 Ces Urzúa (0) 1 Ces Hco (0) 1 Ces Bicentenario (0) 1
	Implementación de intervención preventiva con uso de tamizaje para la detección alcohol y drogas con base a instrumento tamizaje (AUDIT y/o ASSIST) en adultos e intervención breve y/o consejería	Intervención preventiva en adultos: Realizar tamizaje de consumo de alcohol y drogas junto con una intervención breve y/o consejería	Ces Renca (0) 10 Ces Urzúa (0) 10 Ces Hco (0) 10 Ces Bicentenario (0) 10 REM 05 / REM 03
	Aumentar N° talleres preventivos en temática de violencia respecto al año anterior	Talleres preventivos en temática de violencia. Tema: -Prevención VIF en gestantes Programa Chcc.	Ces Renca (0) 1 Ces Chum (0) 1 Ces Hco (0) 1 Ces Bicentenario (0) 1
Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Aumentar la atención a mujeres de 25 a 64 años víctimas de violencia de género en relación al año anterior.	Entregar atención a mujeres víctimas de violencia de género.	Ces Renca >31 Ces Urzúa >14 Ces Hco >14 Bicentenario >23
	Disminuir los egresos por abandono de	Egreso por abandono de mujeres en atención integral por violencia de	Ces Renca <10 Ces Chum <8

	mujeres en atención integral por violencia de género en relación al año anterior.	género.	Ces Hco <13 Bicentenario 0
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 11% de la población potencial con trastornos mentales en adultos (25 a 64 años) del 22% de prevalencia	Atención integral de adultos (25 a 64 años) con trastorno mental bajo control	Ces Renca 707 Ces Chum 368 Ces Hco 195 Bicentenario 152
	Aumentar el número de altas clínicas de adultos con problemas y/o trastornos mentales en relación al año anterior	Egreso por altas clínicas de adultos con problemas y/o trastornos mentales	Sin dato
	Aumentar el número de casos de adultos (25 a 64 años) presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior.	Casos presentados en consultoría de Salud Mental adultos (25 a 64 años)	Ces Renca > 4 Ces Chum > 5 Ces Hco > 5 Bicentenario > 6

Programa Adulto Mayor

Estrategia	Objetivo	Meta Anual	Protocolo actividades
Mejorar el estado funcional de las personas adultas mayores	Aumentar el N° talleres preventivos de salud mental respecto al año anterior.	Talleres preventivos de salud mental. Tema: Estimulación Cognitiva – Prevención de	Renca: 1 Urzua : 0 Hco: 0 Bicentenario:1

		Demencia	
	Aumentar el N° talleres preventivos en la temática de violencia respecto al año anterior	Talleres preventivos en la temática de violencia. Fomentar el desarrollo de los talleres a cuidadores de personas adultas mayores, entre otros.	Renca: 0 Urzua : 0 Hco: 4 Bicentenario: 0
	Implementación de intervención preventiva con uso de tamizaje para la detección alcohol y drogas con base a instrumento tamizaje (AUDIT) en personas adultos mayores e intervención breve y/o consejería.	Intervención preventiva en personas adultos mayores: Realizar tamizaje de consumo de alcohol junto con una intervención breve y/o consejería.	Renca: > 0 Urzua : > 0 Hco: > 0 Bicentenario: >0 REM 05 / REM 03
	Implementar la aplicación de tamizaje para la detección de problemas de salud mental en personas adultas mayores (GHQ-12).	Aplicar instrumento de tamizaje de trastornos mentales (GHQ12) en personas adultas mayores	Renca: > 0 Urzua : > 0 Hco: > 0 Bicentenario: > 0 REM 03
	Aumentar el ingreso de personas de 65 años y más con Alzheimer y otras demencias.	Ingreso de personas de 65 años y más con Alzheimer y otras	Renca: > 10 Urzua : > 2 Hco: > 7 Bicentenario: > 0

		demencias.	
	Aumentar los ingresos de personas adultas mayores de 65 años y más a atención integral por violencia de género en relación al año anterior.	Ingreso de personas adultas mayores de 65 años y más a atención integral por violencia de género.	Renca: > 3 Urzua : > 2 Hco: > 0 Bicentenario: > 0
	Disminuir los egresos por abandono de personas adultas mayores de 65 años y más en atención integral por violencia de género en relación al año anterior.	Egreso por abandono de personas adultas mayores de 65 años y más en atención integral por violencia de género.	Renca: < 5 Urzua : < 0 Hco: < 0 Bicentenario: < 0
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Aumentar el ingreso a tratamiento de personas adultas mayores con problemas o trastornos mentales en relación año anterior.	Atención a personas adultas mayores con problemas o trastornos mentales y sus familias.	Renca: > 197 Urzua : > 57 Hco: 59 Bicentenario: > 22
	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 11% de la población potencial con trastornos mentales en personas adultas mayores del 22% de prevalencia.	Atención integral de personas adultas mayores con trastorno mental bajo control.	Ces Renca: 185 Ces Chum: 65 Ces Hco: 46 Bicentenario: 17
	Aumentar el número de altas clínicas de personas adultas mayores con problemas y/o trastornos mentales en relación al año anterior.	Egreso por altas clínicas de personas adultas mayores con problemas y/o trastornos mentales.	SIN DATO

	Aumentar el número de casos de personas adultas mayores de 65 años y más presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior.	Casos presentados en consultoría de Salud Mental de personas adultas mayores.	Renca: > 0 Urzua : > 0 Hco: > 0 Bicentenario: > 0
--	---	---	--

DESAFIOS PROGRAMA SALUD MENTAL APS 2015

- En relación al cumplimiento del lapps de Salud Mental se hace indispensable completar la dotación profesional de los equipos de cada Centro con el objetivo de resguardar su cumplimiento numérico y de las prestaciones asociadas a cada diagnóstico.
- Elaborar un registro interno de egresos por alta clínica del programa de Salud Mental, información no disponible en el Rem 05.
- Contar con una calendarización estricta de las actividades de consultoría y así mismo llevar registro estadístico de casos revisados en consultorías psiquiátricas según rango etario.
- 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, considerando su énfasis en las actividades programadas para el año 2016.
- Implementación de sistema de audio en sala de espejo en Cosam 2 para su utilización en Consultorías Psiquiátricas.
- Gestión y Distribución horas/pacientes:
- Favorecer la estabilidad en los equipos de Salud Mental, para cumplir con la alta demanda de consultas.
- Resguardar la idoneidad de información y antecedentes contenidos en interconsultas tanto internas como externas. Para ello es fundamental fomentar la participación de médicos a las instancias de capacitación de Salud Mental, para favorecer mayor resolutivez en diagnósticos y derivación de pacientes.
- 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.

- Mejorar trabajo interdisciplinario con los otros Programas del CES
- Desarrollar actividades de autocuidado para integrantes del Programa de Salud Mental.

ANEXOS

Actividades Comunitarias Convenio Salud Mental Integral	Objetivo	Meta por CES
INFANTIL (5 a 9 años): Taller de promoción de la salud mental (Habilidades personales, factores protectores psicosociales, etc.) en el ámbito educacional (Jardines, Escuelas, Liceos, etc.) (Cada taller tiene como referencia 6 asistentes).	<p>Promover los factores psicosociales protectores de la salud mental en niños y niñas dirigido a padres y/o cuidadores y/o profesores respecto al año anterior.</p> <p>Factores protectores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Habilidades sociales 2. Habilidades parentales 3. Capacitación a docentes 	<p>2 Renca. 1 Urzúa. 1 Hco. 2 Bicentenario.</p>
ADOLESCENTE (10 a 24 años): Promover los factores psicosociales protectores de la salud mental en adolescentes (10 a 19 años) dirigido a padres y/o cuidadores y/o profesores respecto al año.	<p>Aumentar el número de talleres de educación grupal a padres y/o cuidadores y/o profesores respecto al año anterior.</p> <p>Temas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adolescencia y manejo parental 2. Prevención y detección consumo alcohol y drogas 	<p>COSAM 3</p>
ADULTO (25 a 64 años): Actividades comunitarias de salud mental: Taller de promoción de la salud mental.	<p>Aumentar el número de talleres de educación grupal en adultos respecto al año anterior. Tema:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibilizar a organizaciones comunitarias y grupos de autoayuda en VIF y OHD. 	<p>Ces Renca (2) 4 Ces Urzúa (2) 2 Ces Hco (2) 2 Ces Bicentenario (2) 4 *Sujeto a dotación por CES.</p>

Tabla resumen IAPSS

	Ces Renca	Ces Urzúa	Ces Hco	Bicentenario
Infantil (5-9 años)	90	47	27	35
Adolescente (10- 24 años)	321	47	88	83
Adulto (25-64 años)	707	368	195	152
Adulto Mayor (65 años y más)	185	65	46	17
Total	1303	527	356	287

Programación COSAM

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 Cosam 1, Cosam 2 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 2016 considera desarrollo de funciones y actividades que desarrollará Cosam 1, entre las que se destacan las siguientes:

- Brindar atención integral especializada en Salud Mental y Psiquiatría a personas y familias con problemas y trastornos mentales de moderada a alta severidad, es decir, aquellos que representan una mayor gravedad, compromiso psicosocial y necesidades de cuidados o dependencias.

- Dar respuesta a las necesidades de la Atención Primaria, en lo relativo al cuidado de la Salud Mental de la población a su cargo.
- Desarrollar trabajo conjunto con organizaciones de usuarios y familiares, grupos de autoayuda, ONG, etc.
- Constituirse como campo clínico para la formación de especialistas en Salud Mental.
- Facilitar el desarrollo de investigación en áreas de su competencia.

Además se considera para el año 2016:

- Cumplimiento de los Convenios y prestaciones valoradas establecidas.
- Desarrollo y mantención de los 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.

Esto teniendo en consideración los enfoques descritos en los convenios donde se orienta el trabajo mediante la perspectiva de Salud Mental y Psiquiatría que posiciona las prácticas comunitarias y sociales y el modelo de intervención de los Centros de Salud Mental Comunitaria debiendo orientarse de acuerdo a los siguientes principios:

- Enfoque de Salud
- Enfoque Biopsicosocial
- Enfoque Promocional y Preventivo
- Enfoque Comunitario
- Enfoque de Redes
- Enfoque Territorial
- Enfoque de Genero
- Enfoque Intercultural

PROGRAMACIÓN COSAM 1

Para el año 2016 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 2016:

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

CONVENIOS

Se planifica en relación a los convenios para el año 2016, 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, Depresión unipolar en menores de 15 años, Trastornos de Ansiedad y del Comportamiento en adultos, Trastornos del Comportamiento y la emoción de la Infancia, Demencia y otros trastornos mentales orgánicos; Esquizofrenia y Psicosis no orgánica, Programa de rehabilitación psicosocial tipo 1, Violencia Intrafamiliar y Maltrato Infantil. Se planifica considerando la conservación de las metas propuestas por el Servicio para el año 2015, 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 2016, Meta expresada en

COSAM 1 RENCA	Actividad Comprometida (considerando el mantenimiento en convenio 2016)	Aumento 10% (considerando ampliación en nuevo convenio)
Atención Cerrada		

Día Programa Rehabilitación Tipo 1	742	816
Canastas PAD		
Depresión unipolar y Distimia, Menores de 15 años, Trat. Ambulatorio Nivel Especializado (Trat. Mensual)	48	53
Trastornos de Ansiedad y del Comportamiento, Trat. Ambulatorio Nivel Especializado (Trat. Mensual)	350	385
Demencia y Trastornos Mentales Orgánicos, Trat. Ambulatorio Nivel Especializado (Trat. Mensual)	125	138
Esquizofrenia y Psicosis No Orgánica, Trat. Ambulatorio Paciente Cronico NO AUGEO (Trat. Mensual)	230	253
Trastornos Hipercinéticos, Trat. Ambulatorio Nivel Especializado (Trat. Mensual)	350	385
Trastornos del Comportamiento Emocionales de la Infancia y Adolescencia, Trat. Nivel Especializado (Trat. Mensual)	300	330
Violencia Intrafamiliar – VIF (Trat. Mensual)	125	138
Maltrato Infantil (Trat. Mensual)	40	44

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 2016:

Se ha establecido una cartera de servicios que considera un conjunto de prestaciones para el año 2016:

- 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 infante – 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 2016, 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, OPD, Escuelas y Municipalidad)
- Desarrollo y mantención de actividades grupales para personas derivadas desde Fiscalía o Tribunal de Familia por “descontrol de Impulsos” o “mal manejo de la ira, quienes potencialmente podrían protagonizar episodios como agresores.

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, Portal de los Ángeles, 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 cual se reconoce de larga evolución (dos años o más) y también aquellas que obtienen un puntaje de discapacidad funcional moderado a serio.

Subprograma Esquizofrenia Crónica

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

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

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

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

Desafío:

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

Programa Violencia Intrafamiliar Para el año 2016 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.

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 resolutoria desde una perspectiva biopsicosocial a través de consultaría de salud mental, capacitación y asesorías específicas desde los diferentes programas y unidades de Cosam.
- Calendarización anual del programa de Reuniones Clínicas, Consultorías, con registro de sus correspondientes actas donde se dé cuenta de los temas tratados, casos revisados y registro de profesionales asistentes.
- Calendarización anual de las capacitaciones continuas (una reunión mensual), registro de acta de asistencia y temas tratados.

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.
- Desarrollo y mantenimiento de Red Comunal de Salud Mental
- Continuar en coordinación con Poder Judicial , Centro de la Mujer, Centros de la red asistencial y centros comunitarios.

PROGRAMACIÓN COSAM 2

Etapa de vida : Adulto mayor de 20 años y adulto mayor

Sexo : Hombres y mujeres

Meta : 150 usuarios nuevos ingresados en el año

Población total de usuarios con diagnóstico asociados a sustancias psicotrópicas a ser atendidas en el COSAM 2, durante el periodo que comprende al año 2016, según su grupo diagnóstico, calidad de convenio y prestaciones conveniados y no conveniadas.

Programa	Usuarios no conveniados	Usuarios conveniados	Plazas conveniadas	Total de usuarios
Ambulatorio Intensivo población adulta Hombre Alcohol Mixto (SENDA-FONASA-MINSAL)	0	20	108	20
Ambulatorio Intensivo población adulta Poli consumo (SENDA-FONASA-MINSAL)	0	30	180	30
Ambulatorio Intensivo población adulta Mujeres (SENDA-FONASA-MINSAL)	0	25	108	25
Ambulatorio básico Pobl. adulta Convenio alcohol Mixto (SENDA-FONASA-MINSAL)	0	25	96	25
Ambulatorio básico Pobl. adulta Poli consumo Convenio MINSAL	0	25	108	25
Población adulta general y Judicializados	200	0	0	325
Total	200	125	600	325

El convenio FONASA- SENDA - MINSAL alberga un número determinado de programas 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 horaria 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 Alcohol:

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, psiquiatra una vez por mes 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. Dicho dispositivo tiene la condición de mantener una cuidadora o Técnico en Párvulos para los hijos de las usuarias; y que estas puedan realizar su tratamiento sin preocupaciones, a su vez que permita la intervención periódica para fortalecer vínculo madre hijo. 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 población general Población no sujeta a convenio, que demanda atención por problemáticas asociadas al consumo de alcohol y/o drogas mayores de 20 años hombre y mujeres. En esta población, se encuentran personas que no disponen de tiempo para tratamiento, ó usuarios que están en etapas de motivación pre contemplativo en este último caso se realizan intervenciones motivacionales para preparar al usuario al ingreso de alguno de los dispositivos de tratamiento, entregándoles prestaciones a lo menos una vez al mes con psicólogo, técnico en rehabilitación trabajadora social y médico.

5.1 Sub programa población Judicializada. Población no sujeta a convenios, derivadas de instancias tales como: Tribunales de drogas, Fiscalía centro norte, Juzgados de familia, policía Local, Gendarmería, defensoría penal pública. En esta población se encuentra usuarios que asisten a Cosam a partir de procedimientos de salida alternativa a otro tipo de sanciones judiciales. En dicha población las intervenciones son de forma quincenal y conlleva redacción informes Judiciales cada dos meses.

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 e informes de cierre.
- Gestión y derivación a las distintas redes (salud, jurídicas, entre otras)

Otras tareas que realizan los equipos de tratamiento Cosam 2

- Reunión clínica una vez por semana: en dicha reunión se realizan análisis de avances de cada uno de los casos, confección de PTI, revisión del mismo. Y algunos aspectos técnicos y administrativos según corresponda.
- Evaluaciones multidisciplinaria (todo el equipo) a usuarios que pretenden ingresar a u programa intensivo u residencial. En ella se busca evaluar etapa motivacional, compromiso biopsicosocial y evaluación multi axial de acuerdo a los 5 ejes del DSM V:

I	Trastornos clínicos Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica
Eje II	Trastornos de la personalidad Retraso mental
Eje III	Enfermedades médicas
Eje IV	Problemas psicosociales y ambientales
Eje V	Evaluación de la actividad global

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.

PROYECCIONES AÑOS 2016

1.- Instalar un piloto de reinserción socio ocupacional

Se pretende incorporar tras traslado del cosam 2 un espacio que les permita a los usuarios trabajar la reinserción socio-ocupacional; para el logro de dicho objetivo, se pretende incorporar los siguientes talleres:

- Emprendimiento
- Cocina económica
- Huerto urbano

El objetivo es instalar un café literario piloto que permita desarrollar las habilidades laborales y artísticas de un grupo determinado de usuarios, con ello potenciar a los usuarios a ser gestores de sus propio emprendimiento una vez egresados de los programas.

2.- Generar instancia de conformación de personalidad Jurídica sin fines de lucro con familiares y amigos de usuarios de cosam 2; la cual permita postular a proyectos de fondos concursables.

3.- Para el año 2016 se pretende poner en marcha plan de acción que permita acercar a la comunidad a cosam 2; para ello se pretende generar las siguientes Instancias comunitarias:

- Ciclo de cine : En temporada de verano jornada vespertina se proyectaran películas familiares; previo a ello se realizara una pequeña charla de bienvenida dando a conocer cuál es el trabajo de cosam 2 intencionado la prevención en familia.
- Mes del teatro itinerante: en el mes de Noviembre 2016; generar un espacio de presentación obra de teatro con los usuarios en algunos espacios comunales.
- Dependiendo del espacio, se pretende generar un espacio de huertos urbanos, permitiendo a la comunidad aledaña a las dependencias de Cosam participar en la actividades que se relacionen al tema; como por ejemplo charlas de capacitación, entrega de plantines a la comunidad etc.
- Fortalecer el trabajo de grupo multi familiar que alberga cosam 2: Generar estrategia que permita mejorar la adherencia de los usuarios de este grupo. Para ello se generara instancia de participación de un profesional cada quince días en la actividad del grupo multifamiliar, de esa manera potenciar la motivación y adherencia a dicho grupo.

4.- otro objetivo es implementar la mejora continua de la calidad de la atención en los procesos terapéuticos de nuestros usuarios /as. Para el logro de dicho objetivo se realizaran:

- seguimiento de avance terapéutico en sus distintas fases del tratamiento al 100% de los usuarios ingresados a los programas conveniados, designando un gestor de caso por cada usuario conveniados, la labor será realizar seguimiento de cada caso que se le designe, realizar rescates cuando corresponda, supervisar que usuario tome sus medicamentos, que asista a sus sesiones individuales cuando corresponda , que de cumplimiento a pautas de desintoxicación, velar que todos los instrumentos requeridos e ficha clínica se hayan realizado, conocer en profundidad a usuario y familia que se designe e informar al equipo de tratamiento referente a situaciones clínicas específica.

- Implementar al 100% de los usuarios conveniados la ficha de integración socio ocupacional utilizando dicha información en la confección de los PTI.
 - Partir con plan piloto de Subdivisión de grupos terapéuticos según tiempo de permanencia, intervenciones diferenciadas entre usuarios recién ingresados y usuarios previo a insertarse. Meta 100 por ciento de los usuarios ingresados por pobl. General
 - Implementar al 100% de los usuarios conveniados la herramienta de evaluación TOP . Una herramienta validada en Chile, que se aplica a personas mayores de 16 años y que permite seguimiento de los avances de los usuarios en tratamiento Entrevista breve, es una parte del proceso Medidas objetivas (comportamiento pre-intra-post tratamiento) .Conjunto estándar de preguntas que se aplicarán en distintas etapas del proceso terapéutico y que recopilan información de 6 variables.
6. Implementar plan de auto cuidado que permita a los funcionarios evitar burnout: El término **burnout**, cuya traducción al castellano significa 'estar quemado', 'síndrome de desgaste profesional' o 'síndrome de desgaste emocional'. **burnout** hace referencia a un fenómeno de desgaste profesional observable en los profesionales que trabajan directamente con personas. Se suele conceptualizar como el resultado de continuas y repetidas presiones emocionales asociadas con un compromiso intenso con los usuarios Los trabajadores que pueden ser susceptibles de **burnout** se encuentran con mayor frecuencia entre aquellas ocupaciones en las que se presta una atención constante y directa de ayuda a personas; es el caso de las profesiones sanitarias, sociales o educativas, y son algunos de estos trabajadores los que pueden desarrollar sentimientos cada vez más negativos hacia los usuarios. Considerando lo anterior se realiza las siguientes actividades preventivas:
- Realizar tres actividades de auto cuidado de equipo en el año en dependencias externas de cosam.

abril	septiembre	diciembre
10 salida a: Cajón Maipo	02 salida a:	11 salida a:

- Autoformación en el área de adicciones.
- Continuar con consultorías del hospital Félix Bulnes una vez por mes calendarizado los primeros miércoles de cada mes.

Calendarización hospital Félix Bulnes.

MARZ.	ABRI.	MAY.	JUNI.	JULI.	AGOST.	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.
02	06	04	01	06	03	06	05	02	07

- Participar activamente en las capacitaciones continuar realizadas para el área de salud mental comunal (calendario a definir) .
- Realizar reuniones técnicas 1 vez al mes con todo el equipo en horario de 15 a 17:00 horas

Calendario reuniones técnicas todos los equipos cosam 2

ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
05	02	01	05	03	07	05	02	05	04	02	06

- Mantener semanalmente las reuniones Clínicas por programas.

Calendario de reuniones clínicas tiempo estimado 2 horas

ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
07	4	03	7	5	2	7	4	1	6	3	1
14	11	10	14	12	9	14	11	8	13	10	8
21	18	17	21	19	16	21	18	15	20	17	15
28	25	24	28	26	23	28	25	22	27	24	22
		31			30			29			29

Calendario de intervención multidisciplinaria evaluación ingreso

ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
04	01	07	4	2	6	4	1	5	3	7	5
11	08	14	11	9	13	11	08	12	10	14	12
18	15	21	18	16	20	18	15	19	17	21	19
25	22	28	25	23	27	25	22	26	24	28	26
	29			30			29		31		

CARTA GANTT

ACTIVIDAD	E	F	M	A	M	JN	JL	A	S	O	N	D
TRASLADO DEPENDENCIAS	X	X	X									
IMPLEMENTACION FICHA TOP	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
IMPLEMENTACION FICHA INTEGRACIÓN	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ACTIVIDAD FUERA RESINTO AUTO CUIDADO				X					X			X
REUNIONES CLINICAS, TÉCNICAS.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
CONSULTORIAS FELIX BULNES			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
CONFORMACIÓN PERSONALIDAD JURIDICA AGRUPACION FAMILIARES						X						
HUERTOS COMUNITARIOS					X	X	X	X	X	X	X	X
TEATRO ITINERANTE											X	
CICLO DE CINE										X		
IMPLEMENTACIÓN FISICA CAFÉ LITERARIO			X	X	X							
TALLER COCINA ECONOMICA						X	X	X				
TALLER DE EMPREDIMIENTO									X	X	X	
APERTURA DE CAFÉ LITERARIO						X						
DIFUSIÓN REUBICACIÓN	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

COSAM 2												
IMPLEMENTACIÓN MEJORA CALIDAD SUB DIVISIÓN GRUPOS INTENSIVO			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PROGRAMACIÓN COSAM 3 ADOLESCENTES

A la fecha, Cosam Adolescentes cuenta con 7 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 sustancias psicotrópicas con compromiso biopsicosocial leve a moderado y adolescents con otros problemas de psiquiatría y salud mental moderado a grave.

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 , entretros.

Además de la attention 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 desempeña la red local en este ámbito.

En este sentido, el trabajo de intervención propuesto para el año 2016, 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 EN EL CONTEXTO DEL PROGRAMA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA Y EMOCIONES DEL ADOLESCENTE NO ASOCIADO NECESARIAMENTE A CONSUMO DE SUSTANCIAS, SIENDO ESTOS PROGRAMAS:

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 de tratamientos y se prevé se mantenga sin modificaciones para el año 2016.

Este programa se ejecuta bajo un convenio con el SSOcc, e incluye la atención de población adolescente de todas las comunas del Área Occidente, siendo lo más habitual que aparte de los usuarios de la Comuna de Renca, se reciban de las comunas de Quinta Normal y Cerro Navia (que son las más cercanas geográficamente).

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

1. Psicoterapia individual y/o grupal.
2. Intervención psicosocial grupal y/o familiar Intervenciones grupales
3. Consulta de Especialidad Psiquiatría
4. Visita domiciliaria por Asistente Social
5. Visita domiciliaria Integral de Salud Mental
6. Psicodiagnóstico
7. Reunión Clínica
8. Consulta psicológica
9. 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:

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

2. 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.
3. 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.
4. 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 con compromiso biopsicosocial leve a moderado, sin trastorno psiquiátrico mayor, que desempeñan una actividad educacional parcial o total y cuentan con red de apoyo familiar. Muchos de estos adolescentes presentan consumo exploratorio, sin embargo han presentado complicaciones escolares, familiares o conductas disociales asociados a este.

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 en un espacio más adecuado, ya que los Centros de atención primaria de salud no cuentan con ellos y los recursos a utilizar son similares al PAI pero de menor intensidad. 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 distribuidas por cada centro de salud según la demanda de atención que abarca cada uno de ellos.

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:

1. Psicoterapia individual y/o grupal.
2. Intervención psicosocial grupal y/o familiar

3. Consulta SaludMental
4. Consulta de Especialidad Visita Integral de saludmental
5. Psicodiagnóstico con aplicación de Testpsicológicos
6. Consultamédica
7. Consultoría de salud mental Consultapsicológica
8. 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 22 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:

1. Consulta psicológica
2. Intervención Social
3. Evaluación psiquiátrica, según necesidad del paciente.
4. Consulta psicológica y/o familiar
5. Intervenciones psicosociales grupales orientadas a mejorar las habilidades sociales y manejo de las emociones y conflictos.

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 esto incluye:

- - 66 hrs. psicólogo (incluidas 11 hrs coordinación)
 - 33 hrs. asistente social
 - 8 hrs psiquiatra.
 - 44 hrs técnico en rehabilitación
 - 44 hrs administrative
 - 44 hrs auxiliary servicio
 - 11 hrs terapeuta ocupacional.

- Mantener atención Psiquiátrica estable una vez por semana para la evaluación de casos y tratamiento de pacientes por los periodos que sean requeridos, realizando atención de recepción en equipo.
- Profesional psicólogo que cumple funciones de coordinación dentro del centro, realizando procesos de atención diario a nivel individual, familiar y/grupal.
- Coordinación para trabajo con grupos de 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 alcohol y drogas en establecimientos de enseñanza media de la Comuna.

- Dar continuidad al trabajo iniciado con red extrasectorial, tales como DEM, DAM Y PIE, CESFAM CATAMARCA de Qta. Normal, entretros.
 - 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.
 - Participar en talleres orientados a adolescents gestionados por los programas de Salud Mental de los Centros de atención primaria de salud de la Comuna de Renc
- 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 los productos realizadas por los jóvenes en sus talleres, valorando sus logros y capacidades, no visualizadas anteriormente, para este año se ha programado la edición de un texto con trabajos de los usuarios adolescente, la participación en la Jornada de cambio de etapa conjuntamente a Cosam 2 y la participación en diversas actividades intersectoriales.
- 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.

7.7.- Programación Programa de Farmacia

Con la finalidad de mejorar el abastecimiento de las farmacias de los diferentes centros de salud de la comuna de Renca, se han propuesto los siguientes objetivos para el año 2016. Además, se realizarán actividades con el propósito de resolver dudas de los pacientes, entregarles mayor información sobre los tratamientos que se les entregan y educarlos, orientándolos hacia el uso racional de los medicamentos.

Inventarios selectivos

Se propone realizar un programa de toma de inventarios selectivos con frecuencia semanal, tomando un pequeño grupo de medicamentos seleccionados entre el total de medicamentos disponibles, con la finalidad de pesquisar oportunamente algún descuadre de inventario. Este grupo de medicamentos deberá ir rotando para lograr evaluar la totalidad de los medicamentos durante el año y de esta manera, mantener una correcta relación entre la información real v/s la información teórica.

Charlas grupales

Este ítem forma parte de los REM y la propuesta para poner en práctica esta modalidad es la realización de charlas grupales a conjuntos de pacientes con la finalidad de entregar información sobre los medicamentos con los cuales se encuentran tratando sus patologías, evitando errores de administración, disminuir y ojalá evitar la automedicación, poniendo énfasis en el uso racional de los medicamentos y la adherencia a las terapias. También se evalúa la realización de charlas a los alumnos de los colegios de la comuna.

Atención farmacéutica

Se debe implementar un calendario de atención farmacéutica a realizar en los centros de salud de la comuna, para resolver dudas que pueden presentar los pacientes y entregar la información suficiente para obtener su tranquilidad y confianza respecto a los tratamientos utilizados y su efectividad. Junto con esto evaluar las terapias administradas para evitar interacciones entre medicamentos y pesquisar oportunamente efectos adversos que se pudieran producir.

Visitas a domicilio

Este punto cobra importancia al considerar que este tipo de pacientes no tienen la capacidad física de llegar al consultorio para recibir los beneficios de las atenciones, por lo que nosotros debemos llegar a ellos intentando entregar el mismo tipo de ayuda, solucionando dudas, incrementando adherencia a los tratamientos y además, evaluar interacciones y efectos adversos potenciales de los medicamentos.

Brechas Unidad de farmacia 2016

Personal

Se pretende que para el 2016 contemos con la dotación adecuada de técnicos y profesionales en cada una de las farmacias de los consultorios, a fin de optimizar la entrega de medicamentos y disminuir los tiempos de espera por despacho de medicamentos. Junto con esto, la presencia de un profesional químico farmacéutico resulta fundamental para el proceso de acreditación de cada centro, y para resguardar el correcto uso y entrega de fármacos e información a la población. Además de un químico farmacéutico comunal que centralice todos los requerimientos de los centros de salud y tenga comunicación directa con el equipo de salud de la Corporación Municipal.

Dotación requerida:

CENTRO DE SALUD	TÉCNICOS	QUÍMICO FARMACÉUTICO
CESFAM BICENTENARIO	4	1
CES HERNÁN URZÚA	7	1
CES HUAMACHUCO	4	1
CES RENCA	12	1
CORPORACIÓN MUNICIPAL	1 (Bodega)	1

Finalmente, se requiere una nueva contratación de TENS o auxiliar de farmacia para el SAPU central, ya que actualmente los medicamentos se encuentran en el mesón de procedimientos sin mayor resguardo y considerando que la mayoría de ellos son medicamentos inyectables, su mal uso es más que peligroso para cualquier persona. Por ello se deben tener resguardados y ello implica que el nuevo TENS o auxiliar los despache por ventanilla conforme la necesidad de atención inmediata. Actualmente en SAPU contamos sólo con un auxiliar paramédico de farmacia, quien se encarga de gestionar los requerimientos de este centro de urgencia, de administrar y resguardar los medicamentos del SAPU. En su apoyo y para gestionar el despacho por ventanilla es que se requiere de una segunda persona.

Infraestructura

Actualmente la bodega central ubicada en dependencias de la corporación municipal alberga medicamentos e insumos para distribuir a los centros de salud, pero el espacio físico no es suficiente para llevar una gestión centralizada de los medicamentos e insumos. Sería ideal ampliar dicha instalación y obtener permiso sanitario para albergar medicamentos, de esta forma tener mayor control del consumo de medicamentos en la comuna. De implementarse este ítem se requiere de al menos una persona que se encargue del manejo logístico de la bodega (técnico o auxiliar).

Por otro lado, cada centro de salud actualmente posee varias oficinas que funcionan como bodega de medicamentos. Se plantea que para llevar un mejor control, orden, manejo y seguridad de los medicamentos, el recinto de bodega de medicamentos e insumos dentro de cada centro se ubique en un solo lugar. Esto considerando en el proyecto de remodelación de los centros de salud y proceso de acreditación al que se someterá cada uno de ellos.

Despacho pacientes crónicos

Las cartolas de medicamentos donde se registra el despacho de medicamentos de pacientes crónicos (programas ministeriales) poseen demasiada información, ya que incluyen el listado total de medicamentos de los programas de crónicos. Se está

trabajando actualmente en reformular dichas cartolas facilitando el registro de despacho de medicamentos, evitando con ello posibles errores en la dispensación y dejando constancia de ausencias por parte de los pacientes al retiro de sus medicamentos. Este proceso se lleva a cabo mientras se implementa el sistema computacional Rayen, el cual será una mejora sustancial en el manejo de esta información, permitiendo también llevar un mejor manejo de los stock de medicamentos e insumos con los que se disponen en cada CES.

7.9.- Programación Sala RBC

La población de la comuna de Renca se encuentra en constante crecimiento, el número de pobladores a la fecha bordea los 151.500 y tomando en cuenta que según el INE el 12,7% de la población chilena están con una situación de discapacidad, 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 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.

Estrategias de rehabilitación

El Programa de Rehabilitación Integral en las Redes de Salud, es una estrategia transversal a lo largo del ciclo vital y a los grupos etarios, cuyo foco es la población de 20 y más años.

Propósito: Entregar prestaciones de rehabilitación de calidad, en forma oportuna y accesible, a las personas en situación de discapacidad, permanente o transitoria, mejorando la resolutivez a nivel de la atención primaria de salud.

Objetivo General: Aumentar la cobertura de rehabilitación física en la red de atención primaria.

Objetivos Específicos

1. Desarrollar estrategias de rehabilitación integradas funcionalmente a la atención primaria de salud, bajo un enfoque biopsicosocial y familiar.
2. Asumir progresivamente la atención integral de la totalidad de las personas en situación de discapacidad leve, transitoria o definitiva, apoyar el manejo terapéutico de

las personas en situación de discapacidad moderada, y sus familias, en el contexto comunitario.

3. Desarrollar programas de prevención de discapacidades, promoción de la actividad física y mantención de la funcionalidad a lo largo del ciclo vital.

4. Desarrollar las competencias de los equipos de salud, en particular de profesionales de rehabilitación y médicos generales y de salud familiar, para resolver las necesidades de los usuarios portadores de síndromes dolorosos de origen osteomuscular y mejorar la oportunidad de las derivaciones a especialistas.

Productos Esperados

1. Diagnóstico comunitario participativo: construir el diagnóstico a partir de la evaluación participativa, que permita identificar a las personas que en esa comunidad están en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla y los perfiles que estas tienen. Así mismo identifica, cuantifica y valora, los recursos comunitarios que pueden incidir positiva o negativamente en los procesos de rehabilitación.

2. Evaluación y manejo integral de las personas en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla.

3. Evaluación y manejo integral del entorno familiar y físico de la persona en situación de discapacidad.

4. Planes de tratamiento con objetivos y plazos acordados con la persona en situación de discapacidad, su familia y/o su cuidador (PTI)

5. Valoración de impacto del tratamiento.

6. Actividades de prevención de discapacidad individual y grupal.

7. Actividades terapéuticas individuales y grupales.

8. Consejería individual y familiar.

9. Visitas domiciliarias integrales.

10. Realizar 3 salidas socio recreativas para cerrar los procesos de talleres impartidos por la sala.

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.			Aumentar las personas con factores protectores para la salud	
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.			Mejorar la promoción de salud en la comuna	
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR

Contribuir a la generación de redes comunitarias e intersectoriales para el logro de la participación en comunidad (inclusión social) de las PSD	20% de las actividades y participación corresponden a actividades de diagnóstico o planificación participativa. 10% de las personas atendidas en el centro logran la participación en comunidad. 40% de actividades y participación son actividades de promoción de la salud.	Conocer las redes locales y articularse con el intersector para el apoyo a la inclusión social.	(Nº personas que logran participación en comunidad (inclusión social)/Nº total de ingresos)*100	REM 28
			(Total de actividades de promoción de la salud/total de actividades y participación)*100	
			(Total de de actividades de diagnóstico o planificación participativa/total de actividades y participación)*100	

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Disminuir la discapacidad		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Fortalecer la prevención de discapacidad en la población		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Prevenir y/o retardar la discapacidad en grupos de personas con enfermedades crónicas, cuidadores	35% de las personas que ingresan al programa, reciben educación grupal	Realizar talleres destinados a entregar herramientas para prevenir y/o retardar la discapacidad	(Nº total de personas que ingresa a educación grupal / Total de ingresos) *100	REM 28

	50% de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales, se orientan el trabajo con cuidadores	Entregar herramientas de manejo y cuidados domiciliarios para personas de alta dependencia, entregar herramientas de autocuidado a los cuidadores	(Nº de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales a los cuidadores / total de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales) * 100	REM 28
--	--	---	---	--------

TRATAMIENTO-REHABILITACIÓN

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.			Disminuir la discapacidad	
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.			Mejorar la cobertura de la atención de personas con discapacidad	
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Mantener la atención a personas en situación de discapacidad leve, moderada o severa	Mantener al menos un 20% de PSD con Parkinson, secuela de ACV, u otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Realizar el proceso de rehabilitación, logrando funcionalidad e independencia en las actividades de la vida diaria	(PSD con Parkinson, secuela de ACV, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular/total de ingresos)*100	REM 28

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.			Disminuir la discapacidad	
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.			Fortalecer la prevención de discapacidad en la población	
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR

Abordar a las personas y/o sus familias con consejería individual o familiar, con el objetivo de resolver los problemas planteados por ellos en torno a dificultades surgidas por la situación de discapacidad	5% de las actividades realizadas como intervención corresponden a consejerías individuales y/o familiares	Consejería individual y consejería familiar	(Nº total de consejerías individuales y familiares/total de ingresos)*100	REM 28
---	---	---	---	--------

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Disminuir la discapacidad		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Fortalecer la prevención de discapacidad en la población		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Realizar visitas domiciliarias integrales para conocer el entorno familiar, físico de las personas en situación de discapacidad y realizar adecuaciones e intervenciones individuales y/o familiares	10% RBC, 10% RI y 50% RR. PSD con visita domiciliaria integral	Visita domiciliaria integral	(Nº total de visitas domiciliarias integrales/total de ingresos)*100	REM 28
Favorecer que las personas en situación de discapacidad atendidas en APS, logren el máximo de autonomía e independencia	50% de PSD que ingresan al programa cuentan con PTI	Trabajar con Plan de Tratamiento Integral (PTI) consensuado con la persona y/o su familia, con objetivos terapéuticos definidos y alta posterior a su cumplimiento	(Nº total de ingresos con PTI/total de ingresos)*100	REM 28

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.			Disminuir la discapacidad	
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.			Mejorar la cobertura de la atención de personas con discapacidad	
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Promover el trabajo en rehabilitación de acuerdo a medicina basada en evidencia	30% o menos de los procedimientos corresponden a fisioterapia	Procedimientos con énfasis en movilización	(Nº de procedimientos de fisioterapia/total de procedimientos)*100	REM 28

Como objetivo para el año 2016, nos planteamos como equipo de rehabilitación basada en la comunidad, mantener los buenos resultados obtenidos el presente año, cumpliendo a cabalidad las metas propuestas pactadas anteriormente.

7.9.- Programación Programa Vida Sana Obesidad

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Mejorar el estado nutricional, funcional y perfil metabólico de los adultos de 20 a 64 años y mujeres en etapa post-parto	La intervención individual del usuario del programa vida sana consiste en 6 meses de intervención continua con controles de seguimiento al 9no y 12vo mes, actividad y ejercicio físico por 12 meses de acuerdo a lo siguiente: 8 atenciones individuales (1 medico 5 nutricionista, 2 psicólogo) 5 intervenciones grupales (dupla nutricionista psicólogo) Actividad física y ejercicio físico por 12 meses (144 sesiones de 60 min) a cargo de un profesor de educación física y kinesiólogo, derivación a gimnasio según orientación técnica. 2 exámenes de glicemia y perfil lipídico.	Al menos el 50% de las personas intervenidas disminuye 5% de su peso inicial	% de personas que disminuye 5% su peso inicial.	((Número de beneficiarios de 20-64 años que reducen el 5% o más de su peso inicial integrado según control)/ (número total de usuarios con control correspondiente realizado)) * 100
		Al menos el 5% de las personas intervenidas mejoran su perímetro de cintura	% de personas intervenidas que mejoran su perímetro de cintura	((Número de beneficiarios de 20-64 años que mejoran su perímetro de cintura según control)/ (número total de usuarios con control correspondiente realizado)) * 100
		Al menos el 50% de las personas intervenidas mejoran su IMC al final de la intervención	% de personas intervenidas que mejoran IMC al final de la intervención	((Número de beneficiarios de 20-64 años que mejoran su IMC según control)/ (número total de usuarios con control correspondiente realizado)) * 100
		Al menos el 50% de las personas intervenidas que ingresan como pre-hipertensas, pre-diabéticas o dislipidémicas mejoran su condición	% de personas intervenidas que ingresan con pre-hipertensión, pre-diabetes o dislipidémica que mejoran su condición	((Número de beneficiarios de 20-64 años intervenidas que ingresan con pre-hipertensión, pre-diabetes o dislipidémica mejoran su condición según control)/ (número total de usuarios con control correspondiente realizado)) * 100

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Mejorar el estado nutricional, funcional y perfil metabólico de niños, niñas y adolescentes de 2 a 19 años y adolescentes post-parto	La intervención individual del usuario del programa vida sana consiste en 6 meses de intervención continua con controles de seguimiento al 9no y 12vo mes, actividad y ejercicio físico por 12 meses de acuerdo a lo siguiente: 8 atenciones individuales (1 medico 5 nutricionista, 2 psicólogo) 5 intervenciones grupales (dupla nutricionista psicólogo) Actividad física y ejercicio físico por 12 meses (144 sesiones de 60 min) a cargo de un profesor de educación física, kinesiólogo y derivación a gimnasio según orientación técnica. 2 exámenes de glicemia y perfil lipídico.	Al menos el 90% de las personas intervenidas de 2 a 5 años mejoran su capacidad motora	% de personas intervenidas de 2 a 5 años que mejoran su capacidad motora	((Número de beneficiarios de 2-5 años que mejoran su capacidad motora según control) / (número total de usuarios de 2-5 años con control correspondiente realizado)) * 100
		Al menos el 90% de las personas intervenidas de 6 a 19 años mejoran su condición física en termino de capacidad funcional y muscular	% de personas intervenidas de 6 a 19 años que mejoran su condición física en termino de capacidad funcional y muscular	((Número de beneficiarios de 6-19 años que mejoran su condición física en termino de capacidad funcional y muscular) / (número total de usuarios de 6-19 años con control correspondiente realizado)) * 100
		Al menos un 60% de las personas asiste a un mínimo de 60% de las sesiones de actividad y ejercicio físico	% de personas intervenidas de 6 a 19 años que asiste a un mínimo de 60% de las sesiones de actividad y ejercicio físico	
		Al menos el 50% de las adolescentes post-parto intervenidas recuperan su peso	%de adolescentes post-parto intervenidas que recuperan su peso pre-gestacional	((Número de beneficiarios de 2-

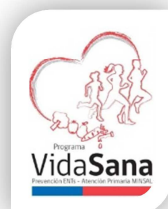
		pre-gestacional		<p>19 años que asiste a un mínimo de 60% de las sesiones de actividad y ejercicio físico) / (número total de usuarios de 6-19 años con control correspondiente realizado)) * 100</p> <hr/> <p>((Número de adolescentes post-parto intervenidas que recuperan su peso pre-gestacional según control) / (número total de usuarias post-parto con control correspondiente realizado)) * 100</p>
--	--	-----------------	--	---

Programa vida sana: El Programa Vida Sana tiene como propósito contribuir a reducir la incidencia de factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus e hipertensión arterial a través de una intervención en los hábitos de alimentación y en la condición física dirigida a niños, niñas, adolescentes, adultos y mujeres post-parto.

Su objetivo general es controlar la malnutrición por exceso, mejorar el perfil metabólico y la condición física en población con factores de riesgo de contraer diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares.

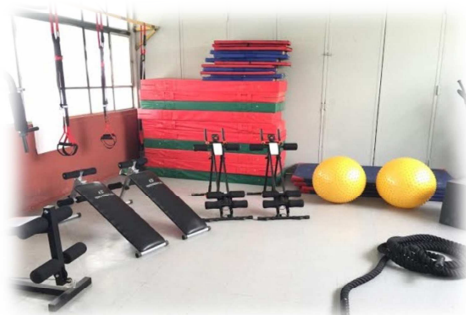
Es importante destacar que para cumplir los objetivos y lograr un correcto funcionamiento del programa se mantienen reuniones intersectoriales para fomentar una comunicación directa con las redes de la comuna.

Actividades comunales con participación del equipo vida sana: El programa vida sana cuenta con un gran equipo multidisciplinario constituido por nutricionista, psicólogo, kinesiólogo y profesores de educación física, quienes además de trabajar por cumplir con el objetivo y metas establecidas, participan también en actividades comunales (spa-móvil, celebraciones, convocatorias a la comunidad) con stand, entregando información y educación a la comunidad sobre hábitos y estilo de vida saludable.



Gimnasio

Este año dentro de las actividades anuales se logró implementar un gimnasio ubicado en las dependencias del COSAM 1, donde las usuarias pueden asistir a lo largo de la semana y encontrar un cómodo lugar con entrenamiento personalizado (adicional a sus clases establecidas en sus respectivas sedes 2 veces por semana) esto con el fin de brindar una mejor atención y lograr una adherencia de las usuarias de 20-64 años.



“Mi familia la lleva”

Otras de las actividades donde vida sana participa es realizando una intervención personalizada a los alumnos beneficiados con “Mi familia la lleva”, donde se entrega atención con nutricionista, psicólogo, kinesiólogo y profesores de educación física que

realizan entrenamiento personalizado con el fin de disminuir factores de riesgo de enfermedades no transmisibles y mejorar así la calidad de vida de los alumnos.



Sábados activos

Los sábados activos son una actividad organizada y realizada por el equipo, bajo los aleros de nuestra primera autoridad comunal con el fin de dar a conocer al grupo familiar las actividades del programa, se convocan todos los usuarios(as) del programa junto a sus familias a pasar una agradable mañana de actividad física con clases de zumba, entrenamiento funcional, juegos, educaciones sobre actividad física y alimentación saludable, premios y sorpresas para toda la familia.

7.10.- Programación Centro de Rehabilitación del Adulto Mayor y Programa Más Adulto Mayor Autovalente.

Centro de Rehabilitación del Adulto Mayor (CRAM)

OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.		Brindar una atención rápida, oportuna, integral y de calidad a todos los usuarios adultos mayores de la comuna de Renca.		
RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.		Lograr rehabilitación musculoesquelética y cardiovascular de usuarios adultos mayores derivados al centro Cumbres Mayores, para de esta forma, mejorar la calidad de vida de estos y su entorno.		
OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR

<p>-Educar a la población adulto mayor atendida en CRAM -Prevenir lesiones producto de caídas en el AM -Mejorar la participación e inclusión del AM -Mejorar y/o mantener el autocuidado del AM -Prolongar la autovalencia del AM -Mejorar y/o mantener la condición de salud y funcionalidad del AM</p>	<p>Atención de todo usuario adulto mayor perteneciente a la red de consultorios de la comuna de Renca con patologías musculoesqueléticas, así como también cardiovasculares</p>	<p>-Programa de Rehabilitación Musculoesquelética: dirigido a todos los pacientes AM de la comuna, que requieran de rehabilitación musculoesquelética. -Programa Cardiovascular: dirigido a todos los AM que padezcan de obesidad, sobrepeso, diabetes tipo 2, e hipertensión arterial. -Programa de Nutrición: dirigido a todos los pacientes pertenecientes al programa cardiovascular del centro de rehabilitación. -Programa MAS: dirigido a todos los usuarios adultos mayores de 65 años pertenecientes a la comuna de Renca, con condición de autovalente, autovalente en riesgo, autovalente con riesgo.</p>	<p>Número de AM bajo control en consultorios pertenecientes a la comuna de Renca, derivados por patologías concomitantes del AM que requieran tanto rehabilitación musculoesquelética como cardiovascular</p>	<p>Sistema estadístico CRAM 2016</p>
---	---	---	---	--------------------------------------

Programa Más Adultos Más Adultos Mayores Autovalentes

<p>OBJETIVO DE IMPACTO. ESTRATEGIA.</p>		<p>Mejorar el estado Funcional de los adultos mayores</p>		
<p>RESULTADO ESPERADO. ESTRATEGIA.</p>		<p>Aumentar la realización de EMPAM a población adulto mayor. Pesquisar población adulto mayor que no tenga realizado EMPAM, así como también vincular adultos mayores que se encuentren fuera del sistema de salud comunal y/o organizaciones sociales.</p>		
<p>OBJETIVO</p>	<p>META</p>	<p>ACTIVIDAD</p>	<p>INDICADOR</p>	<p>FUENTE DEL INDICADOR</p>

<p>1. Mejorar y/o mantener la condición funcional de los AM clasificados como autovalentes, autovalentes con riesgo y en riesgo de dependencia.</p> <p>2. Entregar continuidad a la estimulación funcional de los adultos mayores, mediante capacitación en autocuidado de salud y estimulación funcional a sus organizaciones sociales locales.</p>	<p>Población comprometida a ingresar por dupla profesional: 1075 Usuarios.</p> <p>Meta anual: 60% (645) (1075*0.6=645 ingresos)</p>	<p>-Taller de Estimulación de Funciones Motoras y Prevención de Caídas.</p> <p>-Taller de Estimulación de Funciones Cognitivas.</p> <p>-Taller de Autocuidado y Educación en Salud.</p> <p>-Diagnóstico de Redes Sociales y de Servicios para el Adulto Mayor.</p> <p>-Diagnóstico Participativo con Agrupaciones de Adultos Mayores.</p> <p>-Capacitación de Líderes Comunitarios en Estimulación Funcional.</p> <p>-Actividades extraprogramáticas</p> <p>-Seguimiento pacientes egresados del programa.</p>	<p>Personas de 65 años y más, beneficiarios de FONASA, inscritos en centros de salud con EMPAM vigente y con resultado de Autovalente sin riesgo, o Autovalente con riesgo o en riesgo de dependencia.</p>	<p>REM A 05 REM A 27</p>
--	---	--	--	------------------------------

7.11.- Programación Programa Promoción de la Salud

Objetivo General del Plan de Promoción Comunal

Generar acciones de Promoción de la Salud que faciliten el desarrollo de las oportunidades y cambios favorables a la salud en la población, fortaleciendo la elección a nivel individual y comunal de un proyecto de vida sana e incentivando la protección de la salud de la comunidad en concordancia con la realidad local de la comuna de Renca.

OBJETIVO	ACTIVIDADES	META	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
<p>Entorno Comunal:</p> <p>Fomentar en la comuna la actividad física y alimentación saludables a través de trabajo intersectorial que permita la participación social y asociatividad</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Realización de Feria saludable -Realización de talleres vecinales de actividad física, de baile entretenido, etc. segmentada por grupos etarios y con enfoque de equidad de género 	<p>Realizar el 100% de las acciones programadas para el Entorno Comunal en los componente de Actividad Física y Alimentación Saludable.</p>	<p>100% de las acciones realizadas</p>	<p>Nº Total de Acciones ejecutadas en la comuna/Nº Total de Acciones programadas en la comuna*100</p>
<p>Entorno Educativo:</p> <p>Crear instancias de participación social en jardines infantiles, escuelas y liceos municipales, para fomentar hábitos de alimentación saludable y Actividad Física</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Capacitación para la implementación del kiosco escolar, dirigidas a toda la comunidad escolar: Administrador/a de kiosco, Director/a, Docentes, Padres y Apoderados, Alumnos. -Creación, gestión, mantención, de huertos comunitarios y/o escolares. -Instalación de espacios adecuados para el cepillado de dientes (cepilladeros y cepilleros). -Adquisición de set implementos deportivos (asociado a programas permanentes). MI FAMILIA LA LLEVA. -Evaluación Diagnóstica de 	<p>Realizar el 100% de las acciones programadas para el componente en Jardines Infantiles, escuelas y liceos municipales en Alimentación Saludable y Actividad Física</p>	<p>100% de las actividades realizadas</p>	<p>Nº Total de Acciones ejecutadas en establecimientos de educación municipal de la comuna/Nº Total de Actividades programadas en establecimientos de educación municipal de la comuna*100</p>

	establecimiento Educativo en el contexto de la Estrategia de EEPS			
Entorno Laboral: Difundir en el entorno laboral de los establecimientos de salud de la comuna vida libre de humo de tabaco a través de entrega de material educativo acerca de ambientes libres del humo del tabaco e información de lugares de trabajo promotores de la salud.	-Implementación Ambientes libres de Humo de Tabaco en los entornos laborales promoviendo el 100% de los espacios libres del humo del tabaco a través de instalación de señaléticas y entrega de material informativo respecto a consecuencias del consumo de tabaco y ventajas de los ALHT. -Evaluación Diagnóstica en el contexto del sistema de Reconocimiento como Lugar de Trabajo Promotor de la salud	Realizar el 100% de las acciones programadas en establecimientos de salud primaria de la comuna para el componente e ALHT	100% de las acciones realizadas	Nº Total de Acciones ejecutadas en establecimientos de salud de la comuna/Nº Total de Actividades programadas en establecimientos de salud de la comuna*100

7.12.- Programación Programa Participación.

En la realización del Plan de Participación durante el año 2015 se consideran aspectos de satisfacción usuaria, Chalas Ges, Gestión de Reclamos (OIRS) y entrega de información de protocolos internos de cada Centro de Salud de la comuna. Cabe señalar que la meta N°7 y Comges N°13 constituyen con una planificación cuatrienal la cual se realizara hasta el año 2018.

Respecto al trabajo Comunitario cada Centro de Salud cuenta con su Consejo Consultivo, teniendo reuniones mensuales tanto locales como comunales. Además de apoyo de traspaso de información a la comunidad y cooperación de coordinación de charlas en JJVV, capacitación a los consejos locales de usuarios, en temas relacionados con los distintos programas que se desarrollan en salud primaria, como también en la difusión y acceso a las nuevas patologías Ges, incentivando el acceso de los usuarios a los distintos servicios en los centros de salud y la red de derivación y apoyo con que cuentan los distintos establecimientos.

Por otra parte, es importante mencionar que la Satisfacción Usuaria constituye un indicador de calidad en la atención en salud, más aún es un indicador de cumplimiento de la Ley que resguarda los Derechos y Deberes en salud.

Lo anterior sumado al interés permanente de la primera autoridad comunal que durante el año 2015 se ha continuado con capacitaciones del personal funcionario de los servicios de salud en trato al usuario, ampliando los canales de participación de los consejos locales de usuarios a modo de mantener una comunicación permanente con la percepción usuaria en las acciones de solicitud y prestación de servicios de los establecimientos de salud comunal.

Un indicador importante a nivel comunal son las cartillas de opinión que los usuarios pueden dejar en todos los establecimientos dependientes de la Dirección de Salud. Estas cartillas son depositadas en buzones y retiradas semanalmente por un funcionario externo al área salud, luego son leídas personalmente por la primera autoridad comunal, quien a través de los diferentes dispositivos municipales y de salud canaliza las respuestas a las felicitaciones, sugerencia y/o reclamos de los usuarios. Los procedimientos asociados a las respuestas están dadas a través de entrevistas individuales, entrevistas telefónica y/ o visitas domiciliarias, lo que finalmente lleva al desarrollo de una carta personalizada dando respuesta a los requerimientos manifestados.

Las Oficinas OIRS de los centros de salud de la comuna se realizaron durante el año 2014, un total de 71.543 consultas de las cuales sólo 0,05% (41) corresponden a reclamos, considerando el Período Enero- Junio 2014 se han realizado un total de 106.817 atenciones y consultas a través de la Oficinas OIRS de los centros de salud, de las cuales el 0,04% (53) corresponden a Reclamos (Fuente: Serie A, Rem 19b)

Es importante destacar que bajo esta misma modalidad; cartillas buzón, se han recepcionado un total de 142 Felicitaciones a nivel de los 4 Centros de Salud, dentro de primer semestre del año 2015.

Centros de Salud	enero – junio 2015	Bicentenario	Renca	Urzúa	Huamachuco	Total
TOTAL DE RECLAMOS		11	23	4	15	53
Trato		0	5	0	2	7
Competencia Técnica		0	2	0	1	3
Infraestructura		5	1	0	0	6
Tiempo de Espera (En Sala de Espera)		0	6	0	4	10
Tiempo de Espera, por consulta especialidad (Por Lista de Espera)		0	0	0	1	1
Tiempo de Espera, por procedimiento (Lista de Espera)		1	1	1	0	3
Tiempo de Espera, por cirugía (Lista de Espera)		0	2	1	0	3
Información		1	0	0	0	1
Procedimientos Administrativos		0	6	2	5	13
Probidad Administrativa		0	0	0	2	2
Garantías Explicitas en Salud (GES)		0	0	0	0	0
CONSULTAS		10.010	59.640	15.374	5.883	106.817
SUGERENCIAS		2	2	0	2	6
FELICITACIONES		46	17	3	7	73
SOLICITUDES		1	4	0	2	7
SOLICITUDES LEY 20.285 (Ley de Transparencia)		0	0	0	0	0

7.13.- Programación Programa Chile Crece Contigo

Chile Crece Contigo es el Sistema de Protección Integral a la Infancia que tiene como misión acompañar , proteger y apoyar integralmente, tanto a niñas , niños y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal e individual focalizando a cada quien según sus necesidades.

En este contexto la Sala de Estimulación en el Centro de Salud, tiene como propósito potenciar las necesidades de niños y niñas en cada etapa de la primera infancia (desde la gestación hasta los 4 años 11 meses 29 días), que se encuentren en condición de rezago, o déficit en su desarrollo psicomotor, así como también cualquier riesgo biopsicosocial, promoviendo las condiciones básicas necesarias, que el desarrollo infantil requiere. Esto se realiza a través de atenciones directas, focalizadas de acuerdo

a un plan de intervención para cada niño. Facilita la articulación de apoyo específico que requieran los niños en primera infancia que se encuentren en condición de rezago, riesgo, retraso y/o riesgo biopsicosocial.

En estos últimos años se ha puesto especial énfasis en actividades de estimulación y evaluación del Desarrollo Psicomotor, así como, el fortalecimiento de la prevención del déficit de desarrollo a través del trabajo con los padres, cuidadores y la comunidad por medio de los talleres de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial ya que está demostrado que intervenciones de este tipo potencian competencias sociales y emocionales ,verbal e intelectual que permitirán convertirse a este niño en un adulto armónico.

❖ **Objetivos :**

- Fortalecer la pesquisa de rezago, de las evaluaciones de menores de 1 año.
- Potenciar la articulación entre el personal del equipo del Programa infantil (enfermera, Nutricionista, Medico, Kinesiólogo,) en las derivaciones a Sala de estimulación.
- Sensibilizar al personal del Centro de Salud en la pesquisa oportuna de alguna alteración del desarrollo infantil.
- Utilizar reuniones ampliadas para dar a conocer Función, Objetivo , y prestaciones de la Sala de Estimulación .

❖ **Actividades:**

- Atenciones individuales para niños con rezago, riesgo ,retraso en su desarrollo psicomotor.
- Talleres grupales de promoción para el desarrollo infantil motricidad y lenguaje en menores de 1 año.
- Talleres de Auto cuidado de carácter preventivo : R,N., 3 meses,7 meses, 15 meses , 30 meses.
- Taller de Habilidades Parentales " Nadie es Perfecto "
- Visita Domiciliaria a familias de niños que presentan déficit en su desarrollo psicomotor.
- Visita Domiciliaria a niños con riesgo Biopsicosocial.
- Visita domiciliaria a niños con Rezago
- Reevaluación del Déficit del desarrollo Psicomotor.
- Articular redes de apoyo con Jardines infantiles, Escuelas de Lenguaje, Escuelas Especiales y derivación a Nivel Secundario.
- Participación en Reuniones Equipo Programa Infantil
- Participación en Reuniones de Equipo Chile crece Contigo y Red Comunal.

La Modalidad de Sala de Estimulación proyecta para el año 2016 fortalecer los lazos con los estamentos de la Red comunal, para mantener los vínculos de información, derivación , y atención especializada en los casos que lo requieran.

- Mantener la cobertura de atención de niños con rezago, riesgo , retraso.

❖ Dotación por Centro de Salud.

Centro de Salud Renca	:	2 Educadoras	44 horas c/u.
Centro de Salud H. Urzúa	:	2 Educadoras	44 horas c/u.
Centro de Salud Huamachuco	:	1 Educadora	44 horas
CESFAM Bicentenario	:	1 Educadora	44 horas

❖ Profesional de Apoyo Proyecto FIADI

Modalidad : Estimulación Itinerante.

Fonoaudiólogas 2 44 horas c/u.

T. Ocupacional 2 44 horas c/u.

Duración del Proyecto . Septiembre 2015 a Marzo 2016

8.- PLAN ANUAL DE CAPACITACION

PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACION 2016
CORPORACION MUNICIPAL DE RENCA

1. Fundamentos Generales :

Para el año 2016 el Ministerio de Salud ha mantenido lineamientos estratégicos del año 2015:

- Fortalecer el Modelo de Atención en Salud, junto con los valores y principios que lo sustentan.
- Consolidar el Modelo de Gestión en Red , local regional y suprarregional (macro y micro redes)
- 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.
- Mejorar la Calidad de la Atención y Trato al Usuario.
- Generar estrategias de Desarrollo Organizacional para el Mejoramiento de la calidad de la funcionaria.
- Incorporar tecnologías de la información y comunicaciones (TICS)
- Desarrollar la gestión administrativa, física y financiera.
- Mejorar la Gestión y desarrollo de las personas.
- 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.

En ellos se basa el Plan Anual de Capacitación de la Comuna de Renca.

No obstante lo anterior - si bien las actividades de capacitación a desarrollar durante el año 2016, deben ser consistentes con los lineamientos estratégicos , contemplar las prioridades del Plan de Salud Municipal e incluir las necesidades de Capacitación del personal - el énfasis de este Programa está puesto en :

- Mejorar la Calidad de la Atención y Trato al Usuario
- Fortalecer el Sistema de Garantías Explicita en Salud (GES)
- Consolidar el Modelo de Gestión en Red
- Fortalecer el Modelo de Atención en Salud, junto con los valores y principios que lo sustentan.

Conjuntamente con los lineamientos estratégicos y el énfasis puesto en ellos; el Programa Anual de Capacitación considera de un modo central el interés prioritario de la Autoridad Comunal en la atención y trato al usuario y la

evaluación permanente tendiente a ello; en conjunto con la excelencia en la gestión y en la administración de recursos, lo cual se expresa en las actividades de revisión constante de procedimientos bajo las normas de calidad ISO 9001.

Como compromiso permanente que subyace a todas las actividades, se plantea el cumplimiento riguroso de las normativas legales vigentes; en particular el de la Ley N° 19.378 de Estatuto y Reglamento de Atención Primaria Municipal.

Procedimientos y metodología utilizados para diagnosticar las necesidades.

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, SAPU y COSAM; de acuerdo a la ley, en su calidad de representantes de los intereses institucionales y de los funcionarios.

Se incluye asimismo, información obtenida de la revisión periódica de sugerencias y/o reclamos escritos, de los usuarios de los 4 CES, SAPU y COSAM, de la Comuna, en relación con su nivel de satisfacción frente la calidad de la atención recibida.

Como en años anteriores, para efectos de toda la recopilación de información utilizada para la elaboración del Programa Anual de Capacitación, se ha establecido como fecha de corte el 23 de Octubre 2015.

1.2 Resultados de la aplicación del Programa del año anterior:

Para la evaluación de la ejecución de las actividades del año 2015, se ha considerado las desarrolladas o en desarrollo, hasta el 30 de Noviembre de 2015.

Durante el año 2015 se ha desarrollado o se encuentran en desarrollo las siguientes actividades de capacitación:

EXCELENCIA EN LA ATENCION DEL USUARIO : 40 Hrs.

Objetivo:

Revisar e internalizar protocolos de atención que aseguren la excelencia en la atención al usuario.

Número de Actividades: 01 en 04 grupos

Número de participantes en los 04 cursos realizados: 134

SATISFACCION DEL USUARIO INTERNO : 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.

Número de actividades: 01 en 02 grupos

Número de participantes en los 02 cursos realizados: 78

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 el curso realizado: 60

REDES DE SALUD EN APS : 40 Hrs

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

Número de actividades : 1 en 1 grupos

Número de participantes en los cursos realizados: 70

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 1 grupo

Número de participantes en el curso realizado: 30

1.3 Objetivos del Programa de Salud Municipal:

El objetivo general del Plan Anual de Salud de la Comuna de Renca, se orienta 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”.

En este gran objetivo se enmarca el Programa Anual de Capacitación para los funcionarios de los 4 CES ,SAPU y COSAM.

2. Objetivos del Programa Anual de Capacitación 2016

Los 9 Lineamientos estratégicos del Ministerio de Salud, con el énfasis puesto en los 4 primeros, constituyen los objetivos específicos del Programa de Capacitación de la Comuna de Renca.

Las actividades a realizar, se han diseñado de acuerdo con éstos .

Actividades de Capacitación diseñadas de acuerdo a Lineamientos Estratégicos del Año 2016:

Se han diseñado 05 actividades de capacitación para el año 2016, basadas en los siguientes lineamientos:

Lineamiento Estratégico

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

Nombre del Curso: **Actualización en el Modelo de Salud Integral**

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

Horas : 40 horas pedagógicas.

Lineamiento Estratégico

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

Nombre del Curso : **Redes de Salud en APS**

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

Horas : 40 horas pedagógicas.

Lineamiento Estratégico

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

Nombre del Curso :

Actualización AUGE - GES

Objetivo educativo de la Actividad de Capacitación:

Precisar e internalizar los protocolos de atención en patologías GES con el fin de asegurar su cumplimiento al usuario.

Horas : 40 horas pedagógicas.

Lineamiento Estratégico

- Mejorar la Calidad de la Atención y Trato al Usuario.

Nombre del Curso 1 :

Excelencia en la Atención del Usuario en APS

Objetivo educativo de la Actividad de Capacitación:

Revisar e internalizar protocolos de atención que aseguren la excelencia en la atención al usuario.

Horas : 40 horas pedagógicas.

Nombre del Curso 2:

Actualización en normas de aseo, higiene y seguridad en APS

Objetivo educativo de la Actividad de Capacitación:

Revisar e internalizar normas de aseo, higiene y seguridad, que aseguren la excelencia de los servicios al usuario.

Horas: 40 horas pedagógicas.

9.- PROYECCIONES AÑO 2016

Los antiguos consultorios surgidos en la década de los 40 – 50 nacieron en el contexto epidemiológico con mayor necesidad ante la salud materno-infantil y las enfermedades infectocontagiosas. Los métodos para abordar aquella condición dieron origen a una cultura para trabajar en salud a la que no está ajeno el actual Sistema Local. Con el cambio epidemiológico surgen nuevas necesidades y esta “cultura clásica de trabajo en salud” requiere modificaciones; entonces el desafío es colocar a nuestro sistema en la tensión necesaria que provoque y asuma los cambios requeridos para enfrentar las necesidades de salud actuales.

Considerando este desafío, desde el año 2011 con la creación del Cesfam del Bicentenario la Comuna se ha ido incorporando paulatinamente a una gestión de salud orientada por el Modelo de Salud Familiar, la comuna se proyecta avanzar en la vía hacia la transformación de la totalidad de los centros de salud en centros de salud familiar. Este enfoque se sustenta en un abordaje Sistémico de los fenómenos de salud-enfermedad, donde las condicionantes de salud de las personas, familias y comunidades están íntimamente relacionadas y son utilizadas por el Servicio de Salud para articular las prestaciones. Se trata de abordar todo problema de salud en base a sus características Biológicas (bio-médico) - Psicológicas y Sociales: Biopsicosocial; la evaluación de cualquier persona o familia en el sistema se hace sobre la base de estos 3 ejes. La familia es vista como un elemento clave en la lectura de la situación de salud, por lo que el modelo incorpora la introducción de herramientas para el Conocimiento, Diagnóstico y Tratamiento familiar tales como los genograma, estudios de familia, consejería familiar e individual entre otros. Asimismo este planteamiento requiere de una visión integral que abarque la Salud-Enfermedad desde la Promoción, Prevención, Tratamiento y Rehabilitación donde el abordaje de las necesidades de salud se hace en conexión a una Red Local puesto que la salud no puede ser concebida si no es a partir de la interacción; y en ésta visión se espera que los Establecimientos de Salud se incorporen a una RED en pro del Desarrollo Humano. Otra característica del Modelo Familiar es que exige continuidad en los cuidados de salud durante todo el ciclo vital, esto lleva a organizar los Servicios de salud en Equipos de Trabajo sectorizados con determinada cantidad de familias a cargo en un territorio definido. Se busca identificación y conocimiento mutuos entre las personas que requieren servicios de salud y los prestadores de éstos.

También la comuna asume un gran desafío con respecto al mejoramiento y/o reposición de nuestro Servicio de Urgencia Central el cual será remodelado en un 100% y contará con un moderno equipamiento de última generación, que nos permitirá entregar atención de urgencias con una alta resolutiveidad y mejorando la calidad en la atención, encaminados hacia la excelencia como primera política de nuestra Alcaldesa.

Para este desafío se acondicionara un SAPU transitorio en un recinto provisorio y central de la comuna, el cual reunirá todas las condiciones necesarias para seguir entregando una óptima atención de salud a nuestra población y comunas aledañas. Este se ubicará en Calle Los Aromos 3339, una vez construido y habilitado el nuevo

Sapu SAR, éstas dependencias serán destinadas a la conformación del primer Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOF).

Además quedan proyectados para reposición los centros de salud Hernán Urzúa Merino y Huamachuco.

Otro punto relevante es que la incorporación del Médico Gestor Comunal nos permite agilizar las listas de espera, mejorar la pertinencia de la derivación y optimizar los recursos del nivel secundario, con el consiguiente beneficio para nuestros usuarios.

Nuestra comuna no está ajena al gran movimiento migratorio que se ha dado a nivel mundial y nacional, por tanto intencionamos las sensibilizaciones en este tema a todos los integrantes de nuestros equipos de salud y a mediano y largo plazo incorporar señaléticas en idiomas diferentes al español donde también se incluyan a los pueblos originarios, en pro de lograr una mejor integración étnica, racial y cultural. Nos comprometemos a identificar y cuantificar cuanta población inmigrante está inscrita en nuestro centro de salud y que impacto genera en nuestra comuna.

Fortalecer programas dirigidos a los adolescentes para prevención en consumo de alcohol, drogas y salud sexual y reproductiva, potenciando la red intersectorial.

Se dará énfasis en el trabajo intersectorial potenciando los diferentes programas en especial el adolescente y el adulto mayor.

Se proyecta incorporar un sistema informático que nos permita trabajar en red comunal, mejorar nuestros registros y la obtención de datos estadísticos que nos apoyen en la toma de decisiones, utilizando la tecnología disponible en la actualidad dando un paso hacia la modernización, haciéndonos más competentes y a la vanguardia tecnológica.

Perseverar en la política de mejoramiento de trato usuario dentro de los cuatro centros de salud, SAPUS y COSAMs para aumentar la satisfacción usuaria.

Potenciar el trabajo en conjunto con la comunidad, fortaleciendo su participación en el quehacer en salud dándole un lugar clave en la toma de decisiones de acuerdo a sus propias necesidades.

Como una preocupación permanente de la señora Alcaldesa por la población infantil, se proyecta incorporar al horario de continuidad de la atención el funcionamiento del programa nacional de alimentación complementaria (PNAC), control sano infantil y funcionamiento de vacunatorio, esto para todas aquellas madres que por sus jornadas de trabajo no pueden asistir en jornada diurna.

Teniendo en cuenta que la tuberculosis pulmonar está ganando terreno a nivel nacional, Renca incorporará, reforzará y mantendrá estrategias para mejorar pesquisa, fortaleciendo e incorporando a sus Sapus además de sus centros de salud en esta

actividad a fin de aumentar coberturas y propiciar el autocuidado, la promoción y prevención.

10.- CONCLUSIONES

EL Plan Comunal de Salud es el reflejo del fortalecimiento de capacidades para el trabajo intersectorial. En este sentido, es una herramienta de consenso colectivo que convoca, orienta y reúne voluntades y expectativas alrededor de la salud y bienestar de los habitantes de la comuna de Renca, además de ser un instrumento de política local.

El esfuerzo y compromiso de los equipos de salud liderados por nuestra primera autoridad la Doctora Vicky Barahona Kunstmann, se ve reflejado en los excelentes resultados de cumplimiento en todos nuestros compromisos adquiridos con la comunidad y el servicio de salud. Debido a esta gestión la comunidad Renquina se vio beneficiada con coberturas más allá de las metas propuestas garantizando una atención de excelencia y calidad.

Es así que a través de los equipos de salud que conforman nuestra red asistencial se dio cumplimiento a metas sanitarias, actividades de índice de atención primaria en salud y convenios suscritos.

Por otra parte la estrategia de capacitación que se manejó este año facilitó la elaboración de este plan ya que se habló en un lenguaje común de determinantes sociales de la salud y modelo de salud familiar.

Es de importancia destacar que nuestra primera autoridad comunal como muestra de su preocupación permanente y acogiendo lo estipulado en la Ley de Alivio, instauró un concurso interno en el mes de septiembre de 2015, permitiendo que 64 funcionarios ingresaran a la dotación 2016.

Otro punto importante a destacar es que Renca se adjudicó un SAPU SAR el cual estará operativo en el año 2016.

Se trabajó fuertemente con la comunidad a través de los consejos consultivos de salud, club de adultos mayores, área de educación, área municipal, red intersectorial, promoción y participación de la salud con lo cual se logró una visión más holística de la real situación de las necesidades de la comunidad Renquina, a través de un diagnóstico participativo que permitirá para el año 2016 realizar intervenciones de acuerdo a necesidades sentidas por la comunidad teniendo en cuenta todos los determinantes sociales de la salud.

Para finalizar queremos resaltar el gran apoyo obtenido a través de nuestra Alcaldesa quien dio todas las garantías para que este Plan de Salud se llevase a cabo.