

PLAN DE SALUD COMUNAL

RENGO

2020

Dirección Departamento Salud Municipal

PLAN DE SALUD COMUNAL RENGO

Presentación

El Plan de Salud Comunal es un instrumento operativo que el Departamento de Salud Municipal debe elaborar y entregar anualmente a la Dirección de Servicio de Salud de la Región del Libertador Bernardo O'Higgins de acuerdo a lo estipulado en la Ley N° 19.378. En este sentido el Ministerio de Salud debe comunicar las normas técnicas sobre los programas de salud, a través, de los respectivos Servicios de Salud, a la entidad Administradora de Salud Municipal a más tardar el 10 de septiembre del año anterior al de su ejecución. Así, el Departamento de Salud genera este plan de Salud de la Comuna de Rengo en armonía con la Estrategia Nacional de Salud, para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020, con las Orientaciones Programáticas y normas técnicas emanadas del MINSAL, incorporando los elementos de contexto local y los énfasis propios de una gestión basada en el diagnóstico de salud, incluido el diagnóstico participativo.

El Plan de Salud Comunal y sus principales fundamentos, deben estar contenidos en el Plan de Desarrollo Comunal. Este Plan de Salud constituye el instrumento rector de desarrollo de la comuna, contemplando las acciones orientadas a satisfacer las necesidades de la comunidad local y a promover su avance social, económico, cultural y ambiental. Este Plan, en su elaboración y ejecución, debe tener en cuenta a todos los sectores que operen en el ámbito comunal o ejerzan competencia en dicho ámbito (Ley 18.695).

El plan de Salud Comunal en su total elaboración incluye los siguientes contenidos:

a) Diagnóstico de la situación comunal: El Diagnóstico de salud de tipo participativo, es una metodología de identificación de problemas y situación de salud de una comunidad, ejecutada a través de un trabajo conjunto con la comunidad organizada y sus líderes.

b) Plan de cuidados de salud de la población: De acuerdo al diagnóstico de salud, se procede a la priorización de los problemas de salud y a la formulación del plan de acción, recogiendo la visión del equipo, los contenidos del diagnóstico participativo y las propuestas de solución realizadas por la comunidad local. Se recomienda vincular las actividades formuladas a los resultados establecidos en la ENS, de forma tal de establecer la contribución que se realiza al logro de los Objetivos Sanitarios de la Década en los distintos niveles, y poder establecer una alineación más concreta de las planificaciones anuales.

c) Programación de actividades: Se utiliza un instrumento programático de actividades que contiene cartera de prestaciones.

Respecto a la Atención Primaria, los Productos de la Programación esperados en la Red son los siguientes: Estimación de cuidados primarios: Demanda de morbilidad según tasa de consulta, de prevalencia de patología crónica por grupo de edad. Estimación de controles de salud y de crónicos según concentraciones y rendimientos. Estimación de actividades grupales, comunitarias, domiciliarias y de promoción de la salud. Estimación del PNI. Estimación del PNAC y PACAM. Estimación de procedimientos. Estimación de Interconsultas al nivel de mayor complejidad.

d) Dotación personal: La dotación (el número de horas semanales de trabajo del personal que cada entidad administradora requiere para su funcionamiento) adecuada para desarrollar las actividades de salud de cada año, será fijada por el Departamento de Salud.

e) Programa de capacitación: Se definirá sobre la base de los criterios establecidos por el Ministerio de Salud. Debe ser consistente con los lineamientos estratégicos de los

programas de Formación de Recursos Humanos entregados por el Ministerio de Salud, con las prioridades del Programa de Salud Municipal y con las necesidades de Capacitación del personal especialmente orientado al fortalecimiento del Integral de Salud Familiar y Comunitaria.

f) Propuesta plan de trabajo: Propuesta de coeficientes técnicos: se precisan para algunas prestaciones, cobertura, concentración y rendimiento.

La elaboración del Plan de Salud Comunal considera para toda la Comunidad y también para los funcionarios de Salud una valiosa oportunidad de participación. Así mismo, a través, de los distintos funcionarios que componen esta organización a nivel de la estructura institucional y que laboran en los nueve centros de atención primaria (Centro de Salud Familiar Urbano Dr. Rienzi Valencia González, Centro de Salud Familiar Rural de Rosario, SAR Rienzi Valencia, SAPU CESFAM Rosario, Posta de Salud Rural Lo de Lobos, Posta de Salud Rural El Cerrillo, Posta de Salud Rural Popeta, Posta de Salud Rural Lo Cartagena, Posta de Salud Rural Esmeralda) permiten tomar una visión y sensibilizar al equipo de las necesidades y de los objetivos logrados en año anterior, de esta manera se trabaja en la propuesta de este plan de Salud Comunal para los años 2019-2021 de la Comuna de Rengo.

MARCO TEÓRICO

Atención Primaria en Salud

La Atención Primaria es la base del proceso de atención en salud, donde se programa de acuerdo a Planes de Salud previamente establecidos, tratando de dar respuesta a los requerimientos generales de salud a la población desde el punto de vista del ciclo vital y la continuidad de la atención, con una mirada de promoción y prevención pero también desde el punto de vista curativo y rehabilitación en patologías generales. Esta atención más general pero no menos resolutiva y compleja en su dimensión, necesita coordinarse estrechamente con el nivel secundario de especialidad, que si bien tiene una lógica de programación un poco diferente donde no existe un plan de salud, sino una respuesta quizás más reactiva a los problemas que se escapan del ámbito primario. Si debe considerar y basar su Programación en la demanda de Atención Primaria. Ambos niveles deben construir un modelo que dé respuesta real, resolutiva con seguridad y calidad a los problemas de salud de la población a cargo y esto implica una estrecha relación e interdependencia¹

La estrategia de APS con enfoque en Salud Familiar, promueve un cambio fundamental, la comunidad y sus individuos dejan de ser objeto de atención y se convierten en actores que conocen, participan y toman decisiones sobre su propia salud y asumen responsabilidades específicas ante ella.

(1) Orientaciones Programáticas en Red-2016

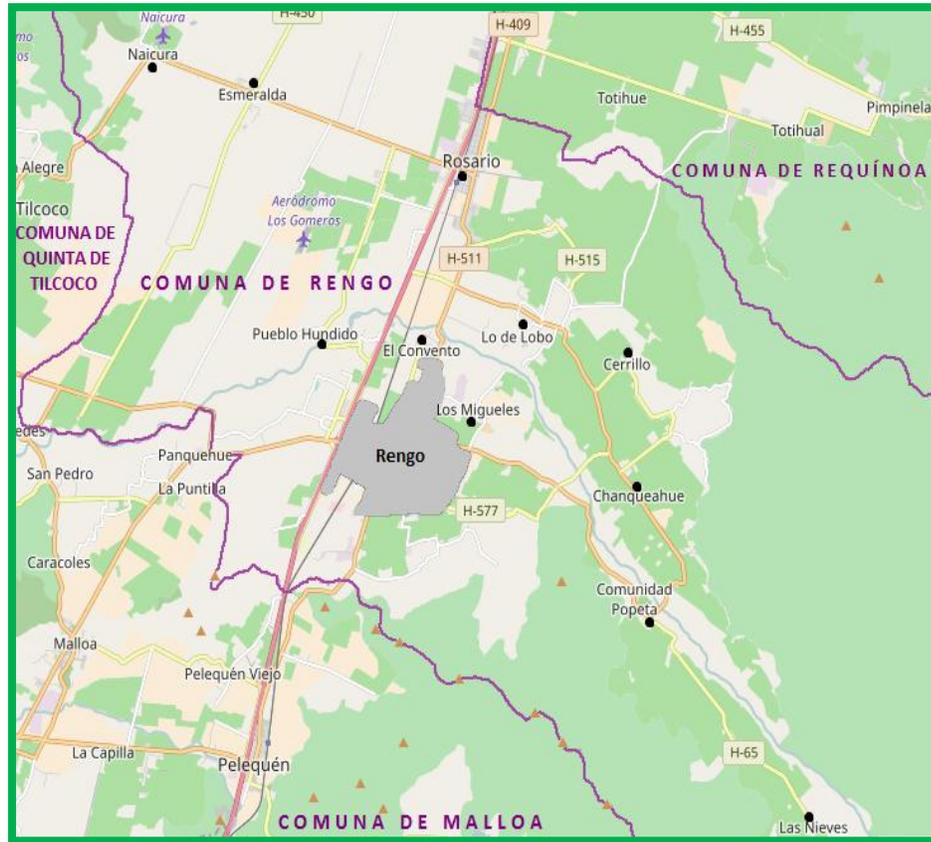
El Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitaria, ha sido definido como “El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural²”.

El modelo, en lo esencial, describe las condiciones que permitan satisfacer las necesidades y expectativas del usuario respecto a mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad), ello mediante el logro de los objetivos nacionales de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones, en un contexto de políticas públicas de fomento y promoción de la salud de las personas y comunidades, acorde al mejoramiento de determinantes sociales de la salud: educación, vivienda, recreación entre otros. Muchos de los principios del Modelo de Salud Integral, pueden estar contenidos uno dentro de otro. Por esta razón, como una forma de orientar el trabajo de los equipos de salud, es que se relevan los tres principios irrenunciables en un Sistema de Salud basado en Atención Primaria; “centrado en las personas, integralidad de la atención y continuidad del cuidado³”.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA COMUNA DE RENGO

Ubicación Geográfica

La comuna de Rengo, pertenece a la Región del Libertador General Bernardo O'Higgins, (VI Región) de la provincia de Cachapoal. Se encuentra a 114 kilómetros de la ciudad de Santiago (capital de Chile) y a 28 kilómetros de la ciudad de Rancagua (capital Regional). Limita al norte con la comuna de Requínoa; al oeste con Quinta de Tilcoco; al suroeste con Malloa; al sur con San Fernando y al este con Machalí⁴.



TOPOGRAFIA DE LA COMUNA DE RENGO

La comuna de Rengo ocupa una superficie de 591,5 km cuadrados en el centro-orientado de la región de O'Higgins, en la parte sur de la cuenca de Rancagua, dentro de las unidades morfo estructurales de relieve denominadas precordillera y depresión intermedia. Rengo se emplaza en pleno valle central chileno, a 570 msnm. Se caracteriza por poseer un clima mediterráneo y un relieve compuesto de planicies de cultivos intensos y montañas de fuertes pendientes. Algunas localidades pertenecientes a la comuna, como Popeta, Las Nieves, Chanqueahue o El Cerrillo, ocupan una importante porción de la precordillera de los Andes, mientras que la ciudad de Rosario y las localidades de Lo Cartagena y Esmeralda se asientan en el valle. Al sur de la ciudad se alza un cordón de la cordillera, del que surgen cerros islas como el San Luis y el Portezuelo, hasta encajonarse en la angostura de Pelequén⁵.

Rengo se emplaza dentro de la cuenca hidrográfica del río Claro, que posee un régimen mixto nivo-pluvial, con mayores caudales en invierno, entre junio y julio, y considerables caudales en octubre y noviembre¹². El río Claro nace aproximadamente a 1 800 m de altura, en la Laguna de los Cristales, de la confluencia del río Tapado y la quebrada La Pandina. Cruza la comuna, siendo nutrido de las aguas de numerosas quebradas en su curso superior (como El Cepillo, El Cascajal, Piedra Lisa, Peumito y Chacal) y medio (quebrada La Cortina, esteros Pichiguao y Tipaume), hasta desaguar en el río Cachapoal⁶.

Las aguas del embalse Río Claro ubicado en la Laguna de Los Cristales en pleno corazón precordillerano permite almacenar 10 millones de m³, permitiendo una superficie de riego de aproximadamente 8.000 hectáreas en Rengo.

En los sectores adyacentes a cursos de agua de la cuenca, hay predominio de sedimentos arenosos de alta permeabilidad que originan acuíferos libres, que son utilizados, a través, de pozos para riego y consumo⁷.

Características Climáticas

Rengo está comprendido dentro del espacio dominado por el clima templado cálido con estación seca prolongada. Por lo tanto, las estaciones del año se presentan claramente marcadas, con veranos calurosos y secos e inviernos lluviosos, suaves y húmedos¹⁶. Así, el régimen térmico se caracteriza por temperaturas promedio diarias que varían entre 28,9 °C en enero y 4,2 °C en julio, con un promedio de 10 heladas por año. La precipitación media anual en la comuna es de 753 mm y un período seco de siete meses¹⁷. Con todo, las precipitaciones presentan valores medios anuales que varían progresivamente de acuerdo a la altura, yendo desde los 521 mm en la ciudad de Rengo, a 579 mm en Popeta y 815 mm en Las Nieves, siendo junio y julio los meses de mayores precipitaciones⁸.

Los vientos se trasladan desde los valles fluviales hacia los cordones montañosos de la precordillera durante el día, mientras que en la noche la dinámica se invierte producto del enfriamiento de las laderas de los cerros. En la noche se percibe que la brisa posee menor velocidad que en el día; no obstante, la turbulencia se hace sentir con mayor intensidad debido a las sinuosidades de la topografía⁹.

(5)-(6)-(7)-(8) (9) René Figueroa y Juan Pablo Schuster (13 de noviembre de 2006). «Modelación de la Cuenca del Río Claro de Rengo. Descripción de la Zona de Estudio». Consultado el 6 de Agosto de 2018;

Vías de Acceso

La organización vial comunal está compuesta principalmente por la Ruta 5 Sur que atraviesa el valle en el sentido norte-sur y que conecta linealmente la localidad de Rosario y la ciudad de Rengo con el resto del país. En este sentido, la comuna posee una situación privilegiada en cuanto su localización, dado que la Ruta 5 Sur que es parte del sistema concesionado de acceso sur a Santiago.

También existe un sistema de vías intercomunales que presentan un segundo grado estructural conformado un circuito constituido por la Ruta H-50 Rosario – Esmeralda – Quinta de Tilcoco, la Ruta H-38 Quinta de Tilcoco – Rengo y el camino interior Rengo – Rosario. Esta estructura vial secundaria constituye un valor fundamental del sistema de desplazamiento comunal e intercomunal¹⁰.

(10) Comisión Nacional de Riego (Diciembre de 2010). «Perfil del proyecto "Mejoramiento del sistema de riego en Río Claro de Rengo, Región de O'Higgins»;(19) Municipalidad de Rengo «Memoria del Plan Regulador de Rengo, Rosario y Esmeralda»,

Transporte

La Comuna de Rengo posee servicio directo de transporte público intercomunal por carretera mediante líneas licitadas de taxis colectivos y de microbuses con las ciudades de Rancagua, San Fernando, San Vicente de Tagua Tagua, Peumo, Las Cabras, Requínoa, Quinta de Tilcoco, Malloa, Pelequén y gran parte de las localidades rurales de la comuna. Asimismo, existe una empresa de buses interurbanos que efectúa viajes regulares hacia el Terminal O'Higgins de Rancagua y el Terminal Alameda de Santiago.

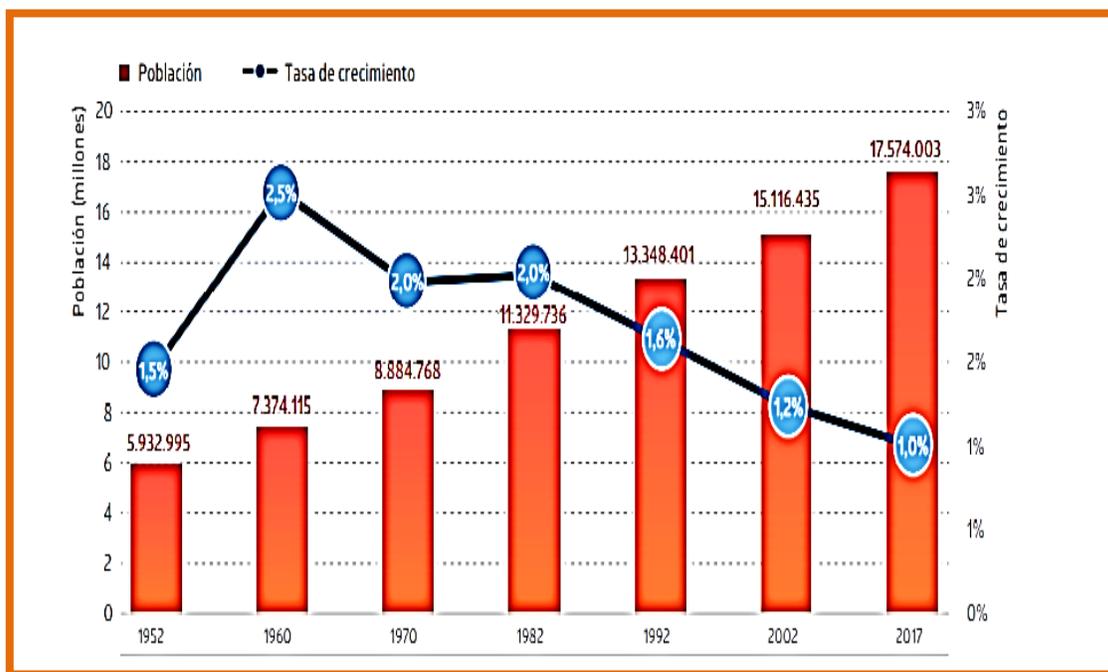
La estación Rengo fue parte del ferrocarril de Santiago a Curicó, y posteriormente a la Red Sur de la Empresa de Ferrocarriles del Estado (EFE). Desde el 18 de julio de 2001, hasta comienzos de 2014 formó parte del servicio Metrotrén, que enlazaba la estación Alameda, en Santiago, con la estación San Fernando, en la provincia de Colchagua¹¹.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Población

A Nivel País:

Gráfico N°1: Evolución de la población y tasa de crecimiento intercensal, Censos 1952-2017



Los censos entre 1952 y 2017 revelan que la población en Chile creció en 11.641.008 personas. La tasa de crecimiento más alta se observó en el período intercensal 1952-1962, cuando se ubicó en 2,5%, mientras que en el período intercensal más reciente

(2002-2017) la tasa de crecimiento fue 1,0%, lo que confirma la tendencia histórica a la baja de este indicador.

Este hecho da cuenta de que la dinámica poblacional de Chile está en una etapa avanzada de la transición demográfica, es decir, disminuyen las tasas de mortalidad y natalidad y envejece la población, con la consecuente reducción del ritmo de crecimiento de ésta.

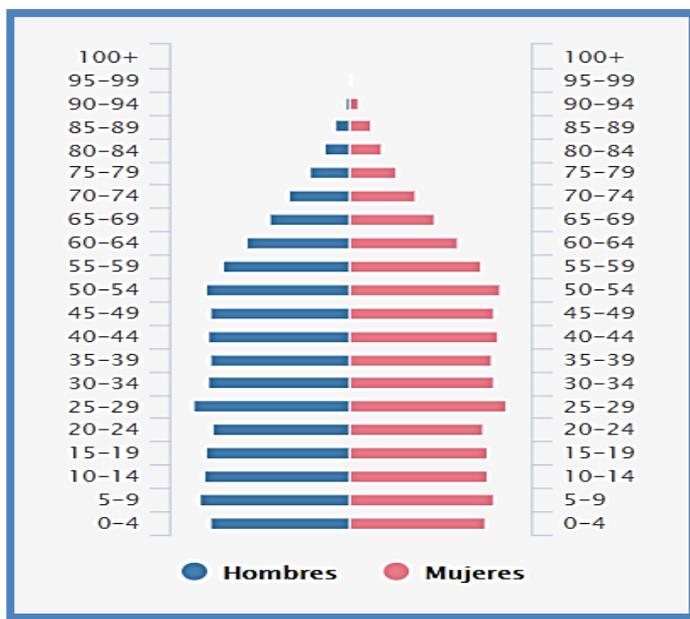
Al centrarse en el último período intercensal (2002-2017), se observa que el país pasó de 15.116.425 personas a 17.574.003, lo que significa un incremento de 2.457.578 personas.

Otro dato importante a considerar es que 62,4% de la población se concentra en las regiones Metropolitana (40,5%), Biobío (11,6%) y Valparaíso (10,3%).¹²

A Nivel Regional Libertador Bernardo O'Higgins

En la región de O'Higgins según censo de 2017 disminuyó considerablemente el número de personas entre los 0 y 14 años en comparación a los datos del 2002 pasando del 26,7% a solo el 20,7% este 2017. En consecuencia, los datos arrojaron que la población sobre los 65 años también experimentó un marcado aumento pasando del 7,9% en el 2002 al 11,9% este 2017. También la medición arrojó que actualmente se duplicó el número de personas mayores de 64 años por cada 10 menores de 15 años pasando de 3 mayores de 64 años en el censo del 2002 a 6 mayores de 64 años por cada 10 menores de 15 años en el censo del 2017; lo que claramente indica un envejecimiento sostenido de la población.¹³

Gráfico N°2: Pirámide Poblacional Región de O'Higgins Censo-2017



Fuente Censo 2017-INE

A Nivel Comunal.

Comunas con más habitantes:

Rancagua, San Fernando, **Rengo**, Machalí y San Vicente de Tagua Tagua, son las 5 comunas que lideran la tabla con más habitantes a nivel regional, concentrando el 51,8% de la población total de O'Higgins.

De Lo anterior, sin embargo, el censo año 2017 reveló que las comunas de Machalí, Pichilemu y Graneros registraron una variación positiva de habitantes respecto a la encuesta del año 2002 con el 83,4%; 32,3% y 28,8% de crecimiento demográfico.

En tanto, la Comuna de Rengo en el último período intercensal (2002-2017) se observa que pasó de 50.830 personas a 58.825 lo que significa un incremento de 7.995 personas con una tasa de crecimiento de un 15,72%.¹⁴

POBLACIÓN: POR SEXO Y REGIONES A NIVEL PAÍS

Código	Región	Población total	Hombres	Mujeres	Porcentaje hombres (%)	Porcentaje mujeres (%)	Índice de Masculinidad
0	País	17.574.003	8.601.989	8.972.014	48,9	51,1	95,9
15	Arica y Parinacota	226.068	112.581	113.487	49,8	50,2	99,2
1	Tarapacá	330.558	167.793	162.765	50,8	49,2	103,1
2	Antofagasta	607.534	315.014	292.520	51,9	48,1	107,7
3	Atacama	286.168	144.420	141.748	50,5	49,5	101,9
4	Coquimbo	757.586	368.774	388.812	48,7	51,3	94,8
5	Valparaíso	1.815.902	880.215	935.687	48,5	51,5	94,1
13	Metropolitana	7.112.808	3.462.267	3.650.541	48,7	51,3	94,8
6	O'Higgins	914.555	453.710	460.845	49,6	50,4	98,5
7	Maule	1.044.950	511.624	533.326	49,0	51,0	95,9
16	Ñuble	480.609	232.587	248.022	48,4	51,6	93,8
8	Biobío	1.556.805	750.730	806.075	48,3	51,7	93,3
9	La Araucanía	957.224	465.131	492.093	48,6	51,4	94,5
14	Los Ríos	384.837	188.847	195.990	49,1	50,9	96,4
10	Los Lagos	828.708	409.400	419.308	49,4	50,6	97,6
11	Aysén	103.158	53.647	49.511	52,0	48,0	108,4
12	Magallanes	166.533	85.249	81.284	51,2	48,8	104,9

Gráfico N°3: Porcentaje de hombres y mujeres e Índice de Masculinidad, según Región, Censo 2017

Fuente: Censo 2017

En 2017 se censaron 8.601.989 hombres y 8.972.014 mujeres, lo que representa un Índice de Masculinidad de 95,9, vale decir, hay 96 hombres por cada 100 mujeres. En la tabla 1 se puede observar que las regiones con mayores índices de masculinidad son contiguas; esto ocurre tanto en el sur austral como el norte grande del país. Así, en Tarapacá (167.793 hombres y 162.765 mujeres), Antofagasta (315.014 hombres y 292.520 mujeres) y Atacama (144.420 hombres y 141.748 mujeres), el Índice de Masculinidad llega a valores sobre 100, lo que podría explicarse por la preponderancia de la actividad minera en la zona. Aysén (53.647 hombres y 49.511 mujeres) y Magallanes (85.249 hombres y 81.284 mujeres) también presentan valores del Índice de Masculinidad sobre 100. En contraste, las regiones con el Índice de Masculinidad más bajo son el Biobío (750.730 hombres y 806.075 mujeres), Ñuble (232.587 hombres y 248.022 mujeres) y Valparaíso (880.215 hombres y 935.687 mujeres).¹⁵

A nivel Comunal- Rengo:

En 2017 se censaron 28.844 hombres (10,8%) y 29.981 mujeres (10,5%), lo que representa un Índice de Masculinidad de 96,2, vale decir, hay 96 hombres por cada 100 mujeres. En contraste, a nivel nacional la comuna de Rengo demuestra que el Índice de Masculinidad es más bajo en relación al Índice de mujeres con un 103,9 %. Ver Tablas N°1, N°2, N°3.

TABLA N°1 Total de habitantes por Edad de Grandes Grupos y Sexo

Fuente: Censo 2017

Procesado con Redatam WebServer

2017. CELADE/CEPAL, Naciones Unidas

TABLA N°2 Distribución en Porcentaje de Edad por grandes Grupos y Sexo

Edad por Grandes Grupos	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
0 - 14	10,8%	10,5%	21,3%
15 - 64	33,0%	34,2%	67,3%
65 +	5,2%	6,2%	11,4%

Total	49,0%	51,0%	100,0%
--------------	-------	-------	--------

Fuente:

Edad por Grandes Grupos	Hombre	Mujer	Total
0 - 14	6 330	6 189	12 519
15 - 64	19 429	20 142	39 571
65 +	3 085	3 650	6 735
Total	28 844	29 981	58 825

Censo 2017

Procesado con

Redatam WebServer

2017.

Naciones Unidas

CELADE/CEPAL,

Código	Nombre de la Comuna	Índice de masculinidad	Índice de feminidad
--------	---------------------	------------------------	---------------------

Masculinidad y Femenidad

Fuente: Censo 2017

Procesado con Redatam WebServer

2017. CELADE/CEPAL, Naciones Unidas

DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS ETAREOS:

A Nivel País:

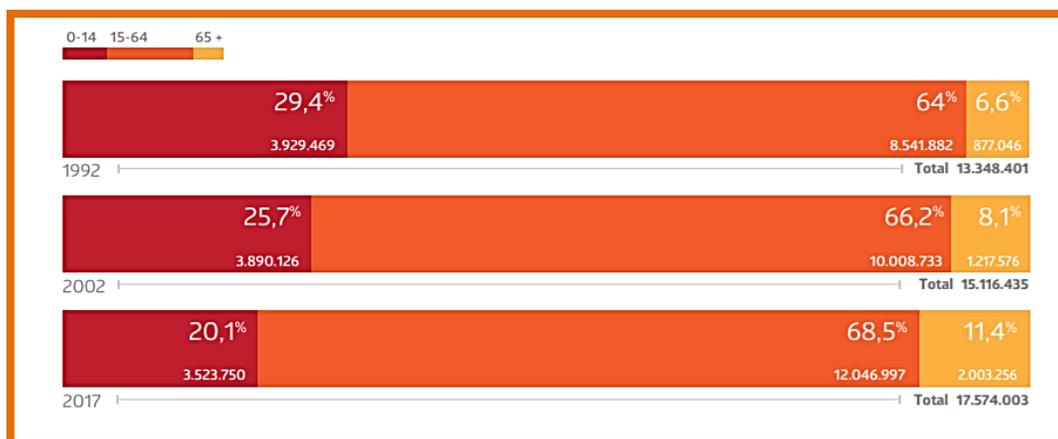


Gráfico N°4 Distribución porcentual de la población por grupos de Edad, según Censos

Fuente: Censo 2017- INE

El gráfico muestra dado el período de evolución que se puede observar una tendencia sostenida del envejecimiento de la población a partir del descenso del porcentaje de personas menores de 15 años, que en 1992 era 29,4%, mientras que en 2017 llegó a 20,1%. Además, se identifica el aumento de la población mayor de 64 años, que pasó de 6,6% en 1992 a 11,4% en 2017. Entre los principales factores que explican el envejecimiento de la población se encuentra la baja constante de la tasa global de fecundidad, es decir, la disminución en el número de hijas e hijos promedio que tendrían las mujeres si todas tuviesen la misma fecundidad por edad y no estuviesen expuestas al riesgo de morir durante su período fértil. A esto se suman las mejoras en las condiciones

de salud en el país, que trajeron como consecuencia el alza de la esperanza de vida al nacer, esto es, el aumento del número medio de años que se espera pueda vivir un recién nacido. En mayor o menor medida, en todos los países de América Latina hay una disminución histórica de sus tasas de natalidad y mortalidad, un avance hacia tasas más altas de esperanza de vida al nacer y un menor promedio de hijos por mujer en edad fértil. Chile se encuentra en una etapa avanzada de la transición demográfica, pero existen países con una transición más avanzada, como Cuba, Uruguay y Argentina.¹⁶

Chile continúa con un proceso de envejecimiento de su población. El porcentaje de personas de 65 años o más pasó de 6,6% en 1992 a 11,4% en 2017.

A nivel Comunal –Rengo

La Comuna de Rengo presenta una pirámide poblacional con un crecimiento estacionario. Dicha población se encuentra en un proceso de transición demográfica, cuyo origen se relaciona con la disminución de los niveles de mortalidad y natalidad detectados en las últimas décadas. A raíz de esto, la población está en un proceso de envejecimiento y la proporción de población económicamente activa (15 a 64 años) irá en disminución hacia el año 2020. El INE ha proyectado que para el año 2020 la población de 60 años y más, se aproximará al 12% del total poblacional.

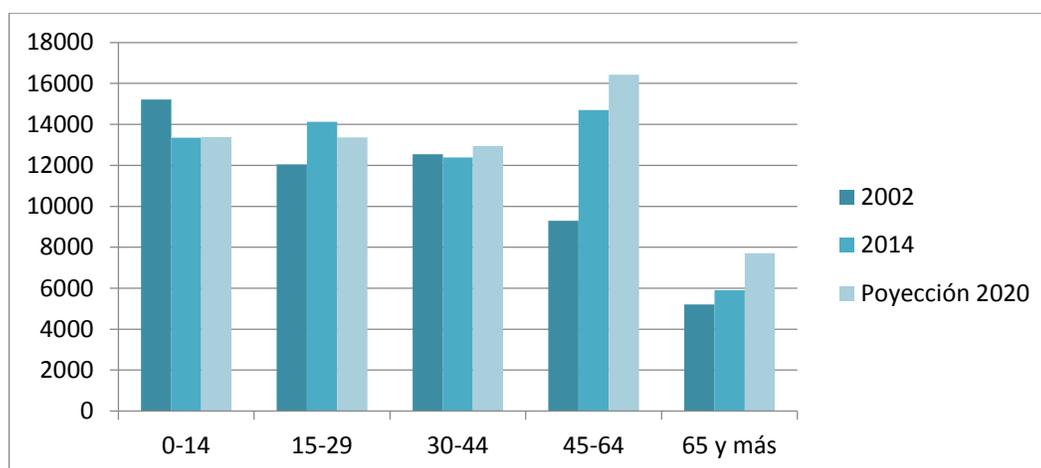
El porcentaje de la población menor de 15 años en la Comuna de Rengo ha disminuido de un 28,8% en el año 2002 a 22,1% en el año 2015, según proyección, mientras que el porcentaje de personas de 65 años, se mantuvo con una variación porcentual de 0,1% entre ambos años.

En tanto, la población entre 15 y 65 años, es la que ha variado en esta comuna desde 64,2% hacia 68%, siendo esta la que en el año 2020, aumentará el número de personas mayores de 65 años, representando aproximadamente un 12% de la población total.

Tabla N° 4: Población por Grupos de Edad CENSO 2002 y Proyecciones 2015 y 2020 INE.

Edad	2002	%	2015	%	Proyección 2020	%
0 a 14	15.207	28,8%	13.352	22,1%	13.373	20,9%
15 a 29	12.039	22,8%	14.124	23,3%	13.368	20,9%
30 a 44	12.546	23,8%	12.391	20,4%	12.946	20,2%
45 a 64	9.297	17,6%	14.705	24,3%	16.431	25,7%
65 y más	5.205	9,8%	5.914	9,7%	7.702	12,0%
Total	52.721	100%	60.486	100%	63.820	100%

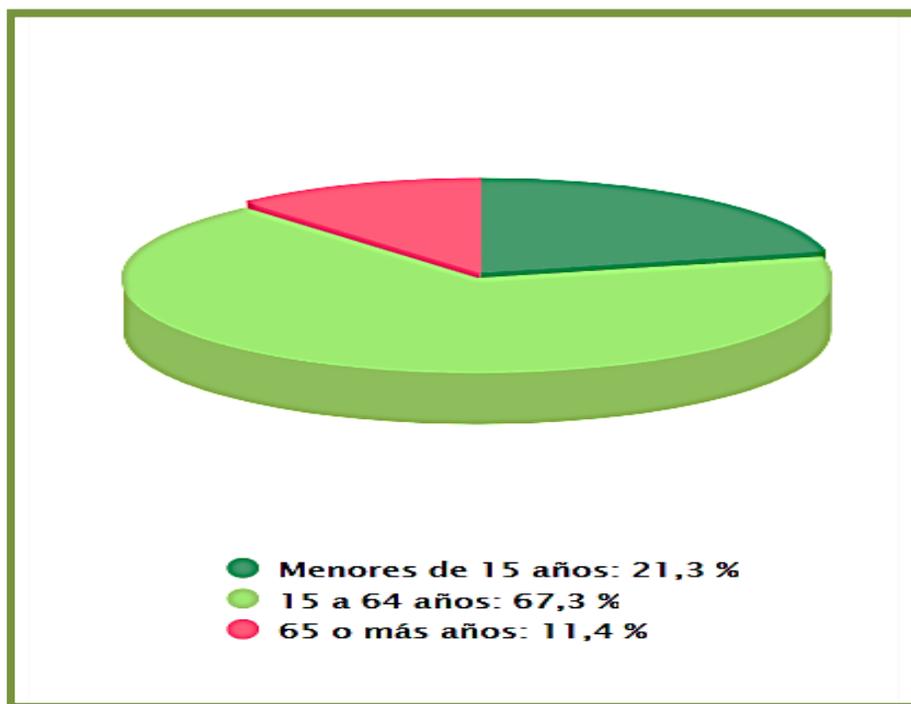
Gráfico N°5: Población por Grupos por Edad CENSO 2002 y Proyecciones 2015 y 2020.



Como se visualiza en el gráfico N° 2, los grupos que presentan mayor variación e incremento, según la proyección 2020 del CENSO 2002, son los grupos de 45 a 64 años (24,3% vs. 25,7%) y los mayores de 65 años (9,7% vs.12%). Por el contrario el grupo de menores de 14 años, presenta una disminución en el número (22,1% vs.20,9%), lo que confirma la etapa de envejecimiento de la población que la comuna de Rengo está atravesando, teniendo un índice de dependencia proyectado al 2015 de 46,4 (INE), siendo mayor que el índice a nivel nacional de 45,4.

Según los datos censales del año 2017 la Comuna de Rengo muestra en el grupo de 0 a 14 años una población de 12.519 entre 6.330 hombres y 6.189 mujeres con un 21,3%, mientras tanto, el grupo de edad de 15 a 64 años una población de 39.571 entre 19.429 hombres y 20.142 mujeres con un 67,3% y el grupo de edad de 65 años con una población de 6.735 que equivale a un 11,4% del total de la población de la Comuna. Al análisis de los períodos intercensales, Rengo continúa con un proceso de envejecimiento de su población. El porcentaje de personas de 65 años o más pasó de 7,4% en 2002 a 11,4% en 2017.

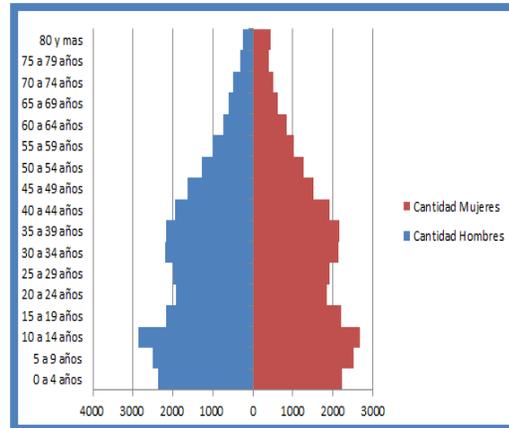
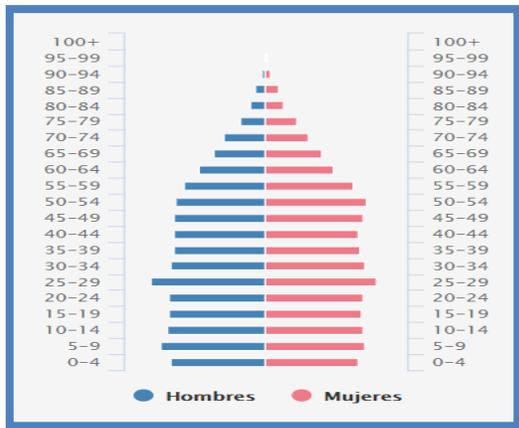
Gráfico N°6: Grandes Grupos de EDAD- Comuna Rengo Censo 2017



Fuente: Censo 2017

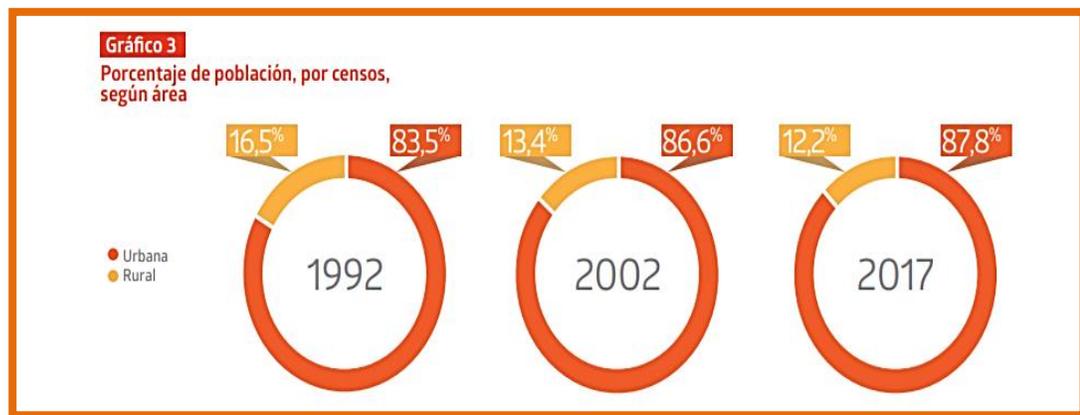
Pirámide Poblacional Censo 2017 Rengo

Pirámide Poblacional Censo 2002 Rengo



POBLACIÓN POR ÁREA URBANA-RURAL

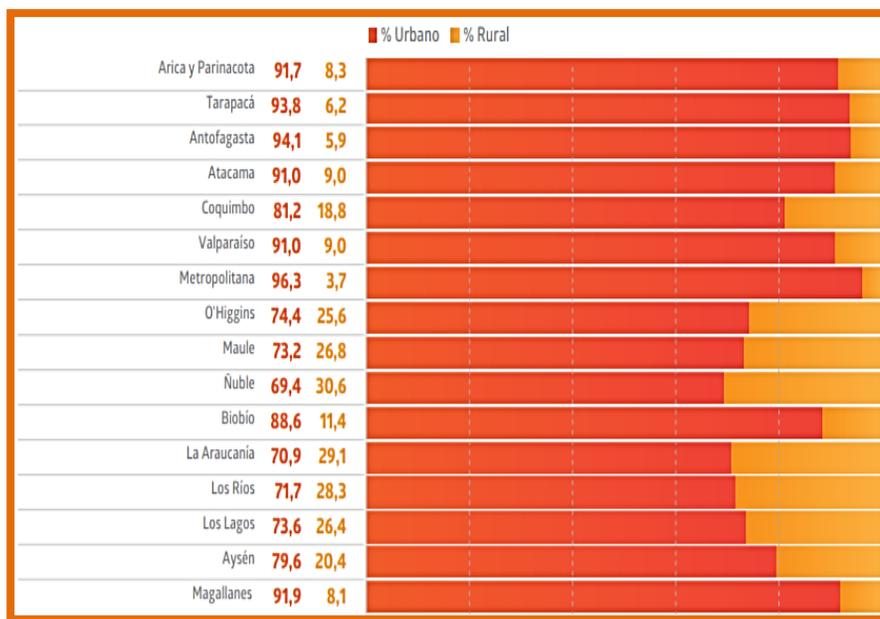
A Nivel País



La población urbana siguió creciendo en comparación con censos anteriores, ya que en 1992 llegó a 83,5%, en 2002 fue 86,6% y en 2017 representó 87,8% del total. Por el contrario, la población rural disminuyó tanto en términos porcentuales como absolutos: en 1992 había 2.207.996 personas que vivían en áreas rurales, cifra que descendió a 2.026.322 en 2002 y luego creció a 2.149.469 personas en el Censo de 2017, menos que lo identificado en 1992.

Un 87,8% de la población total habita en áreas urbanas, en tanto que 12,2% vive en las zonas rurales.

Gráfico N° 7: POBLACIÓN URBANA-RURAL SEGÚN REGIÓN AÑO 2017



Fuente: Censo 2017

Las regiones con predominio de personas en áreas urbanas son la Metropolitana (96,3%), Antofagasta (94,1%) y Tarapacá (93,8%). Las regiones con más personas que viven en zonas rurales son Ñuble (30,6%), La Araucanía (29,1%) y Los Ríos (28,3%).

A Nivel Comunal- Rengo

La población de la comuna de Rengo reside principalmente en el área urbana con un 72,9%, situación similar a la regional y nacional con un 70,9% y 87,1% respectivamente; mientras que sólo un 27,1% vive en zonas rurales, siendo un 29,7% a nivel regional y 13,4% a nivel nacional (Tabla N° 3). Además, según los datos obtenidos el año 2013 por MIDEPLAN, la población con residencia rural se estimaba en un 26,76%, en contraste con un 27,06% presente en el año 2002, lo cual evidencia una disminución del porcentaje de esta población, y un aumento de la migración hacia zonas urbanas (Tabla N°5).

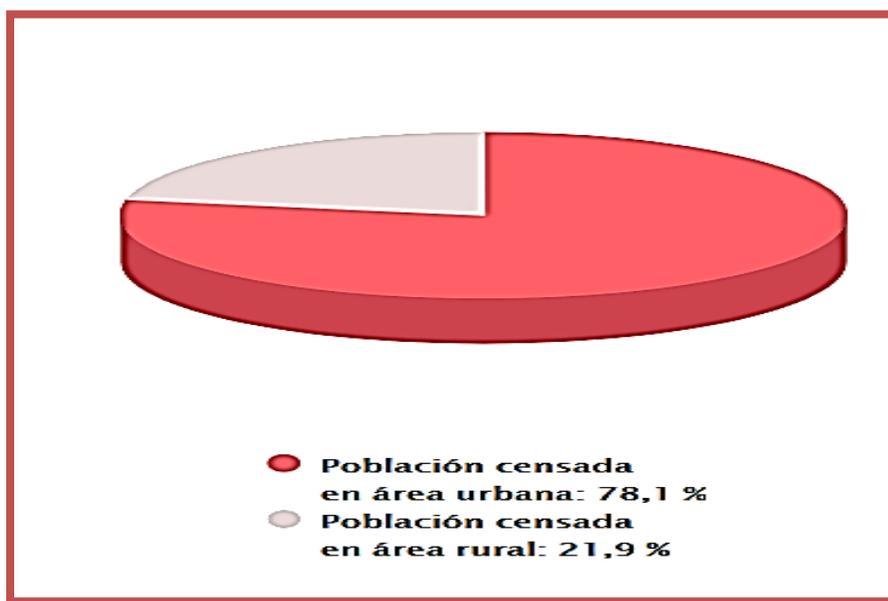
Tabla N° 5: Cantidad y Porcentaje de Población Urbana y Rural, Según CENSOS 1992 - 2002.

Territorio	Población Urbana	%	Población Rural	%	Población Total	%
Rengo	46.776	72,9 %	17.388	27,1 %	64.164	100%
Región	548.584	70,3 %	232.043	29,7 %	780.627	100%
País	13.090.113	86,6 %	2.026.322	13,4 %	15.116.435	100%

Fuente: CENSOS 1992 – 2002 INE Y CASEN 2009, MIDEPLAN.

En el Censo del año 2017 la población urbana siguió creciendo en comparación con censos anteriores, un 78,1% de la población total habita en áreas urbanas, en tanto que 21,9 % vive en las zonas rurales.

Gráfico N° 8: Población Censada en Rengo Área Urbana y Área Rural-Censo 2017/ INE.

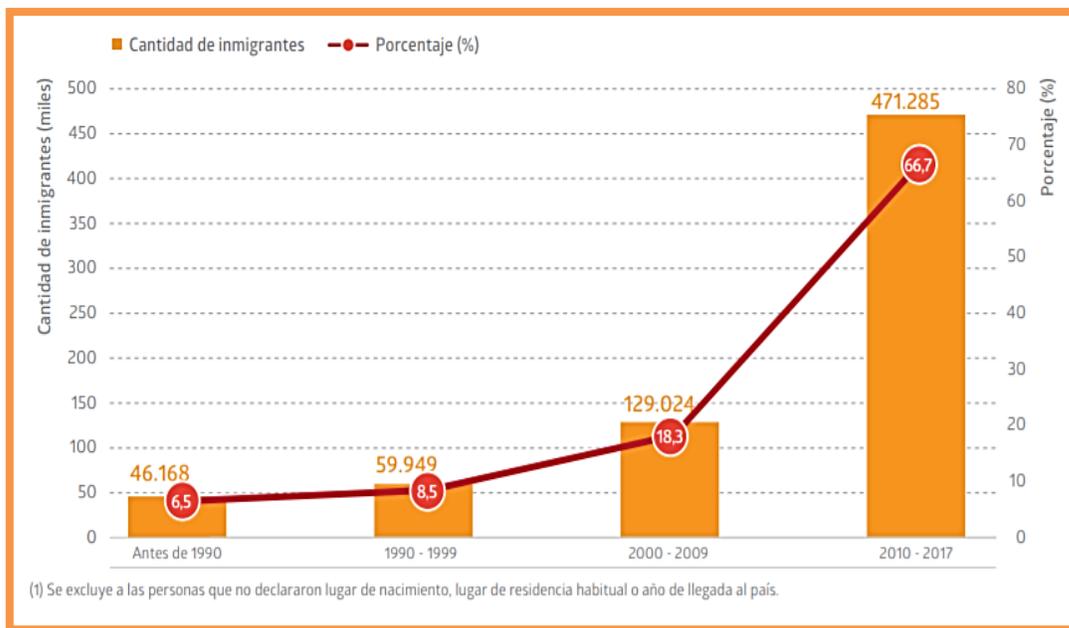


Fuente: CENSO 2017

MIGRACIÓN INTERNACIONAL

A Nivel País:

Gráfico N° 9 Cantidad y porcentaje de inmigrantes internacionales¹, según período de llegada al país.



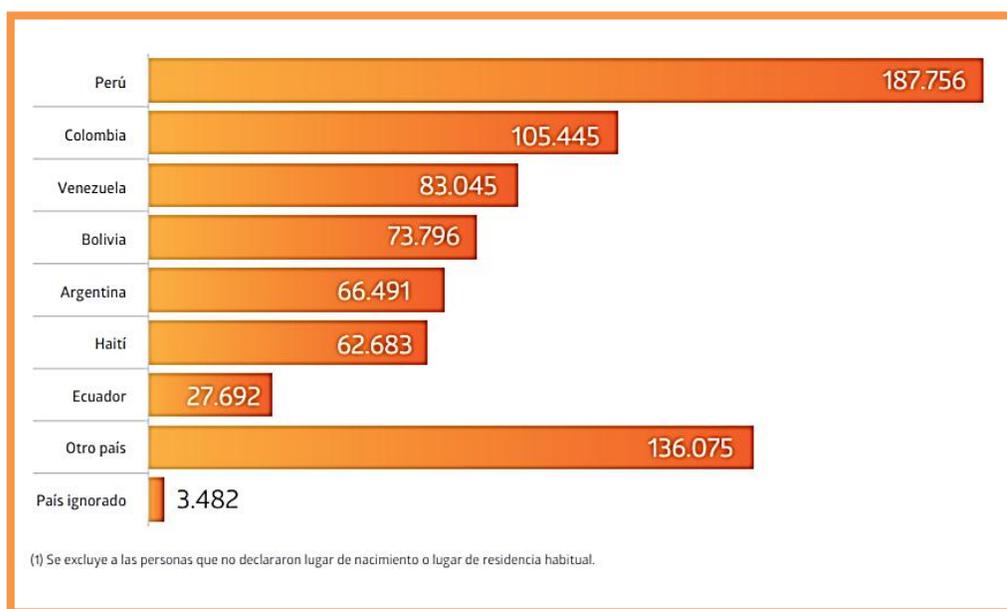
Fuente: Censo 2017

La cantidad de inmigrantes internacionales corresponde al número de personas que declararon haber nacido fuera del país en la pregunta “Cuando Ud. nació, ¿en qué comuna o país vivía su madre?” y que además en la pregunta “¿Vive habitualmente en esta comuna?” respondieron que residían en alguna comuna de Chile. Es decir, en la cifra se excluyó a los nacidos en otro país que durante el momento censal estaban presentes, pero residen habitualmente en otro país (transeúntes). Si bien el fenómeno migratorio no es nuevo en el país, es importante señalar que el porcentaje de la población de inmigrantes ha crecido en el tiempo. En el Censo de 2002, 1,27% de la población residente era inmigrante; 15 años después, el 19 abril de 2017, se censaron 746.465 inmigrantes residentes, lo que representa 4,35% del total de la población residente en el país (con

información declarada en lugar de nacimiento). Al observar el gráfico 5, se evidencia que 66,7% de los inmigrantes residentes llegaron a Chile entre 2010 y 2017. La distribución en años de dicho período es desigual, puesto que 61% de los casos se concentraron en los últimos 3 años (2015-2017), a pesar de que 2017 solo contiene información hasta la fecha del censo.¹⁸

En 2017 se censaron 746.465 personas nacidas en el extranjero que residen en Chile, las que representan 4,35% de la población total que vive en el país. Dicho porcentaje en 2002 era 1,27%.

Gráfico N°10: Cantidad de inmigrantes internacionales¹, según país de nacimiento.



Fuente: Censo 2017

El 81% de los inmigrantes internacionales que declararon residir en Chile al momento del Censo nacieron en los siguientes siete países: Perú (25,2%), Colombia (14,1%), Venezuela (11,1%), Bolivia (9,9%), Argentina (8,9%), Haití (8,4%) y Ecuador (3,7%). En la mayoría de ellos la proporción de hombres y mujeres es similar, con predominio de las mujeres. Sin embargo, la brecha se amplía en la población que proviene de Bolivia o

Haití, ya que del total de personas que declararon haber nacido en Bolivia, 56,4% son mujeres, y del total que respondieron haber nacido en Haití, 65,8% son hombres; La mayor parte de la población inmigrante internacional nació en Perú, Colombia y Venezuela.¹⁹

A Nivel Regional

Tabla 5: Porcentaje inmigrantes internacionales según región de residencia habitual¹

Región de residencia habitual	Inmigrantes internacionales	Población residente	Porcentaje de fila ² (%)	Porcentaje de columna ³ (%)
Arica y Parinacota	18.015	220.254	8,2	2,4
Tarapacá	43.646	319.289	13,7	5,9
Antofagasta	62.663	571.446	11,0	8,4
Atacama	8.798	282.268	3,1	1,2
Coquimbo	14.741	739.977	2,0	2,0
Valparaíso	40.166	1.765.261	2,3	5,4
Metropolitana	486.568	6.962.102	7,0	65,2
O'Higgins	13.242	893.155	1,5	1,8
Maule	10.780	1.020.162	1,1	1,4
Ñuble	3.736	469.542	0,8	0,5
Biobío	12.144	1.531.365	0,8	1,6
La Araucanía	10.674	929.307	1,1	1,4
Los Ríos	3.768	371.518	1,0	0,5
Los Lagos	10.034	807.046	1,2	1,3
Aysén	2.083	98.427	2,1	0,3
Magallanes	4.714	160.220	2,9	0,6
TOTAL	745.772	17.141.339	4,35	100,0

1) Excluye a las personas que no declararon lugar de nacimiento o lugar de residencia habitual.
2) Corresponde al porcentaje de inmigrantes internacionales respecto del total de población que reside en la región.
3) Porcentaje de inmigrantes internacionales que residen en la región respecto del total de migrantes que residen en el país.
Nota: El 5 de julio de 2018 se actualizó la cifra de la tabla 2 correspondiente a la Región del Biobío. En inmigrantes internacionales decía 12.146 y debe decir 12.144.

Fuente: Censo 2017

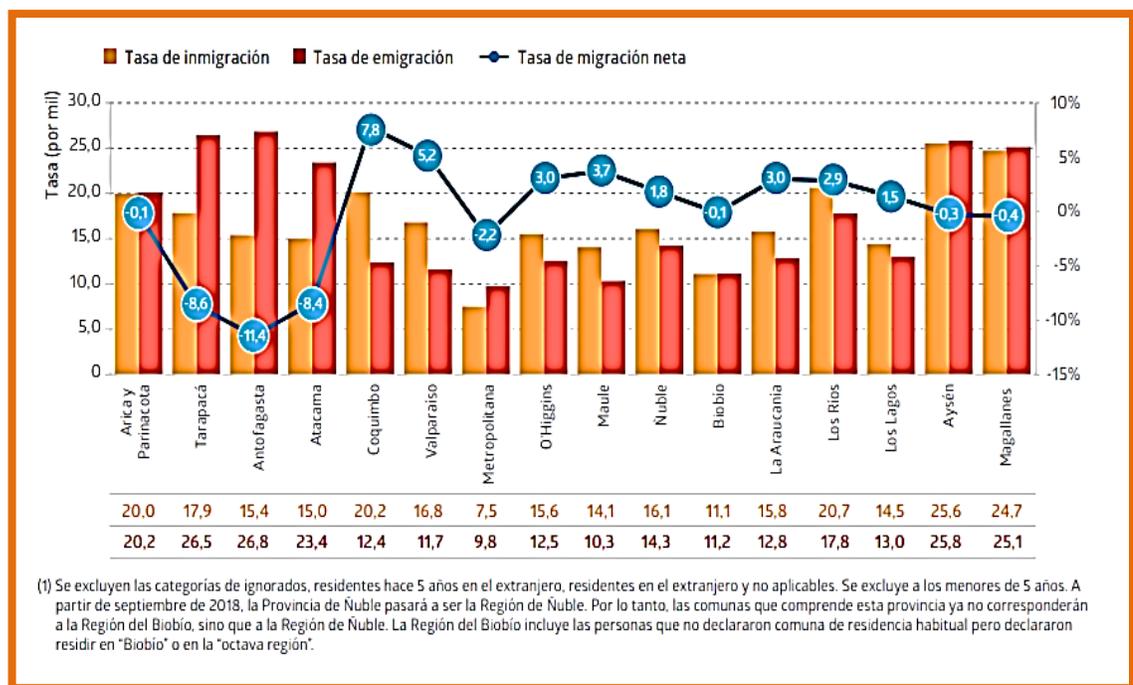
El 65,2% del total de población inmigrante en Chile reside habitualmente en la Región Metropolitana. En menor proporción le siguen Antofagasta (8,4%) y Tarapacá (5,9%). Al analizar la distribución de los inmigrantes de acuerdo con su peso relativo respecto de la población residente habitual de la región, se observa que las tres regiones con el porcentaje más alto son Tarapacá (13,7%), Antofagasta (11%) y Arica y Parinacota (8,2%).

La región con más porcentaje de inmigrantes según su tamaño poblacional es Tarapacá (13,7%). En tanto, 65,2% del total de la población inmigrante se concentra en la Región Metropolitana.²⁰

(19)(20) Censo 2017

MIGRACIÓN INTERNA RECIENTE

Gráfico N°11: Tasas de migración interna reciente según región de residencia habitual¹



Fuente: Censo 2017

El gráfico muestra en cifras relativas la tasa de inmigración (barra naranja), la tasa de emigración (barra roja) y la tasa de migración neta (línea azul). Cuando la barra roja sobrepasa a la naranja significa que en los últimos cinco años salieron más personas de las que llegaron a residir a la región. De acuerdo con lo anterior puede afirmarse que recientemente las regiones a las que ha llegado más población de la que se ha ido a residir a otras son Coquimbo (7,8 por mil), Valparaíso (5,2 por mil) y el Maule (3,7 por mil). Las

regiones que más han expulsado población hacia el resto son Antofagasta (-11,4 por mil), Tarapacá (-8,6 por mil) y Atacama (-8,4 por mil).

En los últimos cinco años, la región que ha recibido más población desde otras regiones es Coquimbo y la que más ha expulsado es Antofagasta.²¹

PUEBLOS INDÍGENAS U ORIGINARIOS

A Nivel País:

Gráfico N°12: Población que se considera perteneciente a un pueblo indígena u originario según pueblo.

Pueblo	Casos	Porcentaje (%)
Mapuche	1.745.147	79,8
Aymara	156.754	7,2
Rapa Nui	9.399	0,4
Lican Antai	30.369	1,4
Quechua	33.868	1,5
Colla	20.744	0,9
Diaguita	88.474	4,1
Kawésqar	3.448	0,1
Yagán o Yámana	1.600	0,1
Otro	28.115	1,3
Pueblo ignorado	67.874	3,1
TOTAL	2.185.792	100,0

Fuente: Censo 2017

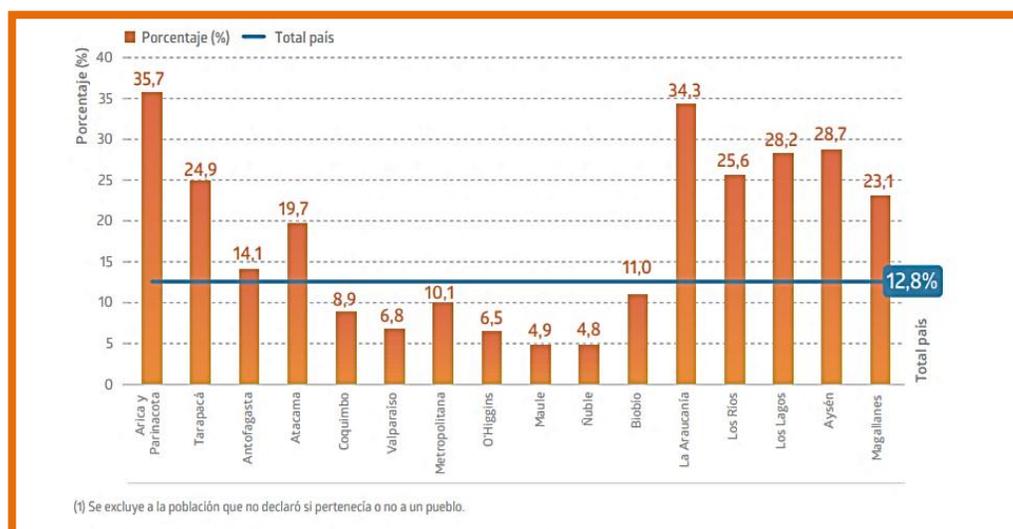
Los pueblos indígenas u originarios en Chile son los pueblos descendientes de las agrupaciones humanas que existen en el territorio nacional desde tiempos precolombinos, que conservan manifestaciones étnicas y culturales propias, y para quienes la tierra es el fundamento principal de su existencia y cultura. De acuerdo con el Censo 2017, 12,8% de la población efectivamente censada respondió afirmativamente a la pregunta ¿Se considera perteneciente a algún pueblo indígena u originario? De ese

porcentaje, 79,8% se considera perteneciente al pueblo Mapuche, 7,2% se considera Aymara y 4,1% se considera Diaguita. La población que se considera perteneciente al pueblo Mapuche representó 9,9% de la población total efectivamente censada en el país.

La población que se considera perteneciente a algún pueblo indígena u originario ascendió a 2.185.729 personas en el Censo 2017. Los tres pueblos con mayor porcentaje son Mapuche, Aymara y Diaguita.²²

A Nivel Regional

Gráfico: Porcentaje de la población que se consideró perteneciente a un pueblo indígena u originario¹, según región de empadronamiento



Fuente: Censo 2017

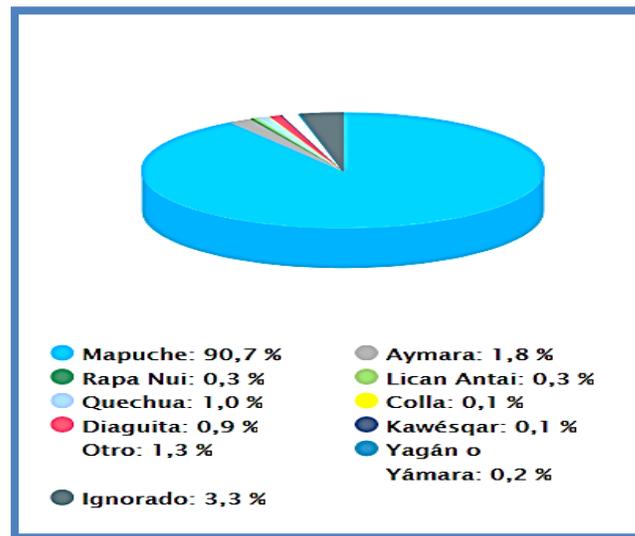
Al analizar la proporción de personas que se consideran pertenecientes a un pueblo indígena u originario según región de empadronamiento, se observa que nueve de las 16 regiones del país superan el porcentaje a nivel nacional. Las tres con mayor proporción son Arica y Parinacota (35,7%), La Araucanía (34,3%) y Aysén (28,7%). En cambio, hay siete regiones por debajo del porcentaje, a nivel nacional, de personas que se consideran pertenecientes. Las con menor proporción son Ñuble (4,8%), el Maule (4,9%), O'Higgins (6,5%) y Valparaíso (6,8%). La región con mayor porcentaje de personas que se consideran

pertenecientes a un pueblo indígena u originario es Arica y Parinacota, con 35,7% del total de la población efectivamente censada.²³

(21)(22)(23)Censo2017

A Nivel Comunal-Rengo

gráfico N°13: Porcentaje pueblos Indígenas u Originarios 2017



Fuente: Censo 2017

Es importante mencionar que respecto a la distribución de la población indígena según comuna, en relación al total presente en la Región de O'Higgins, Rengo es una de las comunas que presenta mayor cantidad de dicha población con un 14,0%, sólo superado por Rancagua con un 22,7%. Esto mantiene relación con la presencia de representantes de una comunidad Mapuche, quienes habitan en la Villa Epu - Newen, en casas de construcción sólidas ubicadas en el sector urbano de la comuna, y desarrollan actividades propias de la etnia como tejidos en telar, totora, grabado en madera, y talleres de Mapudungu; mientras que en las casas se tienen huertos con hierbas medicinales.

La mayoría de ellos, son procedentes de la octava, novena y décima región, sólo un porcentaje menor son nacidos en Rengo y de padres mapuches; trabajan como temporeros contando con un nivel educacional básico completo, y en un 50% con nivel educacional medio. En la sexta región se encuentran viviendo aprox. 20 mil mapuches y en Rengo aprox. 2.400 (Fuente: Lonco Sr. José Llulén Toro).

También mencionar que en la comuna, habitan familias de raza gitana, aunque no se cuenta con registros ni antecedentes culturales.



La población beneficiaria e inscrita en el sistema público de salud es reportada por el Fondo Nacional de Salud (FONASA, www.fonasa.cl).

Del total de la población de la comuna de Rengo censada en el año 2017 con 58.825 habitantes, 52.492 personas corresponden a beneficiarios FONASA lo que equivale a un 89,2% de la población censada y 50.943 corresponden a inscritos en establecimiento de atención Primaria lo que equivale un 86,6 % del total de la población censada, con un aumento de 1.047 personas inscritas en comparación con el año 2016.

Tabla N° 6: Población Inscrita Validada FONASA en Atención Primaria Comuna Rengo

TERRITORIO	AÑO 2016	AÑO 2017
Rengo	34.802	35.267
Rosario	15.094	15.676
TOTAL COMUNAL	49.896	50.943

Fuente FONASA 2016-2017

Tabla N°7: Población Beneficiaria FONASA corte 2016.

Por Grupo de Ingreso y Sexo

TRAMO DE INGRESO									
Comuna	A		B		C		D		Total
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	
Rengo	6.931	4.831	10.664	8.498	4.112	4.415	5.553	7.488	52.492
TOTAL Comuna	11.762		19.162		8.527		13.041		

Fuente: Depto. Planificación Institucional - Subdepto de Estudios, FONASA

La Tabla N°7 indica que en la Comuna de Rengo la población beneficiaria según tramo de ingreso corresponde a un total de 52.492 afiliados lo que equivale a un 0,39% del total país beneficiario (13.598.639); Analizándolo en detalle, se desprende que el **tramo A** de la población de Rengo es de 11.762 personas afiliadas a FONASA lo que equivale a un 22% del total de beneficiarios, el **tramo B** corresponde a 19.162 afiliados

siendo 36% del total de la población beneficiaria indicando mayor número de afiliados en este tramo. Por otra parte, se puede indicar que el **tramo C** corresponde a 8.527 usuarios afiliados proporcionados a un 16,21% de la Población beneficiaria, mientras que el **tramo D** corresponde a 13.041 personas afiliadas lo que equivale a un 24,8 % del total de beneficiarios de la Comuna de Rengo.

Beneficiarios (as) Del Fondo Nacional De Salud por Grupos de Edad

Tramo Etario	F	M	Total
0 a < 2	1027	1052	2079
2 a < 5	707	760	1467
5 a < 10	1887	1972	3859
10 a < 15	1718	1789	3507
15 a < 20	2026	1990	4016
20 a < 25	2112	1890	4002
25 a < 30	2204	1949	4153
30 a < 35	1828	1576	3404
35 a < 40	1759	1546	3305
40 a < 45	1764	1664	3428
45 a < 50	1918	1753	3671
50 a < 55	1974	1695	3669
55 a < 60	1682	1556	3238
60 a < 65	1305	1266	2571
65 a < 70	1095	991	2086
70 a < 75	845	758	1603
75 a < 80	616	507	1123
80 y más	757	482	1239

Total	27.260	25.232	52.492
-------	--------	--------	--------

Tabla
Grupos

N°8:

de Edad y Sexo Comuna de Rengo, corte 2016

*División Planificación Institucional - Departamento de Estudios - Data Ware House FONASA
Proyecciones y Estimaciones de Población INE1990-2020*

La tabla N° 8 muestra que en la comuna de Rengo el tramo etario con mayor número de incorporados al sistema FONASA corresponde al grupo de 15 a 29 años seguidos por el tramo de 5 a 15 y 30 a 60 años.

A nivel País, Regional y Comunal, corte 2016 FONASA

Tabla N° 9: Población Beneficiaria FONASA Por Grupo de Ingreso

TRAMO	PAIS	REGIÓN OHIGGINS	COMUNA RENGO
A	3.253.015	141.630	11.762
B	4.546.228	278.177	19.162
C	2.090.189	117.482	8.527
D	3.709.207	189.910	13.041
TOTAL	13.598.639	727.199	52.492

Fuente: Depto. Planificación Institucional - Subdepto de Estudios, FONASA

Se muestra en la tabla N° 9 que a nivel País, regional y comunal el tramo B representa el mayor número de afiliados a FONASA seguidos por el tramo A. Esto indica que la población indigente o carente de recurso o beneficiarias de pensiones básicas solidarias y/o sueldos mínimos es mayor a la población que sí recibe un sueldo superior a 276.000 al mes.

DETERMINANTES SOCIALES

Situación de Pobreza:

La actual metodología de medición de la **pobreza** en Chile considera que un hogar está en situación de pobreza si su ingreso mensual por persona equivalente es inferior a la “línea de pobreza por persona equivalente”, que es el ingreso mínimo establecido para satisfacer las necesidades básicas alimentarias y no alimentarias de una persona equivalente en ese mismo período. Análogamente, un hogar se considera en situación de pobreza extrema si su ingreso mensual por persona equivalente es inferior a la “línea de **pobreza extrema** por persona equivalente”, la que, corresponde a 2/3 el valor de la línea de pobreza por persona equivalente. Las estadísticas que se presentan en relación a las dimensiones de educación, trabajo, salud y vivienda, así como el análisis de los grupos prioritarios para la política social, ha sido calculadas con la Encuesta Casen 2015, implica que un hogar en pobreza extrema no cuenta con ingresos suficientes para para cubrir sus necesidades básicas en alimentación, vivienda y vestuario²⁵.

Medición de Pobreza Multidimensional.

La medida de pobreza multidimensional se basa en el análisis de dimensiones constituidas por indicadores específicos y para cada uno de ellos se definen umbrales mínimos a partir de los cuales se considera que una persona puede tener una vida digna. A partir de los resultados de la Casen 2015 se implementó una medida ampliada de medición de pobreza multidimensional que incluye 5 dimensiones: Educación, Salud, Trabajo y Seguridad Social, Vivienda y Entornos y Redes y Cohesión Social. Un hogar es

considerado en situación de pobreza multidimensional, si es carente en el equivalente a una de las cuatro dimensiones originales de la medida, vale decir si acumula un 22,5% de carencias.

En 2017 existen 412.839 personas en situación de pobreza extrema por ingresos, lo que equivale al 2,3% de la población. Asimismo, hay 1.115.445 personas en situación de pobreza no extrema por ingresos, equivalente al 6,3% de la población, lo que significa una incidencia total de la pobreza por ingresos del 8,6%.²⁶

Tabla N° 10: Incidencia de la pobreza por ingresos en la población por región.

2006-2017

(Porcentaje)

Pobreza	2006	2009	2011	2013	2015	2017
Arica y Parinacota	30,6	18,8	21,0	14,6	9,7	8,4
Tarapacá	24,0	24,9	16,4	8,2	7,1	6,4
Antofagasta	12,3	8,8	7,1	4,0	5,4	5,1
Atacama	22,3	22,2	16,3	7,3	6,9	7,9
Coquimbo	37,9	30,6	26,1	16,2	13,8	11,9
Valparaíso	30,6	24,4	24,5	15,6	12,0	7,1
Metropolitana	20,2	17,6	15,7	9,2	7,1	5,4
O'Higgins	32,6	25,8	19,4	16,0	13,7	10,1
Maule	43,9	38,8	32,5	22,3	18,7	12,7
Ñuble	-	-	-	-	-	16,1
Biobío	41,3	35,1	32,3	22,3	17,6	12,3
La Araucanía	48,5	48,5	39,7	27,9	23,6	17,2
Los Ríos	45,3	37,7	32,0	23,1	16,8	12,1
Los Lagos	29,3	29,0	27,0	17,6	16,1	11,7
Aysén	23,0	20,3	13,3	6,8	6,5	4,6
Magallanes	12,8	10,3	7,0	5,6	4,4	2,1
Total	29,1	25,3	22,2	14,4	11,7	8,6

Fuente: Encuesta Casen años respectivos, Ministerio de Desarrollo Social.

La región que al año 2017 presenta mayor porcentaje de población en situación de pobreza es La Araucanía (17,2%), seguida por la región de Ñuble (16,1%). Las regiones con los menores porcentajes de pobreza son Magallanes (2,1%) y Aysén (4,6%). Para todas las

regiones se observa una disminución en la incidencia de pobreza en el período 2015-2017 en su población, a excepción de Atacama, aunque esta variación no es estadísticamente significativa, como tampoco lo son las variaciones observadas para Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Coquimbo y Aysén.

Tabla N° 11: Incidencia de la pobreza extrema por ingresos en la población por región. 2006-2017

(Porcentaje)

Pobreza extrema	2006	2009	2011	2013	2015	2017
Arica y Parinacota	13,2	7,6	7,1	4,7	2,0	2,4
Tarapacá	10,5	8,0	6,0	2,2	2,3	1,7
Antofagasta	4,5	2,1	2,2	1,1	1,6	1,6
Atacama	9,3	10,3	5,4	2,0	1,7	2,6
Coquimbo	15,9	11,8	9,5	5,3	4,0	3,0
Valparaíso	13	8,7	8,5	4,5	3,2	1,6
Metropolitana	7,5	6,0	5,8	2,6	2,1	1,5
O'Higgins	11,8	8,2	5,7	4,7	3,8	2,2
Maule	20,8	16,7	11,2	5,9	5,1	3,0
Ñuble	-	-	-	-	-	4,6
Biobío	19,9	15,3	11,3	8,0	5,8	3,7
La Araucanía	25,8	25,1	19,0	10,6	8,4	4,6
Los Ríos	21,4	16,2	12,0	8,0	4,8	3,3
Los Lagos	13,1	10,1	9,5	5,7	5,0	3,4
Aysén	9,6	8,7	3,4	1,6	1,6	1,1
Magallanes	4,8	5,6	1,6	3,2	1,6	0,7
Total	12,6	9,9	8,1	4,5	3,5	2,3

Fuente: Encuesta Casen años respectivos, Ministerio de Desarrollo Social

Respecto de la pobreza extrema, los resultados regionales muestran la misma tendencia que lo observado respecto de la pobreza total, destacando en 2017 las regiones de La Araucanía y Ñuble con un 4,6% de su población en situación de pobreza extrema; y

las regiones de Magallanes y Aysén con los menores porcentajes (0,7% y 1,1% respectivamente)

Los resultados de la Encuesta Casen 2015 permiten observar que:

La pobreza sigue una tendencia de sostenida disminución. Esta tendencia es confirmada a través de las dos mediciones realizadas: por ingresos y multidimensional.

Entre 2013 y 2015 se registran disminuciones significativas en el porcentaje de personas en situación de pobreza:

Pobreza por ingresos: se reduce de 14,4% a 11,7%, y

Pobreza multidimensional: se reduce de 20,4% a 19,1% (considerando medición con 4 dimensiones).

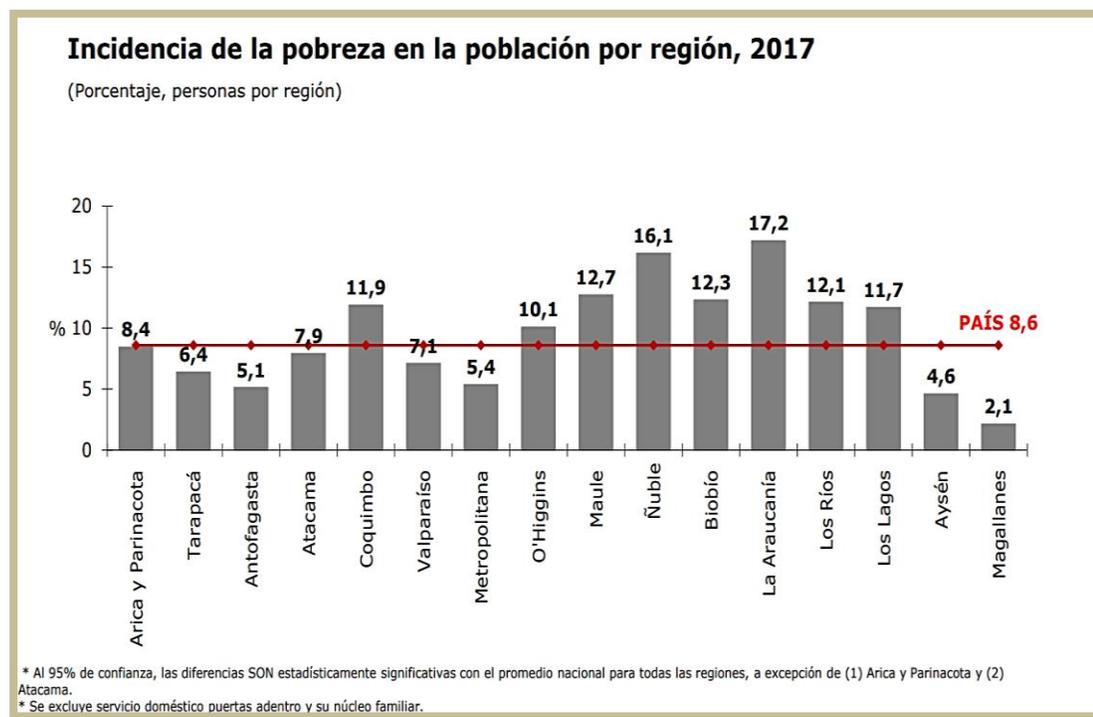
Al incluir entorno y redes en la medición de 2015, el porcentaje de personas en situación de pobreza multidimensional es de 20,9%.

Si bien persiste un patrón de marcada desigualdad, los resultados del período 2013-2015 reflejan una disminución moderada pero significativa de la desigualdad en la distribución del ingreso (medida por Coeficiente de Gini).²⁶

Situación de Pobreza

Según la encuesta CASEN del año 2013, la comuna de Rengo presentaba un total de 12.213 personas en situación de pobreza (20,5% de la población), lo que constituía un aumento significativo respecto a los resultados obtenidos en la CASEN 2011, en donde la cantidad de personas en situación de pobreza se estableció en 7.756 personas (13,3% de la población). Los porcentajes del año 2013, son mayores que a nivel regional (13%), y que a nivel nacional (14,4%). Con respecto a la última encuesta CASEN año 2015 se establece que la Comuna de Rengo continúa con una tendencia de aumento en situación de pobreza por ingresos y multidimensional reflejado en un 28,2 % y 15% respectivamente; y notoriamente mayor a nivel regional y nacional.

Gráfico N°13:



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta Casen 2017.

CARACTERISTICAS DE LAS VIVIENDAS

A Nivel Comunal-Rengo

Una dimensión relevante que incide en la calidad de vida de las personas, es la vivienda y sus características; situación de propietarios o arrendatarios, la existencia o no de hacinamiento, la existencia de allegados; y el tipo de vivienda y calidad de éstas, vale decir, los materiales y estado de conservación de muros, techos y pisos.

Tabla N°:12

Tipo de Vivienda	Casos	%	Acumulado %
Casa	19 717	94,6%	94,6%
Departamento en edificio	354	1,7%	96,3%
Vivienda tradicional indígena (ruka, pae pae u otras)	2	0,00%	96,3%
Pieza en casa antigua o en conventillo	165	0,8%	97,1%
Mediagua, mejora, rancho o choza	509	2,4%	99,5%
Móvil (carpa, casa rodante o similar)	11	0,1%	99,6%
Otro tipo de vivienda particular	69	0,3%	99,9%
Vivienda colectiva	21	0,1%	100,0%
Total	20 848	100,0%	100,0%

Fuente: Censo 2017-Procesado con Redatam WebServer 2017 CELADE/CEPAL, Naciones Unidas

Tabla N° 13: TENENCIA DE VIVIENDA

Ocupación de la Vivienda	Casos	%	Acumulado %
Con moradores presentes	18 910	90,7%	90,7%
Con moradores ausentes	621	3,0%	93,7%
En venta, para arriendo, abandonada u otro	1 006	4,8%	98,5%
De temporada (vacacional u otro)	312	1,5%	100,0%
Total	20 849	100,0%	100,0%

Fuente: Censo 2017-Procesado con Redatam WebServer 2017 CELADE/CEPAL, Naciones Unidas

Se pueden identificar por un lado aquella en la que los hogares tienen formalizada de manera legal la disponibilidad de la vivienda (propietarios de la vivienda y el terreno y/o inquilinos) y por otro lado, aquella en la que los hogares residen con una tenencia informal (residentes en vivienda prestada por su dueño en forma gratuita) y en algunos casos hasta irregular (propietarios de la vivienda pero no del terreno, ocupantes de hecho y otras modalidades irregulares).

VIVIENDA SEGÚN MATERIAL

Tabla N° 14

Material de los muros exteriores	Casos	%	Acumulado %
Hormigón armado	1 749	9,3%	9,3%
Albañilería: bloque de cemento, piedra o ladrillo	11 518	61,1%	70,4%
Tabique forrado por ambas caras (madera o acero)	3 374	17,9%	88,3%
Tabique sin forro interior (madera u otro)	1 339	7,1%	95,4%
Adobe, barro, quincha, pirca u otro artesanal tradicional	797	4,2%	99,7%
Materiales precarios (lata, cartón, plástico, etc.)	64	0,3%	100,0%
Total	18 841	100,0%	100,0%

Fuente: Censo 2017-Procesado con Redatam WebServer 2017 CELADE/CEPAL, Naciones Unidas

Tabla N°15

Material en la cubierta del techo	Casos	%	Acumulado %
Tejas o tejuelas de arcilla, metálicas, de cemento, de madera, asfálticas o plásticas	2 559	13,6%	13,6%
Losa hormigón	139	0,7%	14,3%
Planchas metálicas de zinc, cobre, etc. o fibrocemento (tipo pizarreño)	15 997	85,1%	99,4%

Fonolita o plancha de fieltro embreado	56	0,3%	99,7%
Paja, coirón, totora o caña	3	0,0%	99,7%
Materiales precarios (lata, cartón, plásticos, etc.)	46	0,2%	100,0%
Sin cubierta sólida de techo	5	0,0%	100,0%
Total	18 805	100,0%	100,0%

Fuente: Censo 2017-Procesado con Redatam WebServer 2017 CELADE/CEPAL, Naciones Unidas

Material de construcción del piso	Casos	%	Acumulado %
Parquet, piso flotante, cerámico, madera, alfombra, flexit, cubrepiso u otro similar, sobre radier o vigas de madera	15 826	84,3%	84,3%
Radier sin revestimiento	1 000	5,3%	89,6%
Baldosa de cemento	1 089	5,8%	95,4%
Capa de cemento sobre tierra	775	4,1%	99,6%
Tierra	84	0,4%	100,0%
Total	18 774	100,0%	100,0%

Tabla N° 16

Fuente: Censo 2017-Procesado con Redatam WebServer 2017 CELADE/CEPAL, Naciones Unidas

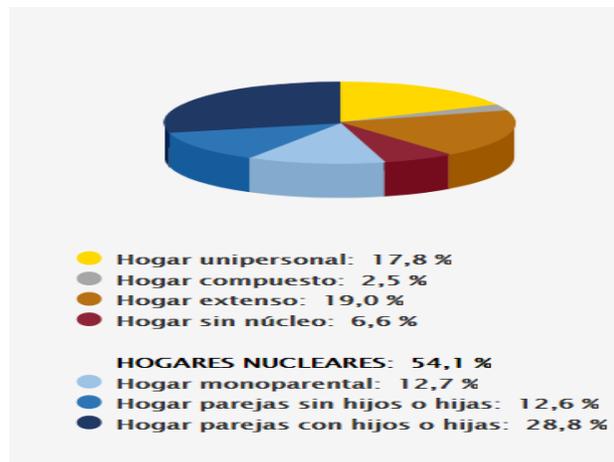
aciones Unidas

TIPOLOGÍA HOGARES

A Nivel País

El Censo 2017 evidenció un aumento de los hogares unipersonales en el tiempo, que crecieron 6,7 puntos porcentuales respecto de 2002. El hogar unipersonal tiene como único integrante a la jefatura del hogar. El hogar nuclear monoparental se refiere a hogares que se componen solo por la jefatura de hogar e hijas o hijos. El hogar nuclear biparental con hijos o hijas son los hogares cuyos integrantes son la jefatura de hogar y un cónyuge, conviviente de hecho o conviviente por unión civil, y sus hijos o hijas; en cambio, el hogar nuclear biparental sin hijos ni hijas se refiere a hogares cuyos únicos integrantes son la jefatura de hogar y un cónyuge, conviviente de hecho o conviviente por unión civil. El hogar extendido cuenta con un núcleo e incluye a otros parientes de la jefatura del hogar tales como hermanos, padres o nietos, por ejemplo. El hogar compuesto cuenta con un núcleo y además incluye no parientes de la jefatura del hogar, pudiendo o no integrar otros parientes de la jefatura del hogar. Por último, el hogar sin núcleo no cuenta con un núcleo, pero sí lo integran otros parientes o no parientes de la jefatura de hogar. Para la conformación de estos tipos de hogares no se considera el servicio doméstico puertas adentro.

Gráfico N° 13: Cantidad de hogares según tipo de hogar, en censos 2002 y 2017



Fuente Censo 2017-INE

Los hogares unipersonales se incrementaron en 6,7 puntos porcentuales en los últimos 15 años. Estos cambios en la composición de los hogares se corresponden con la transición demográfica que viene experimentando el país.

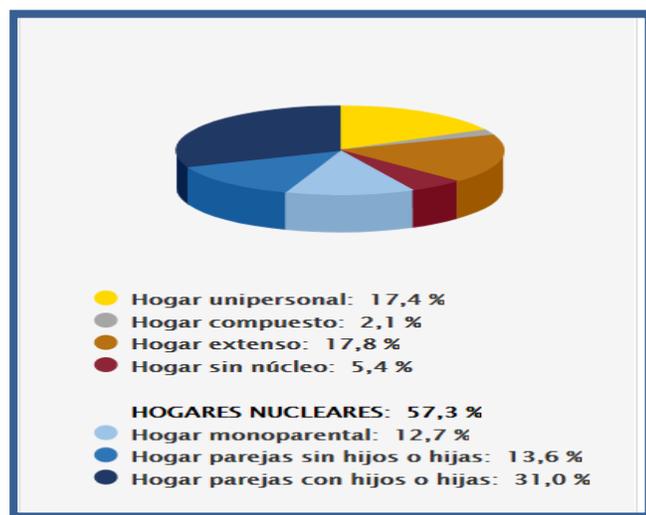
Gráfico N°14: Cantidad de Hogares según tipo de hogar y sexo, Censo 2017

Tipología	Sexo		
	Total	Jefes	Jefas
Unipersonal	1.004.161	539.431	464.730
Nuclear monoparental	717.732	108.412	609.320
Nuclear biparental sin hijos	716.248	555.986	160.262
Nuclear biparental con hijos	1.626.370	1.262.598	363.772
Compuesto	142.666	79.504	63.162
Extendido	1.073.151	585.376	487.775
Sin núcleo	371.309	169.112	202.197
TOTAL	5.651.637	3.300.419	2.351.218

Fuente Censo 2017-INE

Además, se observa que, al cruzar el tipo de hogar por el sexo del jefe de hogar, solo en los hogares monoparentales predominan las jefas de hogar, quienes representan 84% de los hogares monoparentales.

A Nivel Regional



Fuente Censo 2017-INE

A Nivel Comunal Rengo

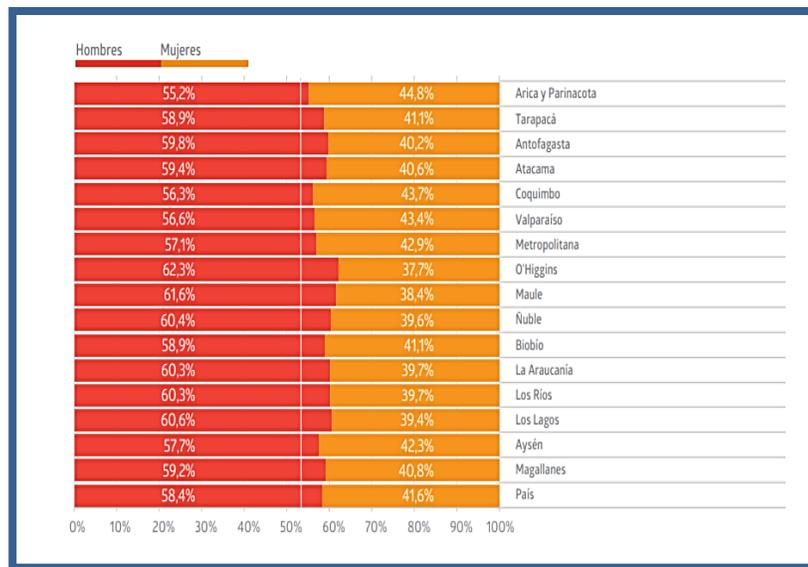
Tipo de hogar	Casos	%	Acumulado %
Hogar unipersonal	3 305	17,3%	17,3%
Hogar nuclear monoparental	2 580	13,5%	30,8%
Hogar nuclear biparental sin hijos	2 293	12,0%	42,8%
Hogar nuclear biparental con hijos	5 762	30,1%	72,9%
Hogar compuesto	426	2,2%	75,1%
Hogar extenso	3 758	19,7%	94,8%
Hogar sin núcleo	999	5,2%	100,0%
Total	19 123	100,0%	100,0%

Fuente:Censo 2017-Procesado con Redatam WebServer 2017 CELADE/CEPAL,Naciones Unidas

HOGARES: JEFATURA POR SEXO SEGÚN REGIÓN

La jefatura de hogar se utiliza principalmente para tomar a una persona como referencia y, sobre la base de ella, establecer relaciones de parentesco al interior del hogar. Por lo tanto, es aquella que todos los miembros del hogar reconocen como tal. En el Censo 2017 se censaron 2.351.218 jefas de hogar, que representan 41,6% de las jefaturas de hogar. Estas crecieron 10 puntos porcentuales en el período 2002-2017, ya que en el Censo 2002 equivalían a 31,5% del total de jefaturas de hogar. Al observar la jefatura de hogar por sexo y según región, se tiene que en todas las regiones hay mayor proporción de jefes que de jefas; sin embargo, en Arica y Parinacota, Valparaíso y Coquimbo la brecha es menor, ya que en todas ellas el porcentaje de jefas supera al 43%. En contraposición, en O'Higgins, el Maule y Los Lagos el porcentaje de jefes es mayor a 60,5%.

Gráfico N°15 % Jefatura por sexo según región



Fuente Censo 2017-INE 2017

A Nivel Comunal-Rengo

En las tablas siguientes, se muestra el porcentaje de hogares con mujeres jefas de hogar al año 2015 - 2017. Si bien los índices han aumentado (2015) a nivel país con la incorporación de la mujer a la actividad laboral remunerada, la comuna de Rengo, mantiene porcentajes menores a los de la Región de O'Higgins. A diferencia en el año 2017 se produce un aumento significativo que muestra un 40%, siendo éste mayor que a nivel regional con un 38%, sin embargo, en comparación a nivel país la Comuna de Rengo muestra dos puntos porcentuales menores que ésta.

Tabla N° 17:% Hogares con mujer jefa de Hogar

Hogares	% Según Territorio (2015)		
	Rengo	Región	País
Hogares con mujer jefa de hogar	28.25	38.75	38.80

Fuente MIDEPLAN –CASEN 2009

Tabla N° 18: Hogares con mujer jefa de Hogar

Hogares	% Según Territorio (2017)		
	Rengo	Región	País
Hogares con mujer jefa de hogar	40.00	38.00	42.00

Fuente Censo 2017-INE

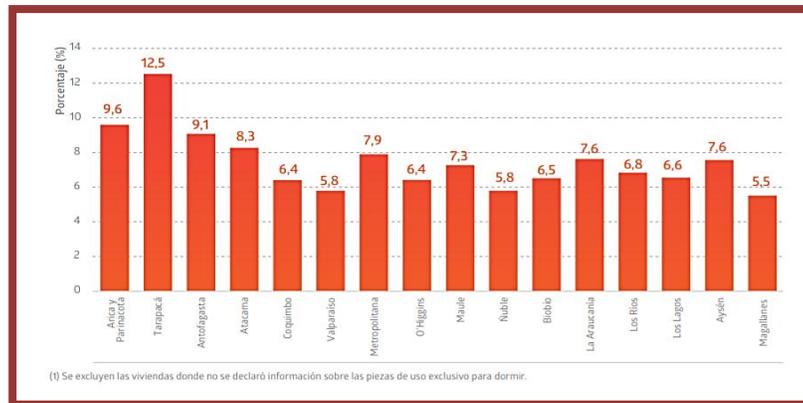
INDICE HACINAMIENTO

El hacinamiento es una condición que relaciona el número de personas que alojaron en la vivienda con la cantidad de dormitorios que esta tiene. Mediante esa división se obtienen valores del Índice de Hacinamiento, en el que cifras de 2,5 o más personas por dormitorio se entiende como un nivel medio de hacinamiento, mientras que valores de 5 o más se considera como hacinamiento crítico. El gráfico muestra los valores sobre el porcentaje de viviendas con hacinamiento de cada región, es decir, viviendas que presentan desde 2,5 personas por dormitorio. Tarapacá es la región con mayor hacinamiento, con 12,5%, seguida por Arica y Parinacota, con 9,6%, y Antofagasta, con

9,1%. Las regiones que presentan menores valores del índice son Magallanes, con 5,5%; Valparaíso, con 5,8%, y Ñuble, también con 5,8%.

Según el promedio nacional, 7,3% de las viviendas particulares ocupadas presenta hacinamiento.

Gráfico N° 16: % Viviendas particulares ocupadas con hacinamiento según región.



Fuente Censo 2017

A Nivel Comunal- Rengo

En la actualidad, año 2017 se cuenta con el último registro de la encuesta CASEN año 2015, la que representa un Índice de hacinamiento de 10,2 % reflejando junto a la comuna de Codegua un alto índice de hacinamiento a nivel comunal.

Gráfico N° 17: % Hacinamiento según comuna

acceso a agua vía red pública; en 2002 lo hizo 91% de las viviendas (3.548.858) y en 2017 fue 93%, lo que equivale a 5.086.491 viviendas particulares. El gráfico da cuenta de la diferencia sustantiva entre áreas urbanas y rurales respecto al origen del agua de las viviendas particulares. En zonas urbanas, en 98,8% de los casos se declaró red pública como la fuente del acceso al agua potable, mientras que en áreas rurales este porcentaje bajó considerablemente a 52,8%. Ahí le siguieron la categoría pozo o noria, con 27,7%; río, vertiente, estero, canal, lago, etc., con un 12,2%, y camión aljibe, con 7,2% del total.

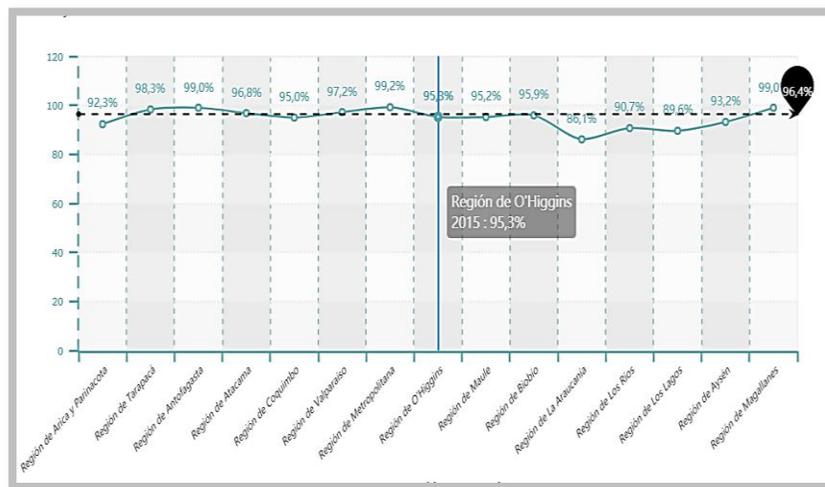
El 93,0% de las viviendas particulares tiene acceso a la red pública de agua potable.

Hogares según calidad del acceso a servicios básicos

Total de hogares

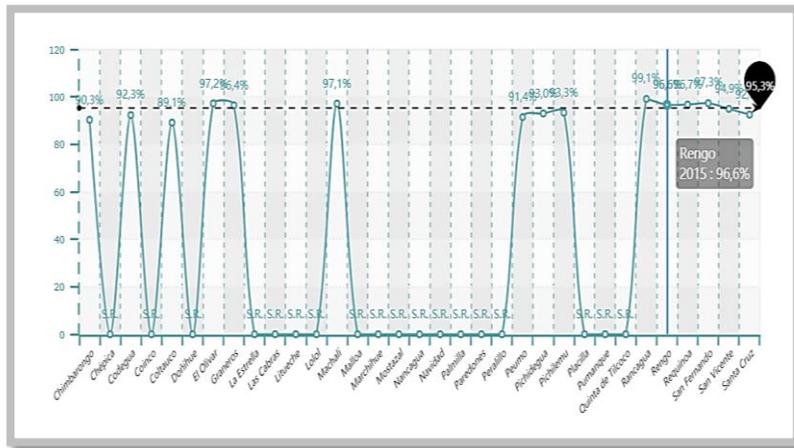
Gráfico N° 19: Porcentaje Hogares según calidad del acceso a servicios básicos, aceptable, Nacional, 2015

A Nivel Nacional y Regional



Fuente MIDEPLAN-CASEN 2015

Gráfico N° 20: % de Hogares según calidad del acceso a servicios básicos, aceptable, Nivel Comunal-2015

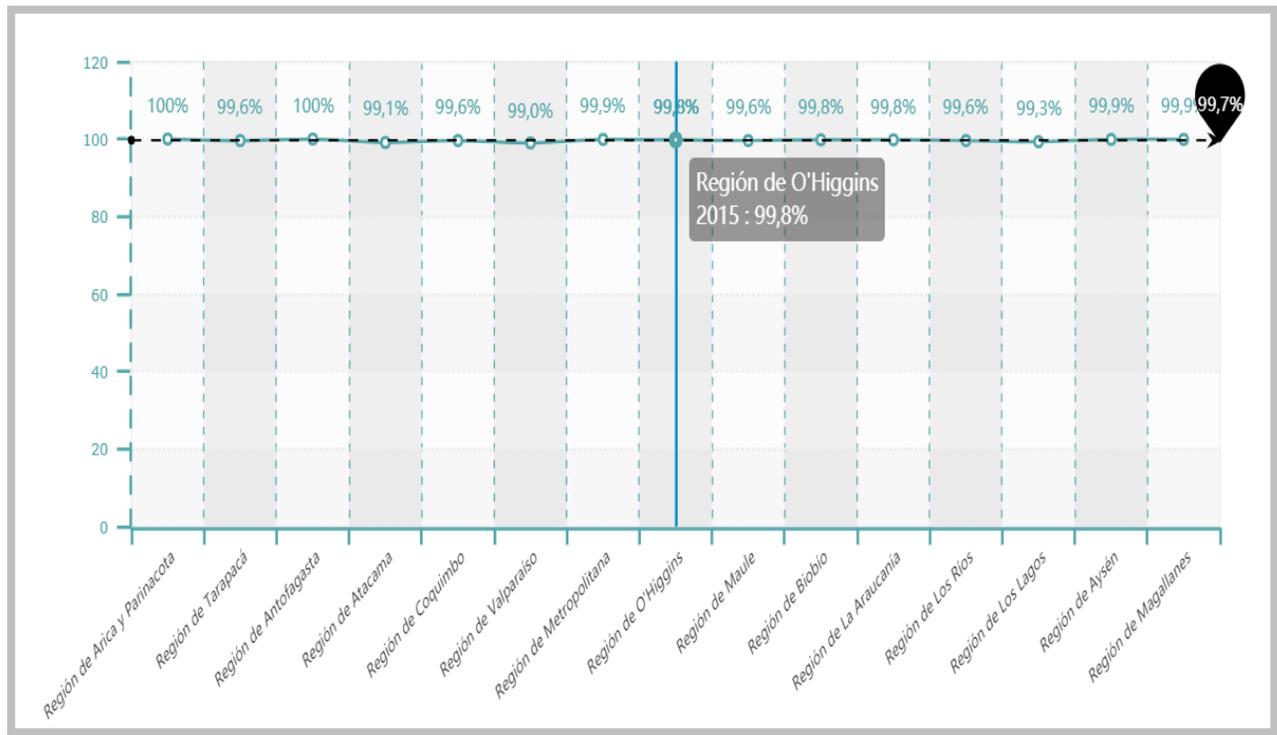


Fuente MIDEPLAN-CASEN 2015

Hogares con acceso adecuado a agua

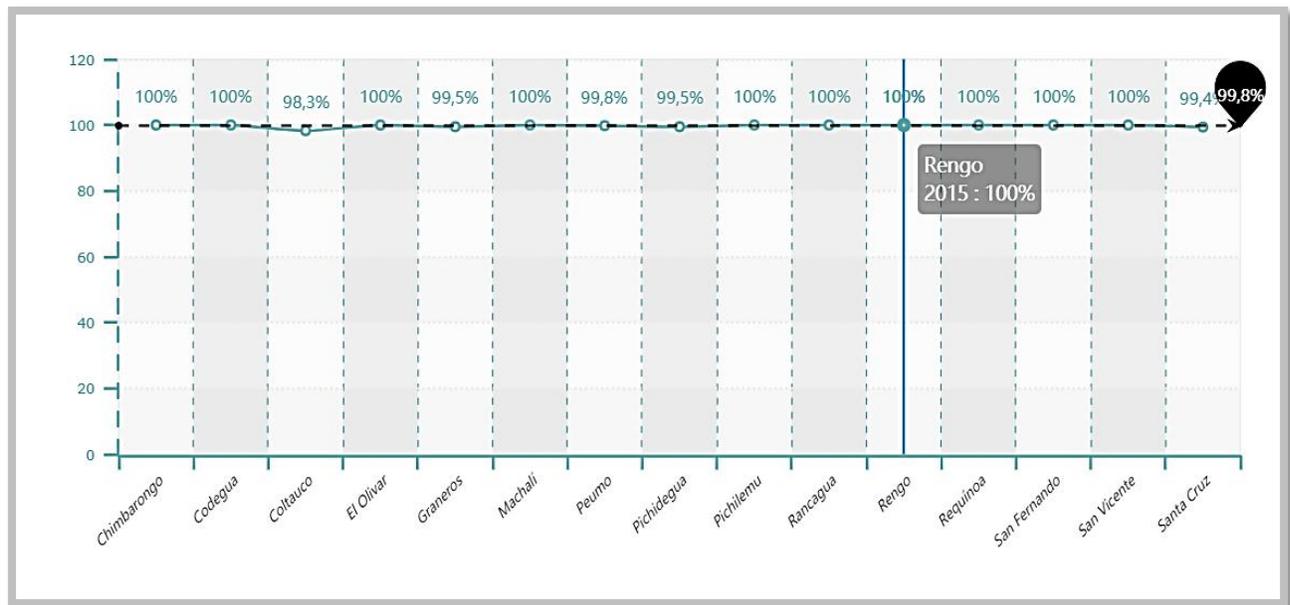
Total de hogares

% de hogares con acceso adecuado a agua, Nacional, 2015



Fuente MIDEPLAN CASEN 2015

A Nivel Comunal



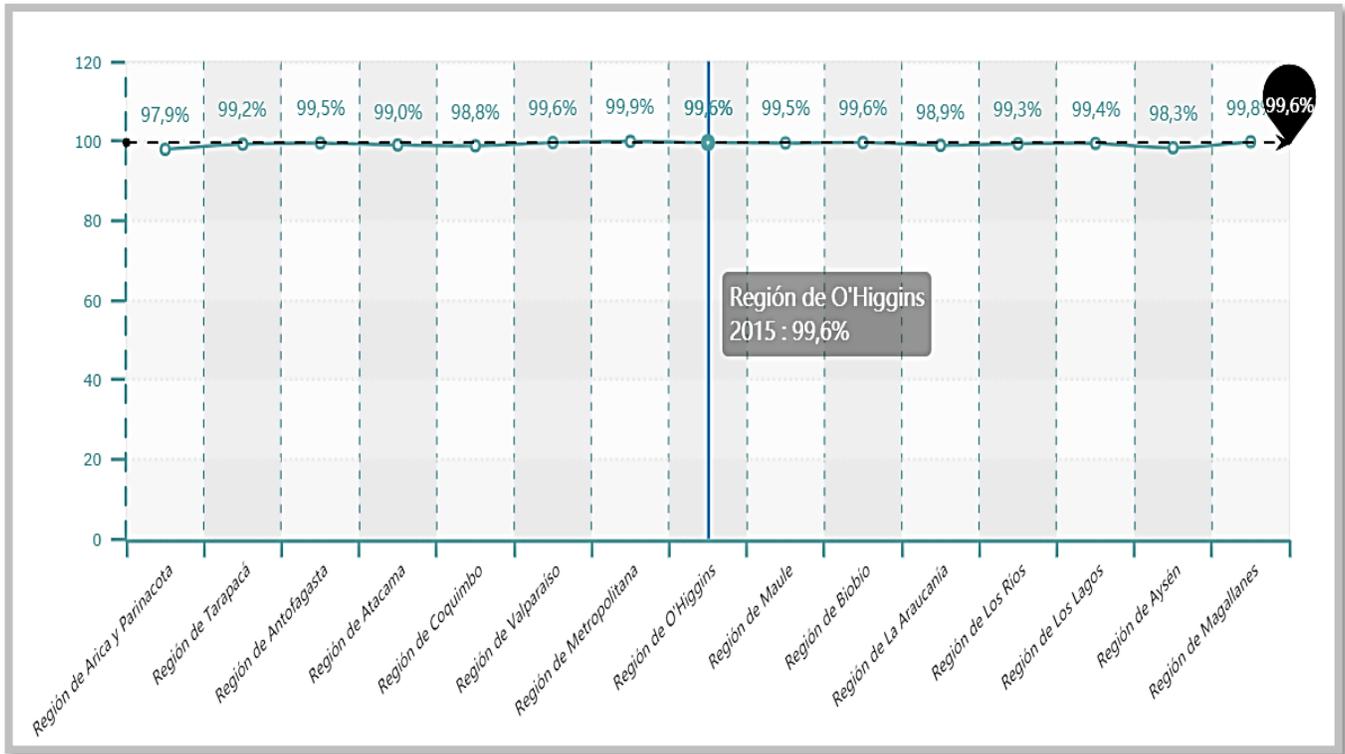
La comuna de Rengo según la última encuesta CASEN del año 2015 muestra que del total de hogares censados el 100% de ellos cuenta con un adecuado acceso a agua.

Hogar con acceso a red pública de energía eléctrica

Total de hogares

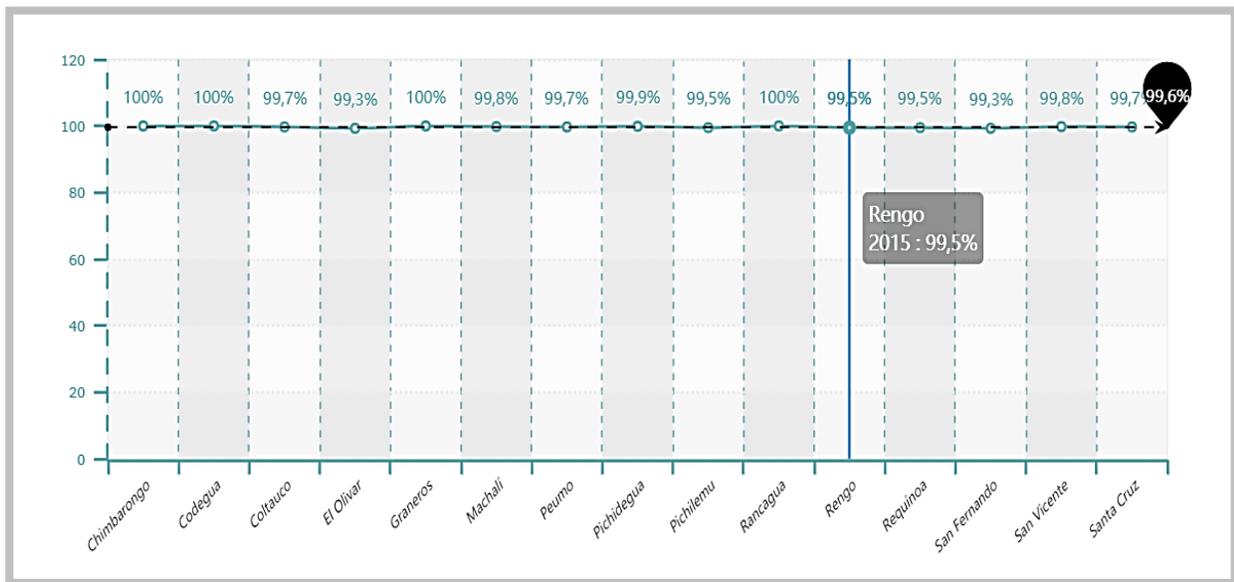
Gráfico: Porcentaje de Hogares con acceso a red pública de energía eléctrica, Nacional, 2015

A Nivel País y Región



Fuente MIDEPLAN-CASEN 2015

A Nivel Comunal



Fuente MIDEPLAN-CASEN 2015

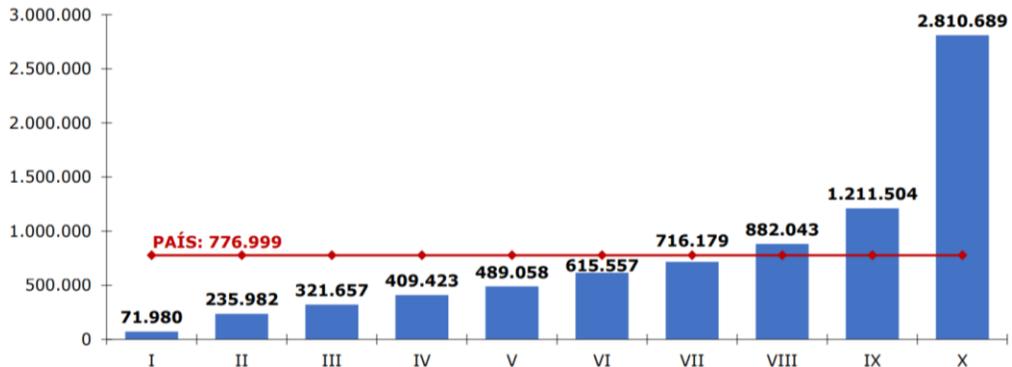
La comuna de Rengo según la última encuesta CASEN 2015 registra un 99,5% de acceso a red pública de energía eléctrica.

INGRESO PROMEDIO EN LOS HOGARES

A Nivel País

Ingreso del trabajo promedio del hogar por decil de ingreso autónomo per cápita del hogar, 2017

(\$ noviembre 2017)



* Al 95% de confianza, las diferencias SON estadísticamente significativas respecto al promedio nacional para todos los deciles.
* Se excluye servicio doméstico puertas adentro y su núcleo familiar.

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta Casen 2017.

Ingreso promedio del hogar por tipo de ingreso, 2006-2017

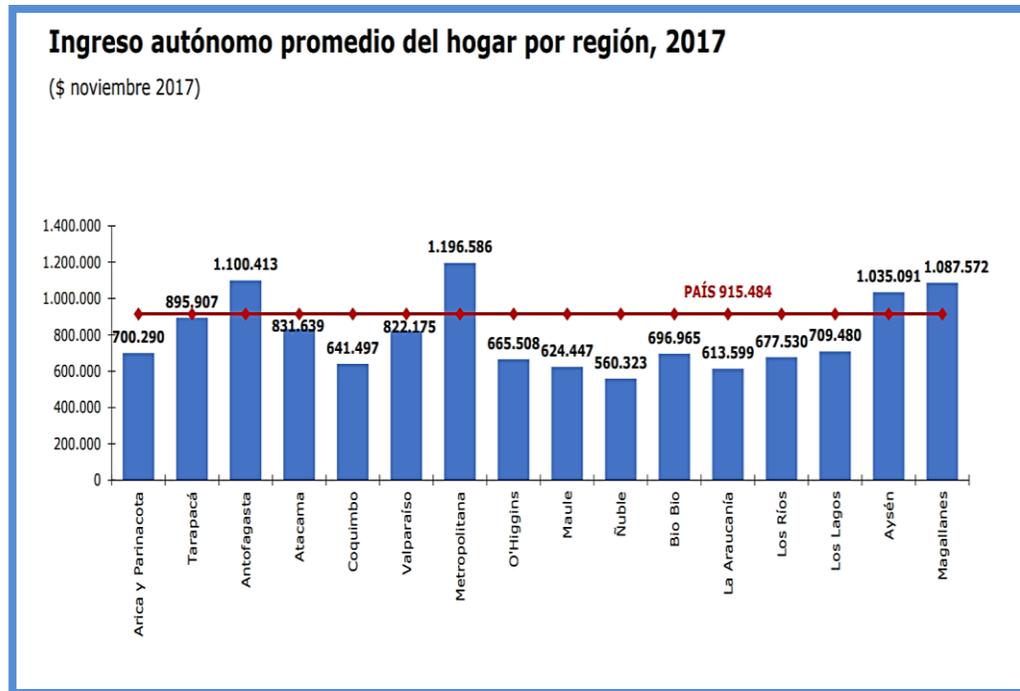
(\$ noviembre 2017)

	2006	2009	2011	2013	2015	2017
Ingreso del trabajo	625.649	615.766	625.770	725.309	739.085	776.999
Ingreso autónomo	723.673	723.920	735.254	847.046	872.810	915.484
Subsidios monetarios	10.673	24.131	20.872	25.778	28.233	31.113
Ingreso monetario	734.346	748.051	756.126	872.824	901.043	946.597

* Al 95% de confianza, las diferencias para el periodo 2017 - 2015 SON estadísticamente significativas.
* Se excluye servicio doméstico puertas adentro y su núcleo familiar.

El ingreso autónomo, también llamado ingreso primario, se define como todos los pagos que recibe el hogar como resultado de la posesión de factores productivos. Incluye sueldos y salarios, ganancias del trabajo independiente, la auto provisión de bienes producidos por el hogar, rentas, intereses, pensiones y jubilaciones.

A Nivel País y Regional



La comuna de Rengo, según la encuesta CASEN 2011, tiene un ingreso autónomo mayor al regional en más \$ 64.293, pero por debajo del nacional con menos \$ 106.200; Por otro lado, el subsidio monetario que incluye las pensiones básicas solidarias de vejez e invalidez, el aporte previsional solidario de vejez e invalidez, los subsidios de cesantía, los subsidios familiares, los subsidios de discapacidad mental, las asignaciones familiares, los subsidios al pago del consumo de agua potable, alcantarillado y tratamiento de aguas servidas, los bonos de protección familiar y de egreso, los bonos de apoyo a la familia (marzo) / (agosto), el subsidio eléctrico y otros subsidios del estado; en la comuna de Rengo, está por sobre la realidad regional y nacional, lo que refleja el mayor apoyo a las familias de menos recursos (Tabla N° 14).

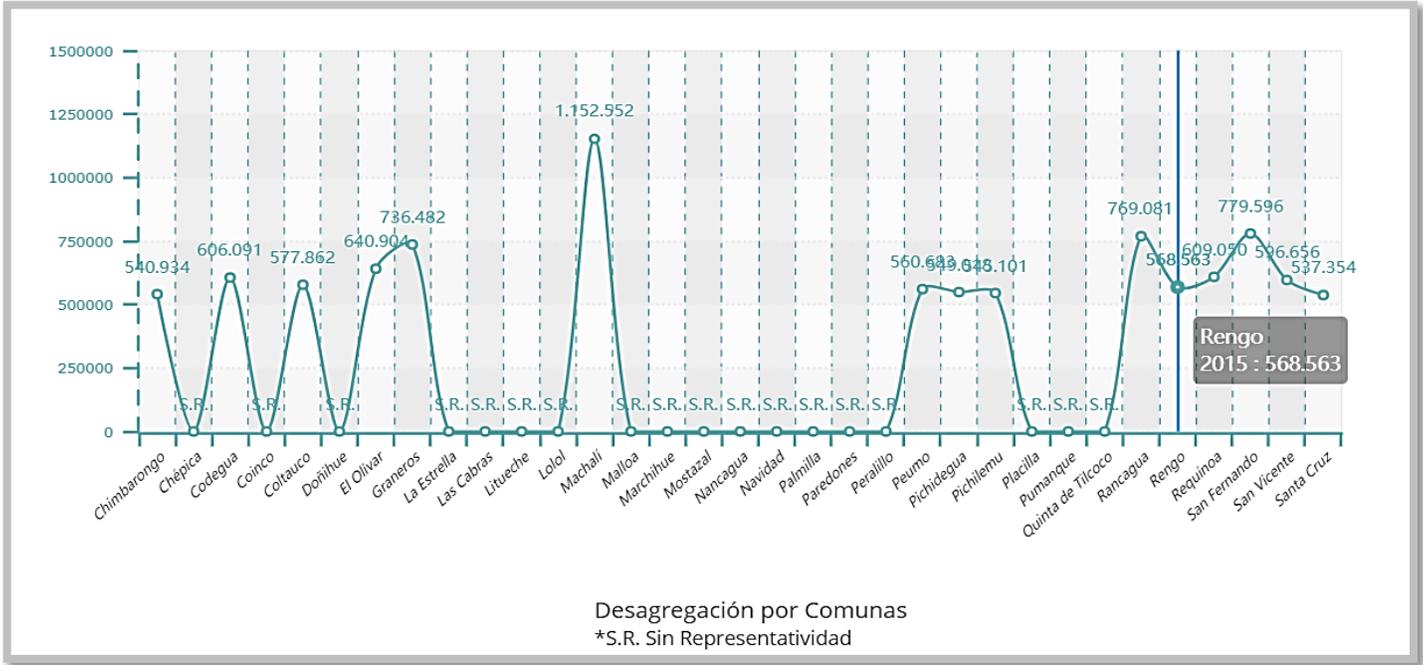
Tabla N° 14: Ingreso Promedio de los Hogares por Comuna, Región y País, CASEN, Año 2016.

Ingresos Promedios	2009	Territorio 2016		
		Rengo	Región	País
Ingreso autónomo en \$	504.724	676.753	612.460	782.953
Subsidio monetario en \$	15.995	21.559	15.431	17.321
Ingreso monetario en \$	520.720	698.312	627.891	800.274

Promedio del ingreso autónomo mensual del hogar

A Nivel Comunal

Se obtienen registros de la encuesta CASEN del año 2015, donde en la siguiente tabla se muestra un promedio de ingreso a nivel comunal, el cual corresponde a 568.563.



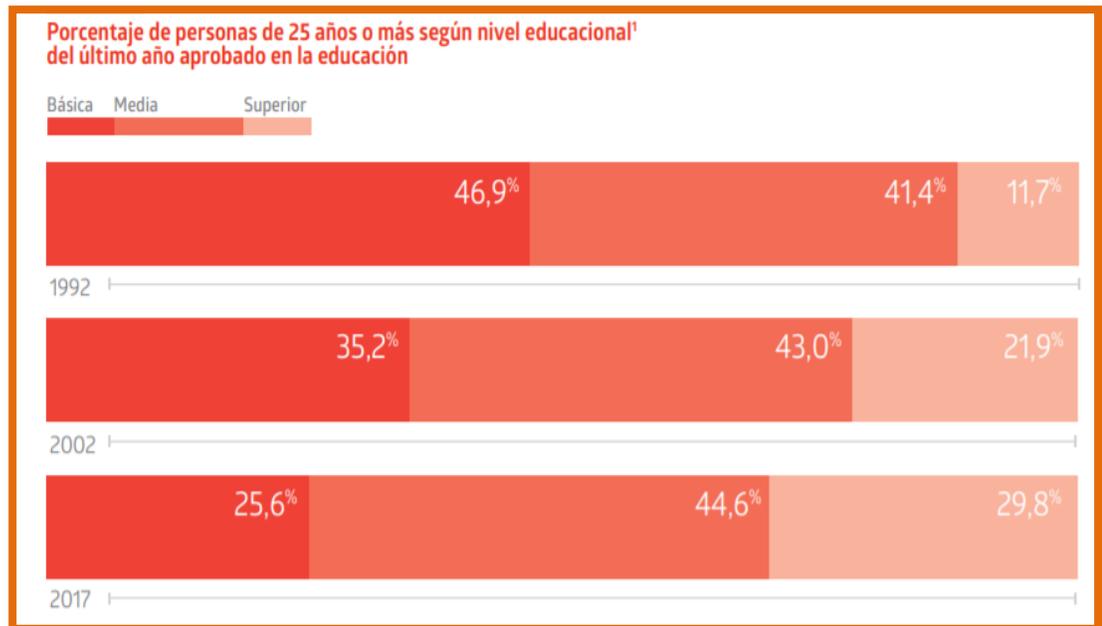
Promedio del ingreso autónomo per cápita mensual del hogar

Fuente: MIDEPLAN CASEN 2015

EDUCACIÓN

El nivel educacional es un conjunto de cursos reconocidos de manera formal por el Ministerio de Educación, que agrupa programas relacionados de acuerdo a conocimientos, destrezas y capacidades exigidos a los participantes para terminar con dicho nivel.

A NIVEL PAÍS



(1) Se consideró solo el total de los niveles, básica, media y superior por lo que los niveles preescolar y especial o diferencial no se tomaron como referencia en el total.

Como muestra el gráfico, en el Censo 2017 disminuyó el porcentaje de personas que declaró que su último curso aprobado fue en la educación básica, mientras que aumentó la preponderancia de la educación media. Además, se observa un crecimiento paulatino de la educación superior como el nivel donde más personas declaran haber aprobado el último curso, pasando de 11,7% en 1992 a 29,8% en 2017.

El 44,6% de la población de 25 años o más declaró como nivel educacional más alto aprobado la enseñanza media o secundaria.

A NIVEL COMUNAL

AÑO DE ESCOLARIDAD POR GRANDES GRUPOS DE EDAD. COMUNA DE RENGO.

Edad por Grandes Grupos	Casos	Promedio	%	Acumulado %
0 - 14	11 853	2,3	20,8%	20,8%
15 - 64	38 720	10,6	67,8%	88,5%
65 +	6 547	6,6	11,5%	100,0%
Total y Promedio	57 120	8,4	100,0%	100,0%

Fuente: Censo 2017-Procesado con Redatam WebServer 2017 CELADE/CEPAL, Naciones Unidas

En la siguiente tabla se presenta el número de establecimientos educacionales y matrícula escolar según desagregado por dependencia administrativa para los años 2014 y 2017. Los datos se presentan desagregados según comuna, región y país.

Establecimientos educacionales según dependencia administrativa, 2014 y 2017	Comuna		Región		País	
	2014	2017	2014	2017	2014	2017
Corporación Municipal	0	0	80	80	1.106	1.088
Municipal DAEM	27	27	322	317	4.225	4.108
Particular Subvencionado	11	11	272	275	6.065	5.866
Particular Pagado	0	0	22	21	595	617
Corporación Administración Delegada	0	0	6	6	70	70
Total	38	38	702	699	12.061	11.749

Fuente: Centro de Estudios, MINEDUC

La presente tabla muestra la matrícula escolar según nivel de enseñanza impartido para los años 2014 y 2017 en la comuna de Rengo.

Matrícula escolar según dependencia administrativa, años 2014 y 2017

Dependencia	Comuna		Región		País	
	2014	2017	2014	2017	2014	2017
Corporación Municipal	0	0	33.384	30.945	429.479	417.319
Municipal DAEM	9.167	8.982	61.983	59.259	875.155	855.073
Particular Subvencionado	3.436	3.658	79.615	85.129	1.919.392	1.943.598
Particular Pagado	0	0	9.363	10.124	270.491	296.801
Corporación Administración Delegada	0	0	4.971	5.227	46.802	45.603
Total	12.603	12.640	189.316	190.684	3.541.319	3.558.394

Fuente: Centro de Estudios, MINEDUC

INDICADORES ECONOMICOS

A NIVEL PAIS, REGIONAL Y COMUNAL

La presente tabla muestra datos extraídos desde las Estadísticas de Empresa del Servicio de Impuestos Internos (SII). Se presenta el número de empresas y el número de trabajadores, según tamaño de la empresa y el rubro al cual ésta se dedica. Los datos presentados corresponden a los años 2014, 2015 y 2016, desagregados a nivel de comuna, región y país.

Número de empresas según tamaño años 2014 a 2016

Tamaño Empresa	Comuna			Región			País		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Micro	2.025	2.016	2.060	37.690	38.605	39.317	673.985	685.525	695.465
Pequeña	524	544	562	8.745	9.086	9.300	186.581	192.297	195.028
Mediana	57	56	61	977	990	1.049	28.134	28.629	29.660
Grande	21	21	19	383	383	419	14.198	14.236	14.564
Sin ventas	340	373	379	7.137	7.540	7.948	152.828	159.048	159.956

Fuente: Estadísticas de Empresa, Servicio de Impuestos Internos (SII)

Trabajadores según rubro económico, años 2014 a 2016

Rubro Empresa	Comuna			Región			País		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
AGRICULTURA, GANADERIA, CAZA Y SILVICULTURA	9.748	9.745	11.321	158.158	156.953	158.775	1.014.130	1.012.690	1.007.039
PESCA	0	0	0	2.611	2.350	2.470	92.997	85.275	77.761
EXPLOTACION DE MINAS Y CANTERAS	9	13	14	3.051	3.031	2.657	117.476	111.757	102.305
INDUSTRIAS MANUFACTURERAS NO METALICAS	1.289	1.044	1.028	25.483	26.030	26.377	757.170	739.056	731.526
INDUSTRIAS MANUFACTURERAS METALICAS	375	512	488	9.888	9.389	9.743	421.341	404.877	392.759
SUMINISTRO DE ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA	43	42	35	992	997	944	71.134	72.356	69.181
CONSTRUCCION	1.085	1.131	1.137	35.873	36.756	36.339	1.450.460	1.434.225	1.431.107
COMERCIO AL POR MAYOR Y MENOR, REP VEHAUTOMOTORES/ENSERES DOMESTICOS	2.468	1.998	2.266	1.011.691	1.022.311	1.055.425	1.423.595	1.440.507	1.484.304
HOTELES Y RESTAURANTES	207	218	308	8.823	9.373	10.268	304.915	324.377	331.878

TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES	1.300	1.022	1.222	13.161	13.076	15.940	490.545	485.464	493.584
INTERMEDIACION FINANCIERA	132	136	111	1.163	1.937	1.576	250.003	263.745	270.762
ACTIVIDADES INMOBILIARIAS, EMPRESARIALES Y DE ALQUILER	581	599	613	21.905	22.071	24.558	1.188.020	1.164.950	1.197.007
ADM PUBLICA Y DEFENSA, PLANES DE SEG SOCIAL AFILIACION OBLIGATORIA	0	0	0	9.030	9.306	10.391	386.359	399.738	411.714
ENSEÑANZA	2.394	2.431	2.696	17.250	18.156	19.371	451.777	466.663	484.458
SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD	437	481	485	8.642	9.175	10.078	235.263	247.119	257.528
OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS COMUNITARIAS, SOCIALES Y PERSONALES	40	42	93	6.986	7.791	8.838	260.072	276.375	283.794
CONSEJO DE ADMINISTRACION DE EDIFICIOS Y CONDOMINIOS	0	0	0	8	14	23	7.974	8.799	9.087
ORGANIZACIONES Y ORGANOS EXTRATERRITORIALES	0	0	0	0	0	0	399	423	427
SIN INFORMACION	2	4	5	20	37	68	1.042	1.308	1.566

Fuente: Estadísticas de Empresa, Servicio de Impuestos Internos (SII)

INDICADORES MUNICIPALES

COMUNA DE RENGO

La siguiente tabla muestra datos extraídos desde la sección Datos Municipales del Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM) y corresponden a la distribución de los principales ingresos municipales, la distribución del gasto y de la inversión municipal en general.

Distribución porcentual de los ingresos municipales según origen, años 2015 a 2017

Tipo de Ingreso	2015	2016	2017
Propios Permanentes en el Ingreso Total	26,58	26,26	31,65
Del FCM en el Ingreso Total	37,67	39,04	49,34
Por Transferencia en el Ingreso Total	27,98	28,21	9,78

Fuente: Datos Municipales, Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM)

Distribución porcentual de los gastos y la inversión municipal, años 2015 a 2017.

Tipo de Gasto	2015	2016	2017
Gastos Corrientes en el Gasto Total	56,58	61,21	73,62
Inversión en el Gasto Total	28,06	30,22	15,77

Fuente: Datos Municipales, Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM)

La siguiente tabla muestra la distribución del gasto en las áreas de salud y educación municipal desagregada desde año 2015 a 2017.

Gasto en salud y educación municipal (M\$), años 2015 a 2017

Tipo de Gasto	2015	2016	2017
Gasto en Educación	14.420.445	14.994.311	17.624.027
Gastos Salud	4.744.477	4.941.815	5.578.308

Fuente: Datos Municipales, Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM).

INDICADORES DE SEGURIDAD

COMUNA DE RENGO

La siguiente tabla muestra datos que han sido extraídos desde la sección Tasa de Denuncias y Detenciones, de la Subsecretaría de Prevención del Delito y corresponden a las tasas de denuncia, tanto por delitos de mayor connotación social como por violencia intrafamiliar, de los años 2013 a 2016, desagregados a nivel de comuna, región y país.

Tasa de denuncias (c/100.000 hab.) por delitos de mayor connotación social (DMCS), años 2014 a 2016

Unidad Territorial	2014	2015	2016
Comuna de Rengo	2.249,80	2.041,64	2.138,07
Región del Libertador General Bernardo O'Higgins	2.191,59	2.084,39	2.100,75
País	2.801,19	2.701,25	2.528,22

Fuente: Subsecretaría de Prevención del Delito, Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

**Tasa de denuncias (c/100.000 hab.) por delitos de violencia intrafamiliar (VIF),
años 2014 a 2016**

Tasa de Violencia intrafamiliar	2014	2015	2016
Comuna de Rengo	574,69	614,05	575,69
Región del Libertador General Bernardo O'Higgins	609,95	551,68	542,68
País	587,52	541	519,62

Fuente: Subsecretaría de Prevención del Delito, Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO

La Unidad encargada del Desarrollo Comunitario de la comuna de Rengo tiene como funciones específicas:

- a)** Asesorar al alcalde y, también, al concejo en la promoción del desarrollo comunitario.
- b)** Prestar asesoría técnica a las organizaciones comunitarias, fomentar su desarrollo y legalización, y promover su efectiva participación en el municipio.
- c)** Proponer y ejecutar, dentro de su ámbito y cuando corresponda, medidas tendientes a materializar acciones relacionadas con salud pública, protección del medio ambiente, educación y cultura, capacitación laboral, deporte y recreación, promoción del empleo, fomento productivo local y turismo.
- d)** Elaborar diagnósticos que permitan identificar los problemas sociales y los sectores de la comunidad afectados, manteniendo registros actualizados de la realidad comunal.
- e)** Dar cumplimiento a todas aquellas funciones inherentes no especificadas y a las que el Alcalde o la ley determine.

UNIDADES

- 1.** Departamento de vivienda
- 2.** Departamento Social
 - Chile Crece Contigo
 - Registro Social de Hogares
- 3.** Departamento Fomento Productivo
- 4.** Departamento de Organizaciones Comunitarias
 - Junta de Vecinos

- Adulto Mayor
- Asuntos Religiosos
- Juventud
- Talleres Laborales

5. Unidad de intervención familiar. Programa Familias

6. Oficina de Inclusión Social y Diversidad

7. Departamento de Convenios

- OPD
- SENDA
- PRODESAL
- Autoconsumo
- Habitabilidad
- Vínculos

8. Oficina Infancia y Familia

- Programa 4 a 7
- Mediación Comunitaria y Vecinal
- Mujeres Jefas de Hogar
- JUNAEB
- Jardines VTF
- Centro para niños y niñas con cuidadores principales temporeros(CAMSERNAMEG)

9. Oficina Rosario

10. Oficina Seguridad Pública

11. Departamento de Cultura

12. Oficina Deporte

13. Centro Cultura de Rosario

14. Oficina de Investigación, Desarrollo e Innovación

Número de organizaciones sociales y comunitarias, años 2015 a 2017

Tipo de Organización	2015	2016	2017
Clubes Deportivos	109	200	129
Centros de Madres	0	0	0
Centros de Padres y Apoderados	36	41	36
Centros u Organizaciones del Adulto Mayor	58	58	62
Juntas de Vecinos	77	91	78
Uniones Comunales	3	3	4
Otras Organizaciones Comunitarias Funcionales (otros)	235	179	144
Compañías de Bomberos	3	3	3
Centros Culturales	0	1	117
Organizaciones Comunitarias (suma total)	521	576	573

Fuente: Datos Municipales, Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM)

MEDIO AMBIENTE

Según el informe *Infraestructura Crítica para el Desarrollo 2018-2027* (ICD), elaborado por la Cámara Chilena de la Construcción, Chile tiene hoy un promedio de 4,2 metros cuadrados (m²) de espacio público por habitante. 10,2 m² de áreas verdes por habitante es lo que recomienda la Ordenanza General de Urbanismo y Construcciones (OGUC).

El espacio público se entiende en forma más amplia que simplemente las áreas verdes. Así, se asocia a lugares recurrentes de la vida urbana, que tienen libre acceso por parte de la ciudadanía y donde es posible satisfacer colectivamente necesidades como recreación (plazas y parques), deporte (canchas y estadios) y cultura (museos y bibliotecas), entre otros. Se excluyen propiedades privadas (clubes, terrenos de instituciones) y playas, aunque se considera el espacio consolidado de costaneras y malecones.

La información disponible por región indica que en Magallanes existen 8,6 m²/habitante de espacio público, mientras que en Tarapacá el indicador llega apenas a 1 m²/habitante.

En general, en la zona norte la superficie de espacio público disponible hace que el promedio sea menor que si se consideraran solo las zonas centrales y del sur. Los bajos registros nortinos se asocian con la mayor dificultad de mantener áreas verdes. Sin embargo, es perfectamente posible asegurar que la provisión espacio público sea independiente de consideraciones geográficas, empleando diseños que utilicen especies vegetales de bajo consumo de agua, pavimentos pétreos en lugar de césped, y la construcción en base a pérgolas y otras estructuras que aprovechen el viento y el sol.

El ICD analizó las nueve ciudades y agrupaciones urbanas más extensas, donde vive el 51% de la población del país. Las cifras revelaron que Temuco es la ciudad con mayor superficie de espacio público del país, con 18,8 m²/habitante; Iquique y Antofagasta sólo alcanzan 1,6 m²/habitante. En la misma medición, la cifra llega a 8,3 en Puerto Montt, 6,6 en Punta Arenas, 6,2 en Coquimbo- La Serena, 4,6 en Valparaíso, 3,9 en Santiago y 3,8 en Concepción.

La construcción y mantenimiento de espacios comunitarios tienen impactos benéficos en la vida diaria de las personas (salud física y mental, positivo efecto en medio ambiente, plusvalía de viviendas, entre otros), los déficits existentes no pasan inadvertidos. En la encuesta Casen 2015, antes que el alumbrado o pavimentación, los encuestados pusieron en primer lugar de sus necesidades de equipamiento comunitario a las plazas y áreas verdes. Esto, considerando que la nueva manera de medir la pobreza, con un enfoque multidimensional, considera al hogar como carente cuando declara que en su barrio o localidad se presentan insuficiencia o mal estado de plazas y áreas verdes, infraestructura deportiva, lugares de reunión social o recreación, entre otros.

Considerando que al año 2011 según información obtenida de PLADECO la comuna de Rengo contaba con 1,01 Mt² de áreas por habitante, siendo un número muy alarmante en comparación con datos a nivel país y regional.

Actualmente no se cuenta con datos comunales 2012 al 2017 que permitan reflejar la situación actual.

En el año 2014 recursos que superan los 300 millones de pesos, obra de un proyecto gestionado por alcalde Carlos Soto González con el intendente Wladimir Román y los integrantes del Consejo Regional, se planteó la necesidad de la recuperación de los espacios públicos bajo la mirada del uso y cuidado responsable de ellos. En total, serán 41 plazas de sectores urbanos y rurales, las que se verán beneficiadas directamente con la implementación de circuitos deportivos, mobiliario y una serie de mejoras.

Algunas de las plazas que se encuentran insertas en esta iniciativa son las de Alonso de Ercilla, Amanecer, Apalta, Domingo Paredes, Edmundo Ureta, El Dorado, El Retiro, El Molino, El Romeral, Gabriela Mistral, Apalta, Las Nieves, Popeta, Villa Oriente, por citar algunas; Entre los aspectos que serán intervenidos en estas zonas, se encuentra la instalación de nuevos escaños, basureros, bicicleteros, además de la instalación de equipamiento deportivo de fácil utilización por los vecinos.

Cabe destacar que la Comuna de Rengo en el año 2017 es la primera comuna de la región que es certificada ambientalmente. Señala la SEREMI que se cumple una meta, con el apoyo del Consejo Ambiental Comunal (CAC) y la Red Ecológica de Chile. Por su parte, el Club de Adulto Mayor Nuestra Señora de Lourdes de la Comuna de Rengo se adjudicó 4 millones para poder desarrollar formas ancestrales de manejos sustentables, donde en cada casa se instalará una compostera y cada uno podrá valorizar sus residuos orgánicos junto a una capacitación, donde ellos serán los educadores.

SITUACIÓN SALUD

Natalidad

Según datos obtenidos en el Anuario de Estadísticas Vitales (DEIS 2015), se registraron 817 nacidos vivos, lo que representa un 6.75% de los nacimientos de la región, a nivel país corresponde a un 0.33% de los nacimientos.

La tasa de natalidad en la comuna de Rengo fue de 13.4 nacidos vivos por cada 1000 habitantes en el lapso de un año (Serie Nacimientos 2000-2015), siendo mayor a la tasa a nivel regional que es de 13.2 , pero menor a la tasa a nivel país que es de 13.6.

Al comparar estos datos con los observados en 2011 (13.8), se puede observar una baja considerable en la tasa de natalidad, con una disminución de un 0.4%, tendencia que se viene observando hace un tiempo, tanto a nivel regional como nacional.

Esto repercute en un envejecimiento de la población chilena, encontrándonos en una etapa de transición demográfica avanzada, disminuyendo la tasa de natalidad, debido principalmente, al acceso a métodos de control de natalidad y una mejor calidad de vida.

Tabla N° 17: Tasa de Natalidad por Comuna, Región y País, Años 2010, 2011, 2012 y 2015.

	2010			2011			2012			2015		
	País	Región	Rengo									
Tasa	14.7	14.4	14.9	14,4	13,8	13.3	14.0	13.5	13.2	13.6	13.2	13.4

Fuente: Elaboración Unidad de Epidemiología, Dpto. de Salud Pública, Seremi de Salud O'Higgins, según datos de Censos 1992 – 2002, INE y CASEN 2009-2015, MIDEPLAN.

Tasa de Fecundidad

A nivel País, Regional y Comunal

La tasa global de fecundidad por mujer año 2015, en la región fue de 1.7 hijos por mujer, siendo ligeramente mayor a la tasa a nivel país que es de 1.68. Ambos datos representan una disminución en comparación al año 2014, donde la tasa regional fue de 1.9 y a nivel país de 1.8.

Al año 2017 la tasa de fecundidad a nivel país cayó a 1.3, esto además se puede observar en el aumento de mujeres en edad fértil sin hijos, que asciende a un 35%.

Según datos actualizados entregados por Instituto Nacional de Estadísticas (INE), al año 2015 la tasa de fecundidad en la comuna de Rengo muestra la tasa más alta en el grupo de 20 a 25 años, superior a nivel regional y nacional.

En consideración a la tasa total de fecundidad se muestra la región de O'Higgins con un total de 46,2 siendo la tasa más alta en comparación a nivel nacional y con nuestra Comuna.

Tabla N° 18: Tasa específica de Fecundidad por Tramo de Edad y residencia de la madre, por Comuna, Región y País, Año 2015.

Territorio	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años	30 a 34 años	35 a 39 años	40 a 44 años	45 a 49 años	50 a 54 años	Tasa Total
Rengo	1,4	47,8	82,2	103,4	87,0	34,5	10,5	0,9	0,0	45,9
Región	1,2	39,8	77,9	94,2	90,9	50,2	14,8	0,7	0,0	46,2
País	1,2	39,3	75,6	85,3	85,1	54,1	15,3	0,8	0,0	44,5

Fuente: DEIS, Elaboración propia, Consultado Octubre 2018

Mortalidad

Según el Anuario de Estadísticas Vitales en el año 2012 la tasa de mortalidad general en Rengo fue de 5,3 personas por cada 1000 habitantes, con un total de 326 defunciones, de las cuales 171 fueron hombres (5,5) y 155 fueron mujeres (5,0), tendencia similar a la regional y nacional. La tasa de mortalidad general se encuentra levemente disminuida en relación a la región (5,9) y también a nivel país (5,7), y presenta un aumento respecto al año 2011 (Tabla N° 19 y 20).

Mientras que en el año 2014 la tasa de mortalidad general en Rengo fue de 5,6 personas por cada 1000 habitantes con un total de 337 defunciones de las cuales 157 eran mujeres siendo la tasa de 5,2 y 180 fueron hombres con una tasa de 6,0. Lo que demuestra al año 2014 el aumento de 11 defunciones con un aumento de la tasa de 0,3.

Mortalidad General según sexo, por País, Región y Comuna de residencia. Chile, 2014

MORTALIDAD GENERAL						
Territorio	TOTAL		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa
Rengo	337	5,6	180	6,0	157	5,2
O'Higgins	5.341	5,9	2.972	6,5	2.368	5,2
País	101.960	5,7	53.975	6,1	47.968	5,3

**Mortalidad de los adultos según grupos de edad y sexo, por País, Región y
Comuna de residencia. Chile 2014**

GRUPO EDADES						
20 a 44 años						
Territorio	Mortalidad General Ambos Sexos		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa
Rengo	14	6,4	11	10,1	3	2,8
O'Higgins	351	10,8	243	14,8	108	6,7
País	6.539	9,7	4.674	13,7	1.865	5,6

Fuente: DEIS-Elaboración propia, Consultado Octubre 2018.

GRUPO EDADES						
45 a 64 años						
Territorio	Mortalidad General Ambos Sexos		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa
Rengo	70	47,6	47	64,3	23	31,1
O'Higgins	1.059	46,3	649	56,3	410	36,2
País	19.872	46,6	12.531	60,0	7.341	33,8

Fuente: DEIS-Elaboración propia, Consultado Octubre 2018

Índice de Swaroop

Con respecto al índice de Swaroop (Porcentaje de defunciones ocurridas en personas de 60 años y más), en el año 2012 la comuna obtuvo 74,8% (como promedio para ambos sexos), siendo mayor en mujeres con un 81,3% versus un 69,0% en hombres. Por otra parte en la región encontramos un índice de Swaroop de 75% y a nivel país un 77,4%, siendo ambos mayores que a nivel comunal y con mayor índice en mujeres (80,7% y 83,4%, respectivamente).

Mientras que en el año 2014 la comuna de Rengo obtuvo 77,7% (como promedio para ambos sexos), siendo mayor en mujeres con un 86,0% versus un 70,0% en hombres. Por otra parte en la región encontramos un índice de Swaroop de 77,2% y a nivel país un 77,9%, siendo muy similar en comuna región y país. Sin embargo hubo un aumento en el número

De mujeres en un 4,7% y en hombres con 1% de diferencia al año 2012.

Tabla N° Índice de Swaroop según sexo, por Región y Comuna de residencia. Chile, 2014

ÍNDICE DE SWAROOP			
Territorio	Total	HOMBRE	MUJER
Rengo	77,7%	70,0%	86,0%
O'Higgins	77,2%	74,1%	81,1%
País	77,9%	72,7%	83,7%

Fuente: DEIS-Elaboración propia Consultado Octubre 2018

Mortalidad de los adultos mayores según grupos de edad y sexo, por Región y Comuna de residencia. Chile, 2014

Territorio	65 a 79 años						80 y más años					
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres		Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*
Rengo	109	23,2	54	24,0	55	22,5	134	110,1	61	141,9	73	92,8
Región O'Higgins	1.716	22,8	990	27,7	726	18,4	2.054	106,4	997	129,2	1.054	91,2
País	32.135	22,6	18.416	28,7	13.719	17,6	40.352	109,2	16.584	128,6	23.768	98,8

Fuente: DEIS-Elaboración propia Consultado Octubre 2018

La tabla muestra la Mortalidad de los adultos Mayores año 2014, entre edades de 65 a 79 años que la tasa promedio es de 22,8 siendo la Comuna de Rengo con la tasa superior (23,2) en comparación a nivel regional (22,8) y país (22,6).

El grupo de edades entre 80 y más años la tasa de Mortalidad en la Comuna de Rengo es superior (110,1) representado por 134 defunciones de ambos sexos, en comparación a nivel regional (106,4) representado por 2.054 defunciones de ambos sexos y país (109,2) representado por 40.352 defunciones de ambos sexos; con un promedio general de la tasa de mortalidad en adultos mayores de 80 y más años de ambos sexos de 108.5 defunciones por cada 1000 habitantes.

Algunos Indicadores de mortalidad por causa, según sexo.

Región Libertador Bernardo O'Higgins año 2016

Código CIE-10	Gran grupo de causas de muerte y sexo	Defunciones	Tasa *
Todas las causas	Ambos sexos	5.556	599,46
	Hombres	3.005	646,11

	Mujeres	2.551	552,48
C00-D48	Tumores (neoplasias)	1.446	156,02
	Hombres	793	170,50
	Mujeres	653	141,42
E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	300	32,37
	Hombres	149	32,04
	Mujeres	151	32,70
I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio	1.502	162,06
	Hombres	769	165,34
	Mujeres	733	158,75
J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio	581	62,69
	Hombres	291	62,57
	Mujeres	290	62,81
K00-K93	Enfermedades del sistema digestivo	391	42,19
	Hombres	230	49,45
	Mujeres	161	34,87
V01-Y98	Causa Externa de mortalidad	438	47,26
	Hombres	347	74,61
	Mujeres	91	19,71
Código CIE-10	Grupo específico de causas de muerte y sexo		
B20-B24	Infecciones por VIH y SIDA	24	2,59
	Hombres	18	3,87
	Mujeres	6	1,30
C16.-	Tumor maligno del estómago	188	20,28
	Hombres	133	28,60
	Mujeres	55	11,91
C33-C34	Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	140	15,11
	Hombres	83	17,85
	Mujeres	57	12,34
E10-E14	Diabetes mellitus	240	25,89
	Hombres	122	26,23
	Mujeres	118	25,56
I10-I13	Enfermedades hipertensivas	363	39,17
	Hombres	153	32,90
	Mujeres	210	45,48

I20-I25	Enfermedad isquémica del corazón	476	51,36
	Hombres	286	61,49
	Mujeres	190	41,15
I60-I69	Enfermedades cerebrovasculares	417	44,99
	Hombres	217	46,66
	Mujeres	200	43,31
J12-J18	Neumonía	182	19,64
	Hombres	90	19,35
	Mujeres	92	19,92
J40-J44	Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	201	21,69
	Hombres	96	20,64
	Mujeres	105	22,74
K70-K76	Cirrosis hepática y otras enfermedades crónicas del hígado	207	22,33
	Hombres	143	30,75
	Mujeres	64	13,86
V01-V99**	Accidentes de tránsito	143	15,43
	Hombres	122	26,23
	Mujeres	21	4,55
X60-X84	Lesiones auto infligidas intencionalmente	102	11,01
	Hombres	83	17,85
	Mujeres	19	4,11
Código CIE-10	Grupo específico de causas de muerte y edad		
G30.-	Enfermedad de Alzheimer (10.000 habitante)		0
	70 a 74 años	9	33,27
	75 a 79 años	9	47,96
	80 y más años	53	251,14
Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas en menores de un año (10.000 habitante)	46	36,91

Fuente: DEIS - MINSAL / * Tasa por 100.000 habitantes

La tabla muestra al año 2016 que el gran grupo de causas de muerte y sexo se reflejan en ambos sexos con 5.556 defunciones lo que corresponde a una tasa de 599,46,

siendo en hombres 3.055 defunciones con una tasa de 646,11, en tanto en menor número las mujeres que se muestra con 2.551 defunciones con una tasa menor de 552,48.

Así mismo la tabla muestra que al año 2016 al clasificar por enfermedades específicas, se destacan en primer lugar las enfermedades isquémicas del corazón en segundo lugar enfermedades cerebrovasculares, los tumores malignos y en tercer lugar las enfermedades hipertensivas a diferencia del año 2015, se destacan en su mayoría las enfermedades cerebrovasculares, en segundo lugar los tumores malignos y en tercer lugar las enfermedades isquémicas del corazón como se muestra en la tabla siguiente.

Tasa de Mortalidad por Causas Específicas, Región de O'Higgins, Año 2015.

Causa	Tasa
Enfermedades cerebrovasculares	46,8
Otros tumores malignos	45,9
Enfermedades isquémicas del corazón	44,0
Otras enfermedades del sistema circulatorio	34,8
Cirrosis hepática y otras enfermedades del hígado	25,1
Demás causas externas	22,9
Enfermedades hipertensivas	20,3
Diabetes mellitus	18,5
EPOC	17,5
Tumor de estómago	16,3
Accidentes de tránsito	15,7
Lesiones auto infringidas intencionalmente (suicidios)	14,2

Fuente: Elaboración Unidad de Epidemiología, Dpto. de Salud Pública, Seremi de Salud O'Higgins, según datos de Censos 1992 – 2002, INE y Casen 2009, MIDEPLAN.

En tanto a nivel comunal al año 2013 último datos registrados, las enfermedades que causan mayores tasas de mortalidad, son en primer lugar los tumores, seguido por las enfermedades cardiovasculares, respiratorias, traumatismos, infarto agudo al miocardio y

cáncer de próstata (Tabla N° 22), presentando discordancia con las principales causas de mortalidad a nivel regional y nacional.

Tabla N° 22: Mortalidad por Causas por Comuna, Región y País, Año 2013.

Tasa	Tumores	Cardiovascular	Respiratorio	Traumatismos	IAM	Ca. Próstata	Acc. Tránsito	Ca. Mama	Suicidio	Ca-Cu
Rengo	126,67	124,91	59,82	51,02	49,26	30,50	23,7	10,80	9,44	9,43

Fuente: Elaboración Unidad de Epidemiología, Dpto. de Salud Pública, Seremi de Salud O'Higgins, según datos de Censos 1992 – 2002, INE y Casen 2009, MIDEPLAN.

Mortalidad Infantil

Comparación años 2012 y 2014 respectivamente

Mortalidad infantil y sus componentes, por Región y Comuna de residencia de la madre. Chile, 2012

Territorio	Infantil < 1 año	Neonatal < 28 días	Neonatal precoz < 7 días	Post-neonatal 28 días – 11 meses
Comuna de Rengo	11	8,6	7,4	2,5
Región de O'Higgins	7,7	5,3	4,4	2,5
País	7,4	5,4	4,2	2,1

Fuente: Elaboración Unidad de Epidemiología, Dpto. de Salud Pública, Seremi de Salud O'Higgins, según datos de Censos 1992 – 2002, INE y CASEN 2009, MIDEPLAN.

En relación a la tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año), en el año 2012, ésta resultó ser de 11 muertes por 1000 nacidos vivos, siendo mayor que a nivel regional (7,7) y nacional (7,4). Dentro de la tasa de mortalidad infantil, la tasa de mortalidad neonatal es de 8,6, la neonatal precoz de 7,4 y la tasa de mortalidad pos neonatal de 2,5

defunciones por 1000 nacidos vivos en la comuna (DEIS), todas superando a las tasas regionales y nacionales (Tabla N° 23).

Mortalidad infantil y sus componentes, por Región y Comuna de residencia de la madre. Chile, 2014

Territorio	Infantil		Neonatal		Neonatal Precoz		Postneonatal	
	Defunciones menores de 1 año	Tasa*	Defunciones menores 28 días	Tasa*	Defunciones menores 7 días	Tasa*	Defunciones 28 días a 11 meses	Tasa*
Rengo	6	7,6	6	7,6	2	2,5	0	0,0
Región O'Higgins	100	8,0	72	5,8	56	4,5	28	2,3
País	1.825	7,2	1.311	5,2	1.045	4,1	514	2,0

Fuente: DEIS según datos 2014, elaboración propia, Consultado Octubre 2018

Mientras que al comparar año 2012 de acuerdo a últimos registros obtenidos del Departamento de estadística en salud (DEIS) año 2014 se observa una disminución en la tasa de 1,0 de defunciones reflejado en 6 defunciones por cada 1000 nacidos vivos menores de un año, siendo mucho menor que a nivel regional y nivel país a diferencia del año comparativo 2012 que la tasa era mayor.

La tasa de mortalidad Neonatal muestra 6 defunciones por cada 1000 nacidos vivos (7,6) siendo la tasa (5,2) mayor que a nivel regional (5,8) y país (5,2).

La tasa de Mortalidad Neonatal precoz muestra 2 defunciones por 1000 nacidos vivos (2,5) siendo la tasa mucho menor que a nivel regional (4,5) y a nivel país (4,1).

La tasa de Mortalidad Postneonatal muestra 0,0 de defunciones por cada 1000 nacidos vivos siendo menor que a nivel regional (2,3) y a nivel país (2,0).

Mortalidad Infantil por Grupos Etáreos

Comparación años 2012 y 2014 respectivamente;

Tabla N° 24: Tasa de Mortalidad en la Niñez Según Grupo de Edad, por País, Región y Comuna, Año 2012.

Territorio	1-4 años	5-9 años
Rengo	27,2	21,8
Región de O'Higgins	30,3	7,9
País	29,6	14,3

Fuente: Elaboración Unidad de Epidemiología, Dpto. de Salud Pública, Seremi de Salud O'Higgins, según datos de Censos 1992 – 2002, INE y CASEN 2009, MIDEPLAN.

El gráfico muestra que en el año 2012 la menor tasa de mortalidad en la niñez se representa por el grupo de edad de 5 a 9 años en la región de O'Higgins, mientras que la Comuna de Rengo muestra la mayor tasa de mortalidad (21,8) en comparación a nivel regional (7,9) y a nivel país (14,3).

Mortalidad en la niñez según grupos de edad y sexo, por Región y Comuna de residencia, Chile, 2014

Territorio	1 a 4 años						5 a 9 años					
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres		Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa*										
Rengo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,3	1	4,6	0	0,0

Región	13	2,6	8	3,2	5	2,1	6	1,0	2	0,6	4	1,3
OHiggins												
País	283	2,9	160	3,2	123	2,5	166	1,4	96	1,6	70	1,2

La tasa de Mortalidad en la niñez en edades de 1 a 4 años, la Comuna de Rengo tiene significativas diferencias a nivel regional y a nivel país reflejado en 0,0 la tasa de defunciones. Mientras que entre edades de 5 a 9 años la tasa (2,3) está por sobre de la

Territorio	10 a 14 años						15 a 19 años					
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres		Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*
Rengo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	6,2	2	8,4	1	4,1
Región De O'Higgins	7	1,1	5	1,5	2	0,6	38	5,3	30	8,1	8	2,3
País	202	1,6	118	1,9	84	1,4	578	4,3	422	6,1	156	2,4

región (1,0) y nivel país (1,4). Sin embargo, se observa una marcada disminución en la tasa de mortalidad en la niñez al comparar años 2012 y 2014 a nivel comunal, regional y País.

Mortalidad del adolescente según grupos de edad y sexo, por Región y Comuna de residencia. Chile, 2014

FUENTE: DEIS- Elaboración propia, Consultado Octubre 2018

La tasa de Mortalidad en adolescentes cuyas edades de 10 a 14 años en la Comuna de Rengo es significativamente menor representada con una tasa de 0,0 de defunciones en comparación a nivel regional (1,1) y país (1,6), mientras que las edades de 15 a 19 años la tasa de Mortalidad en la Comuna de Rengo (6,2) es mucho mayor que a

nivel regional (5,3) y país (4,3). La tasa de Mortalidad en adolescentes es significativamente menor en el año 2014 en comparación al año 2012.

Mortalidad del adolescente, según grupos de edad, año 2012

Territorio	10-14 años	15-19 años
Rengo	20,1	56,2
Región O'Higgins	18,5	69,5
País	16,8	43,5

Fuente: Elaboración Unidad de Epidemiología, Dpto. de Salud Pública, Seremi de Salud O'Higgins, según datos de Censos 1992 – 2002, INE y CASEN 2009, MIDEPLAN.

Al observar la mortalidad en la adolescencia, al año 2012, las tasas presentes son más elevadas en las edades de 15-19 años con 56,2, versus 69,5 a nivel regional y 43,5 a nivel nacional; La menor tasa está comprendida en las edades de 10-14 años con 20,1, siendo esta mayor que a nivel regional (18,5) y del país (16,8) (Tabla N° 24).

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 fallecimientos prematuros. El supuesto en el que se basan los AVPP es que cuando más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida. Este indicador ha sido ampliamente utilizado para el estudio de las desigualdades en salud, tanto a nivel nacional, como para efectuar comparaciones. 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.

Tabla N° 26 Tasa de Años de vida potenciales perdidos por cada 1.000 mujeres, según región y comuna y País*. Chile, 2011 a 2014

Territorio	Tasa de AVPP 2011	Tasa de AVPP 2012	Tasa de AVPP 2013	Tasa de AVPP 2014
Rengo	71,0	56,1	51,2	44,4
Región de O'Higgins	55,6	57,8	49,3	55,7
País	53,1	52,7	50,4	50,3

Fuente:-DEIS- Elaboración propia, Consultado Octubre2018

Los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) en la comuna de Rengo son significativamente menores (44,4) al año 2014 según la evolución del tiempo y en comparación a nivel regional (55,7) y país (50,3).

Tabla N° 27: Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) Según Causa, Ambos Sexos, Región de O'Higgins; Años 2012-2013-2014.

Causa de Defunción	2012		2013		2014	
	AVPP	Tasa*	AVPP	Tasa*	AVPP	Tasa*
Enfermedades por VIH	828	0,9	872	1,0	1.200	1,3
Tumores malignos	14.415	16,3	13.639	15,4	14.635	16,4
Enfermedades sistema circulatorio	11.642	13,2	10.921	12,4	10.483	11,8
Enfermedades sistema respiratorio	3.062	3,5	2.903	3,3	2.977	3,3
Accidentes de transporte	5.808	6,6	5.757	6,5	5.036	5,7
Lesiones auto infligidas	4.644	5,3	3.407	3,9	4.514	5,1
Agresiones	1.489	1,7	981	1,1	925	1,0
Resto de causas	24.671	27,9	21.625	24,5	23.996	26,9
Resto de causas externas	3.609	4,1	3.057	3,5	2.776	3,1

La Región de O'Higgins presenta AVPP según causa y mantenida en el tiempo desde el año 2012 a 2014 que después de resto de causas siendo el predominio siguen tumores malignos y luego las enfermedades del sistema circulatorio.

Tabla N° 27: Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) Según Causa, Ambos Sexos, A Nivel País; Años 2012-2013-2014.

Causa de Defunción	2012		2013		2014	
	AVPP	Tasa*	AVPP	Tasa*	AVPP	Tasa*
TOTAL PAÍS	1.220.998	71,6	1.233.962	71,4	1.242.894	71,2
Enfermedades por VIH	16.610	1,9	18.608	2,1	17.923	2,0
Tumores malignos	281.876	32,9	288.077	33,2	284.607	32,5
Enfermedades sistema circulatorio	200.367	23,4	211.825	24,4	208.551	23,8
Enfermedades sistema respiratorio	53.724	6,3	57.245	6,6	57.273	6,5
Accidentes de transporte	76.722	9,0	77.853	9,0	74.537	8,5
Lesiones auto infligidas	69.616	8,1	64.940	7,5	66.554	7,6
Agresiones	31.364	3,7	30.935	3,6	37.739	4,3
Resto de causas	426.576	49,8	417.472	48,1	430.027	49,1
Resto de causas externas	64.143	7,5	67.007	7,7	65.683	7,5

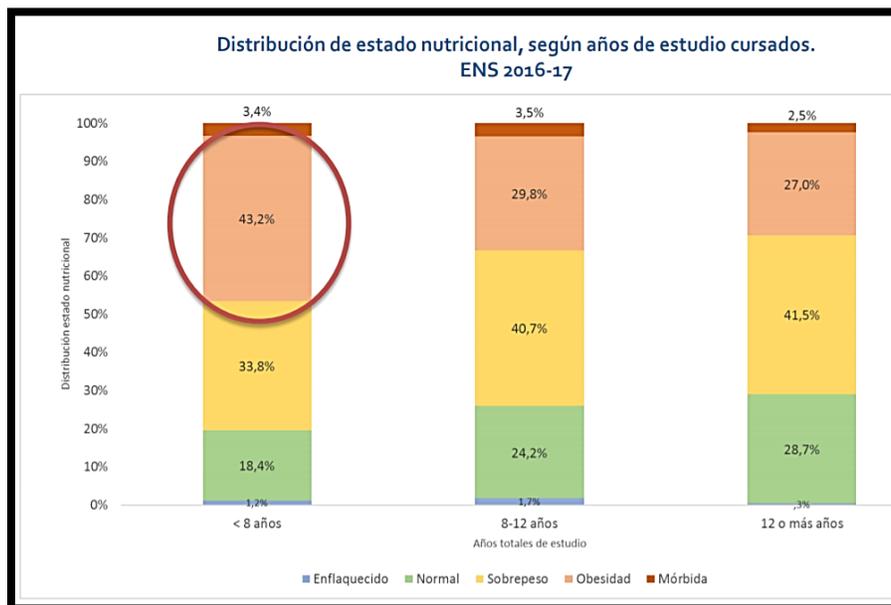
Fuente: DEIS-Elaboración propia, Consultado Octubre 2018

OBESIDAD

La Ley 20.606 prohíbe vender y publicitar alimentos no saludables en las escuelas, pero no impide el consumo que puede venir de la casa o de la venta callejera. Lo que no es regulado por el Ministerio de Educación (MINEDUC).

A pesar de intentos realizados desde el 2000 en adelante, como han sido los programas VIDA CHILE (2000-2005), Estrategia Global contra la Obesidad o EGO-Chile (2006-2010), Elige Vivir Sano (2011-2014) y actualmente la Ley 20.606 o Ley del Etiquetado, que es un avance pero que requiere de una política más global de respaldo que involucre a sectores como Educación, Desarrollo Social, Agricultura, Trabajo, Economía.

Según datos que arroja el gráfico de la encuesta nacional de salud año 2016-2017 revela que el 43,2 % de los niños con menos de 8 años de estudio padece de obesidad, el 29,8 % con estudios entre 8 y 12 años y el 27,0% con más de 12 años de estudio.



MORBILIDAD

Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO)

Las ENO según últimos registros al año 2018 fueron diagnosticadas durante el año 2014: Sífilis (6 casos), Gonorrea (1 caso), Hepatitis B (3 casos), Hepatitis C (3 casos) y 2 casos de tuberculosis. (DEIS, 2010) (Tabla N° 30).

Tabla N° 30: Enfermedades de Declaración Obligatoria por Comuna, Región y País, Año 2017.

Enfermedad	Rengo	Región	País
	2017	2017	2017
Tuberculosis	0	59	441
Gonorrea	2	23	459
Sífilis	5	93	-----
Hepatitis B	0	30	167
Chagas	0	37	48

Fuente: Servicio de Salud del Libertador B. O'Higgins, año 2017.

Cabe destacar, que durante los últimos años se ha presentado una disminución de los casos de tuberculosis, gonorrea, y hepatitis (B y C).

Egresos Hospitalarios

Según datos disponibles en el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS, MINSAL), respecto a los egresos hospitalarios en la comuna de Rengo al año 2012, se puede observar que la mayor parte de ellos corresponden a causas de Embarazo, Parto y Puerperio con 1.311 casos, lo que representa un 25,8% del total, con una estadía en promedio de 3 días de duración, siendo las mujeres entre 20 y 44 años quienes concentraban el mayor número de casos; La situación se replica a nivel regional y nacional.

En ese mismo año, la segunda causa fueron las Enfermedades del Sistema Digestivo, con 950 casos, representando un 18,7% del total, con un promedio de estadía de 8,5 días aproximadamente; y la tercera causa fue debido a Enfermedades Respiratorias, con 614 casos (12,11% del total comunal). La causa que presenta el menor porcentaje de egreso corresponde a Enfermedades del Oído y del Proceso Mastoides, de las cuales solo hubo dos casos, lo que representa el 0,03% del total de egresos hospitalarios de la comuna de Rengo.

Egresos Hospitalarios según edad y causa, País año 2017

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	1.637.150	78.426	70.266	52.515	43.645	68.640	592.224	367.357	248.644	115.433
(Blank)	26	-	-	-	-	-	16	9	1	-
<u>Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias -</u>	36.033	3.453	5.620	2.138	1.412	1.196	7.567	6.075	5.164	3.408
<u>Tumores [Neoplasias]</u>	126.650	291	2.676	2.507	2.819	2.450	27.187	47.478	32.613	8.629
<u>Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad</u>	11.900	273	969	812	585	425	2.390	2.571	2.315	1.560
<u>Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas</u>	48.345	420	1.202	1.463	1.361	1.124	14.182	15.366	9.763	3.464
<u>Trastornos mentales y del comportamiento</u>	28.703	34	167	300	1.812	4.379	12.372	7.054	1.795	790
<u>Enfermedades del sistema nervioso central</u>	30.737	1.208	3.076	1.994	1.643	1.203	7.178	8.367	4.400	1.668
<u>Enfermedades del ojo y sus anexos</u>	12.680	187	350	291	191	182	1.897	4.098	4.056	1.428
<u>Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides</u>	5.798	84	596	710	544	249	1.148	1.662	640	165
<u>Enfermedades del sistema circulatorio</u>	130.206	243	338	505	696	960	12.616	43.605	46.549	24.694
<u>Enfermedades del sistema respiratorio</u>	154.108	21.292	25.009	12.771	4.258	3.790	17.353	18.218	25.878	25.539
<u>Enfermedades del sistema digestivo</u>	224.967	1.933	3.797	7.798	8.605	9.257	73.184	70.968	37.191	12.234
<u>Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo</u>	24.083	433	1.200	1.112	1.114	1.432	6.743	6.228	3.752	2.069
<u>Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo</u>	83.818	117	752	1.218	2.431	3.007	25.142	33.356	15.188	2.607
<u>Enfermedades del sistema genitourinario</u>	139.327	2.829	5.433	5.218	2.920	3.872	38.588	42.262	27.598	10.607

Embarazo, parto y puerperio	287.342	-	-	-	714	22.887	262.569	1.172	-	-
-----------------------------	---------	---	---	---	-----	--------	---------	-------	---	---

Grupos de edad (en años)

<u>Ciertas afecciones originadas en el período perinatal</u>	34.867	34.867	-	-	-	-	-	-	-	-
<u>Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas</u>	20.725	4.941	4.880	2.998	2.120	1.154	2.895	1.273	369	95
<u>Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte</u>	32.741	1.915	4.089	1.691	1.673	1.201	5.914	6.970	5.852	3.436
<u>Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas</u>	154.564	1.483	8.292	7.269	7.205	8.071	54.074	38.575	18.498	11.097
<u>Códigos para propósitos especiales</u>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<u>Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud</u>	49.530	2.423	1.820	1.720	1.542	1.801	19.209	12.050	7.022	1.943

Egresos Hospitalarios según edad y causa, Región Libertador Bernardo O'Higgins, año 2017.

	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	18.467	1.817	986	792	815	904	6.169	3.462	2.514	1.008
<u>Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias</u>	516	94	110	42	30	12	59	75	54	40
<u>Tumores [Neoplasias]</u>	1.488	2	7	7	19	14	277	630	438	94
<u>Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad</u>	112	3	15	10	7	6	22	26	15	8
<u>Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas</u>	416	11	11	31	35	6	68	132	98	24
<u>Trastornos mentales y del comportamiento</u>	293	-	3	2	37	43	134	66	8	-
<u>Enfermedades del sistema nervioso central</u>	427	52	48	38	46	13	72	92	48	18
<u>Enfermedades del ojo y sus anexos</u>	22	4	1	2	-	-	4	10	1	-
<u>Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides</u>	46	3	6	4	6	1	7	14	4	1
<u>Enfermedades del sistema circulatorio</u>	1.759	10	11	10	15	4	140	615	683	271
<u>Enfermedades del sistema respiratorio</u>	1.441	400	305	125	63	28	102	128	177	113
<u>Enfermedades del sistema digestivo</u>	2.478	48	75	192	233	130	717	653	318	112
<u>Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo</u>	142	6	11	21	10	4	20	33	23	14
<u>Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo</u>	409	-	6	15	22	12	98	114	121	21
<u>Enfermedades del sistema genitourinario</u>	1.211	56	65	54	51	32	269	387	216	81
<u>Embarazo, parto y puerperio</u>	4.014	-	-	-	18	507	3.477	12	-	-
<u>Ciertas afecciones originadas en el período perinatal</u>	933	933	-	-	-	-	-	-	-	-
<u>Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas</u>	217	105	34	27	19	5	15	11	-	1
<u>Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte</u>	166	29	45	27	23	3	7	12	10	10
<u>Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas</u>	2.161	44	230	183	173	82	536	432	285	196
<u>Códigos para propósitos especiales</u>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<u>Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud</u>	216	17	3	2	8	2	145	20	15	4

Egresos Hospitalarios según edad y causa, Comuna de Rengo, año 2017

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	6.670	171	74	41	59	350	2.889	1.733	990	363
(Blank)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<u>Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias</u>	93	6	3	1	3	5	15	25	20	15
<u>Tumores [Neoplasias]</u>	255	-	-	1	2	2	80	130	35	5
<u>Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad</u>	20	2	-	-	-	-	5	8	2	3
<u>Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas</u>	164	-	-	1	2	4	21	55	54	27
<u>Trastornos mentales y del comportamiento</u>	102	-	-	2	12	13	38	25	9	3
<u>Enfermedades del sistema nervioso central</u>	43	-	-	2	-	5	13	13	10	-
<u>Enfermedades del ojo y sus anexos</u>	2	1	-	-	-	-	-	1	-	-
<u>Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides</u>	2	-	-	-	1	-	-	-	-	1
<u>Enfermedades del sistema circulatorio</u>	541	-	-	2	-	5	50	208	191	85
<u>Enfermedades del sistema respiratorio</u>	363	51	39	13	4	2	17	69	94	74
<u>Enfermedades del sistema digestivo</u>	1.152	3	5	7	9	19	300	470	285	54
<u>Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo</u>	77	2	3	3	2	5	21	23	13	5
<u>Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo</u>	280	-	-	1	-	6	44	174	51	4
<u>Enfermedades del sistema genitourinario</u>	635	5	9	2	5	13	186	277	104	34
<u>Embarazo, parto y puerperio</u>	1.940	-	-	-	5	196	1.731	8	-	-
<u>Ciertas afecciones originadas en el período perinatal</u>	84	84	-	-	-	-	-	-	-	-
<u>Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas</u>	5	2	-	-	-	-	2	1	-	-
<u>Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte</u>	99	1	8	4	4	16	35	15	10	6
<u>Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas</u>	622	-	7	1	7	41	218	200	104	44
<u>Códigos para propósitos especiales</u>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<u>Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud</u>	191	14	-	1	3	18	113	31	8	3

En relación a los egresos hospitalarios según edad y causa en la comuna de Rengo, la mayor cantidad de egresos entre los 20 a 44 años es a causa por embarazo y puerperio

con 1.940 egresos, seguidas por enfermedades del sistema digestivo en edades de 20 a 79 años con mayor cantidad de egresos.

A nivel regional los egresos hospitalarios según edad y causa se presentan por embarazo y puerperio en edades de 20 a 44 años con un registro de 4.014, similar tendencia a la comuna de Rengo. De igual forma que la comuna de Rengo, siguen a éstas los egresos por enfermedades del sistema digestivo con 2.478 egresos hospitalarios.

A nivel país se observa la misma tendencia de los egresos hospitalarios según causa y edad por embarazo y puerperio en edades de 20 a 44 años con un registro de 287.342 egresos, seguidas por enfermedades del sistema digestivo con un registro de 224.967 egresos en edades de 20 a 64 años con mayor predominio. A éstas le siguen en cantidad de egresos hospitalarios las enfermedades por traumatismo, envenenamientos y causa externos con un registro de 154.564 en edades de 20 a 64 años.

DISCAPACIDAD

El Primer Estudio de Discapacidad ENDISC I del año 2004, en la Región de O'Higgins existían 125.533 personas con algún grado de discapacidad, lo que representaba el 15,1% de la población regional. Dentro de dicha población, un 8,9% presentaba un grado leve de discapacidad, un 3,5% moderado y 2,7% severo.

El segundo estudio de Discapacidad ENDISC II del año 2015, entregó que el 23,5% de la población adulta de la región de O'Higgins se encuentra en situación de discapacidad, proporción más alta que el promedio nacional (20%), de los cuales el 14,2% presenta discapacidad leve a moderada y el 9,2% discapacidad severa.

Además, un 28,2% de las mujeres adultas en la región se encuentra en situación de discapacidad, mientras que en el caso del universo de los hombres adultos un 18,7%. En el caso de la región de O'Higgins podemos inferir que se mantiene la tendencia nacional que

establece que en las mujeres hay mayor prevalencia de discapacidad comparado con los hombres.

El estudio reveló que respecto del tramo etario de 18 a 44 años, un 11,2% se encuentra en situación de discapacidad, en el tramo de 45 a 59 años un 26,9%, y un 41,9% de la población de 60 años y más se encuentra en situación de discapacidad. Al respecto en la región de O'Higgins se evidencia el patrón nacional que establece que la discapacidad aumenta significativamente con la edad.

En tanto, en materia laboral, la población que participa del mercado laboral, es decir que está disponible para trabajar (ocupado o desocupado) en la población en situación de discapacidad es un 55%, comparado a un 67,4% de la población sin situación de discapacidad. Un 51,4% de la población en situación de discapacidad severa está inactivo, es decir que no trabaja y que no está buscando empleo por diferentes razones, mientras que un 40,8% de la población en situación de discapacidad leve a moderada se encuentra en esta condición, a diferencia de un 32,6% en la población sin situación de discapacidad.

En Educación, los años de escolaridad de la población adulta de la región, donde la población sin situación de discapacidad tiene 10 años promedio de escolaridad, mientras que la población en situación de discapacidad 8 años promedio. Además, es posible evidenciar que sólo el 45,3% de la población en situación de discapacidad ha completado la educación media, a diferencia de 68,3% de la población sin situación de discapacidad.

Finalmente, el estudio arrojó que un 83,5% de la población en situación de discapacidad se atiende por FONASA.

Así mismo en el Centro Comunitario de Rehabilitación CESFAM Urbano Rengo (CCR), durante el año 2017 se han realizado 324 ingresos y 135 egresos al programa entre hombres y mujeres (Tabla N° 34 y 35).

Tablas N° 31: Ingresos y Egresos al Programa de Rehabilitación Integral en el Centro Comunitario de Rehabilitación CESFAM Urbano Rengo, Año 2017, Año 2018 y Año 2019

Tipo de Ingreso	Total AÑO 2017	Total AÑO 2018	Total AÑO 2019
Ingresos.	324	570	666
Ingresos con plan de tratamiento integral (PTI).	308	528	564
Ingresos con plan de tratamiento integral (PTI) con objetivos para el trabajo.	53	10	91
Ingresos de usuarios con cuidador.	7	4	5
Ingresos ACV referidos desde hospital de Rengo.	7	7	2
Ingresos amputado pie diabético.	0	5	1
Reingreso al programa.	3	0	0
Ingresos con PTI cuidador.	0	16	3
Egresos.	135	330	425
Egresos por alta.	124	227	422
Egresos por abandono.	10	2	3
Egresos por fallecimiento.	0	0	0
Egresos por otras causas.	1	1	0
Egresos con perfil pre laboral.	0	0	0
Egresos con PTI cuidador.	0	6	0

Tipo de Egresos	Total 2017	Total 2018	Total 2018
Egresos.	135	330	425
Egresos por alta.	124	227	422
Egresos por abandono.	10	2	3
Egresos por fallecimiento.	0	0	0
Egresos por otras causas.	1	1	0
Egresos con perfil pre laboral.	0	0	0
Egresos con PTI cuidador.	0	6	0

Fuente: Elaboración propia de acuerdo a datos de CCR. CESFAM Urbano Rengo, año 2017-2018.

Tabla N° 32: Ingresos al Centro Comunitario de Rehabilitación CESFAM Urbano Rengo, Según Condición de Salud, Comuna de Rengo, Año 2017-2018-2019.

Condición de Salud	Concepto	Totales 2017	Totales 2018	Totales 2019
Total Ingreso (n° de personas)		324	570	666
Condición Física	Síndrome doloroso de origen traumático.	3	28	19
	Síndrome doloroso de origen no traumático.	167	0	316
	Artrosis leve y moderada de rodilla y cadera.	79	230	84
	Secuela de accidente cerebro vascular (ACV).	36	174	83
	Secuelas de traumatismo encéfalo craneano (TEC).	0	48	1
	Secuela de traumatismo raquimedular (TRM).	0	22	1
	Secuela quemadura.	0	0	0
	Enfermedad de Parkinson.	10	0	12
	Otro déficit secundario con compromiso neuromuscular en menor de 20 años congénito.	0	1	2
	Otro déficit secundario con compromiso neuromuscular en menor de 20 años adquirido.	0	0	17
	Otro déficit secundario con compromiso neuromuscular en mayor de 20 años.	11	19	46
Amputación por pie diabético.	1	25	0	

	Otros.	5	3	77
Condición Sensorial Visual	Congénito.	1	0	0
	Adquirido.	0	0	0
	Otros.	0	0	0
Condición Sensorial Auditivo	Congénito.	1	0	0
	Adquirido.	0	0	0
	Otros.	0	0	0
Otras Condiciones	Cuidadores.	10	20	8

Fuente: Elaboración propia de acuerdo a datos de CCR. CESFAM Urbano Rengo, año 2017-2018.

En relación a la condición de salud, el 100% corresponde a causas físicas con una mayor incidencia en la artrosis leve y moderada de rodilla y cadera, debido a que en el año 2017 se ingresaron 79 casos y en año 2018 se realizaron 230 ingresos. De igual forma se puede señalar que en el año 2018 el Síndrome Doloroso de Origen traumático también reflejó un alto aumento pasando de 3 casos ingresados en el año 2017 a 28 ingresos en el año 2018.

Respecto al año 2019 se puede informar que se mantiene la condición de que todas las incorporaciones corresponden a causas físicas y en donde los mayores ingresos corresponden al ítem de Síndrome Doloroso no Traumático, el cual ha ido en aumento con cerca de 316 ingresos y en donde se contemplan dolores lumbares, hombro doloroso, patologías reumatológicas entre otras, por otra parte se puede señalar que la artrosis Leve de Rodilla y Cadera ha ido en disminución con 84 casos en función al año 2018 en donde se registraron 230 ingresos.

NUESTRA ATENCIÓN EN SALUD EN LA COMUNA DE RENGO

POLÍTICA DE SALUD

MODELO INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, se define como el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

Describe las condiciones que permitan satisfacer las necesidades y expectativas del usuario respecto a mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad), ello mediante el logro de los objetivos nacionales de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones, en un contexto de políticas públicas de fomento y promoción de la salud de las personas y comunidades acorde a mejoramiento de determinantes sociales de la salud: educación, vivienda, recreación entre otros.

La forma de orientar el trabajo de los equipos de salud, es que se deben integrar los tres principios irrenunciables en este sistema de Salud basado en la Atención Primaria: **“centrado en las personas, integralidad de la atención y continuidad del cuidado”**.

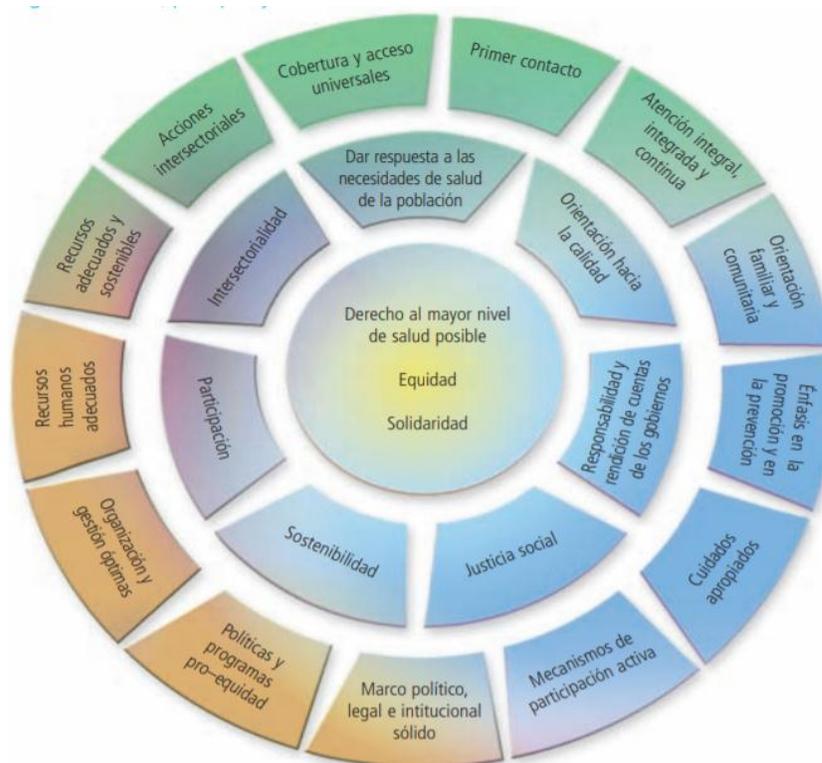


VALORES

La OPS en su propuesta de Renovación de la APS26 plantea una matriz de competencias para los equipos de APS fundamentada en valores, guiados por unos principios propios y conformados por un conjunto de elementos esenciales. Los valores esenciales de esta propuesta son:

- El derecho al nivel de salud más alto posible.
- La equidad en salud.
- La solidaridad.

VALORES PRINCIPIOS Y ELEMENTOS ESENCIALES DE SALUD BASADO EN LA APS



ENFOQUES A CONSIDERAR EN LAS ACCIONES DE SALUD

Enfoque Intercultural, desde el Ministerio de salud se define como; “un cambio de actitud y un cambio cultural en el sistema de salud, que permite abordar la Salud desde una perspectiva amplia y establecer otras redes de trabajo para proveer servicios acordes a las necesidades de los pueblos originarios, respetando la diversidad cultural.

El respeto y la consideración de la cosmovisión de los pueblos, sus modelos de salud y sus itinerarios terapéuticos (o sistema de salud indígena), deben incorporarse en el diseño e implementación de las políticas públicas. Es por ello que la incorporación de un enfoque intercultural en salud, solo tiene significación, en la medida que los equipos de salud reconocen la existencia y visibiliza el modelo de atención los aportes de las culturas que coexisten en un territorio determinado. Esto significa principalmente, el reconocimiento explícito de un conjunto de percepciones y prácticas desde la cual los pueblos indígenas observan y resuelven los procesos de salud y enfermedad.

Enfoque de género, permite analizar críticamente y repensar, para reconstruir con criterios de equidad, el concepto y estructura familiar en cuanto al rol de hombres y mujeres en su interior. Al respecto cabe señalar que en la mayoría de las sociedades las mujeres asumen la principal responsabilidad de la crianza de los hijos y el cuidado de ancianos y enfermos, además de la mayor parte del trabajo doméstico. La vida de la mujer es afectada fuertemente por su vida reproductiva, la cual tiene una clara y directa influencia en su estado de salud, las oportunidades de acceso a la educación y al empleo, y en los ingresos propios y de su familia.

Enfoque de equidad, según la OMS, equidad puede ser definida como “la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidas social, económica, demográfica o geográficamente”⁸. Avanzar hacia la equidad en salud, implica inducir cambios culturales y normativos para reducir las brechas resultantes de la estratificación social. Las acciones de salud deben estar orientadas a la minimización de las desigualdades, evitables en el nivel de salud y sus determinantes, que existen entre las personas y grupos con diferente nivel de privilegio social y requiere identificar los grupos sociales y territorios excluidos. Algunas de las condiciones que generan inequidad en salud son el género y la cultura.

Enfoque de Curso de Vida, el nivel primario, se presenta como el mejor escenario para implementar acciones desde etapas tempranas de la vida, continuidad en el cuidado y otros factores que determinen un envejecimiento saludable y activo. Provee una visión integral de la salud y sus determinantes, por lo que exhorta al desarrollo de redes de servicios de salud, centrados en las necesidades de sus usuarios, en cada etapa de su vida.

Enfoque de determinantes Sociales, se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud. Los principales determinantes estructurales de la salud son la educación, las condiciones de trabajo y empleo, el ambiente físico y el equipamiento territorial. Asimismo, el género, la clase social y la migración son determinantes sociales estructurales que influyen en el resultado en salud. De ahí nace la necesidad de fortalecer el trabajo intersectorial que permita abordar estos factores a nivel nacional y en los territorios.

Enfoque de derechos ciudadanos y protección social, el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales y reconoce el derecho a la atención de salud. La Protección Social, es el mecanismo que permite generar condiciones que brinden seguridad a las personas durante toda su vida, garantizándoles los derechos sociales que les permitan reducir los riesgos en el trabajo, salud, educación y previsión, contribuyendo a generar condiciones de mayor igualdad y similares oportunidades de progreso a todas las personas, en miras a una sociedad de seguridades. El sector salud participa en varios programas de protección social, todos de carácter intersectorial, como son Chile Solidario, la Reforma Previsional, Chile Crece Contigo y el Programa Vínculos del Ministerio de Desarrollo Social.

ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA

Respecto a la organización de los centros de salud en el Reglamento General de la Ley 19.378., se establece que “las entidades administradoras definirán la estructura organizacional de sus establecimientos de atención primaria de salud y de la unidad encargada de salud en la entidad administradora.

La unidad encargada de Salud en nuestra comuna está identificada como Dirección del Departamento de salud, la cual depende directamente de la entidad administradora Municipal representando los intereses de ésta, en el ámbito de salud.

MARCO JURÍDICO

La ley que regula la administración de los recursos humanos en Atención Primaria de Salud Municipal es la Ley 19.378. Este estatuto es el que norma la relación laboral, la carrera funcionaria, los deberes y derechos del personal que ejecutan acciones de atención primaria de salud y, en todo lo no regulado por este se está a lo dispuesto en el Estatuto de los funcionarios Municipales (ley 18.883) y el código del trabajo. Además de estas normas, concurren otras de carácter general que también regulan la relación empleado – empleador como son la Ley de Probidad Administrativa; la ley de control del consumo de drogas, la ley de Accidente del trabajo y enfermedades profesionales, entre otras.

DIRECCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

MISIÓN:

“Administrar con eficiencia y eficacia los recursos humanos, físicos y financieros, con el propósito de garantizar la entrega de prestaciones de salud en el nivel primario de la atención a la población beneficiaria del sistema público de la comuna de Rengo, en el marco

de las políticas públicas establecidas por el Ministerio de Salud y según la legislación vigente”.

VISIÓN:

“Elevar y mantener la calidad de las prestaciones, la cobertura en la demanda asistencial y la resolutivez de la atención en el nivel primario del sistema de salud público, mediante la administración eficaz y eficiente de los recursos provenientes del estado”.

PRINCIPIOS Y VALORES

Los principios y valores que sustentan la presente política de recursos humanos del Departamento de Salud de la Municipalidad de Rengo, además de los establecidos en las normas legales vigentes son la valoración del trabajo como espacio de realización personal en el servicio a los usuarios del sistema de salud, que valora la formación de equipos de trabajo competentes y efectivos, sustentados en métodos de trabajo colaborativos y el cumplimiento de los derechos de los trabajadores establecidos en la legislación laboral.

Además, incorporamos:

- Respeto
- Compromiso
- Responsabilidad
- Solidaridad
- Ética
- Profesionalismo
- Equidad
- Calidad

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL. DIRECCIÓN DEPARTAMENTO DE SALUD

Área Técnica: Responsable de revisar los aspectos técnicos y orientar la implementación de las 96 prestaciones sanitarias descritas en el decreto per cápita, de los programas sanitarios de apoyo a la APS (SAPU, resolutivez, entre otros.) y de las nuevas iniciativas

que en este aspecto surjan y que deben ser realizadas por los equipos de salud.

Área Administrativa y financiera: A cargo de desarrollar la logística y orientar el funcionamiento administrativo de los equipos operativos para permitir la implementación y desarrollo de las acciones sanitarias en la comuna. Siendo el soporte administrativo y logístico de los procesos sanitarios.

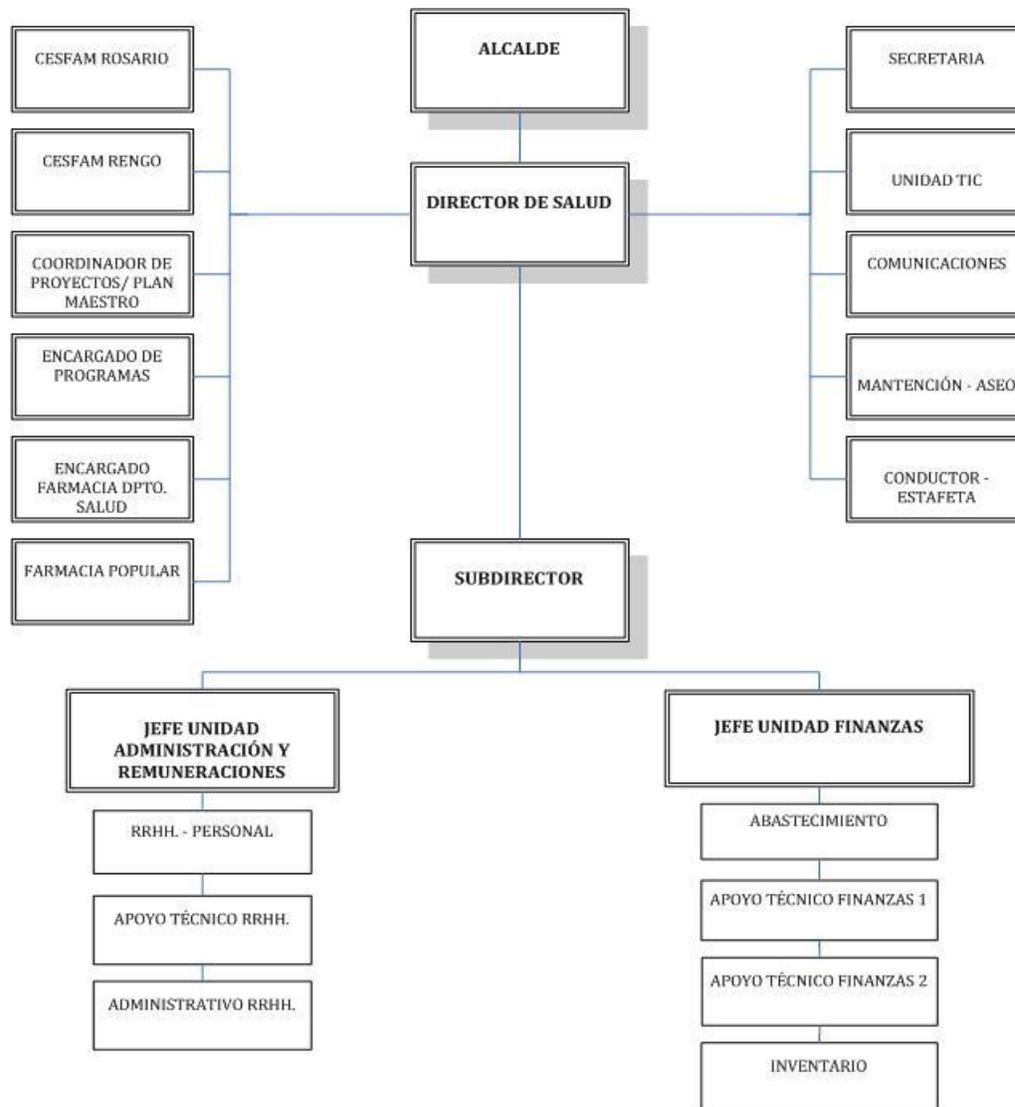


Tabla N°33
Organigrama de la Dirección de Departamento de Salud Municipal de la Comuna de Rengo

La Red de Atención Primaria de Salud (APS) de la Comuna de Rengo está al servicio de la comunidad y está conformada por:

Centro de Salud Familiar Urbano Dr. Rienzi Valencia González, es una moderna edificación que fue inaugurado en el año 2010, sin embargo, su infraestructura no cuenta con la capacidad para atender al alto porcentaje de usuarios inscritos de la Comuna.

El Servicio de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR) dependiente del CESFAM Dr. Rienzi Valencia González, fue inaugurado el día 27 de Febrero del 2019. Entrega atención médica de urgencia, oportuna, resolutiva y de calidad, a la comuna de Rengo, en horario vespertino y nocturno de lunes a viernes de 17 horas a 08 am y 24 horas sábado, domingos y festivos. La finalidad principal es descongestionar la urgencia del Hospital de Rengo, ya que el tipo de atención que realiza son todas aquellas patologías categorizadas en C5, C4 y C3, las cuales representan aproximadamente el 80% del total de atenciones que realiza el servicio de urgencia hospitalario.

Centro de Salud Familiar Urbano Oriente, prontamente a inaugurarse, es una edificación de alto nivel arquitectónico el que está diseñado para atender a veinte mil personas y que ayudará a descongestionar y ampliar las atenciones brindando mayor comodidad para los usuarios y funcionarios que forman parte del equipo de salud de la comuna de Rengo.

Centro de Salud Familiar Rosario y cinco postas de Salud dependientes de éste, estas postas son : ***Posta de Salud Rural Lo de Lobos – Posta de Salud Rural El Cerrillo – Posta de Salud Rural Popeta, Posta de Salud Rural Lo Cartagena y Posta de Salud Rural Esmeralda***, tienen como propósito contribuir a la satisfacción de las necesidades de salud de los sectores rurales, a través de acciones, que incluyen la atención de salud, la promoción, prevención, y tratamiento promoviendo el desarrollo de las personas, familias y comunidad.

Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), Atiende urgencias/emergencias de baja complejidad en horario vespertino y nocturno de lunes a viernes

desde las 20:00 horas a 24:00 horas y sábados domingos desde las 08:00 horas a 20:00 horas; Este servicio brinda atenciones a toda la población de la Comuna de Rengo en horario de lunes a viernes de 20:00 a 24:00 horas y sábados de 8 am a 24:00 horas.

Número de Atenciones de Morbilidades Médicas de los diferentes centros de Salud Primaria de los años 2016-2017-2018-2019 de la Comuna de Rengo.

N°	Nombre Establecimiento	N° Atenciones Año 2016	N° Atenciones Año 2017	N° Atenciones Año 2018	N° Atenciones Año 2019 (SEP)
1	Centro de Salud Familiar Rengo Dr. Rienzi Valencia González	176.775	179.257	19.789	14.910
2	Centro de Salud Familiar Rosario	43.718	44.246	45.071	34.141
3	Posta de Salud Rural Popeta	3.284	3.786	4.406	3.734
4	Posta de Salud Rural Cerrillos	3.648	4.502	4.080	3.641
5	Posta de Salud Rural lo de Lobo	4.343	3.837	5.232	4.591
6	Posta de Salud Rural Lo Cartagena	4.439	5.238	3.655	2.741
7	Posta de Salud Rural Lo Esmeralda	867	4.681	7.041	6548
8	Servicio Atención Primaria SAPU	9.126	10.010	10.816	7.770

Fuente: Elaboración Unidad Estadística CESFAM RENGÓ y Rosario

La Red asistencial de Atención primaria de Salud en la comuna de Rengo está direccionada a un nivel secundario correspondiente al Hospital Ricardo Valenzuela Sáez

de la misma Comuna, Hospital San Vicente de Tagua Tagua y de Mayor complejidad a Hospital Regional Rancagua, con la finalidad de derivar a especialidades médicas y exámenes de mayor complejidad.

Las atenciones de urgencia son derivadas al Servicio de Urgencia del Hospital Ricardo Valenzuela Sáez de Rengo y el eventual requerimiento de hospitalización se produce en éste mismo centro.

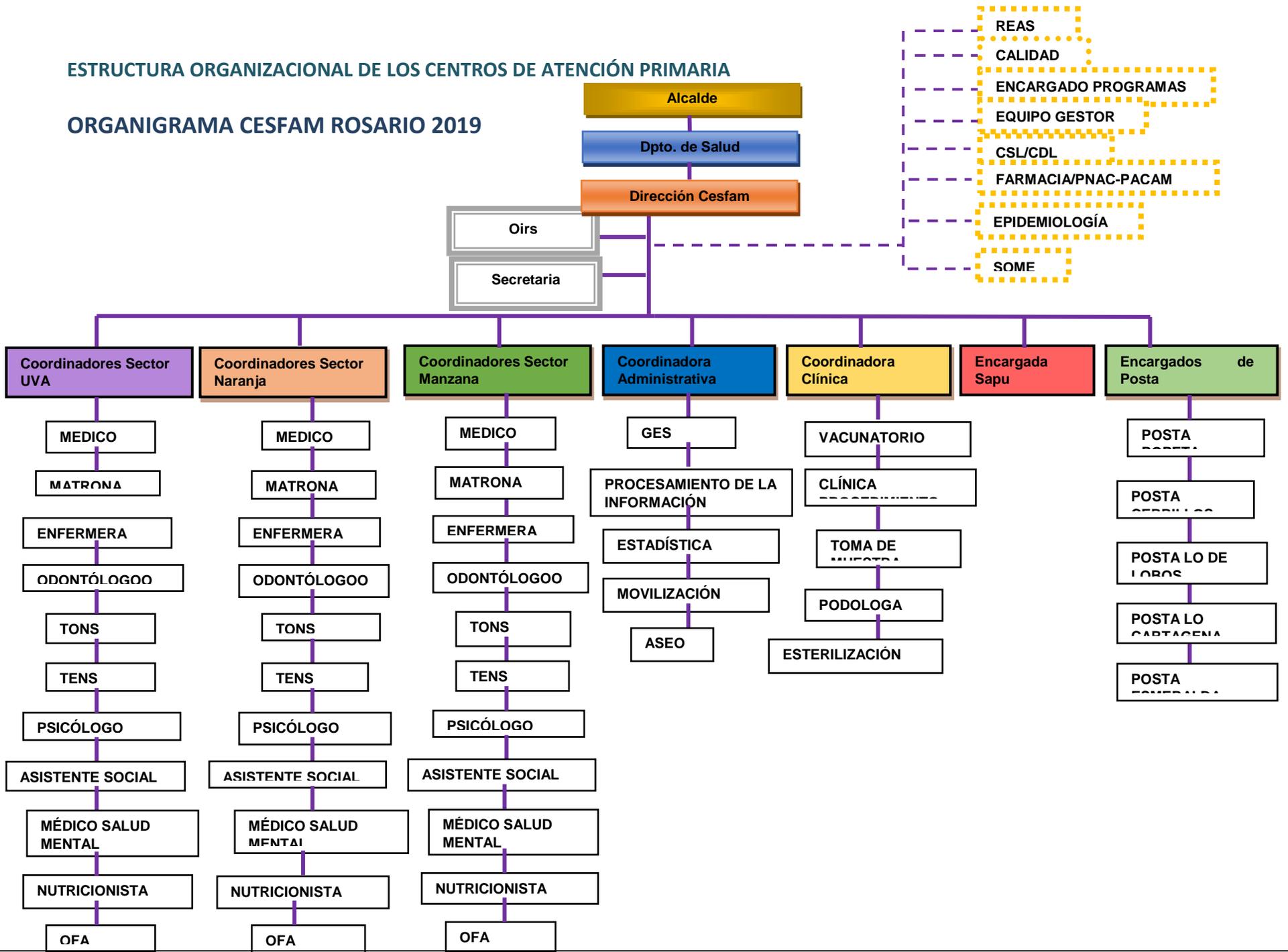
Centros Asistenciales por Comuna, Región y País. Año 2017.

Establecimientos	Rengo	Región	País
Hospitales	1	15	194
Centro de Salud Familiar Ambulatoria (CESFAM)	2	46	982
Servicio de Urgencia de Alta Resolutividad	1	6	132
Centro de Atención Primario de Urgencia (SAPU)	1	10	120
Postas de Salud Rural	5	75	1164

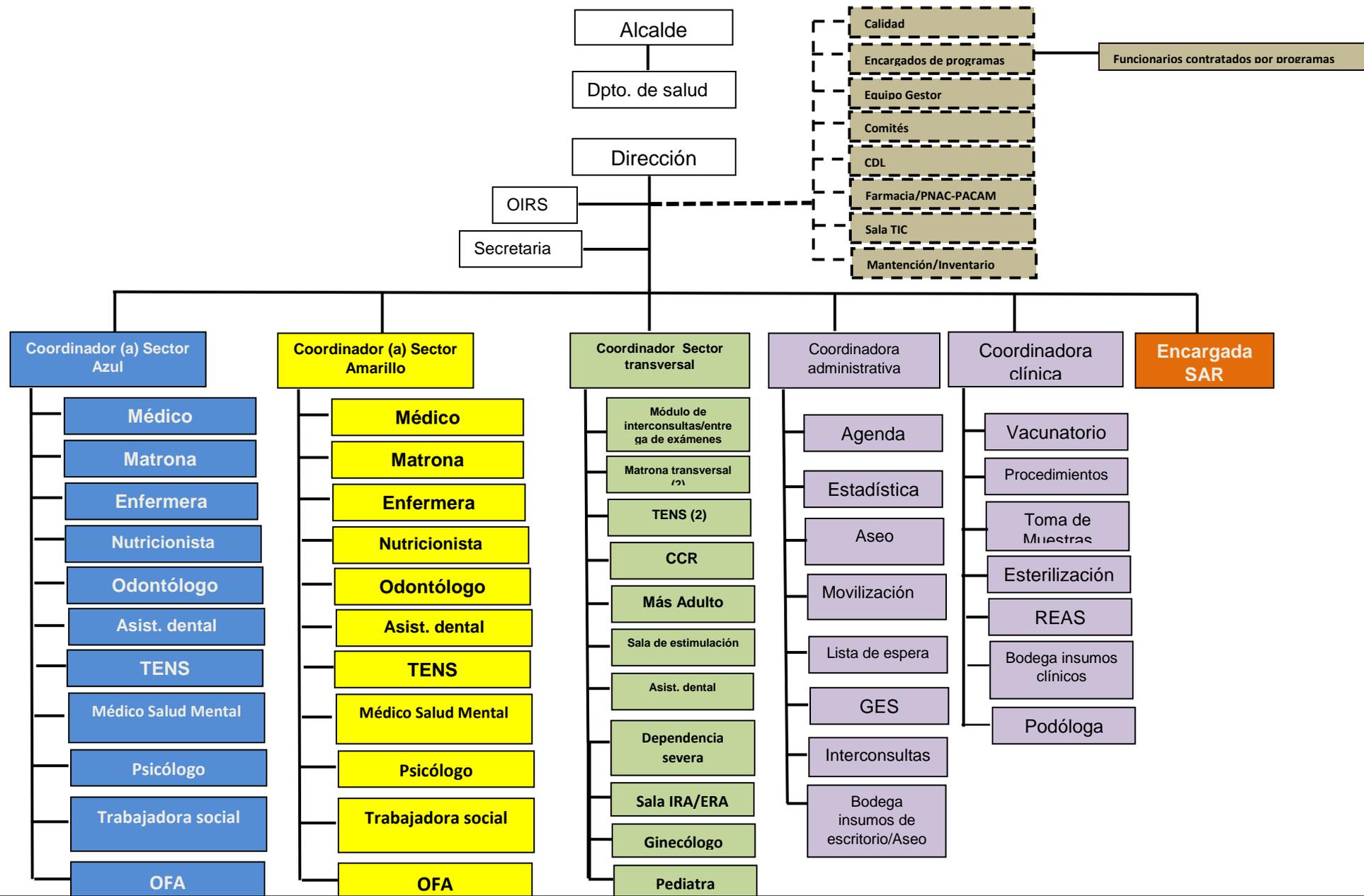
Fuente: Ministerio de Salud. Año 2017.

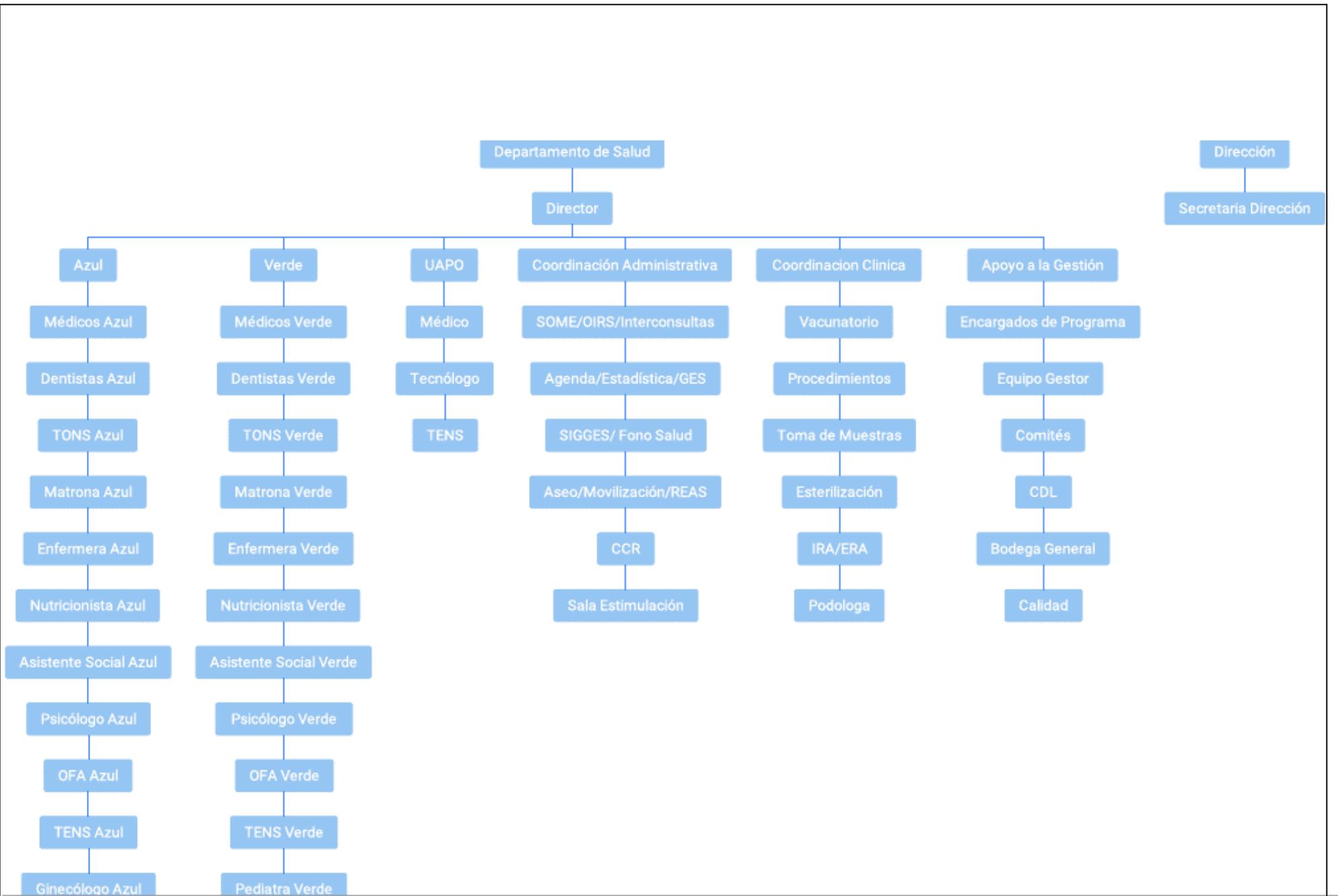
ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

ORGANIGRAMA CESFAM ROSARIO 2019



ORGANIGRAMA CESFAM DR RIENZI VALENCIA GONZÁLEZ 2020





ORGANIGRAMA CESFAM URBANO RENGÓ ORIENTE.

PROGRAMACIÓN

La programación permite a los equipos de salud la entrega de un servicio continuo de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, y cuidados terminales, a través, de los diferentes niveles de atención del sistema de salud y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida. El equipo de trabajo define propósitos y estrategias para el cumplimiento de los objetivos. Así mismo permite a los equipos de salud de la atención primaria fortalecer el desarrollo de sus competencias y destrezas específicas para ejecutar las actividades emanadas del Modelo de Salud Integral con enfoque comunitario y familiar.

El Plan de Salud Familiar considera diversos *Programas de Salud* que se implementan transversalmente a lo largo del ciclo vital, tales como ciclos que corresponden a la *Salud del Niño y la Niña, del Adolescente, del Adulto y Adulto Mayor*. A la vez se presentan los programas transversales específicos a *la Mujer, Odontológico, Salud Mental y la mayor parte de las Garantías Explícitas en Salud* otorgadas en el nivel de APS.

Para el año 2020 la cartera de servicios de la atención primaria de salud municipal, está regulada por el artículo N° 49 de la ley 19.378 y está determinada por el decreto per cápita, siendo vigente N° 202 de Diciembre del año 2014, que contempla 103 prestaciones. Sin embargo la APS de la comuna ha integrado una serie de prestaciones adicionales bajo la modalidad de “Convenios” según el artículo N° 56 de la misma ley.

Prestaciones (103) que comprenden el aporte de per cápita para la atención primaria de Salud de la Comuna de Rengo.

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 y Consejería de Salud Mental
12. Vacunación
13. Programa Nacional de Alimentación Complementaria
14. Atención a Domicilio
15. Actividades Comunitarias en Salud Mental con Docentes de distintos Establecimientos.

PROGRAMA DE SALUD DEL ADOLESCENTE

16. Control de Salud
17. Consulta Morbilidad
18. Control Crónico
19. Control Prenatal
20. Control de Puerperio
21. Control de Regulación de Fecundidad

22. Consejería en Salud Sexual y Reproductiva
23. Control Ginecológico Preventivo
24. Educación Grupal
25. Consulta Morbilidad Obstétrica
26. Consulta Morbilidad Ginecológica
27. Intervención Psicosocial
28. Consulta y/o Consejería en Salud Mental
29. Programa Nacional de Alimentación Complementaria
30. Atención a Domicilio
31. Actividades Comunitarias en Salud Mental con Docentes de distintos Establecimientos Educativos.

PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

32. Control Prenatal
33. Control de Puerperio
34. Control de Regulación De Fecundidad
35. Consejería de Salud Sexual y Reproductiva
36. Control Ginecológico Preventivo
37. Educación Grupal
38. Consulta Morbilidad Obstétrica
39. Consulta Morbilidad Ginecológica
40. Consulta Nutricional
41. Programa Nacional De Alimentación Complementaria
42. Ecografía Obstétrica Del Primer Trimestre
43. Atención Integral A Mujeres de 15 Años que Sufren Violencia Intrafamiliar

PROGRAMA DEL ADULTO

44. Consulta de Morbilidad

45. Consulta y Control De Enfermedades Crónicas
46. Consulta Nutricional
47. Control de Salud
48. Intervención Psicosocial
49. Consulta y/o Consejería De Salud Mental
50. Educación Grupal
51. Atención a Domicilio
52. Atención Podológica Pacientes Con Pie Diabético
53. Curación de Pie Diabético
54. Intervención Grupal De Actividad Física
55. Consulta Kinésica

PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR

56. Consulta de Morbilidad
57. Consulta y Control De Enfermedades Crónicas
58. Consulta Nutricional
59. Control de Salud
60. Intervención Psicosocial
61. Consulta de Salud Mental
62. Educación Grupal
63. Consulta Kinésica
64. Vacunación Anti – Influenza
65. Atención a Domicilio
66. Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor
67. Atención Podológica a Pacientes Con Pie Diabético
68. Curación de Pie Diabético

PROGRAMA DE SALUD ORAL

- 69. Examen de Salud
- 70. Educación Grupal
- 71. Urgencias
- 72. Exodoncias
- 73. Destartraje y Pulido Coronario
- 74. Obturaciones Temporales y Definitivas
- 75. Aplicación Sellantes
- 76. Pulpotomías
- 77. Barniz de Flúor
- 78. Endodoncia
- 79. Radiografías Dentales

GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA

LISTADO DE PRESTACIONES ESPECIFICAS DE LA LEY 19.966

- 80. 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.
- 81. Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2: Consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño, adolescente, adulto y adulto mayor.
- 82. Acceso a evaluación y alta odontológica integral a niños y niñas de 6 años: Prestaciones del programa odontológico.
- 83. Acceso a tratamiento de epilepsia no refractaria para los beneficiarios desde un año a menores de 15 años: Consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y adolescente.
- 84. Acceso a tratamiento de IRA baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años: Consultas de morbilidad y kinésica en programa del niño.

85. 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.
86. 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.
87. Acceso a diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: Consultas de morbilidad y controles de crónicos; atención kinésica en personas de 40 y más años.
88. Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en menores de 15 años: Consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y del adolescente; atención kinésica en programa del niño y adolescente.
89. Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en personas de 15 y más años: Consultas de morbilidad y controles de crónicos; espirometría y atención kinésica en programa del adulto y adulto mayor.
90. 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.
91. Acceso a tratamiento médico en personas de 55 años y más, con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada.
92. Acceso a diagnóstico y tratamiento de la urgencia odontológica ambulatoria.
93. Acceso a tratamiento de hipotiroidismo en personas de 15 años y más.
94. Tratamiento de la erradicación de helicobácter pílori.

ACTIVIDADES GENERALES ASOCIADAS A TODOS LOS PROGRAMAS

95. Educación Grupal Ambiental
96. Consejería Familiar
97. Visita Domiciliaria Integral

- 98. Consulta Social
- 99. Tratamiento y Curaciones
- 100. Extensión Horaria
- 101. Intervención Familiar Psicosocial
- 102. Diagnóstico y Control de la TBC
- 103. Laboratorio Clínico Básico

Además, se incorporan aquellas prestaciones y actividades definidas como estratégicas por los equipos comunales en conjunto con el Departamento de Salud:

- ❖ Vacunación contra virus papiloma humano en niñas de 10 – 12 años.
- ❖ Desarrollo de actividades masivas promocionales a través del plan comunal de promoción, desarrollo de programas de apoyo a la gestión: resolución de especialidades y apoyo radiológico.
- ❖ Plan de autocuidado de los equipos funcionarios.
- ❖ Plan de capacitación a funcionarios para acortar brechas en su preparación y la instalación del modelo de salud familiar con enfoque integral y comunitario.
- ❖ Estrategia de intervención Chile Crece Contigo.
- ❖ Creación y desarrollo de los comités paritarios en cada CESFAM.
- ❖ Actividades comunitarias de participación ciudadana con la comunidad organizada.

Al interior de cada CESFAM, se implementa estructuralmente la organización funcional dirigida por el equipo directivo: Directora, Coordinadoras, quienes lideran a los equipos.

Se instala una política de desarrollo y participación de los funcionarios, a través de:

- ❖ Comité de Farmacia
- ❖ Comité Gestor
- ❖ Comité de Calidad

- ❖ Comité de Promoción de la Salud
- ❖ Comité de Autocuidado de los equipos
- ❖ Comité de Participación Ciudadana
- ❖ Comité de Terapias Complementarias
- ❖ Equipos de Sector
- ❖ Reuniones Técnicas
- ❖ Reuniones Ampliadas
- ❖ Reuniones por Estamento
- ❖ Comité de Interconsulta
- ❖ Comité de Auditoria
- ❖ Comité Paritario de Higiene y Seguridad
- ❖ Comité Gestión de Reclamos, con la participación de la comunidad, a través, del Consejo de Desarrollo local de Salud.

DOTACIÓN

De acuerdo a ley N° 19.378, en su artículo N°10 prevé que se entiende por dotación de atención primaria de salud municipal, el número total de horas semanales de trabajo del personal que cada entidad administradora requiere para su funcionamiento.

El artículo 11 de la citada ley, dispone, que la dotación adecuada para desarrollar dichas actividades será fijada por la entidad administradora correspondiente antes del 30 de septiembre del año precedente, considerando, según su criterio, la población beneficiaria; las características epidemiológicas de la misma; las normas técnicas que sobre los programas imparta el Ministerio de Salud; la estructura organizacional definida de conformidad al artículo 56; el número y tipo de establecimientos de atención primaria, y la disponibilidad presupuestaria para la anualidad respectiva.

Enseguida, el artículo 12 de dicho texto legal, precisa, que la fijación de la dotación se hará mediante una proposición que deberá ser comunicada al correspondiente Servicio de Salud en el plazo de diez días, pudiendo este último observarla si considera que no se ajusta a las normas señaladas en las letras c) y d), del artículo anterior, dentro de igual término, contado desde la recepción de aquella proposición. Si la municipalidad rechaza algunas de las objeciones, se formará una comisión, integrada por el Secretario Regional Ministerial de Salud, el alcalde de la comuna respectiva y un consejero regional, quien la presidirá. Esta comisión acordará la dotación definitiva antes del 30 de noviembre del año de que se trate.

Al tenor de la normativa reseñada, el mecanismo para la fijación de la dotación de salud municipal constituye un procedimiento reglado en la citada ley N° 19.378.

En la tabla siguiente se representan las horas semanales de recursos humanos requerentes en dotación año 2019 para los establecimientos de Atención Primaria de Salud de la Comuna de Rengo, las que se determinan por categoría y jornada, considerando como referencias años anteriores y la incorporación de los nuevos centros de Salud como Servicio de alta Resolutividad (SAR) y CESFAM Urbano Rengo Oriente próximo a inaugurar.

Tabla N° 33: Dotación Salud Municipal de Rengo año 2020

DOTACION 2020 SALUD MUNICIPAL DE RENGO								
CATEGORIA	CESFAM RENGO		CESFAM ORIENTE		CESFAM ROSARIO		DEPARTAMENTO DE SALUD	
	Nº Horas semanales	Nº Funcionarios	Nº HORAS SEMANALES	Nº FUNCIONARIOS	Nº Horas semanales	Nº Funcionarios	Nº Horas semanales	Nº Funcionarios
CATEGORIA A O B								
DIRECTOR CESFAM	44	1	44	1	44	1	44	1
TOTAL	44	1	44	1	44	1	44	1
CATEGORIA A								
MEDICOS	418	9,5	341	9	286	8		
DENTISTAS	220	5	220	5	193	5		
QUIMICO FARMACEUTICO	0	0	0	0	0		132	3
TOTAL	682	14,5	561	14	479	13	132	3
CATEGORIA B								
COORDINADOR ADMINISTRATIVO	22	0,5	22	0,5	22	0,5		
COORDINADOR CLINICO	22	0,5	22	0,5	22	0,5		
ADMINISTRADOR PUBLICO, EMPRESAS, ING. EN EJECUCION							176	4
ENFERMERA	286	6,5	220	4,5	198	4,5		
MATRONA	176	4	176	4	176	4		
NUTRICIONISTA	132	3	132	3	88	2		
A. SOCIAL	198	4,5	132	3	154	3,5		
PSICOLOGO	132	3	132	3	88	2		
KINESIOLOGO	264	6	132	4	88	2		
TERAPEUTA OCUPACIONAL	44	1	44	1	0	0		

EDUCADORA DE PARVULOS	44	1	44	1	44	1		
INGENIERO EN INFORMATICA							88	2
TOTAL	1320	30	1056	24,5	880	20	264	6
CATEGORIA C								
TECNICO EN INFORMATICA							44	1
PODOLOGA	44	1	44	1	44	1		
TECNICO DENTAL	264	6	264	6	220	5		
TECNICO SOCIAL					44	1		
TECNICOS DE SALUD	859	19,5	836	19	836	19		
TECNICOS ADMINISTRATIVOS EN SALUD	176	4	176	4	396	9	396	9
TOTAL	1343	30,5	1320	30	1540	35	440	10
CATEGORIA D								
AUXILIARES PARAMEDICOS	22	0,5			198	4,5		
TOTAL	22	0,5			198	4,5		
CATEGORIA E								
ADMINISTRATIVOS	528	12	440	10	264	6	220	4
TOTAL	528	12	440	10	264	6	220	4
CATEGORIA F								
AUX. SERV. MENORES	308	7	264	8	440	10	132	3
TOTAL	308	7	264	8	440	10	132	3
TOTAL DOTACIÓN	4247	95,5	3685	87,5	3845	89,5	1232	27

TOTAL HORAS	13009
TOTAL N° FUNCIONARIOS	299,5

RECURSOS FINANCIEROS

El presupuesto de Salud para el año 2019 en la Atención Primaria de Salud de la Comuna de Rengo se programa con la finalidad de dar cobertura en todas sus prestaciones emanadas del Ministerio de Salud para el cumplimiento de las metas sanitarias en conjunto con la satisfacción usuaria de toda la Comuna de Rengo inscrita y perteneciente al sistema de Salud FONASA.

Este presupuesto se materializa principalmente en los ingresos que se reciben del nivel central (FONASA), a través del aporte del per cápita y otros ingresos.

INGRESOS

El ingreso presupuestado para el año 2019, está basado en los antecedentes de ingresos del presente año y en la información emanada del FONASA en el primer corte de validación de per cápita para el año 2019 (Tabla N° 34).

Además, se da a conocer la evolución de egresos presupuestarios del Departamento de salud Municipal de Rengo (Tabla N° 35)

Tabla N° 35: Evolución de Egresos Presupuestarios del Departamento de Salud Municipal de Rengo, Desde el Año 2015 a octubre 2019.

NOMENCLATURAS	AÑO 2015	AÑO 2016	AÑO 2017	AÑO 2018	AÑO 2019 (Octubre9)
Gastos	OBLIG. DEVENGADA M\$	OBLIG. DEVENGADA M\$	OBLIG. DEVENGADA M\$	OBLIG. DEVENGADA M\$	OBLIG. DEVENGADA M\$
Gastos en personal	3.183.944	3.500.584	4.168.256	4.721.886	4.600.299
Bienes y servicios de consumo	1.047.626	1.172.173	1.227.363	1.293.319	1.258.501
C x p prestaciones de seguridad	0	0	0	60.002	0

social					
Transferencias corrientes	32.119	2.997	0	0	0
Otros gastos corrientes	28.998	1.764	58.322	46.631	22.709
Adquisición de activos no financieros	237.421	94.469	61.412	108.657	88.319
Iniciativas de inversión	58.615	25.129	5.305	0	0
Servicio de la deuda	155.752	144.706	57.648	6.879	7.515
Total gastos	4.744.475	4.941.822	5.578.306	6.237.374	5.977.343

Fuente: Elaboración propia, Encargado de Finanzas del Dpto. de Salud Municipal, Año 2019.

METAS SANITARIAS

De acuerdo a la ley 19.813, que otorga Beneficios a la Salud Primaria, el proceso de fijación de las metas, debe ser realizado por el Servicio de Salud con presencia de los representantes de las entidades administradoras de salud comunal y un representante de los gremios, constituyendo un comité técnico consultivo destinado a este fin. En dicho comité se deben concordar las metas que, basadas en criterios de salud pública y en el nivel de cumplimiento de los años anteriores, impliquen una mejoría respecto del dato diagnóstico de cada uno de los ítems evaluados.

Las metas sanitarias están enmarcadas dentro de la Estrategia de Salud 2011-2020 la que tiene en un primer nivel cuatro grandes Objetivos Sanitarios:

1. Mejorar la salud de la población.
2. Disminuir las desigualdades en salud.
3. Aumentar la satisfacción de la población frente a los servicios de salud.
4. Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias.

Estas abordan diversos temas de salud de la población chilena, los cuales con el paso de los años, se han modificado debido al envejecimiento de ésta y la diferente distribución de las enfermedades. El cumplimiento de estas metas, nos permite asegurar un adecuado e

integral manejo de las diversas patologías o factores de riesgo preponderantes de la población en control en nuestro sistema de salud. Además, abarcan intermitentemente todo el ciclo vital del individuo, priorizando la intervención en puntos críticos de su vida.

(Congreso Nacional. Historia de la Ley 19.813 Otorga Beneficios a la Salud Primaria. Chile, 2002 1 Boletín N° 2931-1)

Tabla N° 34: Metas Sanitarias de la Comuna de Rengo, Año 2019.

ESTABLECIMIENTO	META LOCAL 90%			META LOCAL 55%			META LOCAL 75%			META LOCAL 68%		
	META 1: Porcentaje de niños y niñas de 12 a 23 meses con riesgo del Desarrollo Psicomotor recuperados			META 2: DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DEL CUELLO UTERINO			META 3a: Cobertura Alta Odontológica total en Adolescentes de 12 años			META 3b: Cobertura Alta Odontológica en embarazadas		
	INDICADOR	NUMERADOR	ENOMINADO	INDICADOR	NUMERADOR	ENOMINADO	INDICADOR	NUMERADOR	ENOMINADO	INDICADOR	NUMERADOR	ENOMINADO
		N° de niños de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo de DSM recuperados de enero a diciembre 2019	N° de niños de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo de DSM en su primera evaluación de enero a diciembre		N° de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas, con PAP vigente a diciembre 2019	N° total de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas		N° de adolescentes de 12 años con Alta Odontológica total de enero a diciembre del 2019	Total de Adolescentes de 12 años inscritos validados para el año 2018		N° de Embarazadas con Alta Odontológica total de enero a diciembre 2019	N° total de embarazadas ingresadas a control prenatal de enero a diciembre 2019
RENGO	100,00%	22	22	63,06%	6117	9701	47,09%	340	722	49,50%	150	303
CESFAM RENGÓ	111,11%	20	18	76,50%	3923	5128	45,51%	228	501	55,00%	121	220
CESFAM ROSARIO	50,00%	2	4	47,98%	2194	4573	50,68%	112	221	34,94%	29	83

META LOCAL 80,46%			META LOCAL 31,45%			META LOCAL 90%			META LOCAL 52,23%			META LOCAL 77,03%		
META 3c: Cobertura Alta Odontológica total en niños de 6 años			META 4: Cobertura afectiva de DM tipo 2 en personas de 15 años y más			META 4b: Evaluación anual de pies en personas con Diabetes bajo control de 15 años y más			META 5: Cobertura Efectiva de HTA en personas de 15 y más años			META 6: Cobertura de Lactancia Materna Exclusiva (LME) en menores de 6 meses de vida		
INDICADOR	NUMERADOR	ENOMINADOR	INDICADOR	NUMERADOR	ENOMINADOR	INDICADOR	NUMERADOR	ENOMINADOR	INDICADOR	NUMERADOR	ENOMINADOR	INDICADOR	NUMERADOR	ENOMINADOR
	N° de niños de 6 años inscritos con Alta Odontológica total de ene a dic 2019	Total de niños de 6 años inscritos validados por Fonasa para el año 2018		N° de personas con DM2 de 15 a 79 años con Hb A1c <sup>7% mas N° de personas con DM2	Total de personas con DM2 de 15 y más años estimados según prevalencia		N° de personas con diabetes bajo control de 15 años y más con una evaluación	N° Total de personas Diabéticas de 15 y más años bajo control al corte		N° personas hipertensas de 15 a 79 años con PA 140/90 mmHg mas N° de personas	Total de personas hipertensas de 15 y más años estimados según prevalencia		N° de niñas y niños que al control de salud del 6° mes recibieron LME en el periodo de ene a dic	N° de menores con control de salud del 6° mes realizado el periodo de ene a
33,20%	243	732	29,88%	1562	5228	87,32%	2589	2965	50,89%	5009	9842	58,64%	129	220
31,11%	168	540	28,82%	1033	3584	88,77%	1731	1950	49,39%	3339	6760	49,69%	79	159
39,06%	75	192	32,18%	529	1644	84,53%	858	1015	54,19%	1670	3082	81,97%	50	61

ÍNDICE DE ACTIVIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (IAAPS)

El “Índice de Actividad de La Atención Primaria”, establece un conjunto de ámbitos a evaluar, con sus respectivos indicadores y funciona aplicando rebajas ante los incumplimientos. Las prestaciones que evalúa se definen en el Decreto N° 154 del 23 de Diciembre del presente año, el cual determina el aporte estatal a municipalidades y es firmado por: el Ministerio de Salud, el Ministerio de Hacienda y la Subsecretaría de Desarrollo Regional, respectivamente.

Cada año, los equipos de los CESFAM, junto a la Dirección del Departamento de Salud, se comprometen con la Dirección de Servicio de Salud de la región para dar cumplimiento también junto a las metas sanitarias los indicadores sanitarios de salud que dan cuenta del impacto en cobertura de atención de prestaciones preventivas que aporten al desarrollo y mejor calidad de vida de la comunidad y población beneficiaria a cargo.

En la siguiente tabla se muestra el corte de cumplimiento al mes de octubre por establecimiento y total comunal.

Los resultados comunales nos arrojan un **79%** de cumplimiento general, lo cual es un muy buen resultado, ya que esto refleja el trabajo en equipo realizado por el equipo de salud de la atención Primaria de la Comuna de Rengo.

Dicho lo anterior, es que nuestro trabajo se debe direccionar con más potencia en la implementación de nuevas estrategias que se enmarquen en las actividades preventivas y promocionales en salud, entregando a las familias la responsabilidad de su cuidado y que el equipo de Salud sea contribuyente, cercano, acompañante, colaborador y dispuesto a ser parte de este autocuidado priorizando en la prevención, promoción, rehabilitación tratamiento y curación en beneficio de toda la Comuna de Rengo.

Metas IAAPS de la Comuna de Rengo a septiembre 2018.

ESTABLECIMIENTO	META LOCAL 1,2			META LOCAL 90%			META LOCAL 0,20%			META LOCAL 14,74%				
	META 3: Tasa de Consultas de Morbilidad y de Controles Médicos, por habitante año			META 4: Porcentaje de Consultas y Controles Resueltas en Atención Primaria			META 5: Tasa de Visita Domiciliaria Integral			META 6a: Cobertura Examen de Medicina Preventiva realizado a hombres y mujeres de 20 años y más Examen de Medicina Preventiva (EMP)				
	INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR		
		N° de Consultas de morbilidad y controles realizados por	Población Inscrita Validada		N° de control y consulta médica realizada en APS - N° SIC de control y	N° Total de consultas y controles médicas realizadas en APS		N° de visitas domiciliarias integrales realizadas	N° de familias (Población Inscrita / 3,3)		N° Examen de Medicina Preventiva (EMP) realizado en población de hombres y mujeres	Población hombres y mujeres de 20 a 64 años inscrita, menos población bajo	Poblacion hombre y mujeres de 20 a 64 años bajo control en programa de salud cardiovasc	Población de hombres y mujeres de 20 a 64 años inscrita
RENGO	0,48	25191	52848	96,79%	24383	25191	0,08	1345	16015	3,58%	971	4985	7	32099
CESFAM RENGO	0,39	14094	36300	99,78%	14063	14094	0,10	1131	11000	3,27%	610	3183		21839
CESFAM ROSARIO	0,67	11097	16548	93,00%	10320	11097	0,04	214	5015	4,27%	361	1802	7	10260

META LOCAL 40%			META LOCAL 94%			META LOCAL 10%			META LOCAL 20,99%		
META 6b: Cobertura de Examen de medicina preventiva del Adulto de 65 años y más			META 7: Cobertura de Evaluación del desarrollo Psicomotor de niños/as de 12 a 23 me			META 8: Cobertura de Control de Salud Integral Adolescentes de 10 a 14 años			META 9: Proporción de Población de 7 a menor de 20 años con Alta Odontológica Total.		
INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
	Nº de adultos de 65 y más años con examen de medicina preventiva	población inscrita de 65 y más años validada por Fonasa		Nº de Niños/as de 12 a 23 meses con EDSM	Nº de Niños/as de 12 a 23 meses bajo control a diciembre año 2019		Nº de Controles de Salud Integral realizados a Adolescentes de 10	Población Adolescente de 10 a 14 años inscritas en el establecimiento de		Nº de Altas Odontológicas totales en población menor de 20 años	Población Inscrita menor de 20 años
11,34%	740	6525	39,51%	258	653	3,03%	108	3561	10,82%	1054	9738
8,76%	396	4523	40,04%	187	467	4,32%	108	2499	10,05%	682	6783
17,18%	344	2002	38,17%	71	186	0,00%	0	1062	12,59%	372	2955



META LOCAL 17%			META LOCAL 89,43%			META LOCAL 15,9%			META LOCAL 31,45%		
META 10: Cobertura de Atención Integral de trastornos mentales en personas de 5 y más años			META 13: Ingreso Precoz de mujeres a control de embarazo			META 14: Cobertura de método anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad			META 15: Cobertura afectiva de DM tipo 2 en personas de 15 años y más		
INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
	Nº de personas de 5 y más años con trastorno mental bajo	/ Nº de personas esperadas según prevalencia de trastornos mentales		Nº de mujeres embarazadas ingresadas antes de las 14 semanas a	Total de mujeres embarazadas ingresadas a control		Nº de Adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan métodos de	Total de Adolescentes de 15 a 19 años inscritos		Nº de personas con DM2 de 15 a 79 años con Hb A1c ⁷% mas Nº de	Total de personas con DM2 de 15 y más años estimados según prevalencia
22,76%	2493	10952	87,33%	262	300	17,81%	689	3868	29,88%	1562	5228
25,22%	1896	7519	85,45%	188	220	17,14%	462	2.696	28,82%	1033	3.584
17,39%	597	3433	92,50%	74	80	19,37%	227	1172	32,18%	529	1644

META LOCAL 52,23%			META LOCAL 60%			META LOCAL 60%		
META 16: Cobertura Efectiva de HTA en personas de 15 y más años			META 17: Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita			META 18: Proporción de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal		
INDICADOR	NUMERADOR	ENOMINADOR	INDICADOR	NUMERADOR	ENOMINADOR	INDICADOR	NUMERADOR	ENOMINADOR
	N° de personas hipertensas de 15 a 79 años con PA 140/90 mmHg	Total de personas hipertensas de 15 y más años estimados según prevalencia		N° de niños y niñas menores de 3 años con registro CEOD=0	N° de niñas y niños menores de 3 años inscritos		N° de niños y niñas menores de 6 años con estado nutricional normal	N° de niñas y niños menores de 6 años inscritos
50,89%	5009	9842	25,93%	426	1643	69,25%	2596	3749
49,39%	3339	6.760	26,95%	308	1143	74,42%	1946	2615
54,19%	1670	3082	23,60%	118	500	57,32%	650	1134

Fuente: Unidad Estadística CESFAM Rengo-2018

CAPACITACIÓN COMUNAL DEL EQUIPO DE SALUD

La capacitación, es el conjunto de actividades permanentes, organizadas y sistémicas destinadas a que los funcionarios desarrollen, complementen, perfeccionen o actualicen los conocimientos y competencias necesarias para un desempeño eficiente de sus funciones o aptitudes en los diferentes ámbitos de trabajo de los establecimientos de salud de la comuna.

Se elaboró un Reglamento de Capacitación para los funcionarios de salud con los representantes de los trabajadores, el cual fue consensuado y firmado por el Sr. Alcalde de la comuna y ratificado por el Concejo Municipal. Este Reglamento insta una Comisión Comunal de Capacitación y una Comisión Interna de Capacitación en cada uno de los establecimientos, con el propósito de hacer más conocido el Programa de Capacitación y más equitativo el acceso a ella.

Las Comisiones Internas de Capacitación de los dos CESFAM, conformada por un representante de cada estamento junto al Director del Departamento de Salud, se reúnen de manera frecuente y programada para establecer y definir las prioridades y las necesidades de capacitación por estamento. Así mismo se consideran los lineamientos del gobierno local y los objetivos del Ministerio de Salud, para la elaboración del Programa Anual de Capacitación del año 2019; A continuación se presenta el Programa Anual de Capacitación 2019 Personal Estatuto de Atención Primaria (Ley 19.378) (Tabla N° 35).

PROGRAMA CAPACITACIÓN CESFAM Dr. Rienzi Valencia González AÑO 2020

**PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACION 2020 PERSONAL ESTATUTO ATENCIÓN PRIMARIA (LEY 19.378)
COMUNA DE RENGO**

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDAD DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO				ORGANISMO EJECUTOR	COORDINADOR	FECHA DE EJECUCION	
			A	B	C	D	E	F	TOTAL		ITEM CAPACITACION	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO				
EJE ESTRATEGICO 1: Enfermedades Transmisibles.	CURSO AUTOGESTIONADO: Actualización sobre conserjería de promoción en Salud Sexual y Prevención del VIH/SIDA e ITS.	Actualización de conocimientos y adquisición de herramientas para la entrega de información y orientación a los/as usuarios/as, contribuyendo a la promoción de la salud sexual y prevención del VIH/SIDA y las ITS.	x	x	x	x			80	Desde horas	20	becas				"Según institución a cargo de dictar la actividad"		A partir de Enero 2020
	CURSO AUTOGESTIONADO: VIH/SIDA Actualización y manejo clínico.	Fomento y promoción de la pesquisa y el diagnóstico precoz del VIH, con derivación		x	x	x	x		20	Desde horas	20	becas				"Según institución a cargo de dictar la actividad"		A partir de Enero 2020

		oportuna para su manejo clínico.																	
	CURSO AUTOGESTIONADO: CHAGAS, actualización, Promoción y Manejo clínico.	Actualizar los conocimientos de los equipos de salud sobre el tema, para la prevención y control de la enfermedad de Chagas, de acuerdo al contexto nacional, mejorando la calidad del manejo clínico en los procesos preventivos, diagnósticos y terapéuticos de las personas susceptibles a adquirir el parásito, así como de quienes ya lo han adquirido y consultan a lo largo de la red asistencial.	X	X					20	Desde horas	20	becas						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
	CURSO AUTOGESTIONADO : Prevención y diagnóstico	Actualización de conocimientos y manejo precoz ante la	x	x	x	x			80	Desde horas	20	becas						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020

	precoz de infección Hanta virus.	sospecha clínica de Hanta virus, para tomar decisiones informadas y derivación oportuna.																
	CURSO AUTOGESTIONADO: Actualización y prevención de TBC.	Actualización sobre TBC, manejo clínico precoz y Prevención oportuna en la pesquisa de nuevos casos.	x	x	x			20	Desde horas	20	becas						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
	CURSO AUTOGESTIONADO: Prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud. (IAAS).	Adquisición de conocimientos sobre la cadena de transmisión de los agentes infecciosos y las medidas generales y específicas a adoptar por el personal de salud, en la atención de los pacientes.	x	x	x	x		30	Desde horas	20	becas						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
	CURSO AUTOGESTIONADO: Actualizaciones en Inmunología, Vacunas y cadena de frío.	Nivelación de conocimientos y procedimientos de vacunas e inmunizaciones y manejo de cadena de frío.	x	x	x	x		80	Desde horas	20	becas						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020

CAPACITACION: Para la formación de consejeros/as en la Prevención de Enfermedades respiratorias y Casos de INFLUENZA .	Adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas para la realización de consejerías en salud relacionadas con la Prevención y tratamientos oportunos frente a las consultas ambulatorias de casos respiratorios agudos e Influenza.	x	x	x	x				30	Desde horas	20												"Según institución a cargo de dictar la actividad"		A partir de Enero 2020
CURSO AUTOGESTIONADO: Actualización sobre el manejo de las Enfermedades respiratorias en adultos y en el niños/as.	Mejoramiento en el manejo clínico de enfermedades respiratorias a nivel ambulatorio.	x	x	x	x				80	Desde horas	20	becas											"Según institución a cargo de dictar la actividad"		A partir de Enero 2020
CURSO AUTOGESTIONADO : Guía GES de infecciones respiratorias baja de	Conocimientos y manejo sobre las recomendaciones de buenas prácticas clínicas, basadas en la	x	x	x	x				50	Desde horas	20	becas											"Según institución a cargo de dictar la actividad"		A partir de Enero 2020

	manejo ambulatorio en menores de 5 años.	evidencia, en la base GES de la infección baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años.																
	Todos los cursos y/o diplomados (Online y/o presencial. Auto gestionados) relacionados con el cargo del funcionario/a y su rol en las atenciones de salud.	Adquisición de nuevos conocimientos, habilidades y destrezas en el manejo de usuarios/as y la comunidad, para Promover, Prevenir y Tratar problemáticas relacionadas con la salud, manteniendo y/o mejorando la calidad de vida de las personas.	x	x	x	x	x	x	132	Desde horas	20						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
EJE ESTRATEGICO 2: Enfermedades crónicas, violencia y discapacidad	CURSO AUTOGESTIONADO: Mal oclusiones dentales (Tratamiento de Ortodoncia interoceptiva).	Prevención y reducción en la incidencia de anomalías dento-maxilares en la población infantil.	x		x				8	Desde horas	40	becas					"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Marzo 2020

DIPLOMADO / CURSO: De Medicina Integrativa.	Formación de nuevos conocimientos y habilidades para el manejo integral de enfermedades crónicas usuarios en APS.	x	x					10	Desde horas	40						“Según institución a cargo de dictar la actividad”	A partir de Enero 2020
DIPLOMADO / CURSO: En Coaching Nutricional	Adquirir herramientas para potenciar el abordaje dieto terapéuticos y promoción de hábitos saludables en los usuarios atendidos en APS.		x					10	Desde horas	40						“Según institución a cargo de dictar la actividad”	A partir de Enero 2020
DIPLOMADO / CURSO: En Neuropatía y Fitoterapia.	Adquirir conocimientos y habilidades necesarias para el desarrollo teórico y práctico de los principios básicos de la neuropatía y Terapias naturales aplicadas en el ámbito del quehacer profesional de APS.	x	x					10	Desde horas	30						“Según institución a cargo de dictar la actividad”	A partir de Enero 2020

DIPLOMADO / CURSO: Enfermedad Celiaca, Intolerancias y Alergias Alimentarias	Actualización en cuadros asociados a intolerancias digestivas, respuesta inmunológica adversa en la población y autoinmunidad .	x	x					10	Desde horas	40						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
DIPLOMADO / CURSO: Manejo odontológico en pacientes con enfermedad es isquémicas.	Mejoras y actualización destrezas en el manejo odontológico en pacientes con enfermedades isquémicas.	x		x				8	Desde horas	40						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Marzo 2020
CURSO: Salud Cardiovascular infantil.	Adquisición de nuevos conocimientos para el manejo de ECNT en la población infantil.	x	x					10	Desde horas	40						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
DIPLOMADO / CURSO: Procedimientos quirúrgicos simples en Odontología.	Mejoras en la calidad de vida de los/as usuarios/as mediante intervenciones Odontológicas simples, no realizadas en establecimientos de mayor complejidad, pero que	x		x				8	Desde horas	40						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Marzo 2020

		significan un gran problema al usuario/a.																
	DIPLOMA O / CURSO: Actualización en Patologías asociadas a lesiones bucales en centros de APS.	Prevenición y disminución de riesgos que implica lesiones patológicas hiperplasias en la cavidad bucal.	x		x				8	Desde horas	40						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de marzo 2020
	CURSO AUTOGESTIONADO: Sobre Técnicas de Prevención y Promoción de la salud Oral.	Aumento de conocimientos sobre métodos de Promoción y Prevención sobre la salud Oral de los/as usuarios/as en cada etapa del ciclo vital, enfocándose en la asistencia básica, pesquisa de enfermedades orales y derivación oportuna para tratamiento.	x		x				8	Desde horas	40						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de marzo 2020
	CURSO AUTOGESTIONADO: Manejo y atención a pacientes con	Aumento de destrezas y habilidades en el abordaje de usuarios/as con capacidades	x	x	x	x	x	x	80	Desde horas	20	becas					"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020

capacidades diferentes.	diferentes.																			
DIPLOMADO y/o CURSO: Sobre piso pélvico, para recuperación del control de esfínter y disfunciones de piso pélvico.	Actualización sobre el manejo de patologías que afectan el control de la micción, en usuarios/as tanto con alguna Discapacidad como con antecedentes de accidentes Gineco-Obstetricos.		x					15	Desde 20 horas										"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
CURSO AUTOGESTIONADO: Sobre Nuevos Deportes Adaptados para Personas en Situación de Discapacidad.	Fomento de Prácticas deportivas y Promoción de la Salud.		x					5	Desde 20 horas	becas									"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Marzo 2020
DIPLOMADO y/o CURSO: Rehabilitación Comunitaria en Atención Primaria.	Aumento de Conocimientos en el manejo y control de usuarios/as en rehabilitación por amputación de pie diabético en CCR.		x					5	Desde 20 horas										"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Marzo 2020

DIPLOMA O CURSO: Dermatofuncional; Trabajo Kinesiológico con amputados de pie diabético.	Actualización de Conocimientos del manejo clínico kinesiológico en APS, de usuarios/as con alteraciones funcionales producido por la amputación de pie diabético.	x						5	Desde 20 horas						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Marzo 2020
DIPLOMA O CURSO: En Terapia Manual y osteopatía.	Aumento de Destrezas en el manejo clínico de usuarios/as con diagnósticos osteomusculares en base a su rehabilitación física.	x						5	Desde 20 horas						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Marzo 2020
DIPLOMA O CURSO: Prescripción de Actividad Física como Tratamiento No Farmacológico.	Promoción de la Salud y Calidad de Vida en usuarios/as con Fragilidad y/o Discapacidad en las diferentes etapas del ciclo vital.	x						5	Desde 20 horas						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Marzo 2020
CURSO AUTOGESTI	Adquisición de habilidades	x	x	x	x	x		60	Desde 20 horas	becas					"Según institución"	A partir de Marzo

ONADO: Sobre traslado y cambio de posturales, de usuarios/as con discapacidad y/o con dependencia moderada/severa.	sobre manejo de usuarios/as con dificultad del traslado por discapacidad moderada/severa	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	a cargo de dictar la actividad"		2020
CURSO AUTOGESTIONADO: Sospecha precoz de cáncer en APS, en el/la adulto/a y niños/as y derivación oportuna a tratamiento.	Actualización al equipo de APS sobre cáncer en adultos y niños/as, contribuyendo a un diagnóstico precoz, derivación inmediata según la red asistencial vigente y el acceso oportuno a tratamiento.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	"Según institución a cargo de dictar la actividad"		A partir de Enero 2020
CURSO AUTOGESTIONADO: Actualización del manejo del dolor.	Adquirir conocimientos sobre el concepto de dolor total, considerando el dolor como síntoma de mayor prevalencia y	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	"Según institución a cargo de dictar la actividad"		A partir de Enero 2020

	trascendencia para los/as usuarios/as.																	
CURSO: Protección respiratoria en uso de cilindros con gas clínico.	Adquisición de conocimientos sobre prevención y medidas de seguridad para evitar el ingreso de agentes contaminantes al organismo, fomentando el uso de respiradores, como por ejemplo: purificadores de aire o proveedores de aire.		x	x	x			50	Desde 20 horas								"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
DIPLOMADO: Sobre cuidados respiratorios (Para kinesiólogos).	Fortalecimiento de las competencias kinesiológicas, en el manejo clínico de enfermedades respiratorias.	x	x					6	Desde 100 horas								"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
CURSO: Sobre el manejo espirométrico en pacientes pediátricos y adultos.	Aumento de destrezas clínicas en base a las competencias profesionales, sobre el control de pacientes crónicos	x	x					4	Desde 40 horas								"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020

		respiratorios pediátricos y adultos.																
	CURSO: Instrumento de valoración de desempeño en comunidad (IVADEC).	Obtener la certificación para la aplicación del instrumento de valoración de desempeño en la comunidad (IVADEC), destinado a Kinesiólogo, Terapeuta Ocupacional y Asistente Social.		x					15	Desde horas	20						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
	DIPLOMA O CURSO: Trastornos de personalidad ; diagnósticos diferenciales y tratamiento.	Actualización de conocimientos teóricos, mejorando las destrezas diagnosticas diferenciales sobre los distintos enfoques de tratamientos para estos trastornos.	x	x					30	Desde horas	40						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
	CURSO AUTOGESTIONADO: Prevención de la autolesión y el suicidio.	Fortalecer la capacidad para identificar, evaluar, manejar y proveer seguimiento oportuno a	x	x	x	x			110	Desde horas	20	becas					"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020

	los/as usuarios/as que presenta conductas de autoagresión y suicida.																	
CURSO AUTOGESTIONADO: Riesgos Psicosociales.	Capacitación en materia de agentes de riesgo psicosociales, promoviendo las competencias de los/as funcionarios/as, para la pro actividad identificación, control y evaluación de los riesgos presentes en sus ambientes de trabajo, con el propósito de reconocerlos, controlarlos y evitar enfermedades profesionales.	x	x	x	x	x	x	80	Desde horas	20	becas						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
CURSO: Intervenciones en Depresión y otros trastornos del ánimo.	Actualización de conocimientos sobre intervenciones psicoterapéuticas, respecto a la depresión y otros trastornos del	x	x	x	x			80	Desde horas	40							"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020

		ánimo, reconociendo factores de riesgo y sintomatología presuntiva, logrando efectuar una detección precoz y una derivación oportuna.																		
	CURSO AUTOGESTIONADO: Guía Clínica de trastorno bipolar.	Actualización de conocimientos científicos y técnicos basados en la evidencia científica (según la normativa nacional), para el correcto diagnóstico, abordaje y tratamiento.	x	x	x				30	Desde horas	20	becas							"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
	CURSO AUTOGESTIONADO: Manejo de la depresión Postparto.	Adquisición de herramientas y habilidades para la detección precoz y apoyo en el tratamiento de la depresión durante la gestación y el posparto.	x	x					40	Desde horas	30	becas							"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020

DIPLOMA O CURSO: Comunicación efectiva y Manejo integral del Duelo.	Desarrollar competencias de Comunicación efectiva en base al rol de atención de salud que se cumple, orientando, evaluando y apoyando, frente al duelo normal y complicado de usuarios/as, familias y acompañantes que enfrentan este proceso.	x	x	x	x				80	Desde horas	20																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
---	--	---	---	---	---	--	--	--	----	-------------	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

		en niños/as y adolescentes.																
DIPLOMADO y/o CURSO:	Intervenciones Psicológicas para VIF y agresores.	Adquisición de herramientas y habilidades en tratamientos psicoterapéuticos en usuarios/as de Salud Mental.	x	x					10	Desde horas	40						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
CURSO AUTOGESTIONADO:	Actualización en Podología clínica y manejo de nuevas técnicas en atención.	Actualización de conocimientos en el cuidado de los pies, manejo de tratamientos clínicos (Onicomiosis) y uso de Ortesis.			x	x			4	Desde horas	20	becas					"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
CURSO:	Podología integral en reflexología y Orthopodología.	Adquisición de conocimientos técnicos y prácticos sobre podología integral en base a la reflexología y Orthopodología, frente a los casos de metatarsalgias, anomalías de la marcha y biomecánica del pie.			x	x			4	Desde horas	20						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
DIPLOMADO y/o CURSO:		Actualización de conocimientos		x	x	x			30	Desde horas	40						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020

	Actualización de técnicas de Curaciones avanzadas de heridas y úlceras en APS.	técnicos y prácticos, de curación avanzada en APS.																dictar la actividad"		
	DIPLOMA O CURSO: Estrategia para el Cuidado del Cuidador.	Adquisición de competencias para aplicar estrategias de autocuidado destinadas a su bienestar integral, mientras ejercen el cuidado de personas en situación de dependencia, según necesidades diagnosticadas y normativas vigentes.		x				10	Desde 40 horas									"Según institución a cargo de dictar la actividad"		A partir de Enero 2020
	CURSO AUTOGESTIONADO: Diversidad sexual; Abordaje en adolescentes y jóvenes en APS.	Manejar conceptos básicos sobre diversidad sexual y su relación con la atención en el sistema de salud, diferenciando términos relativos a la temática y valorando la	x	x				40	Desde 20 horas	becas								"Según institución a cargo de dictar la actividad"		A partir de Enero 2020

		importancia de entregar un trato respetuoso y libre de prejuicios.															
CURSO AUTOGESTIONADO:	Manejar el dominio de la aplicación e interpretación de instrumentos de evaluación del desarrollo psicomotor en el control de salud infantil. (Pauta Breve, EDDP, TEPSI y test M-CHAT).	x	x					40	Desde 20 horas	20	becas					"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
DIPLOMADO y/o CURSO:	Adquisición de conocimientos sobre el manejo de NANEAS, con enfoque psicosocial, promoviendo una atención integral, ética y continua en las diferentes etapas del ciclo vital.	x	x	x	x			80	Desde 40 horas	40						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
CURSO AUTOGESTIONADO:	Sensibilizar a los/as funcionarios/as de la red, sobre la migración y su	x	x	x	x	x	x	132	Desde 20 horas	20	becas					"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020

		implicancia en salud desde el enfoque de los derechos humanos con el fin de facilitar la inclusión de loa personas inmigrantes																
	DIPLOMADO y/o CURSO: Interculturalidad, mención Salud.	Adquirir conocimientos básicos sobre interculturalidad y desarrollo de habilidades sobre el manejo de prácticas médicas de los pueblos originarios en las diferentes etapas del ciclo vital.	x	x	x	x			80	Desde horas	40						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
	CURSO AUTOGESTIONADO: Actualización sobre toma de presión arterial en usuarios/as pediátricos.	Actualización de conocimientos sobre el protocolo de pesquisa y diagnóstico de la presión elevada desde los 3 años, identificando la técnica vigente de medición y seguimiento de presión arterial como		x	x	x			30	Desde horas	20	becas					"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020

		herramienta para la prevención de la patología cardiovascular en el/la futuro/a adulto/a.																		
	CURSO: Atención en salud del/la niño/a migrante. Derechos en Salud.	Adquirir conocimientos relacionados con la migración, salud y derechos y deberes de los migrantes, con el fin de otorgar atenciones de salud integrales, manejo clínico y derivaciones oportunas según sea el caso.	x	x	x	x		60	Desde 40									"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020	
	Taller de formación de facilitadores "Nadie es perfecto".	Adquirir conocimientos sobre la promoción de habilidades parentales o de crianza en los adultos encargados del cuidado de niños pequeños a través del aumento de		x				10	Desde 20										"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020

		conocimientos sobre desarrollo infantil y la promoción de conductas positivas en el manejo de los niños y niñas de 0 a 5 años.																	
	Todos los cursos y/o diplomados (Online y/o presencial. Autogestionados) relacionados con el cargo del funcionario/a y su rol en las atenciones de salud.	Adquisición de nuevos conocimientos, habilidades y destrezas en el manejo de usuarios/as y la comunidad, para Promover, Prevenir y Tratar problemáticas relacionadas con la salud, manteniendo y/o mejorando la calidad de vida de las personas.	x	x	x	x	x	x	132	Desde 20 horas								"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
EJE ESTRATEGICO 3: Hábitos de vida.	DIPLOMADO / CURSO: Promoción de la salud y calidad de vida.	Desarrollo de capacidades para formular e implementar una propuesta de evaluación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad con bases	x	x	x	x			80	Desde 100 horas	becas							"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020

		conceptuales y metodologías para aplicar en APS.																		
DIPLOMADO /CURSO:	Nutrición y suplementación deportiva.	Adquirir nuevas herramientas para el abordaje dieto-terapéutico en el deporte, fortaleciendo estilos de vida saludable.		x					10	Desde horas	30								“Según institución a cargo de dictar la actividad”	A partir de Enero 2020
DIPLOMADO / CURSO:	Terapias complementarias y/o Alternativas para APS.	Desarrollo de nuevas capacidades en APS para aplicar Terapias Complementarias y/o alternativas en usuarios/as del CESFAM.	x	x	x	x			30	Desde horas	20								“Según institución a cargo de dictar la actividad”	A partir de Enero 2020
CURSO AUTOGESTIONADO:	Guías Alimentarias.	Actualización de conocimientos sobre alimentación y nutrición, a través de las Guías alimentarias vigentes, para la Población chilena.	x	x	x	x			60	Desde horas	20	becas							“Según institución a cargo de dictar la actividad”	A partir de Enero 2020
DIPLOMADO /CURSO:	Nutrición integrativa	Adquisición de nuevos conocimientos sobre el	x	x					10	Desde horas	20								“Según institución a cargo de dictar la	A partir de Enero 2020

		o.																	
	CURSO: Consejería e intervención Familiar.	Adquirir nuevas competencias para comprender, evaluar y desarrollar estrategias frente a los procesos de funcionamiento familiar, influencias familiares en el desarrollo biopsicosocial y los trastornos de funcionamiento o frente a la crisis.	x	x	x				80	Desde horas	20							"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
	DIPLOMADO / CURSO: Abordaje integral para personas con consumo problemático de alcohol y drogas en APS.	Incorporar competencias especializadas en el abordaje integral de personas que presentan consumo problemático de drogas desde una perspectiva de género y de derechos humanos.	x	x	x	x			60	Desde horas	40							"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020

CURSO: Gestión de calidad y proceso de Acreditación en salud.	Adquisición de conocimientos y desarrollo de habilidades para preparar, organizar y enfrentar el proceso de acreditación de la institución.	x	x	x	x			80	desde horas	20						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
CURSO AUTOGESTIONADO: Modelo de atención integral de salud familiar y comunitario; Conceptos y elementos clave.	Identificar conceptos y elementos claves en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario en la red asistencial en los equipos de Salud de la Atención Primaria.	x	x	x	x	x	x	132	Desde horas	20	becas					"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
CURSO: Toma de muestra laboratorio (presencial).	Actualización de la técnica de toma de muestras en laboratorio, garantizando la calidad en sus fases de preparación, toma del examen y recepción de resultados.		x	x	x			40	Desde horas	20						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020

<p>CURSO: Guía clínica para el tratamiento del Tabaquismo en APS.</p>	<p>Adquirir conocimientos sobre las estrategias asociadas a disminuir y controlar la prevalencia del consumo de tabaco y las características principales de la conserjería antitabaco, y manejo clínico.</p>	x	x	x	x	x	x	x	80	Desde horas	20	becas						"Según institución a cargo de dictar la actividad"		A partir de Enero 2020
<p>DIPLOMADO / CURSO: Obesidad, causas, consecuencias y manejo a través del ciclo vital.</p>	<p>Adquisición de conocimientos para formular intervenciones de carácter preventivo a nivel individual y comunitario en APS.</p>	x	x						10	Desde horas	50							"Según institución a cargo de dictar la actividad"		A partir de Enero 2020
<p>DIPLOMADO / CURSO: Obesidad en la Infancia y Adolescencia; Estrategias para un tratamiento integral.</p>	<p>Adquirir conocimientos sobre la obesidad de niños/as y adolescentes en Chile, implementando un modelo de atención integral, de acuerdo al equipo multidisciplinario involucrado en el manejo</p>	x	x	x	x				40	Desde horas	50							"Según institución a cargo de dictar la actividad"		A partir de Enero 2020

		en APS.																		
	CURSO: Sexualidad y género.	Adquirir conocimientos sobre sexualidad y la diferenciación de sexo, género, orientación sexual y genitalidad, describiendo los procesos biológicos, psicológicos y socioculturales que intervienen en el desarrollo de la sexualidad en las diferentes etapas del ciclo vital.	x	x					30	Desde horas	30								"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
	CURSO AUTOGESTIONADO: Salud sexual y reproductivas en adolescentes.	Obtención de conocimientos sobre los modelos, enfoques y herramientas innovadoras, que han resultado exitosas en el abordaje integral de la salud sexual y reproductiva del adolescente.	x	x	x				40	Desde horas	20	becas							"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020

CURSO: Actualización en Métodos Anticonceptivos (MAC).	Actualización de conocimientos teóricos y prácticos sobre la norma nacional vigente de Regulación de fertilidad, consejería en anticoncepción y manejo clínico sobre inserciones de implantes subdermicos y DIU hormonal de acción prolongada.	x	x						20	Desde horas	30				"Según institución a cargo de dictar la actividad"		A partir de Enero 2020
Todos los cursos y/o diplomados (Online y/o presencial. Autogestionados) relacionados con el cargo del funcionario/a y su rol en las atenciones de salud.	Adquisición de nuevos conocimientos, habilidades y destrezas en el manejo de usuarios y comunidades para promover, prevenir y tratar problemáticas en relación a salud y mantener y/o mejorar la calidad de vida de las personas.	x	x	x	x	x	x	x	132	Desde horas	20				"Según institución a cargo de dictar la actividad"		A partir de Enero 2020

EJE ESTRATEGICO 4: Curso de vida.	CURSO: Actualización de Conocimientos de Programas de APS.	Adquisición y actualización de conocimientos en diversos Programas de APS, sus directrices principales en base al mejoramiento continuo por una atención de calidad hacia los/as usuarios/as.	x	x	x	x	x	x	132	Desde horas	20					"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020	
	CURSO: Abordaje infanto-juvenil, diagnóstico y enfrentamiento terapéutico de obesidad y Síndrome Metabólico.	Actualización y mejoras en el enfrentamiento dieto terapéutico de la malnutrición por exceso en todas sus etapas a través del ciclo vital.	x	x					30	Desde horas	20					"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020	
	DIPLOMADO/ CURSO: Nutrición en NANEAS.	Actualizar estrategias de intervención en niños y adolescentes con necesidades especiales.		x						10	Desde horas	40					"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
	CURSO AUTOGESTIONADO: Lactancia materna	Reconocimiento de la importancia y las implicancias	x	x	x	x	x	x	132	Desde horas	20	becas					"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020

	para el Equipo de Salud.	de la LME, identificando técnicas de amamantamiento, conservación de leche y el destete respetuoso, valorando las acciones de promoción y resolución de problemas asociados a la LM.																	
	DIPLOMADO / CURSO: Nutrición Vegana.	Formación y actualización técnica y teórica en Alimentación Vegana en adaptada a todo el ciclo vital.		x					10	Desde horas	40							"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
	CURSO AUTOGESTIONADO: Control de Salud Infantil en establecimiento educativo.	Identificación de los criterios involucrados en el procedimiento del control sano en establecimiento educativo.	x	x	x	x			70	Desde horas	20	becas						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
	CURSO AUTOGESTIONADO: de Alergia a la Proteína de la leche de vaca.	Reconocimiento de los criterios establecidos en la guía clínica de APLV del	x	x	x				60	Desde horas	20	becas						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020

	MINSAL, con el fin de optimizar la sospecha, diagnóstico, tratamiento, referencia y seguimiento de los niños/as con APLV en el sistema de Salud.																	
DIPLOMADO / CURSO: Evaluación y soporte Nutricional en postrados.	Actualizar conocimientos en el abordaje de atención Nutricional hacia el usuario postrado.		x					10	Desde 30 horas								"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
DIPLOMADO / CURSO: Atención de salud Integral del Adolescente.	Actualización de conocimientos y capacidades que permitan el abordaje de la problemática adolescente en forma integral, abordando el manejo de diagnóstico y primera respuesta en situaciones de intento suicida, en situaciones de toda forma de violencia y	x	x	x				10	Desde 100 horas								"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020

		prevención de embarazo y anticoncepción																
	PASANTÍAS : Nacionales e internacionales sobre los modelos de Salud Familiar y comunitaria locales.	Ampliar Conocimientos y experiencias del trabajo en salud Familiar y comunitaria, en APS según otras realidades locales.	x	x	x	x	x	x	80	Desde horas	50						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
	DIPLOMADO /CURSO: En Atención primaria y Salud Familiar.	Adquisición de nuevos conocimientos sobre los aspectos centrales de la estrategia de Atención primaria y el modelo de salud familiar.	x	x					60	Desde horas	100						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
	CURSO AUTOGESTIONADO: Programa de Apoyo al recién Nacido.	Desarrollar y fortalecer destrezas en las actividades relacionadas con la crianza respetuosa, abarcando completamente la infancia temprana desde la gestación, nacimiento y la atención del/	x	x	x				40	Desde horas	20	becas					"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020

	la RN.																	
CURSO: Actualización en el fortalecimiento de competencias específicas para la detección de alteraciones del desarrollo integral de niños/as menores de 5 años en el control de salud infantil.	Actualización de conocimientos sobre el control integral de salud infantil y supervisión de la trayectoria de su crecimiento y desarrollo, asegurando las posibilidades de alcanzar el máximo potencial, mejorando la salud y reduciendo los riesgos e inequidades sociales en el desarrollo.	x	x						30	Desde 20							"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
CURSO: Actualización de manejo de emergencias Obstétricas.	Actualización de conocimientos y capacidades que permitan mejorar el manejo clínico de las emergencias obstétricas, según sea el caso.	x	x						20	Desde 50							"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
CURSO:	Obtener	x	x						20	Desde 50							"Según	A partir de

Artritis idiopática infantil.	nuevas herramientas para mejorar el diagnóstico precoz de AIJ, la referencia oportuna de el/la paciente a nivel secundario para inicio de tratamiento, detección oportuna de complicaciones, infecciones intercurrentes y su integración a su vida cotidiana.							horas						institución a cargo de dictar la actividad"	Enero 2020
DIPLOMADO / CURSO: Trastornos Específicos del Lenguaje y Trastornos del Habla (TEL).	Lograr una sólida formación teórico-práctica que permita al especialista realizar una labor educativa en aula orientada a la superación de las dificultades del lenguaje en el/la niño/a.		x	x				30	Desde 80					"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
DIPLOMADO: En abordaje fonoaudiológico	Desarrollar estrategias de abordaje fonoaudiológico		x					10	Desde 100					"Según institución a cargo de dictar la	A partir de Enero 2020

ico integral del/la niño/a etapa escolar.	o en el desarrollo integral del /la niño/a en la etapa escolar, generando habilidades lingüísticas con el desarrollo psicomotor, cognitivo y socioemocional respectivo a cada edad.														actividad"		
CURSO: Embarazo y patología crítica.	Fortalecer competencias sobre el reconocimiento precoz y manejo clínico la paciente embarazada con patología crítica de índole obstétrica y no obstétrica.	x	x					20	Desde horas	20	becas				"Según institución a cargo de dictar la actividad"		A partir de Enero 2020
CURSO AUTOGESTIONADO: Actualización en normas y procedimientos atinentes a la atención de salud sexual y reproductiva	Adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para la realización de diversas prestaciones en salud sexual y reproductiva.	x	x					20	Desde horas	40					"Según institución a cargo de dictar la actividad"		A partir de Enero 2020

	de la mujer.																		
	CURSO: Atención de público.	Adquirir conocimientos que ayuden al personal de salud a comprender los aspectos que se deben considerar en la prevención de riesgos derivados de la atención de público, como las aptitudes personales que esta función demanda.	x	x	x	x	x	x	132	Desde horas	20							"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
	CURSO AUTOGESTIONADO: Aspectos normativos vinculados al ausentismo laboral en el servicio de Salud.	Orientación a funcionarios/as de la red asistencial sobre los aspectos normativos vinculados al ausentismo laboral por licencias médicas curativas.	x	x	x	x	x	x	132	Desde horas	20	becas						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir Enero 2020
	CURSO: Prevención y manejo de conflictos.	Manejar herramientas que permitan optimizar el desarrollo personal, como un	x	x	x	x	x	x	132	Desde horas	20							"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020

		medio impulsor de un clima laboral optimo, a través del manejo de conflictos.																
	CURSO AUTOGESTIONADO: Prevención de riesgos profesionales.	Conocimiento sobre las materias en prevención de riesgos profesionales, a través de contenidos pertinentes a los establecimientos asistenciales de salud, promoviendo el desarrollo de competencias en los funcionarios, para la participación activa y colaborativa en COMITES PARITARIOS DE HIGIENE Y SEGURIDAD.	x	x	x	x	x	x	132	desde 20 horas	20	becas					"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
	Taller RCP Reanimación cardiopulmonar teórico práctico	Manejo de conocimientos básicos sobre RCP, por parte del personal	x	x	x	x	x	x	132	Desde 20 horas	20						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020

		de salud, para identificar signos vitales y actuar técnicamente frente a una situación de emergencia.																	
	CURSO AUTOGESTIONADO: Accidentes y primeros auxilios.	Actualización de conocimientos y acciones preventivas, de gestión y atención frente a accidentes y primeros auxilios de las afecciones más frecuentes.	x	x	x	x	x	x	132	Desde horas	20	becas						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
	CURSO: Clima Laboral y trabajo en Equipo.	Actualización y promoción de la reflexión de los conocimientos respecto a la cultura del buen trato en el sector de salud.	x	x	x	x	x	x	132	Desde horas	20							"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
	CURSO AUTOGESTIONADO: Gestión del buen trato laboral.	Actualización y promoción de la reflexión de los conocimientos respecto a la cultura del buen trato en el sector salud.	x	x	x	x	x	x	132	Desde horas	20							"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020

CURSO: Introducción a la Norma OHSAS 18001:2007 Sistema de Gestión en Seguridad y Salud Ocupacional.	Conocer e interpretar adecuadamente los requisitos normativos establecidos en la Norma Internacional OHSAS 18001:07, sus conceptos fundamentales, y procesos básicos de auditorías internas y mejoramiento continuo en la gestión de seguridad y salud ocupacional.	x	x	x	x	x	x	x	132	Desde 20 horas									"Según institución a cargo de dictar la actividad"		A partir de Enero 2020
CURSO: Prevención de Accidentes de Trayecto y Vía Pública.	Conocer las situaciones de riesgos y medidas preventivas durante el trayecto habitual hacia o desde su trabajo.	X	X	X	X	X	X	X	132	Desde 20 horas									"Según institución a cargo de dictar la actividad"		A partir de Enero 2020
Taller de Manejo de Pacientes.	Identificar factores que inciden en el desarrollo o persistencia de sobrecarga músculo esquelético del personal de	x	x	x	x				80	Desde 20 horas									"Según institución a cargo de dictar la actividad"		A partir de Enero 2020

	salud, asociada el manejo manual de pacientes (MMP).																	
CURSO AUTOGESTIONADO: Actualización sobre Categorización de riesgo de dependencia.	Actualización de conocimientos para establecer el índice de Barthel como instrumento óptimo para la evaluación de los pacientes adultos mayores con algún grado de dependencia.	x	x	x				20	Desde 20 horas	20	becas						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
DIPLOMA O / CURSO: Cuidado integral del/la usuario/a postrado/a en la atención domiciliaria.	Adquirir nuevas herramientas sobre el manejo clínico y psicosocial de la atención integral en domicilio otorgada al usuario/a postrado/a en APS.	x	x	x				40	Desde 40 horas	40							"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
CURSO: Humanización del trato y manejo del duelo de la atención de salud.	Empatizar con los problemas de los/as usuarios/as sus familiares y círculo cercano,	x	x	x	x			90	Desde 20 horas	20							"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020

		logrando una comunicación fluida y empática generando atenciones de salud integrales que cubran la necesidad según sea el caso.																
	Todos los cursos y/o diplomados (Online y/o presencial. Autogestionados) relacionados con el cargo del funcionario/a y su rol en las atenciones de salud.	Adquisición de nuevos conocimientos, habilidades y destrezas en el manejo de usuarios/as y la comunidad, para Promover, Prevenir y Tratar problemáticas relacionadas con la salud, manteniendo y/o mejorando la calidad de vida de las personas.	x	x	x	x	x	x	132	desde 20 horas							"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
EJE ESTRATEGICO 5: Equidad y salud en todas las políticas.	CURSO AUTOGESTIONADO: Enfoque Intercultural en Salud.	Promoción e inclusión de los pueblos originarios a una atención oportuna, eficaz y respetuosa.	x	x	x	x	x	x	132	Desde 20 horas	becas						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020

DIPLOMADO: En competencias interculturales para la práctica profesional.	Obtener herramientas metodológicas y estrategias necesarias para el desarrollo de competencias interculturales en el ejercicio laboral.	x	x	x	x			80	Desde horas	40						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
CURSO: Manejo del CREOLE.	Desarrollo de competencias lingüísticas en nivel básico, en forma oral y escrita en distintos contextos de situaciones en la atención de salud.	x	x	x	x	x	x	132	Desde horas	20						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
Taller de lenguaje de señas.	Aprender lengua de señas, su utilidad y aplicación básica.	x	x	x	x	x	x	132	Desde horas	20						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
CURSO AUTOGESTIONADO: diversidad sexual y no discriminación	Estandarización de los conocimientos en los equipos de salud sobre diversidad sexual y no discriminación.	x	x	x	x	x	x	132	Desde horas	20	becas					"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
Todos los cursos y/o diplomados (Online y/o presencial.	Adquisición de nuevos conocimientos, habilidades y destrezas en	x	x	x	x	x	x	132	Desde horas	20						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020

	Autogestiona dos) relacionados con el cargo del funcionario/a y su rol en las atenciones de salud.	el manejo de usuarios y comunidades para promover, prevenir y tratar problemáticas en relación a salud y mantener y/o mejorar la calidad de vida de las personas.																
EJE ESTRATEGICO 6: Medio ambiente.	CURSO (Presencial) : Manejo de residuos en Establecimientos de atención en Salud (REAS).	Adquirir conocimientos básicos en materias de gestión Ambiental y manejo de Residuos a partir de las disposiciones vigentes y buenas prácticas, con el fin de concientizar la promoción de "Establecimientos verdes y saludables".	x	x	x	x	x	x	132	Desde 20 horas							"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
	CURSO: Peligro Manejo Material cortopunzante.	Identificar los peligros asociados al manejo de material cortopunzante,	x	x	x	x	x	x	132	Desde 20 horas							"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020

	aplicando métodos correctos y seguros para su utilización y manipulación, en base a una eliminación que no afecte el medio ambiente.																	
CURSO: Prevención en la Exposición a los Rayos Ultra Violeta	Actualización de conocimientos sobre los riesgos de la exposición a los rayos UV y el control de este riesgo.	x	x	x	x	x	x	132	Desde horas	20							"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
CURSO AUTOGESTIONADO: Ley de reciclaje.	Adquirir conocimientos sobre la ley de reciclado a nivel país, promoción y sus efectos protectores para Salud.	x	x	x	x	x	x	132	Desde horas	20	becas						"Segun institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
Todos los cursos y/o diplomados (Online y/o presencial. Autogestionados) relacionados con el cargo del funcionario/a y su rol en	Adquisición de nuevos conocimientos, habilidades y destrezas en el manejo de usuarios y comunidades para promover, prevenir y tratar	x	x	x	x	x	x	132	Desde horas	20							"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020

	las atenciones de salud.	problemáticas en relación a salud y mantener y/o mejorar la calidad de vida de las personas.																
EJE ESTRATEGICO 7: Institucionalidad del Sector Salud.	DIPLOMADO / CURSO: Metodologías participativas para la gestión de la salud.	Integración de presupuestos participativos como una herramienta de participación y gestión en calidad, mediante la que los ciudadanos puedan proponer y decidir sobre el destino de partes de los recursos municipales.	x	x	x	x			60	Desde 50 horas							"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
	DIPLOMADO: Gestión de la calidad en Salud.	Adquirir conocimientos y habilidades que permitan diseñar e implementar estrategias que contribuyan al mejoramiento de la calidad y seguridad de los procesos asistenciales	x	x	x	x			60	Desde 100 horas							"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020

	en las Instituciones de Salud.																	
CURSO: Evaluación y mejora de la calidad de la atención y la seguridad del paciente.	Conocer y profundizar el conocimiento de los principios de calidad en los servicios sanitarios.	x	x	x	x			80	Desde 20 horas								"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
DIPLOMADO: En gestión de instituciones de salud.	Adquisición de una visión integrada del sistema de salud pública, así como de las herramientas necesarias para desempeñarse en los servicios de salud públicos y privados de urgencia, desarrollando una gestión eficiente que les permita otorgar servicios de salud de la más alta calidad.	x	x					20	Desde 100 horas								"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
CURSO AUTOGESTIONADO: Salud ocupacional.	Actualización a funcionarios de APS conocimientos sobre Salud	x	x	x	x	x	x	132	Desde 20 horas	becas							"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020

	ocupacional como un componente de la gestión del RRHH y como responsabilidad fundamental para la provisión de una adecuada atención de salud.																	
CURSO: Formulación de gestión de proyectos de prevención y promoción de salud.	Desarrollar capacidades para la formulación de gestión de proyectos de prevención y promoción de salud que permitan enfrentar de manera eficiente problemas de salud.	x	x	x	x			80	Desde 20 horas								"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
Todos los cursos y/o diplomados (Online y/o presencial. Autogestionados) relacionados con el cargo del funcionario/a y su rol en	Adquisición de nuevos conocimientos, habilidades y destrezas en el manejo de usuarios y comunidades para promover, prevenir y tratar	x	x	x	x	x	x	132	Desde 20 horas								"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020

	las atenciones de salud.	problemáticas en relación a salud y mantener y/o mejorar la calidad de vida de las personas.																				
EJE ESTRATEGICO 8: Calidad de la atención.	DIPLOMADO: Metodología de la investigación clínica.	Adquirir herramientas asociadas a la investigación clínica en salud que contribuyan a incrementar la calidad de vida, a través de la obtención de evidencia sólidamente fundada, de modo de proponer soluciones e intervenciones en salud para generar cambios y soluciones urgentes a los problemas de salud que afectan a la población.	x	x					30	Desde horas	100									"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020	
	CURSO MTC: La investigación cualitativa	Adquisición de herramientas de investigación para la	X	X					40	Desde horas	20										"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020

	como elemento propulsor de su consolidación en salud.	propuesta de intervenciones concretas en APS.																	
	DIPLOMADO: Ecografía Obstétrica y ginecológica para la atención primaria.	Adquirir competencias esenciales para la ejecución de ecografías obstétricas y ginecológicas básicas, mediante el uso de estudios ultrasonográficos en cada trimestre de embarazo y efectuar controles de dispositivo intrauterinos.	x	x					10	Desde horas	100							"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
	CURSO AUTOGESTIONADO: Excel básico, intermedio y/o avanzado.	La Adquisición de destrezas en sistema computacional para mejorar la recopilación de información y su análisis de datos y temas administrativos .	x	x	x	x	x	x	132	Desde horas	20	becas						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
	DIPLOMADO: Liderazgo y	Adquisición herramientas actualizadas	x	x					20	Desde horas	40							"Según institución a cargo de	A partir de Enero 2020

gestión de equipos clínicos en APS.	de gestión en equipos de trabajo APS.														dictar la actividad"		
DIPLOMADO: En Farmacología.	Conocer la Farmacología de los principales sistemas del organismo, y a su vez, dentro de cada sistema, la farmacología de los principales grupos de medicamentos.	x						15	Desde 100 horas						"Según institución a cargo de dictar la actividad"		A partir de Enero 2020
CURSO: Farmacología básica para APS.	Adquisición de destrezas y conocimientos básicos en farmacología para TENS que se desempeñan en Farmacia de los establecimientos de APS.		x	x	x			80	Desde 20 horas						"Según institución a cargo de dictar la actividad"		A partir de Enero 2020
DIPLOMADO: Gestión de farmacia en APS.	Desarrollar actitudes y habilidades para la organización y manejo de un servicio de farmacia de manera eficiente,	x	x					4	Desde 50 horas						"Según institución a cargo de dictar la actividad"		A partir de Enero 2020

	basado en la seguridad de la gestión, para enfrentar las necesidades de medicación de personas, familia y comunidad, en forma oportuna, eficiente, segura e informada considerando su realidad local.																			
DIPLOMADO / CURSO: Manejo farmacológico en Odontología.	Actualización de conocimientos y manejo clínico respecto a farmacología en odontología.	x						8	Desde horas	40									"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
DIPLOMADO: En gestión de la calidad y acreditación en salud.	Fortalecer conceptos y herramientas para la gestión clínica asistencial, con el propósito de contribuir a crear una cultura de calidad continua y a apoyar los	x	x					40	Desde horas	50									"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020

	procesos de acreditación de prestadores de salud.																	
CURSO AUTOGESTIONADO: Sistemas previsionales de salud y régimen GES.	Fortalecimiento de los conocimientos técnicos administrativos sobre la normativa del Régimen de garantías explícitas de Salud y los sistemas previsionales de salud.	x	x	x	x			80	Desde 20 horas	becas							"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
CURSO: APLS (urgencia pediátrica avanzada).	Obtención de conocimientos y las destrezas para la atención de las urgencias pediátricas.	x	x	x	x			60	Desde 30 horas								"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
CURSO: ACLS (apoyo cardiopulmonar avanzado).	Formarse en conocimientos y destrezas necesarios para identificar y tratar los 10 casos básicos de ACLS.	x	x	x	x			30	Desde 30 horas								"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
CURSO: Manejo básico y avanzado computacional.	Adquisición de habilidades en el manejo computacional que apoye la gestión de la información.	x	x	x	x	x	x	132	Desde 20 horas								"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020

	CURSO: Manejo de agendas digitales.	Mejoras en las competencias y habilidades en el manejo de las Agendas digitales en Salud.	x	x	x	x			110	Desde 20 horas						"Según institución a cargo de dictar la actividad"		A partir de Enero 2020
	CURSO: Actualización en el manejo estadístico de REM de acuerdo a las modificaciones realizadas	Contribuir permanentemente a la obtención de datos estadísticos confiables a partir de una adecuada generación de la información a nivel local.	x	x	x	x	x		60	Desde 20 horas						"Según institución a cargo de dictar la actividad"		A partir de Enero 2020
	CURSO: Carrera funcionaria del personal de Salud Primaria y Remuneraciones del personal de Salud Municipal.	Analizar y desarrollar las respectivas planillas de remuneraciones, según nivel y categorías, en el contexto de la aplicación de la Ley N° 19.378, Estatuto de Atención Primaria de la salud.	x	x	x	x	x	x	132	Desde 20 horas						"Según institución a cargo de dictar la actividad"		A partir de Enero 2020
	CURSO: Formación de evaluadores del sistema	Formación de Evaluadores en el proceso de Acreditación	x	x					40	Desde 20 horas						"Según institución a cargo de dictar la actividad"		A partir de Enero 2020

nacional de acreditación de salud.	de Salud.																	
DIPLOMA O CURSO: Carta derechos y deberes de los/as usuarios/as.	Conocer e incorporar a nuestro quehacer diario los aspectos que abarca la Ley de derechos y deberes a los/as usuarios y Mejorar las habilidades del trato con los usuarios internos y externos.	x	x	x	x	x	x	132	Desde 40 horas								"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
CURSO: Calidad en la atención y buen trato al usuario.	Adquirir conocimientos sobre la importancia de la atención de calidad y buen trato al usuario, fortaleciendo sus competencias comunicacionales y potenciando sus habilidades de resolución de conflictos.	X	X	X	X	X	X	132	Desde 40 horas								"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
CURSO: Manual de cargas y técnicas	Aplicar el uso correcto de técnicas de manejo	x	x	x	x			60	Desde 20 horas								"Según institución a cargo de dictar la"	A partir de Enero 2020

	movimiento de pacientes.	manual de cargas y movilización pacientes. Previendo lesiones musculoesqueléticas en labores desarrolladas en establecimiento de salud.														actividad"		
	Todos los cursos y/o diplomados (Online y/o presencial. Autogestionados) relacionados con el cargo del funcionario/a y su rol en las atenciones de salud.	Adquisición de nuevos conocimientos, habilidades y destrezas en el manejo de usuarios y comunidades para promover, prevenir y tratar problemáticas en relación a salud y mantener y/o mejorar la calidad de vida de las personas.	x	x	x	x	x	x	132	Desde 20 horas						"Según institución a cargo de dictar la actividad"		A partir de Enero 2020
EJE ESTRATEGICO 9: Emergencias, desastres y epidemias.	CURSO: Control de emergencias y desastres.	Fortalecimiento de conocimientos sobre acciones preventivas y correctivas frente a la	x	x	x	x	x	x	132	Desde 10 horas						"Según institución a cargo de dictar la actividad"		A partir de Enero 2020

	ocurrencia de emergencias naturales o antrópicas, realizando gestiones preventivas dentro de contexto laboral de salud.																	
CURSO AUTOGESTIONADO: Salud mental en emergencias y desastres.	Fortalecimiento de las competencias profesionales para abordar en las distintas etapas de una situación de emergencia o desastre, reduciendo el daño de Salud Mental.	x	x	x	x	x	x	132	Desde horas	20	becas					"Según institución a cargo de dictar la actividad"		A partir de Enero 2020
CURSO BLS: Soporte vital básico.	Adquisición de conocimientos sobre la cadena de supervivencia, las maniobras de RCP (con 1 o 2 reanimadores), el manejo de la obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE), y el manejo del desfibrilador	x	x	x	x	x	x	132	Desde horas	20						"Según institución a cargo de dictar la actividad"		A partir de Enero 2020

		externo automático (DEA).																
	CURSO: Orientación en prevención de riesgos.	Adquisición de los conceptos básicos fundamentales , respecto a la seguridad y salud ocupacional en el establecimiento o de salud.	x	x	x	x	x	x	132	Desde horas	20						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
	TALLER: Manejo de extintores.	Abordaje de aquellas materias más relevantes relacionadas con el fuego y su control: "La prevención de incendios" y "El uso de extintores portátiles"	x	x	x	x	x	x	132	Desde horas	20						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
	CURSO: Protección radiológica.	Adquirir competencias teóricas que les permitan desempeñarse en Instalaciones Radiactivas u operar equipos generadores de radiaciones ionizantes en forma segura y de acuerdo a la normativa		x	x	x			40	Desde horas	20						"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020

		legal vigente.																		
	DIPLOMADO: Gestión del riesgo en emergencias y desastres sanitarios.	Obtener herramientas y competencias necesarias para desarrollarse en instituciones públicas en el ámbito de la Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres, contribuyendo con una respuesta oportuna y eficiente, aplicando el uso escalonado de los recursos, centrado en las personas y el impacto en la Salud pública del país.	x	x	x	x			60	Desde horas	50								"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
	CURSO: Peligro Operación de calderas.	Conocer los diferentes accesorios claves para el adecuado funcionamiento de las calderas, situaciones de peligro en el			x	x			40	Desde horas	20								"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020

		funcionamiento, las consecuencias y las correspondientes medidas de control.																
	CURSO: Control de riesgo en caídas en altura.	Identificar los riesgos asociados a las caídas en trabajo de altura, realizando un trabajo de forma segura con conciencia al riesgo expuesto.	x	x	x	x	x	x	132	Desde 20 horas							"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020
	Todos los cursos y/o diplomados (Online y/o presencial. Autogestionados) relacionados con el cargo del funcionario/a y su rol en las atenciones de salud.	Adquisición de nuevos conocimientos, habilidades y destrezas en el manejo de usuarios y comunidades para promover, prevenir y tratar problemáticas en relación a salud y mantener y/o mejorar la calidad de vida de las personas.	x	x	x	x	x	x	132	Desde 20 horas							"Según institución a cargo de dictar la actividad"	A partir de Enero 2020

Fuente: Elaboración propia del Comité de Capacitación CESFAM Urbano Rienzi Valencia González. Año 2018.

PROGRAMA CAPACITACIÓN CESFAM ROSARIO AÑO 2019

ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN	OBJETIVOS EDUCATIVOS	A	B	C	D	E	F	TOTAL	N° HORAS PEDAGÓGICAS	ÍTEM CAPACITACIÓN	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO	ORGANISMO EJECUTOR	FECHA ESTIMATIVA DE EJECUCIÓN
-----------------------------	----------------------	---	---	---	---	---	---	-------	----------------------	-------------------	--------------------	--------------	-------------------	--------------------	-------------------------------

HERRAMIENTAS DE ABORDAJE NUTRICIONAL EN LA MALNUTRICION: COUCHIG, PSICONUTRICION, ETC	ADQUIRIR HABILIDADES Y DESTREZAS EN EL MANEJO DE PACIENTES CON MALNUTRICION	X	X													SEGÚN OFERTA			SEGÚN OFERTA	ENERO a Diciembre de 2019
OE1	REDUCIR LA CARGA SANITARIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y CONTRIBUIR A DISMINUIR SU IMPACTO SOCIAL Y ECONÓMICO.	x	x	x															Según oferta	Enero a Diciembre de 2019
CURSO VIH/SIDA Los nuevos desafíos.	Fomentar y promover la pesquisa y el diagnostico precoz del VIH y deriven para su atención de forma oportuna.	X	X	X				X	X	60	20					Becas.			Según oferta	Enero a Diciembre de 2019
CURSO Introducción a la conserjería de promoción de la salud sexual y prevención del VIH/SIDA.	Actualizar conocimientos y adquirir herramientas y habilidades para la entrega de información y orientación a los usuarios (as), contribuyendo a la promoción de la salud sexual y prevención del VIH/SIDA y las ITS.	X	X	X				X	X	15	20					Becas.			Según oferta	Enero a Diciembre de 2019
Taller de Formación de Consejeros en prevención primaria	Adquirir conocimientos, habilidades y destrezas para realizar consejerías en salud	X	X	X						30	Desde 40								CFT, OTEC, Univ., según oferta.	Enero a Diciembre de 2019

CURSO Tiempo es Cerebro.	Conocer y reconocer síntomas básicos, etiología, forma de presentación, uso de fármacos y bordaje del paciente con ACV.	X	X	X			X	X	80	20	Becas.					Según oferta	Enero a Diciembre de 2019
CURSO Detección anticipada de la hipertensión en menores.	Conocer la forma de realización de la PA en niños (as) y comprender la importancia de la monitorización ambulatoria de la medición de PA en escolares y preescolares.	X	X	X			X	X	60	20	Becas.					Según oferta	Enero a Diciembre de 2019
Curso Abordaje nutricional del usuario Renal en APS.	Aumentar destrezas en el manejo y abordaje nutricional del usuario con enfermedad Renal en APS.	X	X	X					15	según oferta						CFT, OTEC, Univ., según oferta.	Enero a Diciembre de 2019
Manejo odontológico en pacientes con enfermedades Sistémicas	Mejorar y actualizar destrezas en el manejo odontológico en pacientes con enfermedades sistémicas	X		X					7	según oferta						según Oferta	Enero a Diciembre de 2019
Curso Auto gestionado de mal oclusiones dentales (ortodoncia interceptiva	Prevenir y reducir la incidencia de anomalías dentomaxilares en la población infantil	X		X					7							Universidad y/o Institución con patrocinio de Servicio de Salud	Enero a Diciembre de 2019

Actualización en Patologías de lesiones bucales en centros de APS	Prevenir y pesquisar oportunamente lesiones en la cavidad bucal	X		X												Universidad y/o Institución con patrocinio de Servicio de Salud	Enero a Diciembre de 2019
Procedimientos quirúrgicos simples	Mejorar la calidad de vida del usuario mediante intervenciones simples no realizadas en establecimientos de mayor complejidad, pero que significan un gran problema al usuario	X															Enero a Diciembre de 2019
Arsenalero quirúrgico	Manejar colaboración de equipo asistente dental y odontólogo en procedimientos quirúrgicos			X													Enero a Diciembre de 2019
Examen Periodontal básico	Aprender a realizar el examen periodontal básico, y su aplicación clínica	X															Enero a Diciembre de 2019
Inclusión: Atención de usuarias y usuarios	Aprender acerca de los buenos tratos en diversidad, inclusión y no discriminación, entre otros	X	X	X												Dibam o Universidad y/o Institución con	Enero a Diciembre de 2019

Actualización en manejo de urgencias médicas y odontológicas	Actualizar conocimientos y técnicas en salud oral, para mejorar las prestaciones del equipo de salud bucal	X		X														Universidad y/o Institución con patrocinio de Servicio de Salud	Enero a Diciembre de 2019
Curso Odontología adhesiva	Actualizar conocimientos en materiales de adhesión y su aplicación clínica	X		X														Universidad y/o Institución con patrocinio de Servicio de Salud	Enero a Diciembre de 2019
Diplomados y cursos de Cariología Dental	Actualizar conocimientos en caries dental	X																Universidad y/o Institución con patrocinio de Servicio de Salud	Enero a Diciembre de 2019
Actualización en odontología para asistentes dentales	Actualización en los diversos ámbitos del quehacer de Tens Dental, ya sea materiales dentales, procedimientos de apoyo en cirugía u otro			X														Universidad y/o Institución con patrocinio de Servicio de Salud	Enero a Diciembre de 2019

Diplomado y/o Perfeccionamiento en Estética Periodontal	Aumentar destrezas en las terapias para el manejo de tejidos blandos y óseas de la cavidad bucal	X									5	según oferta					Universidad y/o Institución con patrocinio de Servicio de Salud	Enero a Diciembre de 2019
Técnicas de prevención y promoción de la salud oral	Aumentar destrezas en la enseñanza de Técnicas de higiene oral y/o actividades de promoción de salud oral	X		X							9	según oferta					Universidad y/o Institución con patrocinio de Servicio de Salud	Enero a Diciembre de 2019
Procedimientos quirúrgicos simples.	Mejorar la calidad de vida del usuario mediante intervenciones simples no realizadas en establecimientos de mayor complejidad, pero que significan un gran problema al usuario.	X									7	según oferta					según Oferta	Enero a Diciembre de 2019
Arsenalero quirúrgico.	Manejar colaboración de equipo asistente dental y odontólogo en procedimientos quirúrgicos.			X							6	según oferta					según Oferta	Enero a Diciembre de 2019

Manejo y atención a pacientes con capacidades diferentes.	Aumentar destrezas y habilidades en el abordaje de usuarios con capacidades diferentes.	X	X	X		X	X	20	según oferta						según Oferta	Enero a Diciembre de 2019
CURSO Cuando sospechar de un cáncer en el adulto y en niños (as) y derivar.	Actualizar al equipo de APS en diagnóstico precoz e identificar la red asistencial vigente y a los proceso de derivación inmediata.	X	X	X				30	según oferta	Becas.					según Oferta	Enero a Diciembre de 2019
CURSO en Actualización del manejo del dolor por cáncer.	Conocer el concepto de dolor total considerando el dolor como síntoma de mayor prevalencia y trascendencia para los pacientes y su impacto en su calidad de vida.	X	X	X		X	X		según oferta	Becas.					según Oferta	Enero a Diciembre de 2019
Curso en envejecimiento activo y calidad de vida	Comprender las estrategias del proceso de envejecimiento desde una perspectiva integral, señalándolo como una etapa activa y normal de ciclo humano, asegurando su atención en torno a la anticipación del daño, autocuidado y autovalencia.	x	x	x	x			15	120						según Oferta	Enero a diciembre 2019

Curso de radiología torácica	Identificación de enfermedades respiratorias y osteomusculares a través del estudio imagenológico	X	X	X							30	según oferta	Becas.					según Oferta	Enero a diciembre 2019
Guía GES de NAC en adultos de 65 y más.	Optimizar la labor del equipo de salud en APS en el diagnóstico clínico y tratamiento precoz y agregando el estudio radiológico, definir la severidad de la neumonía e identificar y seleccionar adecuadamente a los pacientes para tratamiento y manejo ambulatorio.	x	x	x							40	según oferta	Becas					según Oferta	Enero a Diciembre de 2019
Actualización y curso IRA-ERA.	Mejorar competencias profesionales en el control y manejo de pacientes crónicos respiratorios adultos y pediátricos, disminuyendo las exacerbaciones producidas por estas patologías crónicas.	X	X	x							15	según oferta						según Oferta	Enero a Diciembre de 2019
	Optimizar la labor del equipo de salud en APS en el diagnóstico clínico y tratamiento precoz y agregando el estudio radiológico, definir la severidad de la neumonía e identificar y seleccionar adecuadamente a los	X	X	X							40	según oferta	Becas.					según Oferta	Enero a Diciembre de 2019

	pacientes para tratamiento y manejo ambulatorio.																		
Guía GES de NAC en adultos de 65 y más.									según oferta								según Oferta	Enero a Diciembre de 2019	
CURSO Control adecuado del adulto con asma bronquial.	Proporcionar conocimientos básicos y herramientas que contribuyen al manejo ambulatorio adecuado del adulto asmático.	X	X	X				X	X	60	según oferta	Becas.					según Oferta	Enero a Diciembre de 2019	
CURSO Enfermedades respiratorias en adultos y en el niño.	Proporcionar información complementaria respecto a las enfermedades respiratorias en los adultos y niños (as), que permitan mejorar el manejo de estas en el medio ambulatorio.	X	X	X				X	X	80	según oferta	Becas.					según Oferta	Enero a Diciembre de 2019	
CURSO Guía GES de infecciones respiratorias baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años.	Conocer y manejar las recomendaciones de buenas prácticas clínicas, basadas en la evidencia, en la base GES de la infección baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años.	X	X	X				X	X	60	según oferta	Becas.					según Oferta	Enero a Diciembre de 2019	

Diplomado en cuidados respiratorios para kinesiólogos.	Fortalecer las competencias de kinesiólogos en el manejo de enfermedades respiratorias.	x	X							5	según oferta						según Oferta	Enero a Diciembre de 2019
Curso de manejo espirométrico para pacientes pediátricos y adultos.	Manejo de competencias profesionales en el control de pacientes crónicos respiratorios adultos y pediátricos.	X	X								según oferta						según Oferta	Enero a Diciembre de 2019
Curso diagnósticos diferenciales y trastornos de personalidad.	Mejorar las destrezas y aumentar los conocimientos para diagnósticos diferenciales y trastorno de personalidad.	X	X							30	según oferta						según Oferta	Enero a Diciembre de 2019
CURSO Prevención de suicidio.	Actualizar sobre el fenómeno del suicidio, los factores de riesgo, mitos y detección para un eficiente manejo del riesgo suicida en la búsqueda de asesoría y orientación al paciente es este tipo de problema.	X	X	X			X			100	según oferta	Becas.					según Oferta	Enero a Diciembre de 2019

CURSO Riesgos Psicosociales.	Capacitar en materia de agentes de riesgo psicosociales, promoviendo las competencias de los funcionarios, para la pro actividad identificación, control y evaluación de los riesgos presentes en sus ambientes de trabajo, con el propósito de reconocerlos, controlarlos y evitar enfermedades profesionales.	X	X	X		X	X	60	según oferta	Becas.					según Oferta	Enero a Diciembre de 2019
Actualización en el manejo de los trastornos del ánimo.	Actualizar conocimientos y aplicar a lo largo del ciclo vital.	X	X	X		X		30	según oferta						según Oferta	Enero a Diciembre de 2019
CURSO Tratamiento de personas con depresión.	Actualizar conocimiento e información respecto al tema de depresión, reconocer factores de riesgo y sintomatología presuntiva, logrando efectuar una detección precoz y una derivación eficaz.	X	X	X		X	X	100	según oferta	Becas.					según Oferta	Enero a Diciembre de 2019
CURSO Herramientas para el conocimiento y diagnóstico diferencial de trastornos afectivos.	Capacitar al equipo multidisciplinario de APS en el reconocimiento signos y síntomas de trastornos afectivos y su diagnóstico diferencial.	X	X	X		X	X	60	según oferta	Becas.					según Oferta	Enero a Diciembre de 2019

CURSO de Guía Clínica de trastorno bipolar.	Actualizar conocimientos científicos-técnicos basados en la última evidencia científica para el correcto diagnóstico, abordaje y tratamiento del trastorno bipolar.	X	X	X						30	según oferta	Becas.					según Oferta	Enero a Diciembre de 2019
CURSO de la depresión perinatal.	Detectar de forma precoz y apoyar el tratamiento de la depresión durante la gestación y el posparto, para disminuir la morbilidad de la madre.	X	X							30	según oferta	Becas.					según Oferta	Enero a Diciembre de 2019
Técnicas de intervención grupal en Psicología y obesidad, trastornos de la conducta alimentaria.	Actualizar abordaje en intervención grupal en obesidad y trastornos de la conducta alimentaria.		X	X						8	según oferta						según Oferta	Enero a Diciembre de 2019
CURSO del trato y manejo del duelo en la atención de Salud.	Empatizar y lograr una comunicación efectiva y de apoyo a usuarios, familias y acompañantes que enfrenta un duelo.	X	X	X		X	X			80	según oferta	Becas.					según Oferta	Enero a Diciembre de 2019

CURSO Abuso Sexual en niños, niñas y adolescentes.	Actualizar los conocimientos que permitan comprender con mayor profundidad la problemática del abuso sexual en niños (as) y adolescentes.	X	X	X		X	X	100	según oferta	Becas.				según Oferta	Enero a Diciembre de 2019
--	---	---	---	---	--	---	---	-----	--------------	--------	--	--	--	--------------	---------------------------

DIAGNÓSTICOS PARTICIPATIVOS EN SALUD DE LA COMUNA DE RENGO

El Diagnóstico Participativo, es el proceso mediante el cual, las personas de la comunidad y los equipos de salud, recogen y comparten información que permite conocer la situación de salud de la comunidad, sus prioridades, las fortalezas y debilidades que poseen para enfrentar sus problemas, los recursos existentes y el problema sobre el que se quiere o debe actuar.

Es el primer paso de un proceso en conjunto en el que se comparten decisiones, entre la comunidad y profesionales. Es en esta instancia, donde se deben elegir prioridades y futuras soluciones en conjunto para mejorar la situación de salud. Al existir un acuerdo de trabajo conjunto con el equipo de salud, la comunidad y las autoridades, se da un proceso de programación local participativa que busca un mayor conocimiento de la realidad existente y de los problemas que se desean abordar para que las soluciones que se propongan resulten apropiadas. Este momento de conocimiento de la realidad y de la situación de salud a nivel local es llamado **diagnóstico**.

Importante es destacar que cuando se trabaja entre comunidad, equipo de salud y autoridades, se genera un conocimiento mucho más detallado de la realidad existente y de los problemas de salud que se desean abordar. Este proceso se puede ver muy enriquecido con el aporte de salud epidemiológica que los centros de salud poseen.

Un buen diagnóstico en salud se define con información relevante y validada por la población, sin duda nos permitirá programar con estos insumos, siendo esto, un elemento esencial dentro de la gestión de los centros de salud. Sirve para identificar y conocer una

realidad particular, priorizar los problemas con un criterio consensuado por la comunidad, el equipo de salud y las autoridades, concientizar a la comunidad de los problemas de salud que aqueja a la misma comunidad, entre otros tantos beneficios de este proceso reflexivo.

Se invita a interiorizarse de este proceso, debido a que queremos que nuestro trabajo refleje el real sentir de las personas que participaron en este desarrollo. Necesitamos nuestra comuna junto al sector Salud con más participación ciudadana, donde todos nos sintamos escuchados. Nuestro norte metodológico es: ***convocar, participar y construir.***

El objetivo de todas las personas que trabajaron en esto, fue aportar desde su visión en conjunto con las necesidades en salud entre los equipos que trabajan en ella, los usuarios y las autoridades. En conjunto se dimensiona la magnitud de los problemas y este insumo servirá para una definición conjunta sobre las posibles soluciones. Así mismo beneficiará el diagnóstico epidemiológico de la comuna y los resultados de este proceso enriquecerán el plan de salud de la comuna y permitirá realizar una programación con énfasis en los problemas priorizados por los actores participantes en el diagnóstico.

Diagnostico Participativo en Salud

CESFAM Urbano Rengo Rienzi Valencia González



Encargadas de Sector

- M. Celeste Ruarte Naranjo.
- Carolina Eloz Becerra.
- Carolina Díaz Astudillo.

Agosto, 201

Propósito

El diagnóstico participativo, incorpora en su estructura la metodología de socio praxis, donde los actores sociales relevantes no son meros espectadores, por el contrario, desempeñan un rol fundamental durante todo el proceso. Destacando el contexto social, histórico, cultural, económico y político, como aspecto esencial, en la forma de comprender la dinámica social y las relaciones existentes en el territorio.

Este proceso consta de cuatro etapas: Aproximación y Problematización, Profundización, Devolución Creativa y Programación. En las etapas se incorporan diversas metodologías participativas y la constitución del Equipo Motor (usuarios y funcionarios), quienes deberán ejecutar diversas actividades durante el proceso.

Conocer los principales problemas de salud que afectan a los 3 sectores del CESFAM Urbano Rengo (Amarillo, Azul y Rojo) con el fin de priorizarlos y trabajar en buscar soluciones de manera conjunta con el personal de salud.

Objetivo General

- Realizar un diagnóstico participativo en salud, obteniendo la información acerca de los problemas, necesidades, recursos y oportunidades de desarrollo de la comuna de Rengo a través de metodologías participativas.

Objetivos Específicos:

- Conocer la realidad local con sus problemas y causas que se necesitan solucionar.
- Motivar a la comunidad hacia la búsqueda de soluciones viables.
- Crear espacios para la organización y participación de la comunidad mediante metodologías participativas.
- Desarrollar espacios de análisis mediante metodologías participativas.

- Priorizar respecto a problemáticas, identificadas por actores sociales, durante el proceso.
- Implementar espacios de participación, que perduren en el tiempo.
- Utilizar los insumos existentes en el proceso, para dar cumplimiento a requerimientos locales, regionales y nacionales.

Proceso.

Planificación.

Aproximación- profundización	profundización	Devolución creativa	Programación
Jardín comunitario	Sociograma	<ul style="list-style-type: none"> • Flujograma • Técnica de grupo nominal • Técnica de priorización 	Taller grupo motor
Creación de equipo motor	Entrevistas		
Agosto	Septiembre - octubre	Noviembre- Diciembre	Diciembre

Aproximación y Problematización.

Convocatoria.

Se convocó al Sr. Alcalde de la comuna de Rengo, a todos los concejales, Jefe de Departamento de Salud Municipal de Rengo, al jefe del DAEM, al director de DIDECO, encargado de Seguridad Pública, oficina de Protección de los Derechos de la Infancia (OPD), Centro de la Mujer, a las directivas de las Uniones Comunales de CDLS y Juntas de vecinos, respectivamente, además de representantes de agrupación de discapacitados y usuarios de las salas de espera. Esto nos permite contar con una amplia representación intersectorial, con la presencia de quienes deciden las políticas públicas sectoriales, tanto a nivel de comuna como de Servicio de Salud.

La convocatoria, se realizó a través de una invitación formal a los asistentes que fueron enviadas vía estafeta. La comunidad y las autoridades fueron citados además vía telefónica y en los casos de contar con la dirección de correo electrónico, se ocupó también ésta vía y también se realizó invitación abierta en sala de espera del CESFAM.

La actividad se realiza el día 26 de Agosto 2017 en dependencias del CESFAM Urbano de Rengo Dr. Rienzi Valencia G., se contó con la participación de 40 usuarios aproximadamente de diferentes organizaciones.

Metodología

PRIMERA ETAPA.

Técnica utilizada: Jardín comunitario.

Es una técnica de análisis para el diagnóstico inicial o problematización colectiva, que apunta a facilitar la comprensión del fenómeno o problema a abordar. Permite que emerjan los primeros planteamientos de las diversas posiciones y opiniones respecto de la problemática. Se entiende como un ejercicio de apertura y caracterización de la

problemática, en el sentido de que aspectos son constituyentes de la misma, constituye una Práctica para el análisis de escenarios, siendo un primer momento de intercambio de visiones/posiciones en relación

Se organizaron en los 3 sectores (Rojo, Azul y Amarillo), el objetivo de la técnica es establecer un análisis del contexto social, identificando aspectos tanto positivos como negativos que están afectando a la comunidad en análisis.

Para la realización del jardín se comenzó con una pregunta en la cual trabajarían. ¿CÓMO ES LA SALUD EN RENGO?

Aspectos positivos.

- Buen trato al usuario.
- Construcción del SAR.
- Buena atención de los profesionales de salud hacia los usuarios.
- Construcción del nuevo CESFAM Oriente.
- Respeto de opiniones.
- Implementación de terapias complementarias.
- Realización de talleres para embarazadas.
- Buena infraestructura del lugar.

Aspectos negativos.

- Perros vagos
- Inundaciones en ciertas villas de la ciudad.
- Problemas para solicitar hora vía telefónica (adulto mayor).
- Falta de información de funcionamiento del CESFAM y sus prestaciones.
- Alcoholismo y drogadicción.
- Delincuencia en algunas poblaciones.
- Entrega de horas de morbilidad demasiado temprano.

- Centro de tratamiento integral para personas con discapacidad en Rengo.
- Contaminación de las aguas.
- Limitación para los adultos mayores.
- Veredas en mal estado.
- Malas gestiones en podas de árboles.
- Falta de funcionarios, información y horas.
- Central telefónica deficiente.
- Presencia de microbasurales.

SEGUNDA ETAPA.

Profundización.

1. Equipo motor: es un equipo mixto; técnico-comunitario, que apunta ser una muestra de la diversidad del territorio, tanto en su verticalidad como en su horizontalidad. Las acciones asociadas al quehacer del grupo motor son las siguientes:

Convocar

Organizar

Investigar

Sistematizar

Orientar

Proponer/debatir

Decidir

Facilitar el proceso de construcción social creativa, facilitar dialogo social.

Técnica aplicada en esta convocatoria fue el Sociograma, siendo el objetivo de esta actividad, Identificar actores sociales relevantes en el ámbito de la salud, con quienes se desarrolla el trabajo de campo. Se realiza convocatoria para el día 22 de septiembre de 2017 con 12 personas de asistencia al CESFAM Urbano Rengo.

2. Sociograma

Es una técnica que pretende obtener de manera gráfica, mediante la observación y contextualización, las distintas relaciones entre sujetos que conforman un grupo.

Con el resultado de la aplicación del Jardín comunitario, los temas de salud para trabajar en este Sociograma, fueron los siguientes:

- Microbasurales
- Tenencia responsable de mascotas.
- Falta de Centro Integral para personas con discapacidad.
- Trato de usuarios a funcionarios.
- Falta de información.

Cuadro 1. Mapa social reflejando posiciones y posicionamiento.

	Objetivos y posicionamientos
Posiciones sociales (estructura de clases y bloques sociales.	 Alto Poder Medio Poder Bajo Poder

Los actores sociales, identificados por el Grupo Motor, que cuentan con un alto poder y son afines en los temas de salud, no se identificó ningún grupo o personas.

Que cuentan con poder alto y diferente a los temas de salud; SEREMI de Salud, DSS, Alcalde, Jefe del Departamento de Salud.

Que cuentan con poder alto y ajeno a los temas de salud: MINSAL.

Que cuentan con poder alto y opuesto: Concejal de salud.

Quienes cuentan con un poder medio y son afines a los temas en salud: CESFAM, Club del adulto mayor, Consejo de desarrollo local, Juntas de vecinos, Sra. Ema, Hospital de Rengo.

Quienes se encuentran con medio poder y ajenos a los temas de salud: Hogar de Cristo, Carabineros.

Quienes tiene bajo poder y son afines a los temas de salud: Jardín infantil, Escuela especial.

Las estrategias, apuntan directamente en aquellos actores sociales que se encuentran ajenos y opuestos, buscar formas de “seducir o encantar” e involucrarlos en los temas de salud.

3. Devolución creativa

Una vez se ha presentado el diagnóstico y, si cabe, revisado su orientación, se continúa con el trabajo de campo. Por una parte, se pueden realizar nuevas entrevistas a representantes institucionales y asociativos a partir de nuevas informaciones y del enriquecimiento del mapa social; por otra, se trata de realizar grupos de discusión o bien otros tipos de entrevistas grupales a la base asociativa de la comunidad y a la base informal.

Actualmente nos encontramos en esta etapa; trabajo de campo, para continuar con las siguientes etapas de la devolución creativa.

Diagnóstico Participativo en Salud.

CESFAM Rosario y Postas Rurales de Sector Naranja y Sector Uva.



Rosario, 14 de Septiembre de 2018.

Diego Fernández Bustamante.

Introducción.

En el marco del progreso de un Modelo Biomédico presente inicialmente en la atención Primaria de Salud, a la actual implementación de un Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y de acuerdo a su “Eje de Participación Social”, es que se presenta la necesidad de elaborar un Diagnóstico con características de participación Ciudadana al interior del Cesfam de Rosario y sus Cinco postas Rurales el cual permitiría identificar factores de riesgo o nudos críticos respecto a los territorios/salud e incorporar en el Plan Comunal de Salud, elementos visualizados por las comunidades, sus vecinos y dirigentes sociales.

Los Diagnósticos Participativos son una herramienta de investigación cualitativa la cual se enmarca en los procesos sociopráxicos; Permiten generar un dialogo participativo basado en el territorio y en los espacios en común entre una comunidad, sus habitantes y organizaciones generando conocimientos y experiencias relevantes identificadas por los mismos actores sociales que día a día comparten en dichos espacios, permitiendo abordarlos desde aquellos elementos históricos y socioculturales. Sin embargo, se generan variadas interrogantes en base a estos procesos constructivos ¿Cómo se hacen? ¿Cuál es su objetivo final? “La metodología de diagnóstico participativo es una herramienta privilegiada para dar participación y voz a las comunidades en la identificación de los problemas y soluciones, para contribuir a que la comunidad reconozca y valore sus propios activos, para desarrollar sus capacidades de planeación, diálogo y concertación, para aprender a colaborar y construir con otros, para ampliar las prácticas y valores

democráticos (Red América, Marzo 2014, Pág 4)”

Para una elaboración completa de los Diagnósticos Participativos, se deben considerar 04 Momentos de trabajo, los cuales permitirían abordar las necesidades identificadas por la comunidad con los mismos actores sociales participantes a través de diversas metodologías, técnicas, talleres y conducciones que generarían una aproximación a la realidad que comparten los participantes de dicha actividad, estos momentos se encuentran definidos de la siguiente forma:

Momento 1: Apertura y Contextualización. (Convocatoria y Primera Sesión)

Momento 2: Profundización. (Sociograma construido con los 3 sectores)

Momento 3: Devolución Creativa. (Segunda Sesión/ Propuestas a necesidades)

Momento 4: Programación. (Hallazgos y Conclusiones)

Primer Desafío: Convocatoria y Espacio.

La primera actividad a realizar para desarrollar en su totalidad el Diagnóstico Participativo, de acuerdo a lo planificado, es generar la convocatoria de todos los actores sociales, dirigentes vecinales, funcionarios públicos/privados y agentes de cambio interesados en ser partícipes de esta actividad la cual busca identificar, necesidades, problemáticas o factores de riesgo a nivel territorial (sectorizado) y a nivel de salud de sus vecinos. Se puede señalar como el primer momento del Diagnóstico correspondiente al proceso de Apertura. Se generaron invitaciones personales entregadas en lugares Estratégicos como Club de Adultos Mayores, Juntas de Vecinos, Consejos de Desarrollo Local, Oficina Municipal, entre otras organizaciones; Encargados de postas rurales de la comuna realizarían difusión de la actividad y entregarían invitaciones a usuarios. Además

se instalaron folletos informativos en lugares y espacios de concurrencia pública invitando a la comunidad a participar de dicha actividad.

Se contactó telefónicamente a dirigentes sociales a través de datos manejados por encargados de Postas Rurales, Cesfam Rosario y OIRS de Cesfam; En este contexto, los dirigentes contactados se comprometieron a socializar la información y generar mayor convocatoria para el éxito de la actividad. Además, se les ofreció la posibilidad de disponer de movilización del Cesfam que facilitaría el traslado de adultos mayores o personas más alejadas del contexto en donde se realizará la actividad.

Con la convocatoria realizada y con varios actores sociales comprometidos a participar en el Diagnóstico Participativo, se buscaría disponer de un lugar más amplio y cálido en donde desarrollar la actividad; Se tomó contacto con don Marcos Sepúlveda, funcionario municipal y encargado del Centro Cultural de Rosario con el objetivo de poder utilizar un amplio salón calefaccionado para poder realizar las sesiones de Diagnóstico Participativo (espacio disponible acorde para Coffe-Break y actividades grupales). Cabe señalar que dicho contexto permitiría separar a los asistentes en grupos sectorizados a sus territorios detectando y trabajando las problemáticas territoriales identificadas de una manera más compleja alcanzando una profundidad en torno a los antecedentes recabados. El funcionario municipal individualizado indica positivo y factible la posibilidad de realizar las actividades al interior del Centro Cultural de Rosario.

Metodología de Trabajo / Técnicas / Sectorización:

El Centro de Salud Familiar de Rosario tiene bajo su administración 5 postas rurales;

Todos estos establecimientos de salud se encuentran subdivididos en 3 sectores, cada uno con su respectivo equipo de cabecera compuesto por funcionarios de salud; En ese contexto, es que el Cesfam cuenta con el Sector Naranja (ubicaciones hacia el Oriente de la comuna) con postas de Lo de Lobos, Popeta, y Cerrillos; Sector Manzana (Central a Rosario) con el Centro de Salud Familiar de Rosario; y sector Uva (Ubicado en Sector Poniente de la comuna) correspondiente a las postas rurales de Esmeralda y Lo Cartagena.



Durante la primera sesión, realizada el día Sábado 11 de Agosto con 28 asistentes participantes (Vecinos, Dirigentes, Usuarios) se efectuaron acciones y conducciones las cuales permitieron separar a los asistentes por sus respectivos sectores acordes a las localidades de residencia o asistencia a establecimientos de salud: Es por ello, que en este contexto se generaron 03 grupos motores, uno correspondiente a cada sector y sus integrantes territoriales lo cual permitiría a través de diálogos participativos y conducciones, reconocer e identificar ciertos factores de riesgo, problemáticas o necesidades en común en las cuales se vea envuelta la comunidad o el territorio en relación a factores ambientales, sociales, comunitarios, de salud, delincuencia, seguridad u otros. Posteriormente se individualizó cada una de las problemáticas detectadas para separarlas de acuerdo a la importancia que cada integrante le otorga. Las técnicas

seleccionadas en esta primera sesión se encuentran alineadas a las lluvias de ideas y árboles de problemas (Causa, problema central y efecto/consecuencia)

Posteriormente se realizó una segunda sesión el día Viernes 28 de agosto en la Sala de estimulación del Cesfam Rosario con una convocatoria a través de dirigentes sociales seleccionados por cada grupo de trabajo; Se generó un grupo motor con 6 personas de características mixtas con quienes se aplicó el Sociograma identificando mecanismos para abordar las problemáticas señaladas. Por último, se generó una tercera sesión el día Sábado 08 de Agosto en la sala de reuniones de Cesfam Rosario; Esta sesión de Diagnóstico Participativo tiene como nombre “Devolución Creativa”, y su objetivo central es el de exponerle a los usuarios y participantes de dicho proceso de estudio, los hallazgos y conclusiones obtenidas a través de las sesiones anteriores. Además, permitiría que estos agentes comunitarios puedan proponer posibles soluciones y mecanismos que permitirían abordar estas problemáticas identificadas por la comunidad las cuales se manifestarían por los mismos vecinos e integrantes de los grupos motores (primera sesión de D. Participativo)

OBJETIVOS: Objetivo General.

Elaborar un Diagnóstico de características Participativas y de convocatoria ciudadana abierta, respecto a problemáticas, necesidades o focos críticos en relación al Cesfam Rosario, sus Postas Rurales y los territorios en común; Elementos identificados por los dirigentes y agentes comunitarios locales.

Objetivos Específicos

- Desarrollar tres sesiones/talleres en conjunto con los usuarios y dirigentes sociales del Cesfam Rosario y sus Postas rurales con ciertas conducciones que permitan identificar las necesidades de las comunidades.

- Obtener información relevante desde la experiencia y percepciones de los usuarios y dirigentes sociales respecto a la salud en sus territorios y cómo responder a ciertos nudos críticos.
- Entregar los resultados al Departamento de Salud Municipal de Rengo para que se puedan incorporar al plan comunal de salud.

Primera Sesión Diagnóstico Participativo. Apertura y Problematización.

(PRIMER MOMENTO) Lluvia de Ideas y Árbol de Problemas.

Posterior al saludo inicial, se le informó a los participantes que el objetivo principal de este proceso de estudio, es el identificar posibles problemáticas, necesidades o factores de riesgo al interior de su localidad, territorio o establecimiento de salud, lo cual se alinearán a un contexto de priorización permitiendo que estos agentes comunitarios puedan detectar las soluciones a esta problemática o necesidad a través de la participación y los diálogos ciudadanos. Cada asistente se Presentó de manera personal en un tiempo estimado de 1 minuto en donde se les consultaba su nombre, edad, sector de residencia (para separar a los participantes por sector) y expectativas de la actividad en la que se encuentran participando; Posteriormente, se generaron 03 grupos de trabajos, uno por cada sector (naranja-uva-manzana) para que se diera inicio a las actividades a través de una Lluvia de Ideas de las principales problemáticas o necesidades visualizadas. Este tipo de actividad, permitió que la comunidad ligada a la conducción identificara y pusiera en común cierto tipo de conocimientos, ideas, expectativas o percepciones que mantienen como pensamiento colectivo y crítico de sus espacios compartidos en salud



Dentro de las principales problemáticas o necesidades visualizadas por los vecinos al interior de sus sectores a través de la Lluvia de Ideas (lo primero que se viene a la mente al visualizar la salud), se pueden señalar las siguientes:

Lluvia de Ideas Sector Naranja:

- Falta de Médicos u horas de atención profesional al interior de las postas rurales. Además indican que no alcanzan los números, derivando a Rosario. ? Falta de espacios, organizaciones o capacitaciones que permitan las postulaciones a proyectos vecinales por parte de organizaciones comunitarias.
- Tiempo de Espera en las respuestas por especialidades correspondientes a las Interconsultas.
- Ausencia de una buena organización vecinal/comunitaria. Vecinos individualistas con baja o nula participación en actividades comunitarias. Poco interés de los vecinos.

Lluvia de Ideas Sector Manzana:

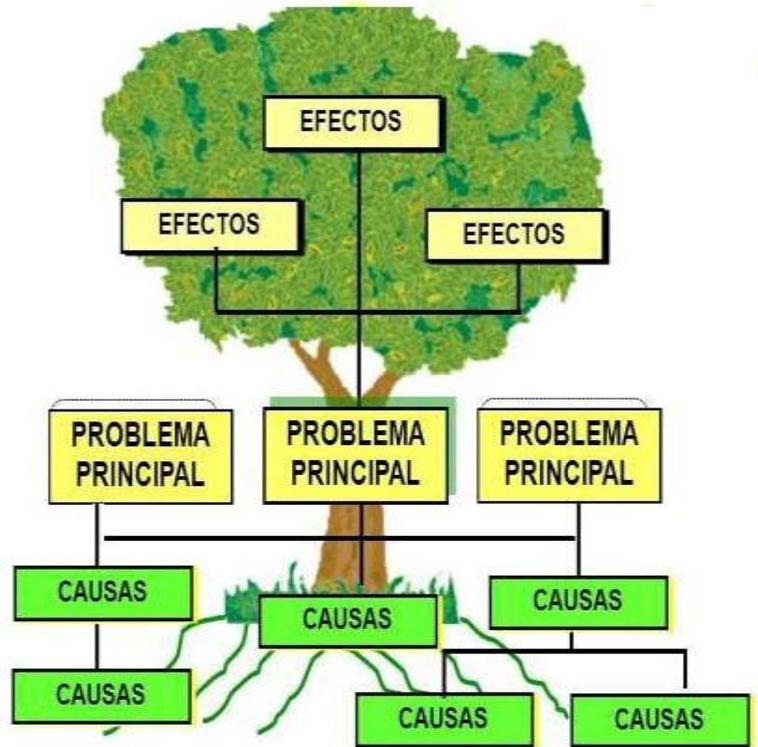
- Dirigentes han visualizado a funcionarios que no desarrollan un buen trato hacia los usuarios al interior del Cesfam de Rosario.
- Pocas horas para atenciones médicas y profesionales. Según indican los dirigentes sociales, los usuarios llegan a las 08:00 AM, sin embargo no alcanzan números de atención médica. (Elemento visualizado en contextos de alta demanda)
- Tiempo de Espera en las Interconsultas.
- Servicios higiénicos (baños) deficientes.
- El actual sistema de números destinado a entregar medicamentos es muy lento, generando tiempos de espera muy prolongados para finalizar sus atenciones (Facilitador informó que el actual sistema fue propuesto por Consejo Desarrollo Local y Diagnósticos)
- Falta de Compromiso de usuarios y funcionarios.

Lluvia de Ideas Sector Uva:

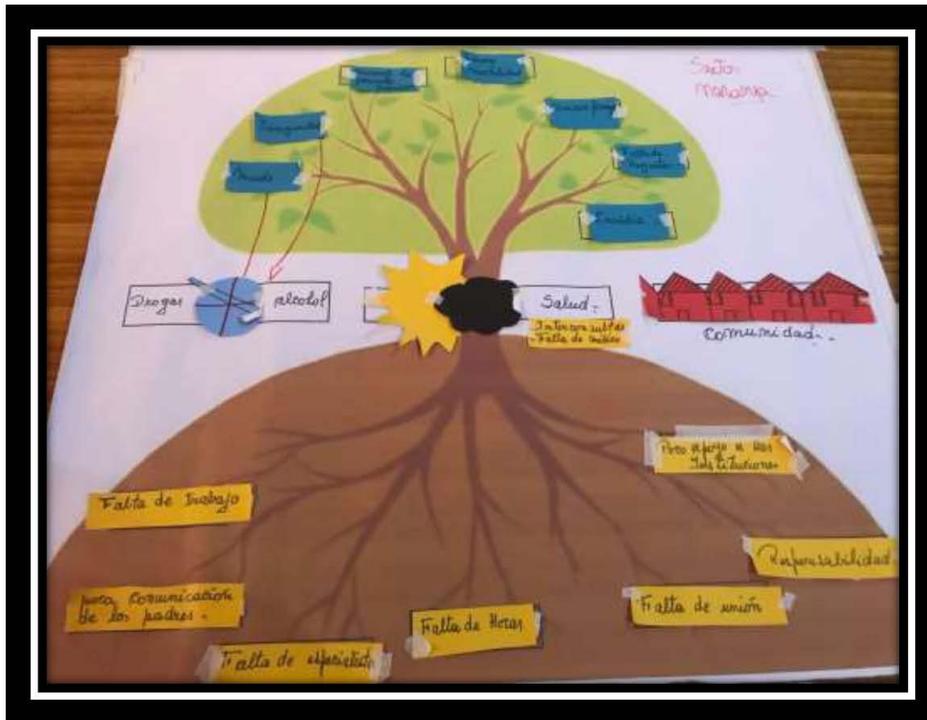
- Entrega de Números para médico muy temprano -La gente tiende a llegar a las 05:00 AM a la Posta Rural.
- Se señala que en las postas del sector hay buen trato, sin embargo hay problemas con las pocas horas de médicos y profesionales. Asisten a tomar muestras 1 vez a la semana generando un colapso de gente.
- Ausencia de médicos especialistas en Postas Rurales y Cesfam. Encargado de actividad explicó en la sesión que en Atención Primaria de Salud no hay médicos especialistas; para ellos se envían interconsultas.
- Contaminación Ambiental por empresas agroindustriales instaladas en diversos sectores. Contaminación de agua, malos olores y aumento de moscas y roedores.

Árbol de Problemas.

A raíz de que todas problemáticas y necesidades identificadas a través de la Lluvia de Ideas son amplias, se procedió a elaborar un árbol de problemáticas, priorizando estas necesidades y permitiendo que los agentes comunitarios participantes, puedan discutir cuales son las problemáticas centrales identificadas, sus causas y consecuencias que genera respecto a la salud primaria, los usuarios y sus territorios. El árbol de problemas ejecutado en la actividad se compone de la siguiente forma:



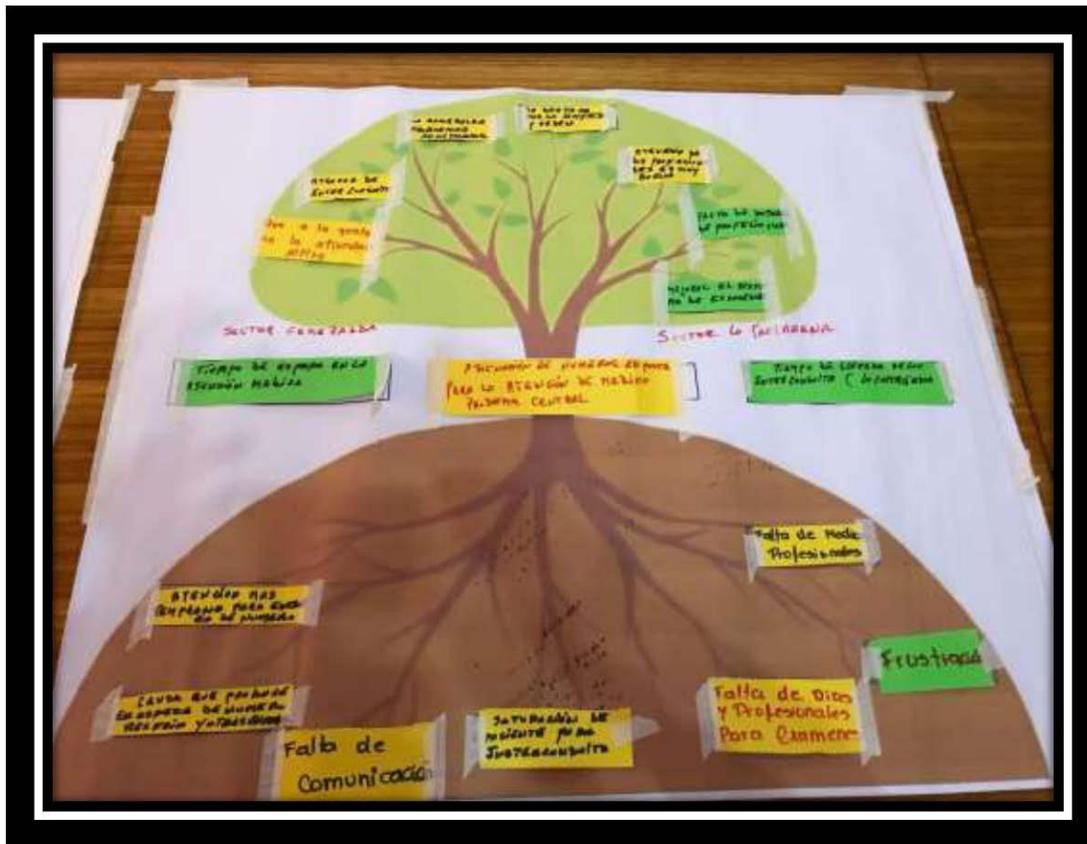
ÁRBOL DE PROBLEMAS SECTOR NARANJA:



Grupo Motor: Árbol Sector Naranja.

Causas.	<ol style="list-style-type: none"> 1- Falta de trabajo – Poca Comunicación con los Padres. 2- Falta de horas, especialidades y responsabilidad. 3- Poco Apoyo a las Instituciones locales – Ausencia de Capital social entre los Dirigentes.
Problema Central.	<ol style="list-style-type: none"> 1- Drogas y Alcohol. 2- Interconsultas y Falta de Médicos. 3- Organización Comunitaria.
Consecuencias.	<ol style="list-style-type: none"> 1- Inseguridad-miedo-desconfianza. 2- Aumento de usuarios con patologías crónicas y/o Mortalidad. 3- Ausencia en postulación a proyectos locales o fondos concursables lo cual afecta directamente en el desarrollo de los territorios en común.

ÁRBOL DE PROBLEMAS SECTOR MANZANA.



Grupo Motor Sector Uva.

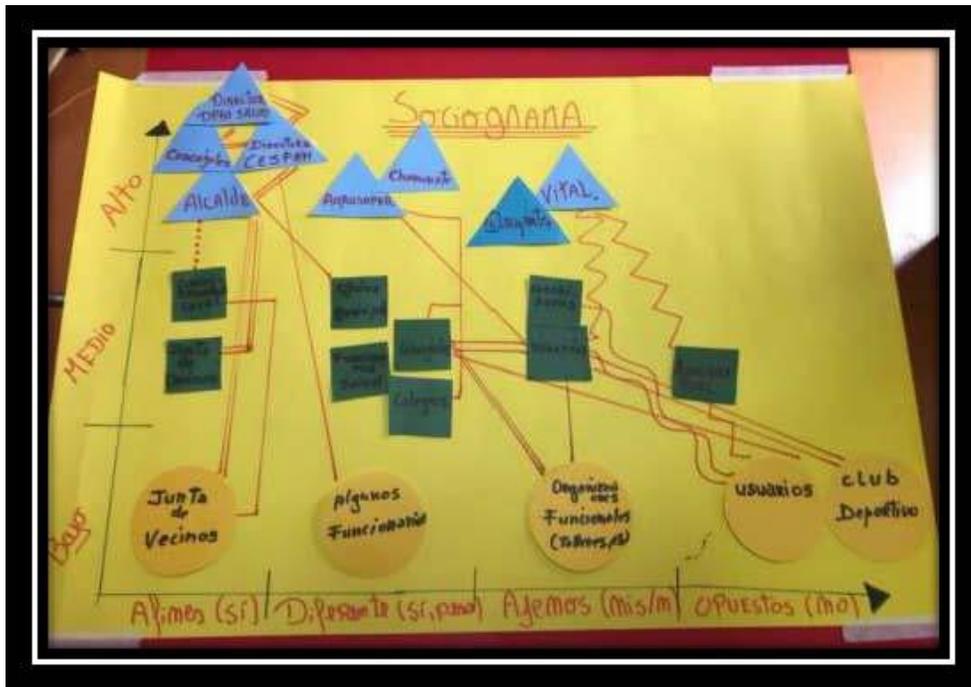
Causas.	<ol style="list-style-type: none"> 1- Pocos días de atención profesional y para toma de muestras o exámenes. 2- Falta de médicos y profesionales en Postas Rurales. 3- Saturación de usuarios que requieren atención de especialistas. (Muchas interconsultas)
Problema Central.	<ol style="list-style-type: none"> 1- <i>Tiempo de espera para Atención Médica.</i> 2- <i>Asignación de números en Postas para Atención Médica.</i> 3- <i>Tiempo de espera de procesos e Interconsultas.</i>
Consecuencias.	<ol style="list-style-type: none"> 1- Que la gente no reciba una atención inmediata de acuerdo a sus problemáticas de salud. 2- Usuarios llegan en horarios no acordados a solicitar horas de atención médica y profesional. 3- La principal consecuencia (según presentación de dirigentes) es que los usuarios no tengan un diagnóstico y tratamiento oportuno a sus problemas de salud a través de especialistas.

Segunda Sesión Diagnóstico Participativo. -Sociograma (SEGUNDO MOMENTO)

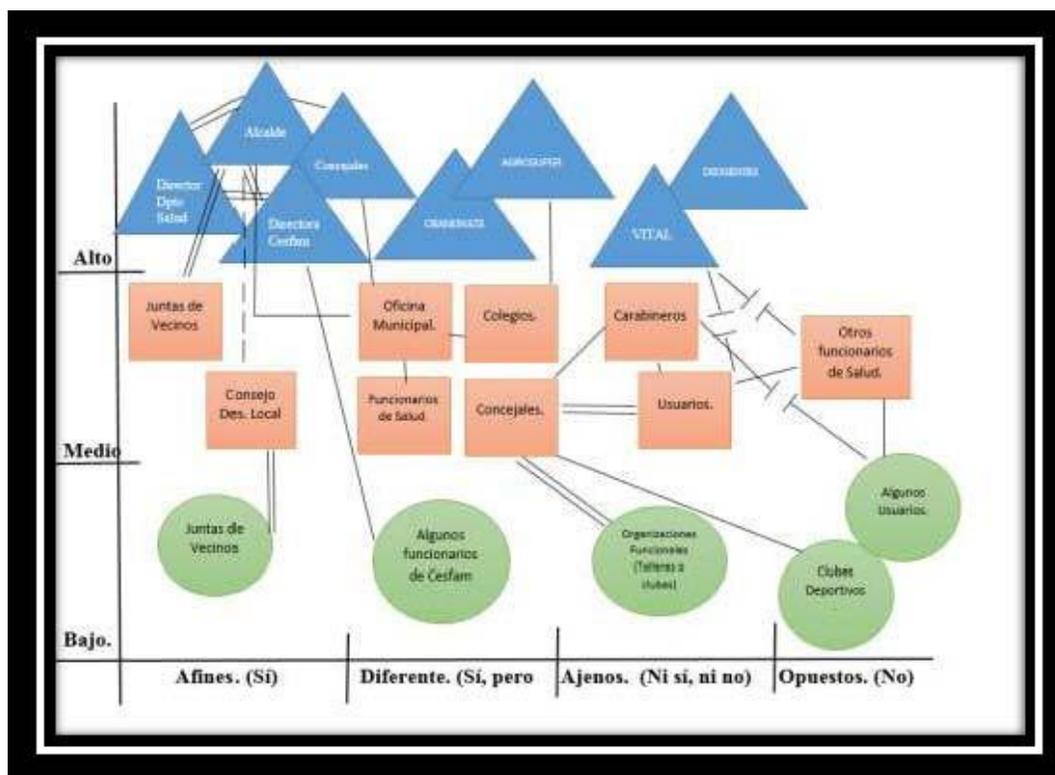
Los Sociogramas corresponden a esquemas y representaciones graficas de construcción participativa los cuales se pueden elaborar de manera individual o grupal. Permiten representar las estructuras de poder y la afinidad respecto a una problemática central o interrogante colectiva identificada a través de ciertas necesidades descritas por las comunidades. “Con ello se le otorga a este tipo de esquemas gráficos y las relaciones que contienen un valor explicativo por encima de otras variables que no aparecen reflejadas en tales cuadros. Es decir tenderíamos a simplificar la explicación a una sola variable.” (Villasante. T, 2006, p:3). Permiten identificar el posicionamiento de los actores en la estructura social y además simplificar la información respecto a las interrogantes ¿Cómo podemos cambiar la salud en nuestros territorios? y ¿Quiénes influyen?

De acuerdo al Diagnóstico Participativo del Cesfam Rosario y sus Postas Rurales se puede indicar que el proceso de Socio-Grama se elaboró el viernes 28 día Viernes 28 de agosto en dependencias de la sala de Estimulación del Cesfam Rosario con la asistencia de un grupo motor de 6 personas construido con dirigentes sociales participantes de la primera sesión de Diagnóstico Participativo. Su objetivo central es el de definir y simplificar la información respecto a las necesidades y problemáticas expuestas por los actores locales respecto a la Salud en el Cesfam y sus postas rurales.





SOCIOGRAMA -¿QUIÉNES INFLUYEN EN NUESTRA SALUD?



L

Los actores sociales, identificados por el Grupo Motor, que cuentan con un alto poder y se encuentran clasificadas como personas Afines respecto a temáticas de salud, son los siguientes: Alcalde, Director de Departamento de Salud Municipal, Directora Cesfam Rosario y “Algunos” concejales realizando la segregación de que otros concejales se encuentran con un poder medio y diferentes respecto a salud municipal; Estos actores presentan buenas relaciones y un dialogo frecuente respecto a estas temáticas, interesados constantemente en generar mejoras del actual sistema. Quienes cuentan con un Poder Medio, pero afines en salud, son las Juntas de vecinos empoderadas-organizadas y el Consejo de Desarrollo Local de Salud; instituciones las cuales se pueden potencializar a través de mecanismos alineados a Liderazgo, Participación y Capital Social, para que a futuro adquieran mayor poder en estructura social. De igual forma, se señalan otras JJ.VV que cuentan con un bajo poder debido a su poca organización y

funcionalidad, pero que se encuentran afines a los cambios.

Por otra parte, los participantes identificaron a las Empresas Agrosuper y Chamonate como instituciones de Alto Poder y que se encuentran diferentes respecto a temáticas de salud señalando un compromiso con la comunidad a través de proyectos y donaciones; Sin embargo, se identificaron a los Colegios, Funcionarios de Cesfam, Concejales (otros) y Oficina Municipal de Rosario como agentes con un poder medio y diferentes respecto a temáticas de salud. Se menciona nuevamente a los funcionarios del Cesfam (algunos), como agentes propensos a generar cambios e intervenciones al interior de los espacios de salud, pero limitados a su bajo poder en estructura social.

Los Participantes señalaron a Dirigentes Sociales y a la empresa Vital con un “Alto Poder y Ajenos”, indicando su distante vinculo en espacios ciudadanos, de salud y su relación conflictiva con usuarios y vecinos de la localidad en donde actualmente se encuentra emplazada. En este mismo contexto, se señala a Carabineros como una institución de poder medio, ajeno a las problemáticas y necesidades de salud y con un quiebre entre las relaciones y los medios de comunicación. Además se indica la existencia de organizaciones funcionales ajenas a temáticas de salud y con bajo poder.

Por último, se indica la existencia de algunos funcionarios del Cesfam con un poder medio según la estructura de Sociograma y que se encuentran clasificados como opuestos a los cambios y mejoras de la salud, señalando que comúnmente interrumpen ciertos procesos o atenciones. Además, se señalan a ciertos usuarios que mantienen un bajo poder, relacionados con Dirigentes y Organizaciones Funcionales, quienes comúnmente se oponen a ciertos cambios del sistema de salud; En razón a lo expuesto, es que se debe potencializar, persuadir y encantar aquellas instituciones o personas Diferentes, Ajenas y Opuestas a modo que puedan

alcanzar un alto poder en la estructura social e influyan de manera positiva en las transformaciones de salud.

Tercera Sesión Diagnóstico Participativo. Devolución Creativa (TERCER MOMENTO)

La última sesión correspondiente a una reunión ampliada con Dirigentes Sociales, tiene como nombre “Devolución Creativa” y permite entregarle a los participantes de las sesiones anteriores, los resultados y hallazgos respecto a problemáticas o necesidades identificadas en las sesiones anteriores, (Árbol de Problemas y Sociograma) además de reconocer a través de ciertas técnicas de investigación cualitativa, aquellos mecanismos o acciones que permitan abordar estas necesidades expuestas por los actores locales.

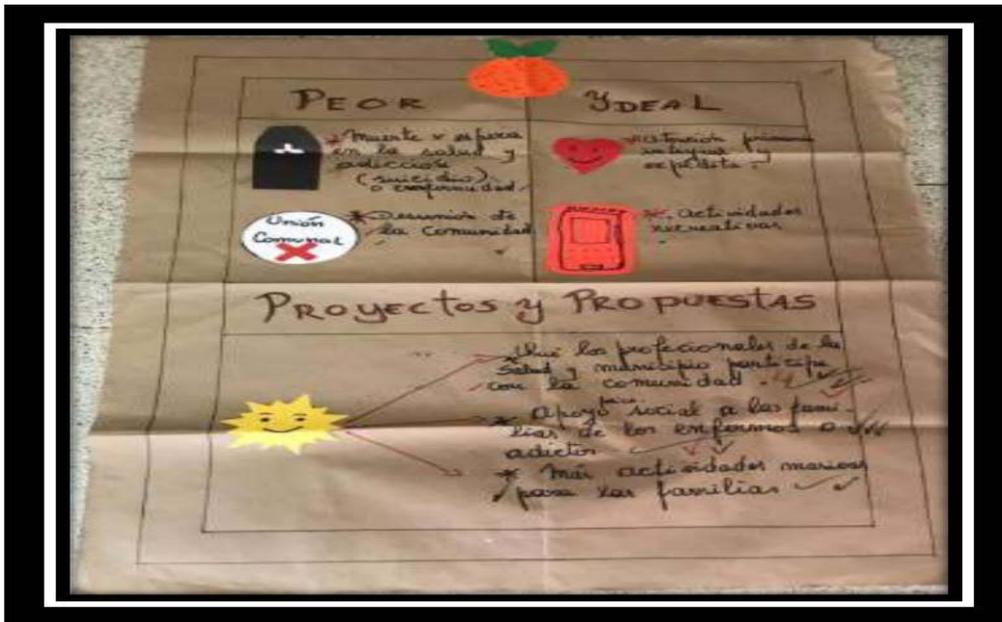
Respecto al



Cesfam Rosario se

puede señalar que la Reunión Ampliada se ejecutó el sábado 08 día Sábado 08 de septiembre en la sala de reuniones del establecimiento de salud, con la participación de cerca de 26 Dirigentes Sociales correspondientes a los tres sectores del Cesfam Rosario (Naranja, Manzana y Uva). Nuevamente se generaron tres Grupos Motores contruidos con los actores participantes y cada uno correspondiente al sector de residencia y de Atenciones en Salud Primaria. Se realizó una dinámica de apertura y posteriormente se aplicó una técnica denominada “Grupos Nominales” la cual tiene como objetivo principal, la de identificar los escenarios Positivos y Negativos (Ideal y Peor) de acuerdo a los nudos críticos (Problemas Centrales) identificados en los Árboles de Problemas de la Primera Sesión; Posterior a estos escenarios, los participantes deben representar los Proyectos y las Propuestas que permitirían abordar estos nudos críticos-necesidades, para que finalmente, se puedan realizar las votaciones de los proyectos que de mejor manera pueden intervenir

? GRUPOS NOMINALES. SECTOR NARANJA.



Grupos Nominales. Nudo Crítico según Árbol de Problemas: Atención Dental.

<i>Peor Escenario.</i>	<i>Ideal Escenario</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Muerte por espera en salud.</i> • <i>Aumento de usuarios en situaciones de adicciones (Suicidio o enfermedad)</i> • <i>Poca unión entre las comunidades u organizaciones funcionales.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Atenciones de Salud Primaria con características integrales. Expedita (respecto a tiempos de espera)</i> • <i>Actividades masivas y recreativas.</i>
<i>Proyectos y Propuestas</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Que los profesionales de la Salud y Municipios participen de actividades con las comunidades. • Apoyo Social a las familias de los usuarios con problemas de enfermedades o adicciones. • Generar/gestionar mayores actividades masivas y recreativas alineadas a los grupos familiares. 	

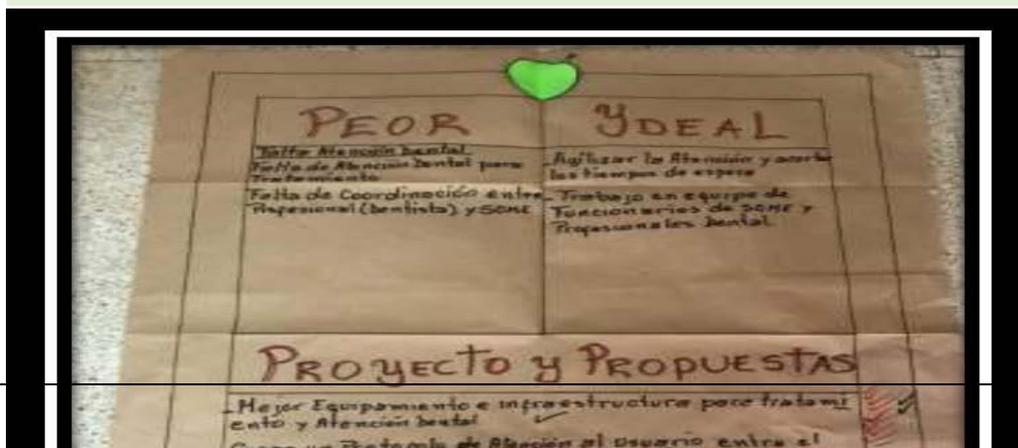
? GRUPOS NOMINALES. SECTOR MANZANA.

Grupos Nominales. Nudo Crítico según Árbol de Problemas: Atención Dental.

<i>Peor Escenario.</i>	<i>Ideal Escenario</i>
<ul style="list-style-type: none"><i>Falta de Atenciones Dentales Urgencias y tratamientos.</i><i>Falta de Coordinación entre dental y Some.</i>	<ul style="list-style-type: none"><i>Agilizar la atención y acortar los tiempos de espera.</i><i>Trabajo en equipo y buena coordinación entre funcionarios de Some y Box Dentales.</i>

Proyectos y Propuestas

- Mejorar el equipamiento y la infraestructura para tratamiento y Atenciones Dentales.
- Crear un protocolo de Atención al Usuario entre la Atención Dental y los funcionarios de SOME.
- Gestionar una mayor inversión de recursos económicos para nuevos profesionales.



? GRUPOS NOMINALES. SECTOR UVA.



*Grupos Nominales. Nudo Crítico según Árbol de Problemas: Tiempo de Espera Interconsultas
Tiempos de Espera Atención Profesional Pocos Días para toma de muestras.*

<i>Peor Escenario.</i>	<i>Ideal Escenario</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Falta de Profesionales.</i> • <i>Tardanza en las interconsultas.</i> • <i>Tiempo de Espera en la Atención.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Aumento de Números de Atención.</i> • <i>Aumentar cantidad de profesionales.</i> • <i>Entrega de números vía telefónica</i>
<i>Proyectos y Propuestas</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Proyecto de techumbre Posta Esmeralda. • Facilidad de Entrega de horas a través de teléfono. • Infraestructura: Aumentar cantidad de Box en Esmeralda y lo Cartagena. • Aumentar días para toma de muestra; Exámenes. • Aumentar las rondas para pacientes en situación de Postración. • Agrandar espacios de baños; Implementarlo en Esmeralda. • Aumentar la dotación de funcionarios para toma de muestras en Lo Cartagena. • Atención médica y profesional los Fines de Semana. • Generar instancias para entregar medicamentos de manera más fluida y expedita. 	

Análisis de Grupos Nominales.

Grupo Motor Sector Manzana.

De acuerdo a los antecedentes entregados por los participantes correspondientes al grupo motor del Sector Naranja, se puede afirmar que se trabajaron los nudos Críticos correspondientes a Drogas y Alcohol – Interconsultas – Organización Comunitaria, los cuales se identificaron en la primera sesión a través del Árbol de Problemas. Respecto a estas temáticas, se identificaron como escenarios ideales el “Poder Alcanzar una Atención Integral y expedita” haciendo referencia a los tiempos de espera de atención médica y profesional; a la “cantidad de profesionales con la cual cuentan las postas rurales”; y la posibilidad de poder abordar las necesidades de salud con una perspectiva familiar, comunitaria y social (integralidad de las atenciones); Dentro de los peores escenarios identificados se mencionan la complicación de las problemáticas de salud en relación a los tiempos de espera por interconsultas y la poca unión comunitaria, tanto de dirigentes sociales como de organizaciones funcionales, limitándolos a participar activamente en la toma de decisiones al interior de los espacios en común. En relación a estos escenarios, el grupo motor realizó la propuesta de 3 proyectos que permitirían abordar dichas necesidades:

- Que los funcionarios de la Salud y los Municipios participen activamente con las comunidades o dirigentes sociales, permitiendo la postulación a proyectos y fondos concursables - Proyecto con mayor cantidad de votos por participantes.

- Apoyo Social constante a las familias de los usuarios con dependencia severa, enfermedades o adicciones. -Generar una mayor cantidad de actividades masivas alineadas a la recreación de las familias y comunidades.

Grupo Motor Sector Manzana.

El grupo Motor correspondiente al sector Manzana realizó una profundización con las 3 problemáticas identificadas en la primera sesión; Respecto a ello es que centraron en una sola problemática vinculada a las atenciones dentales como uno de los nudos críticos que afectan directamente en el Establecimiento de Salud. Los escenarios identificados de manera positiva hacen referencia a “Agilizar las atenciones dentales disminuyendo los tiempos de espera” y el “Trabajo en equipo entre los funcionarios de Some y Dental” haciendo referencia a que la tardanza en las atenciones profesionales correspondientes a dental, se podrían potencializar a través de un dialogo fluido entre el SOME y los Box de atención. Por otra parte, los escenarios negativos se vinculan a la Falta de Coordinación con los box dentales (elemento mencionado con anterioridad) y a la ausencia de atenciones correspondientes a tratamientos dentales; En este contexto, el Grupo Motor menciona que la entrega de números para tratamientos dentales se realiza una vez al mes a través de SOME, lo cual no responde a la necesidad de los usuarios, en virtud a tratamientos alineados a caries, limpiezas, interconsultas u otros, generando que estas problemáticas dentales se compliquen. Con estos escenarios, el grupo motor realizo la propuesta de 3 proyectos que permitirían abordar las necesidades identificadas:

- Mejorar los equipamientos y la infraestructura para tratamiento y atenciones dentales. Proyecto que sacó la mayor cantidad de votos por los participantes.
- Crear un protocolo de atención al usuario, entre los funcionarios de SOME y los box dentales.
- Invertir recursos económicos alineados a nuevos profesionales.

Grupo Motor Sector Uva.

Por último, el grupo motor correspondiente al sector Uva realizó un trabajo en grupos nominales de acuerdo a las tres problemáticas centrales identificadas en el Árbol de problemas; Tiempo de Espera de las Interconsultas, Tiempo de Espera para Atención Profesional y Pocos días para toma de Muestras, aludiendo a que en las postas rurales del sector se genera una congestión en la asistencia de usuarios, debido a que sólo se toman exámenes o muestras un día a la semana. Dentro de los escenarios, se puede señalar que el Ideal se relaciona con: “Aumentar la Cantidad de Profesionales”, vinculado con “Aumento de Números de Atención Médica y Profesional”, indicando que en muchas ocasiones los usuarios quedan sin atención por ausencia de horas médicas o que los tratamientos con profesionales son muy prolongados debido a las agendas previamente establecidas; además se propone que el Cefam y las postas entreguen números para atención por vía telefónica, aun cuando se señala el riesgo de que muchas de estas horas se pierdan por inasistencias; Dentro de los escenarios evaluados de manera negativa se presentan: “Falta de profesionales”, limitando el acceso de los usuarios a las diversas atenciones y medicamentos, “Tardanza de las interconsultas” complicando los problemas de salud y la evaluación de los médicos especialistas y el Aumento en los tiempos de espera para atenciones. Los proyectos mencionados por el grupo motor para responder a necesidades son:

- Generar un proyecto de techumbre para la Posta Rural de Esmeralda. -Entregar horas de atención a través de vía telefónica. -Infraestructura. Aumentar los box de atención en las Postas Rurales del sector. -Aumentar los días para toma de muestras (exámenes) en las postas rurales.
- Aumentar las rondas de visitas de Tens, enfermeras y médicos a pacientes en situación de dependencia severa. Proyecto que sacó la mayor cantidad de votos por los agentes comunitarios participantes.

- Agrandar y mejorar los baños de las postas rurales de Esmeralda y lo Cartagena -
Aumentar la dotación de funcionarios para toma de muestras en Lo Cartagena. -
Atenciones médicas y profesionales los fin de semanas. -Generar mecanismos que permitan agilizar la entrega de medicamentos.



Programación por categorías. Hallazgos y Conclusiones. (CUARTO MOMENTO)

El proceso de estudio Diagnóstico Participativo se elaboró en virtud a un trabajo colaborativo y participativo con dirigentes sociales, comunidades y organizaciones funcionales de Rosario y sus cinco Postas rurales. Se aplicaron conducciones, dinámicas y técnicas de recolección de información las cuales permitían indagar en la experiencia, conocimientos y realidades de los agentes comunitarios participantes respecto a la interrogante ¿cómo visualizamos la salud en nuestros territorios? A través de esta metodología, se identificaron ciertas problemáticas y necesidades diversas territorialmente, al interior de los tres sectores que componen el Establecimiento de Salud. Posteriormente, se identificó a quienes pueden influir en la toma de decisiones (Sociograma) y el cómo podemos abordar estos nudos críticos a través de propuestas y proyectos elaborados por los mismos actores comunitarios participantes (Devolución Creativa) En este contexto, se presenta una nueva necesidad la cual se encuentra alineada al ¿Quiénes son los responsables de intervenir en las soluciones a estas problemáticas?

A partir de los procesos de devoluciones creativas, los grupos motores votaron por los proyectos con mayor representatividad y propensos a responder a las necesidades identificadas. Es por ello, que para dar continuidad a estos trabajos, se deben formular Planes de Intervención, que se ejecutaran por los mismos agentes comunitarios que participaron en las sesiones de Diagnóstico Participativo, a través de aplicación de Entrevistas, Postulaciones a Proyectos y Mecanismos de Sociabilización, a modo de que los mismos actores, sean los responsables de gestionar e intervenir en las respuestas a sus problemáticas identificadas. A continuación, se presentan los planes de intervención contruidos de manera paralela con los agentes participantes:

Planes de Trabajo Sectorizados. ☒ Sector Naranja.

Categorías	
<i>Problemáticas Identificadas.</i>	Drogas y Alcohol – Interconsultas – Organización Comunitaria
<i>Categoría de Trabajo.</i>	Gestión – Comunidad
<i>Nudos Críticos.</i>	Principal Nudo Crítico: Poca Unión entre los dirigentes sociales de organizaciones funcionales, generando una comunidad desinformada respecto a políticas locales, complementado con la poca participación de instituciones públicas en espacios comunes
<i>Propuesta de Proyecto.</i>	Que los funcionarios de la Salud y los Municipios participen activamente con las comunidades o dirigentes sociales, permitiendo la postulación a proyectos y fondos concursables.
<i>Objetivo.</i>	Sociabilizar con las comunidades y dirigentes sociales pertenecientes Rosario y sus sectores, la oferta de proyectos y fondos concursables que permitan intervenir de manera positiva en la organización comunitaria.
<i>Actividades por Realizar.</i>	Funcionarios de Cesfam y Municipalidad de Rengo asisten a reuniones de JJ.VV y Organizaciones Funcionales en donde los vecinos presentan sus necesidades Se realizaran talleres, conducciones y planes de trabajo respecto a postulación a proyectos.
<i>Encargados.</i>	Funcionarios Cesfam y Postas Rurales. Funcionarios Municipalidad de Rengo. Dirigentes Sociales y actores comunitarios.
<i>Tiempo de ejecución.</i>	1 año. Posteriormente se someterá a evaluación.
<i>Producto Esperado.</i>	Se espera que las JJ.VV, clubes de adulto mayor y organizaciones funcionales puedan postular a nuevos proyectos que mejoren su infraestructura y fortalezcan su organización interna dentro de sus territorios.

Sector Manzana

Categorías.	
<i>Problemáticas Identificadas.</i>	Atenciones Dentales.
<i>Categoría de Trabajo.</i>	Trabajo Colaborativo (En red) – Mecanismos de Gestión interna.
<i>Nudos Críticos.</i>	Problemas de comunicación entre los funcionarios de SOME y los box dentales generando tiempos de espera más extendidos. Principal nudo crítico: Se entregan horas para tratamientos dentales una vez al mes, debido a las agendas y el poco espacio físico para este tipo de atenciones.
<i>Propuesta de Proyecto.</i>	Mejorar los equipamientos y la infraestructura para tratamiento y atenciones dentales.
<i>Objetivo.</i>	Sociabilizar en conjunto con Autoridades y Jefaturas las necesidades de los usuarios del Cesfam Rosario y las Postas rurales respecto a la entrega de horas por Tratamientos Dentales.
<i>Actividades por Realizar.</i>	Recopilar información relevante respecto a la entrega de horas por atenciones dentales en Rosario y sus postas Rurales. Entrevistar al Alcalde, Director Departamento de Salud Municipal, Directora Cesfam Rosario, Funcionarios y usuarios respecto a las problemáticas y necesidades dentales dentro de los establecimientos de salud.
<i>Encargados.</i>	Dirigentes Sociales. Participantes de Grupos Motores de Diagnóstico. Socios del Consejo Desarrollo Local de Salud Rosario.
<i>Tiempo de ejecución.</i>	1 año. Se evaluara en 2019 a través de reunión de Consejo Desarrollo Local de Salud.
<i>Producto Esperado.</i>	A través de las actividades propuestas, la comunidad usuaria buscará la posibilidad de que las Autoridades Locales y Jefaturas, puedan invertir recursos económicos alineados a la ampliación y fortalecimiento de Atención Dental, a través de la construcción de box y contratación de profesionales.

☐ Sector Uva.

Categorías	
<i>Problemáticas Identificadas.</i>	Tiempo de Espera de las Interconsultas. Tiempo de Espera para Atención Profesional Pocos días para toma de Muestras.
<i>Categoría de Trabajo.</i>	Gestión Interna de Cesfam – Informativo.
<i>Nudos Críticos.</i>	El grupo motor identifico problemáticas de aumento de pacientes con dependencia, indicando que no reciben visitas por parte de los funcionarios del Cesfam Rosario. Nudo crítico generado por desconocimiento de la comunidad usuaria respecto a las atenciones entregadas por el programa de atención domiciliaria y la cantidad de usuarios inscritos.
<i>Propuesta de Proyecto.</i>	Aumentar las rondas de Visitas Domiciliarias correspondientes a Tens, Enfermeras y Médicos a pacientes en situación de Dependencia Severa.
<i>Objetivo.</i>	Concientizar a los usuarios del Cesfam Rosario y sus Postas Rurales respecto a las prestaciones, beneficios y actividades realizadas por el programa de Atención Domiciliaria de Pacientes con Dependencia Severa.
<i>Actividades por Realizar.</i>	Generar mecanismos de difusión como trípticos, folletos y boletines respecto a las atenciones que se realizan por el programa de Atención Domiciliaria. Entrevistar a cuidadores de usuarios del programa, respecto a las rondas y visitas realizadas por los equipos del Cesfam Rosario.
<i>Encargados.</i>	Funcionarios Cesfam Rosario. Encargada programa Atención Domiciliaria. Dirigentes Sociales y Comunitarios.
<i>Tiempo de ejecución.</i>	1 año. Posteriormente se realizará una evaluación en espacios correspondientes a Consejo Técnico Profesional y Consejo de Desarrollo Local de Salud.
<i>Producto Esperado.</i>	Se espera que los usuarios, y dirigentes sociales manejen la información respecto a la cantidad de pacientes atendidos por el programa de Atención domiciliaria del Cesfam Rosario y cuáles son las prestaciones, actividades y atenciones que realizan en conjunto a sus funcionarios.



IDENTIFICACIÓN DEL PLAN COMUNAL

IDENTIFICACIÓN DEL PLAN COMUNAL							
REGIÓN	O'HIGGINS			COMUNA	RENGO		
NOMBRE DEL PLAN	PROMOCIÓN COMUNAL						
¿El plan está incluido en los instrumentos de planificación comunal como PLADECO, plan de Salud Comunal u otros? SI/NO				SÍ			
Financiamiento	Monto Convenio (Aporte Salud)		Aporte Municipal	Aporte sector Privado	Aporte Intersectorial		Monto Total del Plan
	\$ 7.952.113		\$ 10.317.000	\$ 0	\$ 0		\$ 18.269.113
Población por grupo etáreo	Niños/as (0-9 años)	Adolescentes y Jóvenes (10-19 años)	Adultos (20-64 años)	Adultos mayores (65 y más)	Total	Nº de beneficiarios de la comuna	15.067
Hombres	1.490	1.904	1.610	1.531	6.565		
Mujeres	1.500	2.481	2.335	2.186	8.502		

Total de beneficiarios de la comuna	2.990	4.385	3.945	3.717	15.067		
--	--------------	--------------	--------------	--------------	---------------	--	--

RESPONSABLE DEL PLAN

	Nombre	Apellidos	Rut	Profesión	Cargo	Correo electrónico	
	Nataly	Miño Estrada	16.883.656-2	Kinesióloga	Encargada Comunal de Promoción	natalyme@outlook.es	
	Institución donde trabaja		Teléfono	Fax	Celular	Dirección	
	CESFAM Rengo				64626244	Villa Oriente, Baquedano #408	

PLAN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

SITUACIÓN DIAGNÓSTICA COMUNAL SEGÚN EL TIPO DE PLAN						
Diagnóstico Participativo	SI	NO	Nº participantes	Nº organizaciones sociales que participan (juntas de vecinos, consejos asesores regionales, consejos consultivos, ONG, agrupaciones gremiales, otros)		
	X		90	20		
Situación	<p>Caracterización sociodemográfica, epidemiológica y Situación de la Práctica de Actividad Física, alimentación saludable y Vida libre de humo de tabaco de la Comuna de Rengo</p> <p>-La comuna de Rengo, a nivel Social, según población pobreza por CA SEN 2003-2009, en el año 2009 presentó un 1,5% de pobres indigentes, un 10,9% de pobres no indigentes, por último un 88, 41% de no pobres.</p> <p>-La distribución geográfica de la comuna según la población urbana y rural en el año 2002 por el Instituto Nacional de Estadística, INE, ha presentado una evidente disminución de la población rural si se compara con el censo del año 2002 que era de un 30,05%, actualmente presenta un 27,1% con un total de 13.555 total de población, por otra parte la población rural corresponde a un 72,9% con un total 37,035 de población, dando un total entre la rural y urbana de 50,830, para el año 2013 la población no tuvo variación significativa.</p> <p>-Los indicadores económicos de la comuna describen que la población ocupada es de 24,089, los desocupados 2,125 y por último los inactivos son 19,380 por CA SEN, 2009. Siendo las actividades laborales más desempeñadas la Agricultura, ganadería, silvicultura, construcción,</p>					

transporte, comercio mayor y menor, actividades empresariales, inmobiliarias y de alquiler, siendo la primera la causa principal de consulta en el Centro de Rehabilitación CCR Rengo.

-La proyección de la población en Rengo desde el año 2006 al 2012 tuvo una variación del 21,4%, llegando a alcanzar una población total de 61.683 en el año 2012 (INE, 2012).

-En salud en el año 2009 existían 41,912 inscritos en salud municipal (DEIS, 2009), para el 2013 habían 45,942 inscritos en el servicio de salud municipal.

-En actividad Física se han creado instancias de participación en plazas activas, la municipalidad financió el año 2014 proyectos masivos-recreativos y talleres permanentes, existen actualmente 71 club deportivo, de los cuales no todos están activos realizando deportes. En alimentación Saludable, se encuentran los CESFAM de la comuna realizando intervenciones integrales comprometiendo a las instituciones educacionales, laborales y en la comunidad, con tabaco solo existen intervenciones promotoras por los CESFAM, se describe la falta de monitores promotores de salud y la participación activa de la comunidad.

OBJETIVOS

Objetivo General	Promover en el entorno comunal, educacional y laboral de la comuna la actividad física, alimentación saludable, vida libre de humo de tabaco, a través del trabajo y actividades integrales para generar cambios en los estilos de vida saludable.						
Objetivo específico	Promover en el entorno comunal, la actividad física, alimentación saludable, vida libre de humo de tabaco acercando a nuevas redes de trabajo en la promoción y generando nuevos planes de trabajo.						

(1)						
Objetivo específico (2)	Promover hábitos Saludables en centros educativos en temáticas de Medio Ambiente, discapacidad, sexualidad, salud mental y salud oral.					
Objetivo específico (3)	Promover la actividad física, alimentación saludable y vidas libres de humo de tabaco a través de actividades deportivas y recreativas masivas, dentro del entorno laboral.					
METAS						
Meta(1)	La comuna de Rengo a diciembre del año 2015 contará por lo menos con un documento formal que apoye los estilos de vida saludable.	Indicador	Decretos, ordenanza o reglamentos sobre alimentación saludable.	Fórmula de cálculo del indicador	Documento realizado (si/no).	

Meta(2)	A diciembre del año 2015, la comuna contará con un huerto escolar implementado.	Indicador	Huertos escolares realizados.	Fórmula de cálculo del indicador	Se realiza huerto (si/no).
Meta(3)	A diciembre del año 2015 Rengo contará con un LTPS comprometido.	Indicador	LTPS comprometido.	Fórmula de cálculo del indicador	LTPS comprometido (si/no).



Id Prog ramada	de conti nuid ad del año anter ior	des Progra madas	Psicosociales		Presupuesto fuente MINSAL		Presupuesto otras fuentes de financiamiento		Total Presup esto	Medio de verificac ión	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Niño s (0-9)		Adol esce ntes y Jóve nes (10-19)		Adul tos (20-64)		Adul tos May ores (65 y más)		Tota l Benefi carios por acti vida d
					Detalle del gasto presu puest ado MINSAL	Gasto Presup esto \$	Detalle del gasto presu puest ado de otras Fuentes de financia miento	Gasto Presup esto \$															Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
Adq uisic ión de impl ementos dep ortivos (asociad	SI	200	Parti cipac ión socia l y asoci atividad.	Empod eramie nto	10 step doble altura	\$ 150.000	Fuente Municipalidad: Profesor de Ed. Física 22 horas mensuales \$4.000.00	\$ 4.000.00	\$ 4.150.00	fotos/pr ograma elaborado y ejecutado			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	10	20	10	20	50	35			100

Realización de abogacía con autoridades locales para generar compromisos en promoción de salud.	SI	5	Participación social y asociatividad.	Acceso a la información		\$ 0		\$ 0	\$ 0	Fotos, acta de compromiso				x				x			x			2000	2000	1500	5000	5000	5000	5000	5000	800					
Talleres para padres y madres para fortalecer el desar	SI	20	Participación social y asociatividad.	Acceso a la información	Monitoreo a la cuenta	\$ 400.000	BIBLIOR EDES	\$ 0	\$ 400.000	Programa elaborado y ejecutado, Fotos.								X	X	X	X	X	X										5000	1000			150

