

PROGRAMACION CENTRO DE SALUD DR. MIGUEL CONCHA
PROGRAMA CARDIOVASCULAR

COBERTURA HTA

OBJETIVO	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RECURSO HUMANO
Reducir la Morbimortalidad Cardiovascular y las complicaciones asociadas mediante detección y tratamiento oportuno de personas con Riesgo CV que se controlan en este Centro de Salud cumpliendo con las garantías explícitas.	Mantener cobertura de 55% en HTA en personas de 15 a 64 años (3821 personas) Mantener cobertura de 71% en HTA en personas mayores de 65 años (3496 personas).	Nº de personas de 15 a 64 bajo control PSCV HTA <hr/> Total personas de 15 a 64 prev. X100 . Nº de personas HTA bajo control PSCV de 65 años y más <hr/> Población HTA de 65 años y más estimada según prev. X 100	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener el sistema de agendas para pesquisa. • Disponer horas profesionales suficientes según necesidad (controles, ingresos procedimientos, administración, etc.) • Capacitación permanente del equipo de PSCV. • Rescate de inasistentes. • Promoción de estilos de vida saludable. • Sensibilizar a la población en la detección precoz de 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingreso por referencia desde EMPA. • Ingreso por referencia de consulta Morbilidad. • Ingreso por referencia extrasistema. • Ingreso por referencia de Nivel Secundario. • Controles de ingreso. • Controles de seguimiento. • Pesquisa HTA. Según normas. • Ex. Según normas. • Coordinación en red referencia y contrarreferencia. • Implementación de ingresos y controles en 	<p>Equipo de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médico. • Enfermera. • Nutricionista. • T. Paramédico. • Administrativo. • Q. Farmacéutico.

			<p>enfermedades CV.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación permanente (intrasistema, nivel secundario y comunidad). • Aplicar modelo atención dado por S.S.V.Q. 	<p>extensión horaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registros según normas. • Agendas de ingreso suficientes y oportunas. • Promoción de salud. • Implementación de ficha de atención y cartola comput. • Censo computacional. • Educación de riesgo Cv. • Coordinación con Plataforma de Gestión familiar y Centro de Salud C.R.S.H., cons. Rurales y Centro de Promoción. • Reuniones técnicas y administrativas de equipo de PSCV ampliado de Q. Farmacéutico, admisión, archivo, kinesiología y Podología. • Reunión de coordinación con 	
--	--	--	--	--	--

				<p>quipo PSCV del Nivel Secundario.</p> <ul style="list-style-type: none">• Supervisión de abastecimiento adecuado de insumos en general.• Coordinación con Juntas de Vecinos para promoción de salud CV en sus sectores.	
--	--	--	--	--	--

COBERTURA DM

TEMA	OBJETIVO	META	INDICADORES	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RECURSO HUMANO
Reducir la Morbimortalidad Cardiovascular y las complicaciones asociadas mediante detección y tratamiento oportuno de personas con Riesgo CV que se controlan en este Centro de Salud cumpliendo con las garantías explícitas.	Mejorar cobertura de patologías crónicas CV	Mejorar cobertura de 23% en DM en personas de 15 a 64 años a 26%. Mantener cobertura de 79% en DM en personas mayores de 65 años. (922 personas).	Nº de personas DM bajo control de 15 a 64 <hr/> Pobl. DM de 15 a 64 años estimada según Prevalencia x 100. Nº de personas DM bajo control de 65 y más años. <hr/> Población DM de 65 y más años estimada según Prev. X 100.	Promoción de estilos de vida saludable. Actividad física CV en pacientes en control PSCV en conjunto con Programa especial Quillota. Capacitación y supervisión en técnicas de diagnóstico HTA. Renovación y mantención adecuada de equipos. Disponer de horas profesionales suficientes según necesidad (controles, ingresos, administración, procedimientos, evaluaciones, etc).	Ingreso por referencia desde EMPA. Ingreso por referencia de consulta Morbilidad. Ingreso por referencia extrasistema. Ingreso por referencia de Nivel Secundario. Controles de ingreso. Controles de seguimiento Ex. Según normas. Coordinación en red referencia y contrarreferencia. Implementación de ingresos y controles en	Equipo de salud: Médico. Enfermera. Nutricionista. T. Paramédico. Administrativo. Q.Farmacéutico

				<p>Capacitación permanente del equipo de PSCV. Rescate de inasistentes. Promoción de estilos de vida saludable. Sensibilizar a la población en la detección precoz de enfermedades CV. Coordinación permanente (intrasistema, nivel secundario y comunidad). Aplicar modelo atención dado por S.S.V.Q.</p>	<p>extensión horaria. Registros según normas. Agendas de ingreso suficientes y oportunas. Promoción de salud. Implementación de ficha de atención y cartola comput. Censo computacional. Educación de riesgo Cv. Coordinación con Plataforma de Gestión familiar y Centro de Salud C.R.S.H., cons. Rurales y Centro de Promoción. Reuniones técnicas y administrativas de equipo de PSCV ampliado de Q. Farmacéutico, admisión, archivo, kinesiología y</p>	
--	--	--	--	---	--	--

					<p>Podología. Reunión de coordinación con quipo PSCV del Nivel Secundario. Supervisión de abastecimiento adecuado de insumos en general. Coordinación con Juntas de Vecinos para promoción de salud CV en sus sectores.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

COMPENSACIÓN HTA

TEMA	OBJETIVO	META	INDICADORES	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RECURSO HUMANO
Reducir la Morbimortalidad Cardiovascular y las complicaciones asociadas mediante detección y tratamiento oportuno de personas con Riesgo CV que se controlan en este Centro de Salud cumpliendo con las garantías explícitas.	Mejorar niveles crecientes de compensación.	<p>➤ Lograr el 51% de las personas con HTA de 15 a 64 años bajo control en PSCV alcanzando Presión Arterial bajo 130/85 mmhg.</p> <p>➤ 48% de las personas con HTA de 65 y más años bajo control en PSCV alcanzan una Presión Arterial bajo 130/85 mm/hg.</p>	<p>Nº de personas HTA de 15 a 64 años con PA bajo 130/85</p> <hr/> <p>Nº total personas HTA de 15 a 64 años bajo control x 100.</p> <p>Nº de personas HTA de 65 años y más con PA bajo 130/85</p> <hr/> <p>Nº total de personas HTA de 65 y más años con PA bajo 130/85</p>	<p>Promoción de estilos de vida saludables.</p> <p>Actividad física CV en pacientes en control PSCV en conjunto con Programa especial Quillota.</p> <p>Capacitación y supervisión en técnicas de diagnóstico HTA. Renovación y mantención adecuada de equipos.</p> <p>Disponer de horas profesionales suficientes según necesidad (controles, ingresos, administración, procedimientos,</p>	<p>Consultas profesionales. Derivación a grupos de apoyo, grupos de actividad física y grupos de autoayuda.</p> <p>Utilización de panel de depresión y medios audiovisuales. Derivación a Poli antitabaco.</p> <p>Registros. Utilización adecuada de ex. de laboratorio.</p> <p>Reuniones Mensuales de Equipo de salud CV.</p> <p>Coordinación y</p>	<p>Equipo de salud:</p> <p>Médico. Enfermera. Nutricionista. T. Paramédico. Administrativo. Q.Farmacéutico</p>

				<p>evaluaciones, etc.). Informar y sensibilizar al equipo de salud en tareas y metas a cumplir.</p> <p>Disponer de arsenal farmacológico.</p> <p>Rescate de inasistentes Disminución del rendimiento (concentración) en médico y enfermera, aplicando modelo dado por PSCV-SSVQ.</p> <p>Capacitación y difusión de normas intralaboral y comunidad.</p> <p>Coordinación permanente (Intrasistema, Nivel Secundario y comunidad) Farmacia Móvil</p>	<p>participación con el Nivel Secundario y Red. Coordinación permanente con el Programa de Actividad física.</p> <p>Elaboración de brechas de recurso humano del PSCV.</p> <p>Participar (consejería) como equipo del PSCV en la distribución de recursos del Programa.</p> <p>Cumplimiento de normas Ministeriales en tratamiento de Hipertensión Arterial.</p> <p>Supervisión de abastecimiento adecuado de insumos en general.</p>	
--	--	--	--	---	---	--

COMPENSACIÓN DM

TEMA	OBJETIVO	META	INDICADORES	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RECURSO HUMANO
Reducir la Morbimortalidad Cardiovascular y las complicaciones asociadas mediante detección y tratamiento oportuno de personas con Riesgo CV que se controlan en este Centro de Salud cumpliendo con las garantías explícitas.	Mejorar niveles crecientes de compensación.	<p>➤ 35% o más de las personas con DM de 15 a 64 años bajo control en el PSCV logran niveles de Hemoglobina Glicosilada (Hb<A1c) menor de 7% en APS.</p> <p>➤ 38% o más de las personas con DM de 65 años y más bajo control en el PSCV logran valores de Hemoglobina Glicosilada (Hb<A1c) menor de 7% en APS.</p>	<p>Nº de personas DM bajo control de 15 a 64 años con Hb<7%.</p> <hr/> <p>Nº total de personas DM de 15 a 64 años bajo control. X100.</p> <p>Nº de personas DM bajo control 65 años y más con Hb<7%</p> <hr/> <p>Nº total de personas DM de 65 años y más bajo control x 100.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de estilos de vida saludables. • Actividad física CV en pacientes en control PSCV en conjunto con Programa especial Quillota. • Capacitación y supervisión en técnicas de diagnóstico HTA. • Renovación y mantención adecuado de equipos. • Disponer de horas profesionales suficientes según necesidad (controles, ingresos, administración, procedimientos, 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultas profesionales. • Derivación a grupos de apoyo, grupos de actividad física y grupos de autoayuda. • Utilización de panel de depresión y medios audiovisuales. • Atención dental según proyecto especial para pacientes DM • Derivación a Poli antibacaco. • Registros. • Utilización adecuada de ex. de laboratorio. • Reuniones Mensuales de Equipo de salud CV. • Coordinación y participación con el Nivel 	Equipo de salud: Médico. Enfermera. Nutricionista. T. Paramédico. Administrativo. Q.Farmacéutico

				<p>evaluaciones, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar y sensibilizar al equipo de salud en tareas y metas a cumplir. • Disponer de arsenal farmacológico. • Rescate de inasistentes • Disminución del rendimiento. (concentración) en médico y enfermera, aplicando modelo dado por PSCV-SSVQ. • Capacitación y difusión de normas intralaboral y comunidad. • Coordinación permanente (Intrasistema, Nivel Secundario y comunidad) • Farmacia Móvil 	<p>Secundario y Red.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación permanente con el Programa de Actividad física. • Elaboración de brechas de recurso humano del PSCV. • Participar (consejería) como equipo del PSCV en la distribución de recursos del Programa. • Cumplimiento de normas Ministeriales en tratamiento de Hipertensión Arterial. • Supervisión de abastecimiento adecuado de insumos en general. 	
--	--	--	--	---	--	--

CONTROL DE PESO Y ACTIVIDAD FÍSICA

TEMA	OBJETIVO	META	INDICADORES	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RECURSO HUMANO
Reducir la Morbimortalidad Cardiovascular y las complicaciones asociadas mediante detección y tratamiento oportuno de personas con Riesgo CV que se controlan en este Centro de Salud cumpliendo con las garantías explícitas.	Mejorar niveles crecientes de compensación y control de los factores de riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr que al menos del 20% de los pacientes obesos en PSCV bajen al menos un 5% de su peso inicial en la APS. • Aumentar 2% el número de personas obesas en PSCV que participan en un Programa de Actividad Física, con un mínimo de 15% en la APS. 	<p>Nº de personas obesas bajo control en PSCV que bajen al menos el 5% de su peso inicial.</p> <hr/> <p>Nº total de personas obesas en PSCV x 100</p> <p>Nº de personas obesas PSCV que participan en Programas actividad física.</p> <hr/> <p>Nº total de personas obesas en PSCV x 100</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de estado nutricional de los pacientes bajo control ene. PSCV. • Registros de Diagnóstico. • Coordinación con centro de salud CRSH (módulo de obesidad). • Catastro de organizaciones de la comunidad que efectúan planes de actividad física. • Reconocimiento social a pacientes que logren la meta requerida. Disponer de horas 	<ul style="list-style-type: none"> • Controles por profesional de PSCV. • Registros. • Evaluación. • Coordinación con centros de salud y/o Promoción para prevención. • Coordinación con centros de salud y otros que realizan actividad física. • Clasificación en tarjeta de prestación según código establecido. • Derivación a actividad física • Conocer número de pacientes obesos con 	Equipo de salud: Médico. Enfermera. Nutricionista. T. Paramédico. Administrativo. Q.Farmacéutico

				<p>profesionales suficientes según necesidad de Ingresos, controles, actividades de grupo, etc.</p> <ul style="list-style-type: none">• Elaborar sistema de registros de paciente obeso con actividad física.	actividad física.	
--	--	--	--	---	-------------------	--

MANEJO DE HERIDAS DE PIE DIABÉTICO

TEMA	OBJETIVO	META	INDICADORES	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RECURSO HUMANO
Reducir la Morbimortalidad Cardiovascular y las complicaciones asociadas mediante detección y tratamiento oportuno de personas con Riesgo CV que se controlan en este Centro de Salud cumpliendo con las garantías explícitas.	<p>Detectar el Pié Diabético en una etapa temprana en la cual es posible detener o revertir el daño.</p> <p>Reducir las amputaciones para Pié Diabético.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 100% de las personas DM ingresadas al PSCV tiene evaluación de pié a los 3 meses de ingreso. • (15 y más). • 90% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas en APS. • (15 y más) 	<p>Nº de personas DM con ex. de pié a los 3 meses de ingreso</p> <hr/> <p>Nº de ingresos DM la PSCV x100</p> <p>Nº de personas con úlceras activas de pié Diabético tratados con manejo avanzado.</p> <hr/> <p>Nº total de personas con úlceras activas de pié diabético x 100</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación con Q. Farmacéutico del Centro de Salud para abastecimiento adecuado de materiales. • Permanente elaboración de necesidades de insumo. • Capacitación permanente de manejo de heridas de pié diabético • Manejo de heridas de acuerdo a normas técnicas dadas por Ministerio de Salud. • Coordinación con Nivel Secundario. • Prevención manteniendo la 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación permanente de profesionales encargados y técnicos paramédico. • Poli de úlceras. • Evaluación integral del paciente en control, por médico, enfermera y podólogo. • Curación de heridas de acuerdo a normas establecidas por Instituto de heridas. • Referencia y contrarreferencia a poli úlceras de Nivel Secundario según requerimiento. 	<p>Equipo de salud:</p> <p>Médico. Enfermera. Nutricionista. T. Paramédico. Administrativo. Q.Farmacéutico</p>

				<p>actividad de evaluación de pie diabético por enfermera y atención podólogo.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Supervisión permanente de la actividad.• Seguimiento de los casos a través de registro fotográfico.• Valoración de la herida en forma semanal (poli úlceras pie) de pacientes con úlcera.• Valoración de seguimiento de la compensación metabólica del paciente.• Actividad evaluación pie diabético.• Actividad atención podólogo.• Promoción en autocuidado: panel, cartillas, audiovisual, etc.	
--	--	--	--	--	--	--

QUALIDIAB

TEMA	OBJETIVO	META	INDICADORES	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RECURSO HUMANO
Reducir la Morbimortalidad Cardiovascular y las complicaciones asociadas mediante detección y tratamiento oportuno de personas con Riesgo CV que se controlan en este Centro de Salud cumpliendo con las garantías explícitas.	Lograr niveles crecientes de compensación y control de los factores de riesgo, mejorando la calidad de la atención de los pacientes diabéticos.	<ul style="list-style-type: none">• Aplicar Qualidiab al 100% de las personas con DM que ingresan al PSCV.• Aplicar 20% de los pacientes antiguos bajo control, se les realiza un control de calidad de la atención médica con el instrumento Qualidiab.	<p>Nº de personas DM ingresadas al PSCV evaluada con <u>Qualidiab.</u></p> <p><u>Total de personas ingresadas al PSCV año 2008x100</u></p> <p>Nº de personas con DM bajo control en el PSCV evaluados con <u>Qualidiab.</u></p> <p><u>Nº total de pacientes bajo control PSCV año 2008.</u></p>	<ul style="list-style-type: none">• Capacitación al equipo de salud PSCV de las metas y actividades.• Disponer de horas profesionales para el desarrollo de la actividad.• Disponer de horas técnico paramédico y administrativo de apoyo a la actividad. (digitación, preparación paciente, etc.)• Utilización oportuna y adecuada de laboratorio y otras actividades profesionales (Fondo de ojos, ex. pie diabético y podólogo.	<ul style="list-style-type: none">• Referencia según normas Ministeriales PSCV.• Registros• Control Qualidiab• Digitación y envío.	Equipo de salud: Médico. Enfermera. Nutricionista. T. Paramédico. Administrativo. Q.Farmacéutico

RETINOPATIA DM

TEMA	OBJETIVO	META	INDICADORES	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RECURSO HUMANO
Reducir la Morbimortalidad Cardiovascular y las complicaciones asociadas mediante detección y tratamiento oportuno de personas con Riesgo CV que se controlan en este Centro de Salud cumpliendo con las garantías explícitas.	Detectar la retinopatía diabética en una etapa temprana en la cual es posible detener o revertir el daño.	100% de las personas DM ingresadas al PSCV tiene fondo de ojos por oftalmología los 3 meses del ingreso.	<p>Nº de personas DM con Fondo de Ojos por oftalmología a los tres meses del ingreso</p> <hr/> <p>Total de ingresos a PSCV DM x 100</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación al equipo de salud PSCV de las metas exigidas. • Disponer de horas profesionales para el desarrollo de la actividad • Disponer de horas técnico paramédico, administrativo y chofer de apoyo a la actividad. • Promover adecuado control metabólico a modo de prevención en pacientes DM.. 	<ul style="list-style-type: none"> • Referencia a la actividad • Registro de la actividad por oftalmólogo en cartola de atención. • Informe de oftalmólogo por paciente atendido. • Registro de inasistentes a la actividad. • Referencia por Interconsulta Nivel Secundario cuando oftalmólogo lo indique. 	Equipo de salud: Médico. Enfermera. Nutricionista. T. Paramédico. Administrativo. Q.Farmacéutico Oftalmólogo.

PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

TEMA	OBJETIVO	META	INDICADORES	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RECURSO HUMANO
Reducir la Morbimortalidad Cardiovascular y las complicaciones asociadas mediante detección y tratamiento oportuno de personas con Riesgo CV que se controlan en este Centro de Salud cumpliendo con las garantías explícitas.	Detectar la ERC en las personas diabéticas bajo control	100% de diabéticos con screening de ERC a través de la estimación de la velocidad de filtración promedular (V.F.G.)	N° de personas diabéticas con VFG <u>consignada</u> N° de personas diabéticas bajo control x 100.	<ul style="list-style-type: none"> • Ex. de laboratorio disponible y oportunos • Disponer de horas profesionales necesarias para ingresos y controles • Registro de ERC en fichas y cartolas, optimizarlos. • Coordinación con Nivel Secundario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilización adecuada de ex. De laboratorio. • Clasificación en tarjeta según código establecido. • Manejo de protocolo de la actividad por equipo de salud. • Notificación AUGE. • Educación individual sobre ERC e importancia de adherencia a tratamiento para prevenir avance de la enfermedad. 	Equipo de Salud: Médico. Enfermera. Nutricionista. T. Paramédico. Administrativo.

DISLIPIDEMIA

TEMA	OBJETIVO	META	INDICADORES	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RECURSO HUMANO
Reducir la Morbimortalidad Cardiovascular y las complicaciones asociadas mediante detección y tratamiento oportuno de personas con Riesgo CV que se controlan en este Centro de Salud cumpliendo con las garantías explícitas.	Lograr niveles crecientes de cobertura, compensación y control de los factores de riesgo,	<p>Aumentar en 3 % la cobertura de personas de 15 a 64 años Hipercolester olémicas bajo control en PSCV en establecimie ntos con cobertura < 35% o mantener sobre el 40%.</p> <p>Al menos el 35 % de las personas de 15 a 64 años bajo control logran niveles de colesterol < 200 Mg/dl.</p>	<p>N° de personas hipercolesterolé micas bajo control en PSCV de 15 a 24 años</p> <hr/> <p>Población hipercolesterolé micas estimada según prevalencia de 15 a 24 años x100.</p> <p>N° de personas con dislipidemia de 15 a 24 años bajo control logran niveles de colesterol < de 200mg/dl</p> <hr/> <p>N° total de personas con dislipidemia bajo control x 100.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disponer de horas de profesionales necesarias para ingresos y controles. • Optimizar el registro en tarjetero de prestaciones. (ingresos y egresos). • Asegura el arsenal farmacológico. • Promoció n de estilos de vida saludables. • Ingresos por referencia desde EMPA, Morbilidad. • Capacita ción de los profesionales en manejo de dislipidemia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Controles de ingreso y seguimientos. • Clasificación en tarjeta según código establecido. • Derivación a actividad física. • Registros. • Prevención en panel de difusión. • Supervisión de abastecimiento adecuado de medicamentos. • Reuniones técnicas administrativos de equipo de PSCV ampliada mensualmente. • Coordinación con Juntas de Vecinos para promoción de salud CV. En sus sectores. • Utilización 	<p>Equipo de Salud.</p> <p>Médico.</p> <p>Enfermera.</p> <p>Nutricionista.</p> <p>T. Paramédico.</p> <p>Q. Farmacéutico</p> <p>Administrativo</p>

				<ul style="list-style-type: none">• Farmacia Móvil.• Rescata de inasistentes.• Ex. laboratorio disponible y oportunos.	adecuada de ex. laboratorio.	
--	--	--	--	--	------------------------------	--

PROGRAMACIÓN P.A.D.I. 2009

TEMA	OBJETIVO	META	INDICADOR	PUNTOS CRITICOS	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	RR.HH.
<p>Alivio del dolor y cuidados paliativos en cáncer avanzado</p>	<p>Control, seguimiento y procedimientos de los pacientes con cáncer Terminal, postrados, derivados desde el nivel secundario al nivel primario y contraderivación al nivel secundario</p> <p>Supervisar el adecuado cumplimiento de esquema de tratamiento dado en nivel secundario</p>	<p>100% de los pacientes derivados</p>	<p>(Nº de pacientes incorporados al Programa de Cuidados Paliativos/Total de pacientes derivados desde nivel secundario con cáncer Terminal)x100</p>	<p>.</p>	<p>Capacitación al equipo de salud.</p> <p>Asegurar la atención permanente al paciente postrado.</p> <p>Apoyo psicológico al familiar de paciente y equipo de salud.</p> <p>Rotación semestral TPM para evitar desgaste emocional y estrés.</p> <p>Apoyo espiritual al paciente y /o cuidador.</p>	<p>Coordinación con nivel secundario.</p> <p>Consulta A. Social Consulta Enfermera. Consulta Kinesióloga Consulta nutricionista Consulta médica para el autocuidado al familiar y/o cuidador.</p> <p>Consolidar red de apoyo social y espiritual.</p> <p>Visita técnico paramédico.</p> <p>Visita domiciliaria</p>	<p>Equipo de salud integral</p>

TEMA	OBJETIVO	META	INDICADOR	PUNTOS CRITICOS	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	RR.HH.
Paciente postrado A.VE. con dismovilidad no incluido en grupo anterior (Alzheimer, demencia senil, artrosis,etc	<p>Proporcionar atención integral al paciente postrado.</p> <p>Apoyo familiar y/o cuidador.</p> <p>Sectorizar comuna según distribución de pacientes postrados.</p>	<p>60% de los pacientes derivados (intra establecimiento y Redes)</p> <p>Realizar catastro</p>	<p>Nº de pacientes incorporados/Tot al de pacientes pesquisados</p> <p>Nº de pacientes evaluados /Nº de pacientes postrados según catastrox100</p>	<p>Desconocimiento de población beneficiaria.</p> <p>Movilización.</p> <p>Flexibilidad horaria.</p> <p>Falta de equipos e insumos.</p> <p>Apoyo logístico</p> <p>Participación equipo multidisciplinario</p>	<p>Capacitación al equipo de salud.</p> <p>Educación permanente al usuario y familia y/o cuidador.</p> <p>Suministro de horas médicas (12) Enfermera (8) Kinesióloga (4) Nutricionista (4) A. Social (12) Psicólogo (12) T. Paramédico (44).</p> <p>Apoyo personal administrativo (4 horas diarias)</p>	<p>Visita Domiciliaria</p> <p>Evaluación profesional</p> <p>Atenc. Técnico paramédico.</p> <p>Coordinación ejecutiva de Familia.</p> <p>Reunión técnica multiprofesional según requerimiento</p> <p>Programar agendas de V.D. por</p>	<p>Equipo de salud integral</p> <p>Horas del equipo</p> <p>médicas(12) Enfermera (8) Kinesióloga (4) Nutricionista (4) Asistente Social (12) Psicólogo (12) Tecn. Paramédico (44) semanales</p>

	<p>Atención integral al grupo familiar del paciente postrado iniciando el proceso con los cuidados pertenecientes al Programa Cardiovascular.</p> <p>Incorporación activa del Ejecutivo de Familia</p>	<p>Control al 100% de cuidadores pertenecientes al P.C.V.</p>			<p>Asignación de un médico por sector (4sectores) Capacitación a un Ejecutivo de Familia</p>	<p>médico a su sector, según requerimiento .</p>	<p>Médico (agenda con rendimiento o 0.45 min.)</p>
--	--	---	--	--	--	--	--

TEMA	OBJETIVO	META	INDICADOR	PUNTOS CRITICOS	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	RR.HH.
Cuidado de los cuidadores	Prevenir estrés y depresión en las personas que cuidan a personas con discapacidad o postrados	100% de cuidadores capacitados.	Nº cuidadores capacitados/Nº total de cuidadores x100.		Capacitación programada durante el año		Equipo de salud multidisciplinario
	Acompañamiento mediante consejería y apoyo espiritual a familiar con enfermedad Terminal y/o postrados	100% de consejería a familiar con enfermo con cáncer terminal	Nº de consejería familiar/Nº de familiar con miembro con dismovilidad/ o cáncer terminalx100.		Capacitación a los cuidadores en manejo del estrés, cuidados básicos al paciente postrado.	Capacitación práctica básica según demanda espontánea. Capacitación trimestral programada.	Equipo de salud integral.

SALUD MENTAL

TEMA	OBJETIVO	META	INDICADOR	PUNTOS CRITICOS	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	RR.HH.
Primer episodio EQZ	Detectar, diagnosticar y referir ante sospecha de un primer Episodio EQZ. Según norma GES.	Derivación al Nivel Secundario al 100% de personas detectadas con un primer episodio .	(N° de personas con sospecha primer episodio EQZ derivadas a Especialidad / por Total de personas Con confirmación Diagnostica) x100		Capacitación al Equipo de Salud	Consulta morbilidad Consulta A. Social Consejería por Especialista Coordinación a la Red de Salud Mental	Médicos. Asistente Social. Equipo de Salud integral.

TEMA	OBJETIVO	META	INDICADOR	PUNTOS CRITICOS	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	RR.HH.
Maltrato Infantil	Detectar , Diagnosticar y referir cuando corresponda a los niños y niñas con Signos de maltrato y/o Abuso sexual	Otorgar Atención al 100% de los niños y niñas detectados como victima de abuso o maltrato entre 0 a 19 años	(N° de niñas y niños victimas de maltrato y/o abuso sexual que reciben intervención psicosocial / Total de niños y niñas victimas pesquisados) x 100		Capacitación al equipo de Salud. Detección de Factores de Riesgo Biopsicosocial.. Unidad de la Familia.	Consulta Morbilidad. Consulta dupla Psicosocial. Implementación de protocolo Clínico y social. Coordinación con la red intra y Extra institucional.	Medico Asistente Social Psicólogo Equipo de Salud Integral.

TEMA	OBJETIVO	META	INDICADOR	PUNTOS CRITICOS	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	RR.HH.
Violencia Intrafamiliar	Detectar , diagnosticar , otorgar primer apoyo y referir oportunamente a las personas victimas de violencia intrafamiliar leve y moderado con Especial énfasis en mujeres.	100% de familias inscritas en las que se detecta VIF reciben intervención Psicosocial Individual o Grupal con Enfoque familiar	N° de familias Inscritas con VIF detectado que reciben Intervención / Total familias con VIF detectado * 100		Identificación de factores de riesgo. Capacitación al equipo de salud.	Consulta morbilidad. Consulta dupla Psicosocial. Intervención en Crisis. Consulta enfermera. Consulta nutricionista. Implementación de Protocolo clínico y Social. Coordinación y Derivación a red Intra y extra Institucional.	Equipo de Salud Integral.

PROGRAMA IRA

Temas Prioritarios	Objetivos	Meta	Actividades	Instrumento	Indicadores
SBOR	<p>Mejorar calidad de vida pacientes portadores SBOR en control.</p> <p>Mejorar pesquisa y derivación en sospecha de SBOR a Sala IRA.</p> <p>Educar madres pacientes portadores de SBOR en control.</p>	<p>Disminuir exacerbaciones 20%.</p> <p>Disminuir hospitalizaciones por exacerbación 10%.</p> <p>Aumentar adhesividad programa crónicos 20%.</p> <p>Elaborar flujo de derivación a Broncopulmonar Nivel Secundario.</p> <p>Disminuir la derivación errónea de niños portadores SBOR.</p> <p>Socialización de normas de</p>	<p>-Atención medica -Atención kinésica -Visita Domiciliaria -Consejerías -Coordinación con el nivel secundario -Rescate inasistentes</p> <p>_ Socialización de normas de derivación a Sala IRA de médicos de Centros de Salud.</p> <p>Educación individual, grupal</p>	<p>Medico. Kinesiólogo. Equipo Salud. Técnico Paramédico.</p> <p>Médico IRA Kinesióloga IRA Equipo de Salud</p> <p>Medico Kinesiólogo</p>	<p>-Tasa hospitalizaciones -Tasa consultas urgencia -Tasa exacerbaciones - % inasistentes -% pasivos Registro local Nº de niños derivados erróneamente por SBOR Sala IRA/ Total de niños portadores de SBOR</p>

		<p>derivación a Sala IRA de médicos de ingreso reciente al sistema.</p> <p>100% madres educadas.</p> <p>% Jardines infantiles educados.</p> <p>Educación en Jardines Infantiles JUNJI, INTEGRAL, Particulares.</p> <p>Técnico Paramédico.</p> <p>Asegurar arsenal farmacológico .</p>			
Asma Bronquial	Mejorar calidad de vida pacientes portadores de Asma Bronquial en control.	<p>Disminuir exacerbaciones 20%</p> <p>Disminuir hospitalizaciones por exacerbación 10%</p> <p>Aumentar</p>	<p>-Atención medica</p> <p>-Atención kinésica</p> <p>-Visita Domiciliaria</p> <p>-Consejerías</p> <p>-Coordinación con el nivel secundario.</p>	<p>Medico</p> <p>Kinesiólogo</p> <p>Equipo Salud</p> <p>Técnico Paramédico.</p>	<p>-Tasa hospitalizaciones.</p> <p>-Tasa consultas urgencia.</p> <p>-Tasa exacerbaciones.</p> <p>- % inasistentes.</p> <p>-% pasivos.</p>

	<p>Educar madres pacientes portadores de Asma.</p> <p>Cumplir derivación a Sala ERA.</p>	<p>adhesividad Programa Crónicos en adolescentes.</p> <p>100% pacientes y madres educadas %</p> <p>Establecimientos educativos educados.</p> <p>100% de Adolescentes 15 años derivados a Sala ERA.</p>	<p>-Rescate inasistente.</p> <p>Catastro de pacientes con Asma por Técnico Paramédico. Establecimiento Educativo.</p> <p>Reuniones de Técnico Paramédico. acercamiento por establecimiento educativo</p> <p>Compromiso de inicio consumo tabaco.</p> <p>Derivación Sala ERA</p>		<p>- Registro estadístico (REM).</p> <p>- Derivación Sala ERA.</p>
Neumonía	Disminuir morbi-mortalidad por neumonía.	<p>Disminuir 20% Hospitalizaciones por neumonía < 1 año.</p> <p>Disminuir 100% Mortalidad por neumonía</p>	<p>- identificación grupo alto riesgo fallecer por Neumonía</p> <p>- atención médica oportuna</p> <p>-atención kinésica oportuna</p> <p>-Disponibilidad de fármacos 100%</p> <p>-Difusión de protocolos</p>	Equipo IRA Equipo salud local	<p>-Tasa Neumonía local</p> <p>-Tasa letalidad Neumonía</p>

	<p>Capacitación prevención IRA usuarios internos y externos</p>	<p>Obtener datos estadísticos de Hospital de Referencia</p> <p>Mantener 0% de mortalidad Infantil por Neumonía.</p> <p>100% funcionarios capacitados Jardines y % establecimientos educativos capacitados</p>	<p>tratamiento Neumonía en establecimientos -Auditoria fichas clínicas médico IRA</p> <p>Visita Domiciliaria época verano.</p> <p>Educación puérperas en Maternidad de Hospital</p>	<p>Medico Kinesiólogo</p>	<p>Registro estadístico (REM)</p>
--	---	---	---	-------------------------------	-----------------------------------

	Cumplir Ley GES	Cumplir 100% garantías establecidas en la Ley GES	- Atención medica 100% de la demanda -Stock fármacos asegurado -Monitoreo continuo (SIGGES)	Director establecimiento -médicos APS -SOME establecimiento	100% cumplimiento GES
	Capacitar usuarios internos Ley GES	100% funcionarios capacitados		Medico Kinesiólogo	

UNIDAD KINESIOLOGÍA

TEMA	OBJETIVO	META	INDICADOR	PUNTOS CRITICOS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	INSTRUMENTOS RRHH
Apoyo terapéutico a la resolución de patologías de origen osteomuscular.	Contribuir a la recuperación oportuna de los/as usuarios/as con patología de origen osteomuscular.	Ingresar al 60% de los/as usuarios/as con patología de origen osteomuscular, que requieran tratamiento fisiokinésico.	(Nº de usuarios ingresados a tratamiento fisiokinésico/ Nº de usuarios con patología de origen osteomuscular que requieran tratamiento fisiokinésico) * 100	-% de usuarios que solicita hora de ingreso y luego no asiste. - latencia mayor a dos semanas entre solicitud de hora y día de ingreso.	-Sensibilización del personal administrativo encargado de la dación de horas de ingreso. -Definición de criterios de Urgencia Kinésica. -Sensibilización al Equipo de Salud para la correcta derivación.	- Dación de horas por agenda de Ingresos Electivos 2 veces por semana. - Dación de horas por Agenda de Ingresos de Urgencia 1 vez por semana. - Reuniones de coordinación con el Equipo de Salud	- Kinesióloga - Técnico Paramédico - Personal Administrativo.
		Dar atención al 90% de los/as usuarios/as ingresados a tratamiento fisiokinésico con patología	(Nº de usuarios citados a tratamiento fisiokinésico/ Nº de usuarios ingresados a	-% de usuarios que no solicita sesiones de tratamiento luego del ingreso. -% de usuarios que solicita la	-Sensibilización del personal administrativo encargado de la dación de horas de tratamiento. -Reutilización de horas	-Dación de horas por agenda sesiones de tratamiento (controles) -Dación de horas por	- Kinesióloga - Técnico Paramédico - Personal Administrativo.

		de origen osteomuscular	tratamiento fisiokinésico con patología de origen osteomuscular) * 100	hora de sesión de tratamiento y no asiste. -% de usuarios que por actividades laborales no puede asistir a tratamiento. -Latencia mayor a 2 semanas entre ingreso y hora de tratamiento. -Falta horario administrativo el día sábado.	rechazadas. -Reconversión de horas de otros programas cuando éstas no se utilicen.	agenda sesiones de tratamiento (controles) en día sábado y extensión horaria.	
		Mantener recuperación funcional y alivio del dolor superior al 70%. Mantener 10 sesiones promedio de tratamiento.	-% recuperación promedio. -nº de sesiones promedio.	-Falta de continuidad en sesiones de tratamiento. -Insumos insuficientes. -Derivación tardía. -Falta horario administrativo.	-Dar preferencia para sesiones de tratamiento a usuarios(as) con patologías con criterio de urgencia. -Uso racional de los insumos. -Oportuna solicitud de insumos. -Reutilización de horas rechazadas. -Reconversión de horas de otros programas	-Dación de horas por agenda sesiones de tratamiento (controles) -Dación de horas por agenda sesiones de tratamiento (controles) en día sábado y extensión horaria. -Alta kinésica según cumplimiento	- Kinesióloga(o) - Técnico Paramédico Personal Administrativo.

					cuando éstas no se utilicen. -Sensibilización al Equipo de Salud para la correcta derivación. -Utilización de protocolos de derivación	de objetivos terapéuticos.	
Apoyo terapéutico a la resolución de patologías de origen neurológico	Contribuir a la recuperación oportuna de los/as usuarios/as con patología de origen neurológico como parálisis facial periférica y accidente vascular encefálico	Ingresar al 60% de los/as usuarios/as con patología de origen neurológica, que requieran tratamiento fisiokinésico.	(Nº de usuarios ingresados a tratamiento fisiokinésico/ Nº de usuarios con patología de origen neurológica que requieran tratamiento fisiokinésico) * 100	-% de usuarios que solicita hora de ingreso y luego no asiste. -latencia mayor a dos semanas entre solicitud de hora y día de ingreso. -derivación tardía.	-Sensibilización del personal administrativo encargado de la dación de horas de ingreso. -Sensibilización al Equipo de Salud para la correcta derivación. -Clasificación como urgencia para ingreso a kinesiología para ambas patologías.	Dación de horas por Agenda de Ingresos de Urgencia.	- Kinesióloga(o) - Técnico Paramédico - Personal Administrativo.
		Dar atención al 90% de los/as usuarios/as ingresados a tratamiento fisiokinésico con patología	(Nº de usuarios con patología de origen neurológico citados a tratamiento fisiokinésico/	-% de usuarios que no solicita sesiones de tratamiento luego del ingreso. -% de usuarios que solicita la	-Sensibilización del personal administrativo encargado de la dación de horas de tratamiento. -Reutilización de horas	-Dación de horas por agenda sesiones de tratamiento (controles) -Dación de horas por	- Kinesióloga(o) - Técnico Paramédico - Personal Administrativo.

		de origen neurológico (PFP. Y AVE.)	Nº de usuarios ingresados a tratamiento fisiokinésico con patología de origen neurológico) * 100	hora de sesión de tratamiento y no asiste. -% de usuarios que por actividades laborales no puede asistir a tratamiento. -Latencia mayor a 2 semanas entre ingreso y hora de tratamiento.	rechazadas. -Reconversión de horas de otros programas cuando éstas no se utilicen. -Citación a sesiones de tratamiento inmediato posterior al ingreso.	agenda sesiones de tratamiento (controles) en día sábado y extensión horaria.	
		Mantener recuperación funcional de 70%.	-% recuperación promedio.	-Falta de continuidad en sesiones de tratamiento. -Derivación tardía. -Evolución de la patología diferente según cada usuario. -Apoyo familiar deficiente.	-Sensibilización del usuario(a) y familia y/o cuidador(a) sobre importancia de la continuidad del tratamiento. -Reutilización de horas rechazadas. -Reconversión de horas de otros programas cuando éstas no se utilicen. -Citación a sesiones de tratamiento	-Dación de horas por agenda sesiones de tratamiento (controles) -Dación de horas por agenda sesiones de tratamiento (controles) en día sábado y extensión horaria. -Alta kinésica según cumplimiento de objetivos	- Kinesióloga(o) - Técnico Paramédico Personal Administrativo.

					inmediato posterior al ingreso. -Educación permanente al usuario(a) y familia y/o cuidador(a) -Sensibilización al Equipo de Salud para la oportuna derivación.	terapéuticos.	
Apoyo terapéutico al manejo domiciliario de pacientes postrados	Contribuir a la mantención de los/as usuarios/as que requieran asistencia kinésica domiciliaria.	Dar atención al 80% de los/as usuarios/as ingresados a tratamiento que requieran asistencia kinésica domiciliaria.	(N° de usuarios ingresados a tratamiento kinésico con que requieran asistencia kinésica domiciliaria /N° de usuarios postrados que requieran asistencia kinésica domiciliaria) * 100		-Educación permanente al usuario(a) y familia y/o cuidador(a)	-Visita domiciliaria según requerimientos de los(as) usuarios(as).	-kinesiólogo(a) -Chofer.
Apoyo terapéutico a personas con Enfermedad	Contribuir a la recuperación oportuna de los/as usuarios/as con	Evaluar al 80% de los/as usuarios/as con enfermedad	(N° de usuarios con enfermedad de parkinson evaluados / N°	-% de usuarios que solicita hora de ingreso y luego no asiste.	-Sensibilización al Equipo de Salud para la correcta derivación.	-Dación de horas por Agenda de Ingresos de Urgencia.	- Kinesióloga(o) - Personal Administrativo.

de Parkinson	Enfermedad de Parkinson en etapa inicial o de mantenimiento	de parkinson en etapa inicial o de mantenimiento, que requieran tratamiento kinésico.	de usuarios con enfermedad de parkinson que requieran tratamiento fisiokinésico) * 100		- Seguimiento a usuarios con enfermedad de parkinson inasistentes a hora de evaluación	- Coordinación con kinesiólogo(a) que realiza las evaluaciones para pesquisa de inasistentes - Seguimiento mensual a usuarios inasistentes a hora de evaluación	
		Dar atención al 70% de los/as usuarios/as evaluados e ingresados a tratamiento kinésico con enfermedad de parkinson	(Nº de usuarios con enfermedad de parkinson citados a tratamiento kinésico/ Nº de usuarios con enfermedad de parkinson evaluados e ingresados a tratamiento kinésico) * 100	-% de usuarios que solicita la hora de sesión de tratamiento y no asiste. -% de usuarios que por actividades laborales o personales no puede asistir a tratamiento.	- Citación a sesiones de tratamiento inmediato posterior al ingreso.	-Dación de horas en forma directa con kinesióloga a cargo del programa parkinson	- Kinesióloga(o) - Técnico paramédico.
		- Mantener en un 70% la funcionalidad según etapa	- % de mantención de la funcionalidad	-Falta de continuidad en sesiones de tratamiento.	-Sensibilización del usuario(a) y familia y/o cuidador(a)	--Dación de horas en forma directa con kinesióloga a	- Kinesióloga(o)

		de la enfermedad de parkinson - Mantener un promedio mínimo de 24 sesiones anuales.	según etapa de la enfermedad de parkinson - n° de sesiones promedio durante el año	-Evolución de la patología diferente según cada usuario. -Apoyo familiar deficiente.	sobre importancia de la continuidad del tratamiento. -Citación a sesiones de tratamiento inmediato posterior al ingreso. -Educación permanente al usuario(a) y familia y/o cuidador(a) - -Sensibilización al Equipo de Salud para la oportuna derivación.	cargo del programa parkinson -Alta kinésica según cumplimiento de objetivos terapéuticos. - Citación a control y continuación de las sesiones de tratamiento cada 3 o 4 meses.	
Apoyo terapéutico a personas con Artrosis de Cadera y/o Rodilla leve o moderada en mayores de 55 años (GES)	Contribuir a la recuperación oportuna de los/as usuarios/as con Artrosis de Cadera y/o Rodilla leve o moderada en mayores de 55 años (GES)	Evaluar al 70% de los/as usuarios/as con que requieran tratamiento kinésico.	(N° de usuarios con artrosis evaluados / N° de usuarios con artrosis que requieran tratamiento kinésico) * 100	-% de usuarios que solicita hora de ingreso y luego no asiste.	-Sensibilización al Equipo de Salud para la correcta derivación. - Seguimiento a usuarios con artrosis a hora de evaluación	-Dación de horas por Agenda de Ingresos GES artrosis.	- Kinesióloga(o) - Personal Administrativo.
		Dar atención al 90% de los/as	(N° de usuarios con artrosis	-% de usuarios que solicita la hora de sesión	- Citación a sesiones de tratamiento	-Dación de horas en Agenda de	- Kinesióloga(o) - Técnico

		usuarios/as evaluados e ingresados a tratamiento kinésico con artrosis	citados a tratamiento kinésico/ N° de usuarios con artrosis evaluados e ingresados a tratamiento kinésico) * 100	de tratamiento y no asiste. -% de usuarios que por actividades laborales o personales no puede asistir a tratamiento. -Latencia mayor a 2 semanas entre ingreso y hora de tratamiento	inmediato posterior al ingreso.	Controles GES artrosis.	paramédico.
	Mantener la funcionalidad de los/as usuarios/as con Artrosis de Cadera y/o Rodilla leve o moderada en mayores de 55 años (GES)	- Mantener o mejorar en un 70% la funcionalidad	- % de mantención de la funcionalidad - n° de sesiones promedio	-Falta de continuidad en sesiones de tratamiento. -Evolución de la patología diferente según cada usuario.	-Sensibilización del usuario(a) sobre importancia de la continuidad del tratamiento. -Educación permanente al usuario -Sensibilización al Equipo de Salud para la oportuna derivación.	-Dación de horas en Agenda de Controles GES artrosis. -Alta kinésica según cumplimiento de objetivos terapéuticos. - Citación a control cada 6 meses	- Kinesióloga(o)
ENFOQUE INTEGRAL PARA LA ATENCIÓN DEL DAÑO EN EL / LA	Mantener y mejorar las condiciones de autonomía, independenciam y calidad de	Mantener y/o mejorar la capacidad física y cognitiva de la población	-N° de personas beneficiarias.	Realización de gimnasia solo desde abril a diciembre (dependencia de los internos	-Capacitación de Internos de Kinesiología en la realización de gimnasia para pobl. Adulta	-Estimulación física y cognitiva grupal para población adulta mayor 3 veces	-Equipo Kinesiología

ADULTO / A MAYOR	vida de la población adulta mayor bajo control.	adulta mayor bajo control.		de kinesiología)	mayor. -Mantener estimulación cognitiva permanente.	por semana en Centro de Salud Raúl Silva Henríquez, en dos horarios.	
		Mantener y/o mejorar independencia y grado de autonomía de los (as) adultos(as) mayores, con déficit funcional motriz. Prevenir secuelas y/o consecuencias debidas a la postración	-Nº de personas beneficiarias. -Nº de personas beneficiarias	- Incumplimiento de algunas garantías por no envío a tiempo de ayudas técnicas desde el servicio de salud al departamento de salud.	-Entrega de ayuda técnica, según protocolo GES.	-Entrega en domicilio. -Educación sobre uso de ayuda técnica	-Kinesióloga -Chofer -Equipo GES.
		Mantener y/o mejorar independencia y grado de autonomía de	-Nº de personas beneficiarias		-Aplicación de screening de detección de presbicia pura a población adulta	-Entrega de lentes +3.00 -Registro en planilla GES	-Kinesióloga. -Enfermera EFAM. -Equipo GES.

		los (as) adultos(as) mayores, con presbicia pura.			mayor durante aplicación de EFAM.		
	Cumplir meta 2009 de realización de EFAM para la Comuna de Quillota	Contribuir con la realización de EFAM en Centro de Salud Dr. Miguel Concha	Nº de EFAM realizados	<ul style="list-style-type: none"> - Usuarios citados que no asisten a hora de EFAM - Uso de horas de EFAM para realizar evaluaciones visuales en usuarios con EFAM vigente 	<ul style="list-style-type: none"> -Capacitación de Internos de Kinesiología en la realización de EFAM. -Capacitación de Técnico Paramédico de Kinesiología en la realización de EFAM. -Realización de EFAM por demanda espontánea sin solicitud de hora previa. -Comunicación permanente con enfermera EFAM de C. S. R. Silva H. sobre vigencia de controles de seguimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> -Realización de EFAM. -Actualización de tarjetero -Entrega de registro de pacientes con EFAM vigente, previamente ingresados en C. S. C. R. Silva H. 	-Equipo Kinesiología

PROGRAMA ERA

Temas Prioritarios	Objetivos	Meta	Actividades	Instrumento	Indicadores
EPOC	Mejorar calidad de vida pacientes	--Disminuir exacerbaciones 20% Disminuir hospitalizaciones por exacerbación 10% -cumplir 100% garantías ges	-Atención medica -Atención kinésica -Visita Domiciliaria -Consejerías -Espirometría -Coordinación con el nivel secundario -dar OCD a los pacientes que cumplan criterio de ingreso. -dar rehabilitación pulmonar a los pacientes que cumplan criterio de ingreso	Medico Kinesiólogo Hoja Contrarreferencia Tarjetero actualizado	-Tasa hospitalizaciones -Tasa consultas urgencia -Tasa exacerbaciones -Registro estadístico. 100% cumplimiento GES
	Disminuir Mortalidad por EPOC en pacientes hospitalizados por exacerbación	10% a disminuir Aumentar cobertura 10%	-Rescate inasistentes -Monitoreo uso fármacos -Visita domiciliaria integral -atención oportuna -clasificación e identificación pacientes alto riesgo -Coordinación con el nivel secundario	Equipo ERA Equipo salud local Hoja Contrarreferencia Tarjetero actualizado Referente nivel secundario	-Letalidad local por EPOC -Porcentaje cobertura -Letalidad hospitalaria por exacerbación

NAC	Disminuir morbi-mortalidad NAC	20% Hospitalizaciones a disminuir 5% Mortalidad a disminuir	<ul style="list-style-type: none"> - identificación grupo alto riesgo fallecer por NAC - atención médica oportuna -atención kinésica oportuna. -el 90% de los pacientes crónicos respiratorios serán vacunados contra influenza y neumococo. -el 80% de las NAC II se le efectuara seguimiento telefónico. -Disponibilidad de fármacos -Difusión de protocolos tto NAC en establecimientos -Auditoria fichas clínicas 	Equipo ERA Equipo salud local	<ul style="list-style-type: none"> -Tasa NAC local -Tasa letalidad hospitalizados por NAC
	Cumplir Ley GES	Cumplir 100% garantías establecidas en la Ley GES	<ul style="list-style-type: none"> - Atención medica 100% de la demanda -Toma Rx asegurada 100% ante sospecha -Stock fármacos asegurado -Monitoreo continuo (SIGGES) 	<ul style="list-style-type: none"> Director establecimiento -médicos APS -SOME establecimiento -Disponibilidad de RX 	100% cumplimiento GES
Tabaquismo	Disminuir la prevalencia	5% a disminuir prevalencia	-consejerías a fumadores.	<ul style="list-style-type: none"> -Kinesióloga ERA -equipo salud 	Prevalencia fumadores

	de tabaquismo	tabaquismo	<ul style="list-style-type: none"> -taller antitabaco. -educación establecimientos educativos, Jardines infantiles y junta de vecinos -consejería familiar -Campaña comunal 	establecimiento -autoridades comunales	
asma	-Mejorar calidad de vida de los pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> -disminuir en un 20% las exacerbaciones. -disminuir en un 70% las hospitalizaciones por exacerbación. 	<ul style="list-style-type: none"> -atención médica oportuna -atención kinésica oportuna. -atención kinésica a todos los pacientes que presenten crisis y soliciten ésta. -rescate inasistentes. -visita domiciliarias a los adultos mayores que no puedan asistir a sus controles crónicos. -Coordinación con el nivel secundario -espirometría. -educación de factores de riesgo -asegurar fármacos a todos los pacientes. -clasificar e identificar a los pacientes en riesgo. 	<p>Medico Kinesiólogo Hoja Contrareferencia Tarjetero actualizado</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Tasa hospitalizaciones -Tasa consultas urgencia -Tasa exacerbaciones