

CENTRO DE SALUD URBANO DR. MIGUEL CONCHA

SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS Y FAMILIA

PROGRAMA IRA

Objetivo específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuentes del Indicador
Mejorar calidad de vida de pacientes portadores de SBOR en control	<ul style="list-style-type: none"> Atención médica Atención Kinésica Visita domiciliaria Consejerías 	<ul style="list-style-type: none"> Disminuir exacerbaciones Disminuir hospitalizaciones por exacerbaciones 	<ul style="list-style-type: none"> Tasa hospitalizaciones población infantil Tasa consulta urgencia población infantil Tasa exacerbaciones 	
Mejorar pesquisa y derivación en sospecha SBOR a SALA IRA	<ul style="list-style-type: none"> Coordinación con nivel secundario Rescate inasistentes Elaborar flujo de derivación a broncopulmonar nivel secundario Socialización de Normas de derivación a SALA IRA a médicos de ingreso reciente al sistema 	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar adhesividad al programa crónicos Mejorar la derivación de niños y niñas portadores/as de SBOR 	<ul style="list-style-type: none"> % inasistentes % Pasivos Nº de niños derivados correctamente por SBOR a Sala IRA/ Total de niños portadores de SBOR 	REM
Mejorar el manejo domiciliario y en jardines infantiles de los cuadros de SBOR	<ul style="list-style-type: none"> Educación individual y grupal a madres/padres/cuidadores Educación individual y grupal a asistentes de párvulos y educadoras 	<p>100% madres/padres/cuidadores.</p> <p>100% asistentes de párvulos y educadoras de</p>	Nº de madres/padres/cuidadores que recibe educación/ Nº total de madres/padres/cuidadores	

	de jardines infantiles JUNJI, INTEGR A y particulares	jardines infantiles.	Nº de asistentes de párvulos y educadoras de jardines infantiles que recibe educación/ Nº total de asistentes de párvulos y educadoras de jardines infantiles	
Optimizar coordinación Nivel Secundario (HSMQ)	Reuniones de coordinación		Nº reuniones	
Mejorar calidad de vida de pacientes portadores de ASMA Bronquial en control	<ul style="list-style-type: none"> • Atención médica • Atención Kinésica • Visita domiciliaria • Consejerías 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir exacerbaciones • Disminuir hospitalizaciones por exacerbaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa hospitalizaciones población infantil • Tasa consulta urgencia población infantil • Tasa exacerbaciones 	
Aumentar la adhesividad programa crónicos en adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Educación individual y grupal a madres/padres/cuidadores • Rescate de Inasistentes 	100% madres/padres/cuidadores.	Nº de madres/padres/cuidadores que recibe educación/ Nº total de madres/padres/cuidadores % de inasistentes a control	
Cumplir adecuadamente derivación a SALA ERA	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con Sala ERA la derivación de pacientes de 14 años para traspaso • 	100% de adolescentes de 15 años asmáticos derivados a SALA ERA	Nº de adolescentes de 15 años asmáticos derivados./ Nº total adolescentes de 15 años asmáticos	
Disminuir morbi-mortalidad por Neumonía	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación grupo de alto riesgo de fallecer por neumonía • Atención médica oportuna • Atención kinésica oportuna • 100% Disponibilidad de fármacos. • Difusión de protocolo 	<p>Disminuir hospitalizaciones por Neumonía en menores de 1 año.</p> <p>Mantener en 0 tasa de mortalidad infantil por neumonía.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa neumonía local • Tasa letalidad por neumonía 	

<p>Disminuir mortalidad infantil por causa respiratoria</p> <p>Capacitación en prevención de IRA a usuarios externos</p>	<p>tratamiento neumonía a equipo de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educación a familias con niños de alto riesgo de morir por neumonia • Auditoria a fichas clínicas médico SALA IRA • Obtener datos estadísticas de hospital de referencia • Visita domiciliaria • Educación a puérperas maternidad H.S.M. Qta. en verano. • Educación a educadoras y técnicos de párvulos de jardines infantiles 	<p>Disminuir tasa de mortalidad infantil por causa respiratoria</p> <p>100% asistentes de párvulos y educadoras de jardines infantiles</p>	<p>Tasa de mortalidad infantil por causa respiratoria</p> <p>Nº de puérperas con educación.</p> <p>Nº de asistentes de párvulos y educadoras de jardines infantiles que recibe educación/ Nº total de asistentes de párvulos y educadoras de jardines infantiles</p>	
<p>Cumplir Ley GES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atención médica 100% de la demanda 	<p>Cumplir 100% garantías establecidas en la Ley GES</p>		

Capacitar usuarios internos en Ley GES	<ul style="list-style-type: none"> • Stock fármacos asegurado • Monitoreo continuo SIGGES • Reuniones de capacitación 	100% funcionarios capacitados	Nº de funcionarios capacitados / Nº total de funcionarios	
----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------------------------------	--

SALUD DEL ADOLESCENTE Y FAMILIA

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Mantener estado oral grupo 15 - 19 años	<ul style="list-style-type: none"> • Dar horas diferidas de urgencia • Selección de urgencia real 	Garantizar atención de urgencia a pacientes de este grupo	Nº de urgencias atendidas / Nº de urgencias solicitadas	REM 09 Registro local
Mejorar estado periodontal de paciente crónico adolescente	<ul style="list-style-type: none"> • Dar horas prioritarias • Coordinación con equipo cardiovascular • Coordinación con Admisión 	Atención de urgencia a 100 % paciente crónico adolescente que lo requiera	Nº de urgencias atendidas / Nº de urgencias solicitadas	REM 09 Registro local

PROGRAMA CARDIOVASCULAR 2010

Cobertura HTA

OBJETIVO	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RECURSOS HUMANOS
<p>Reducir la morbi mortalidad cardiovascular y las complicaciones asociadas mediante detección y tratamiento oportuno de personas con riesgo c. vascular que se controlan en este centro de salud cumpliendo con las garantías explícitas, aplicando técnicas del modelo de atención familiar.</p>	<p>Mantener cobertura 65 % en personas de 15 años y mas</p>	<p>Nº de personas HTA de 15 y mas años, bajo control PSCV</p> <p>Pobl. HTA de 15 y mas años, estimada según pres.x 100</p>	<p>Mantener el sistema de agendas para Pesquisa Hta.</p> <p>Disponer horas profesionales suficientes según necesidad. (Controles, ingresos, procedimientos, administración, etc.)</p> <p>Capacitación permanente del equipo de PSCV</p> <p>Rescate de inasistentes.</p> <p>Promoción de estilos de vida saludable.</p> <p>Sensibilizar a la población en la detección precoz</p>	<p>Ingreso por referencia desde EMPA.</p> <p>Ingreso por referencia de consulta de morbilidad.</p> <p>Ingreso por referencia extrasistema</p> <p>Ingreso por referencia nivel secundario</p> <p>Controles de ingreso</p> <p>Controles de seguimiento.</p> <p>Pesquisa HTA, según norma.</p> <p>Exámenes según norma.</p> <p>Coordinación en red. Referencia y contrarreferencia.</p> <p>Implementación de ingresos y controles en extensión horaria.</p> <p>Registros según norma.</p> <p>Agendas de ingreso</p>	<p>Equipo de Salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médico. • Enfermera • Nutricionista • Terapeuta ocupacional • Administrativo. • Químico farmacéutico.

			<p>de enfermedades c. vascular.</p> <p>Coordinación permanente (intrasistema, nivel secundario y comunidad)</p> <p>Aplicar modelo atención dado por SSVQ dentro de las posibilidades de realidad local.</p>	<p>suficientes y oportunas</p> <p>Promoción de salud.</p> <p>Manejo adecuado de ficha digital.</p> <p>Censo computacional Educación de riesgo c. vascular a pacientes mediante control grupal.</p> <p>Coordinación con plataforma de gestión familiar y CSCRSH, cons. Rurales y centro de promoción.</p> <p>Reuniones técnicas, administrativas de EQPSCV ampliado (QF, admisión, archivo, kinesiología, podología)</p> <p>Reunión de coordinación con equipo PSCV del nivel secundario</p> <p>Supervisión de abastecimiento adecuado de insumos en general.</p> <p>Coordinación con juntas de vecinos, programa farmacia móvil.</p> <p>Coordinación PADI.</p>	
--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Cobertura DM

OBJETIVO	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RECURSOS HUMANOS
Reducir la Morbi mortalidad cardiovascular y las complicaciones asociadas mediante detección y tratamiento oportuno de personas con riesgo c. vascular que se controlan en este centro de salud, cumpliendo con las garantías explícitas, aplicando técnicas del modelo de atención familiar.	Mantener cobertura 85 % en personas de 15 años y mas	Nº de personas DM de 15 y mas años, bajo control PSCV Pobl. DM de 15 y mas años, estimada según pres.x 100	Mantener el sistema de agendas para Pesquisa Hta. 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 enfermedades c. vascular.	Ingreso por referencia desde EMPA. Ingreso por referencia de consulta de morbilidad. Ingreso por referencia extrasistema Ingreso por referencia nivel secundario Controles de ingreso Controles de seguimiento. Pesquisa HTA, según norma. Exámenes según norma. Coordinación en red. Referencia y contrarreferencia. Implementación de ingresos y controles en extensión horaria. Registros según norma. Agendas de ingreso suficientes y oportunas	Equipo de Salud. <ul style="list-style-type: none"> • Médico. • Enfermera • Nutricionista • Terapeuta ocupacional • Administrativo. • Químico farmacéutico.

			<p>Coordinación permanente (intrasistema, nivel secundario y comunidad)</p> <p>Aplicar modelo atención dado por SSVQ dentro de las posibilidades de realidad local.</p>	<p>Promoción de salud.</p> <p>Manejo adecuado de ficha digital.</p> <p>Censo computacional</p>	
--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	--

PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

OBJETIVO	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RECURSOS HUMANOS
Reducir la morbi-mortalidad cardiovascular y las complicaciones asociadas mediante detección y tratamiento oportuno de personas con riesgo cardiovascular que se controlan en este centro de salud cumpliendo con las garantías explícitas aplicando técnicas del modelo de Atención Familiar.	100% de las personas en PSCV con ficha de prevención de enfermedad renal crónica aplicada y clasificada según etapa de la ERC. Clearance cr: < 60 ml/MT.	Nº de personas en PSCV con ficha de prevención de ERC aplicada y clasificada según etapa. Nº de personas diabéticas con ERC en PSCV x 100	Ex. De laboratorio disponibles y oportunos Disponer de horas profesionales necesarias para ingresos y controles. Registro de ERC en fichas y cartolas incluyendo ETAPA. Coordinación con nivel secundario.	Utilización adecuada de ex. de laboratorio. Clasificación y registro cartola atención según código establecido. Manejo de protocolo de la actividad por Eq. De salud. Notificación AUGE. Educación individual sobre ERC e importancia de adherencia a tratamiento para prevenir avance de la enfermedad Derivación y/o Ic. Oportunas. Aplicación de ficha de prevención de Enf renal crónica al 100 % de las personas diabéticas en PSVC.	Equipo de Salud. Medico. Enfermera Nutricionista Terapeuta ocupacional. Administrativo.

RETINOPATIA DM

OBJETIVO	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RECURSOS HUMANOS
<p>Reducir la morbi-mort. Cardiovascular y las complicaciones asociadas mediante detección y tratamiento oportuno de personas con riesgo c. vascular que se controlan en este centro de salud cumpliendo con las garantías explícitas aplicando técnicas del modelo de Atención Familiar.</p> <p>Detectar la retinopatía diabética en una etapa temprana en la cual es posible detener o revertir el daño.</p>	<p>Al 100% de las personas con DM ingresadas al PSCV se les ha realizado fondo de ojos por Oftalmólogo en el primer año de ingreso.</p>	<p>Nº de personas DM con fondo de ojos por Oftalmólogo en el primer año de ingreso.</p> <p>Total de ingresos DM al PSCV x 100</p>	<p>Capacitación al Eq. De salud PSCV de las metas exigidas.</p> <p>Disponer de horas profesionales para el desarrollo de la actividad.</p> <p>Disponer de horas T.P, administrativo y chofer, de apoyo a la actividad.</p> <p>Promover adecuado control metabólico a modo de prevención, en pacientes DM.</p>	<p>Referencia a la actividad por parte de los integrantes del Eq. PSCV.</p> <p>Registro de la actividad por oftalmólogo en cartola de atención.</p> <p>Informe de oftalmólogo por paciente atendido.</p> <p>Registro de inasistentes a la actividad.</p> <p>Referencia por interconsulta a nivel secundario cuando el oftalmólogo lo indique.</p>	<p>Equipo de Salud.</p> <p>Medico.</p> <p>Enfermera</p> <p>Nutricionista</p> <p>Terapeuta ocupacional.</p> <p>Administrativo.</p> <p>Químico farmacéutico.</p> <p>Oftalmólogo.</p>

DISLIPIDEMIA

OBJETIVO	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RECURSOS HUMANOS
Aumentar el número de personas con dislipidemia compensada.	<p>Lograr niveles crecientes de cobertura, compensación y control de los factores de riesgo.</p> <p>Lograr que el 40 % de los dislipidemicos bajo control alcanzar la meta terapéutica de colesterol LDL, según corresponda al nivel de riesgo cardiovascular.</p>	<p>Nº de personas con dislipidemia bajo control en el PSCV con el control LDL en la meta terapéutica según nivel de riesgo cardiovascular.</p> <p>Nº total de personas dislipidemicas bajo control en PSCV.</p>	<p>Disponer de horas de profesionales necesarias para ingresos y controles.</p> <p>Crear y optimizar el registro de LDL en el tarjetero de prestaciones.</p> <p>Asegurar el arsenal farmacológico.</p> <p>Ampliar farmacología específica para LDL.</p> <p>Promoción de estilos de vida saludables.</p> <p>Ingresos por referencia desde EMPA.</p> <p>Capacitación de los profesionales en manejo de dislipidemia</p>	<p>Controles de ingreso y seguimiento.</p> <p>Clasificación en tarjeta de prestación, según código establecido.</p> <p>Derivación a actividad.</p> <p>Registros.</p> <p>Prevención. Utilización de panel de difusión.</p> <p>Coordinación y supervisión de abastecimiento adecuado de medicamentos.</p> <p>Reuniones técnico-administrativas de quipo de salud cardiovascular ampliadas, mensualmente.</p> <p>Coordinación con CSCRSH en actividades de promoción.</p> <p>Utilización adecuada del laboratorio.</p>	<p>Equipo de Salud.</p> <p>Medico.</p> <p>Enfermera</p> <p>Nutricionista</p> <p>Terapeuta ocupacional.</p> <p>Administrativo.</p> <p>Químico farmacéutico.</p>

			Farmacia movil. Rescate de insistentes. Ex. de laboratorio (disponible y oportuno.) Rescate de inasistente.		
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

QUALIDIAB

OBJETIVO	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RECURSOS HUMANOS
<p>Reducir la morbi mortalidad cardiovascular y las complicaciones asociadas mediante detección y tratamiento oportuno de personas con riesgo cardiovascular que se controlan en este centro de salud cumpliendo con las garantías explícitas.</p> <p>Lograr niveles crecientes de compensación y control de los factores de riesgo, mejorando la calidad de la atención de los pacientes diabéticos.</p>	<p>Aplicar Qualidiab al 100% de las personas diabéticas recién diagnosticadas y cada tres años a los pacientes con más de un año de tratamiento.</p>	<p>Nº de personas DM ingresadas al PSCV evaluada con Qualidiab.</p> <p>Total de personas ingresadas al PSCV x 100.</p> <p>Nº de personas con DM bajo control en PSCV evaluados con Qualidiab.</p> <p>Nº total de pacientes bajo control PSCV x 100</p>	<p>Capacitación al equipo de salud PSCV de las metas y actividades.</p> <p>Disponer de horas profesionales para el desarrollo de la actividad.</p> <p>Disponer de horas técnico – paramédico y administrativo de apoyo a la actividad (digitación, preparación paciente, etc.).</p> <p>Utilización oportuna y adecuada de laboratorio y otras prestaciones de apoyo diagnóstico (fondo de ojos, evaluación. Pie diabético y podólogo)</p>	<p>Referencia según norma ministeriales PSCV</p> <p>Registros.</p> <p>Aplicación y control de Qualidiab.</p> <p>Digitación y envío.</p>	<p>Equipo de Salud.</p> <p>Medico.</p> <p>Enfermera</p> <p>Nutricionista</p> <p>Terapeuta ocupacional.</p> <p>Administrativo.</p> <p>Químico farmacéutico.</p>

MANEJO DE HERIDAS DE PIE DIABETICO Y EVALUACION DE PIE DIABETICO.

OBJETIVO	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RECURSOS HUMANOS
<p>Detectar el pie diabético en una etapa temprana en la cual es posible prevenir, detener o revertir el daño.</p> <p>Prevenir y reducir las amputaciones para pie diabético.</p>	<p>Al 100% de las personas con DM tipo II ingresadas al PSCV se les realiza una evaluación de los pies, en el control de ingreso por medico.</p> <p>El 90 % de las personas diabéticas bajo control con ulceras activas reciben manejo avanzado de heridas</p>	<p>Nº de personas con DM bajo control en el PSCV con ex. De evaluación de pie diabético en los últimos 12 meses.</p> <p>Nº de personas con DM bajo control en el PSCV.x 100.</p> <p>Nº de personas con DM bajo control en el PSCV con ulceras activas de pie tratadas con manejo avanzado.</p> <p>Nº total de personas DM bajo control en el pscv con ulceras activas de pie. X 100</p>	<p>Coordinación con Químico farmacéutico del centro de salud para abastecimiento adecuado de materiales.</p> <p>Permanente elaboración de necesidades de insumos.</p> <p>Capacitación permanente de manejo de heridas de pie diabético.</p> <p>Manejo de heridas de acuerdo a normas técnicas dadas por ministerio de salud.</p> <p>Coordinación con nivel secundario.</p> <p>Prevención, manteniendo la actividad de evaluación de pie</p>	<p>Capacitación permanente de profesionales encargados y técnicos paramédicos de apoyo.</p> <p>Poli de ulceras con evaluación integral del paciente en control por medico, enfermera, podólogo.</p> <p>Curación de heridas de acuerdo a normas establecidas por instituto de heridas.</p> <p>Referencia y contrarreferencia a poli de ulceras nivel secundario según requerimiento.</p> <p>Supervisión permanente de la actividad.</p> <p>Seguimiento de los casos a través de registro fotográfico.</p> <p>Valoración de la herida en forma semanal (poli de ulceras pie DM) de pacientes con ulcera.</p> <p>Valoración de seguimiento de</p>	<p>Equipo de Salud.</p> <p>Medico.</p> <p>Enfermera</p> <p>Nutricionista</p> <p>Terapeuta ocupacional.</p> <p>Administrativo.</p> <p>Químico farmacéutico.</p>

			<p>diabético por enfermera al paciente antiguo.</p> <p>Evaluación de pie diabético por medico al ingreso del paciente al PSCV.</p> <p>Atención podólogo al 100% paciente DM del PSCV.</p>	<p>la compensación metabólica del paciente.</p> <p>Actividad evaluación pie diabética.</p> <p>Actividad atención podólogo.</p> <p>Registros y envío datos.</p> <p>Promoción en autocuidado, panel, cartillas, audiovisual, etc.</p>	
--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

OBESIDAD Y ACTIVIDAD FISICA

OBJETIVO	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RECURSOS HUMANOS
<p>Aumentar el número de personas obesas bajo control en el PSCV que realiza actividad física de moderada intensidad, al menos 30 minutos diarios, la mayoría de los días de la semana.</p> <p>Aumentar el número de personas obesas bajo control en el PSCV que logra bajar de peso.</p>	<p>Lograr que al menos un 25 % de las personas obesas en el PSCV realice actividad física moderada, durante 30 minutos al día, la mayoría de los días de la semana.</p> <p>Lograr que 20% de pacientes obesas en PSCV que logran reducir al menos un 5% de su peso al ingreso.</p>	<p>Nº personas obesas en PSCV que realiza actividad física moderada, durante 30 minutos al día la mayoría de los días a la semana.</p> <p>Nº total de personas obesas en control PSCV x 100.</p> <p>Nº de personas obesas bajo control en PSCV que bajan al menos 5% de su peso inicial al ingreso.</p> <p>Nº total de personas obesas bajo control en PSCV x 100</p>	<p>Diagnostico de estado nutricional de los pacientes bajo control en PSCV.</p> <p>Registros de diagnósticos.</p> <p>Coordinación con centro de salud C.R. Silva H. (modulo de obesidad y otros programas de actividad física)</p> <p>Catastro actualizado de organizaciones de la comunidad que efectúan planes de actividad física.</p> <p>Disponer de horas profesionales suficientes, según necesidad de ingresos y controles,</p>	<p>Controles por profesionales de PSCV.</p> <p>Registros.</p> <p>Evaluación.</p> <p>Coordinación con centros de prevención, promoción y ejecutores de actividad física.</p> <p>Clasificación de tarjeta de prestación según código establecido.</p> <p>Derivación a actividad física.</p> <p>Optimizar canales de comunicación con prestadores de grupos de actividad física a nivel social.</p>	<p>Equipo de Salud.</p> <p>Medico.</p> <p>Enfermera</p> <p>Nutricionista</p> <p>Terapeuta ocupacional.</p> <p>Administrativo.</p> <p>Químico farmacéutico.</p> <p>Kinesiólogo</p> <p>Profesor educación física.</p>

			<p>actividades de grupo, coordinación con programa de actividad física cardiovascular.</p> <p>Programa de actividad física cardiovascular a la comunidad por profesores de Ed. Física.</p> <p>Reconocimiento social a pacientes que logren meta requerida.</p> <p>Sistemas de registros.</p>		
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

COMPENSACION HTA

OBJETIVO	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RECURSOS HUMANOS
Aumentar las proposición de personas HTA bajo control compensadas (p.a inferior 140/90 mm Hg en el ultimo control)	<p>El 80% hipertensos que ingresa en etapa de acción logra P.A bajo 140/90 a los seis meses de ingreso.</p> <p>El 50% de hipertensos que ingresa en etapa de contemplación logra meta de compensación entre 6 y 12 meses.</p> <p>Los pacientes bajo control aumentan en un 5% de la meta lograda en 2009</p> <p>Los hipertensos clasificados riesgos máximos logran llegar a etapa de acción entre 6 y 12 meses.</p>	<p>Nº de personas hipertensas en control en el PSCV con P.A bajo 140/90 Mm Hg.</p> <p>Nº total de personas en control x 100</p>	<p>Promoción de estilos de vida saludables.</p> <p>Actividad física a pacientes PSCV en conjunto con programa especial de la comuna.</p> <p>Capacitación y supervisión en técnicas de diagnostico HTA.</p> <p>Renovación y mantención de equipos.</p> <p>Disponer de horas profesionales suficientes según necesidad (controles, ingresos, administración, procedimientos, evaluaciones, otros).</p> <p>Informar y sensibilizar al</p>	<p>Consultas profesionales.</p> <p>Capacitación en nuevo modelo atención SSVQ.</p> <p>Pasantias.</p> <p>Derivación a grupos de apoyo, grupos de actividad física y grupos de auto ayuda</p> <p>Utilización de panel educación y medios audiovisuales.</p> <p>Consejería antitabaco.</p> <p>Registros.</p> <p>Utilización adecuada de exámenes de laboratorio.</p> <p>Reuniones mensuales de equipo de salud C. Vasc; ampliada a otras unidades del centro de salud.</p> <p>Coordinación y participación con el nivel secundario y red.</p> <p>Coordinación permanente con el programa de actividad</p>	<p>Equipo de Salud.</p> <p>Medico.</p> <p>Enfermera</p> <p>Nutricionista</p> <p>Terapeuta ocupacional.</p> <p>Administrativo.</p> <p>Químico farmacéutico.</p> <p>Kinesiólogo</p> <p>Profesor educación física.</p> <p>Tecnólogo medico.</p>

			<p>equipo de salud en tareas y metas a cumplir.</p> <p>Disponer de arsenal farmacológico.</p> <p>Rescate de inasistentes.</p> <p>Aplicar modelo atención de SSVQ</p> <p>Capacitación y difusión de normas intralaboral y comunidad.</p> <p>Coordinación permanente (intrasistema, nivel secundario, SSVQ, comunidad)</p> <p>Farmacia móvil.</p> <p>Sensibiliza a la población respecto a las complicaciones de descompensación en HTA:</p> <p>Disponer de laboratorio.</p>	<p>cardiovascular.</p> <p>Elaboración brechas de recurso humano del PSCV.</p> <p>Participar (consejería) como equipo de PSCV en la distribución de recursos del programa.</p> <p>Cumplimiento de normas ministeriales en tratamiento de HTA.</p> <p>Coordinación con unidad de Farmacia.</p> <p>Supervisión de abastecimiento adecuado de materiales e insumos en general.</p>	
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

COMPENSACION DM

OBJETIVO	META	INDICADOR	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	RECURSOS HUMANOS
Aumentar el número de personas con diabetes tipo II con buen control.	<p>El 80% de ingresos en etapa de acción logra HB < 7% a los seis meses de ingreso.</p> <p>Los diabéticos bajo control con HB < 7% aumentan en 5%.</p> <p>El 38% diabéticos bajo control logra presión bajo 130/80 y HB a1c < 7 %</p>	<p>Nº de personas DM con Hbc 7% en etapa de acción a los 6 meses de ingreso.</p> <p>Nº de personas DM bajo control con HB A1c < 7%.</p> <p>Nº de personas DM con P.A < 130/80 y HB < 7%.</p> <p>Nº total de pacientes DM bajo control x100.</p>	<p>Promoción de estilos de vida saludables.</p> <p>Actividad física a pacientes PSCV en conjunto con programa especial de la comuna.</p> <p>Capacitación y supervisión en técnicas de diagnóstico DM.</p> <p>Renovación y mantención de equipos.</p> <p>Creación Poli Medico de Insulinorequientes descompensados.</p> <p>Disponer de horas profesionales suficientes según necesidad (controles, ingresos, administración, procedimientos,</p>	<p>Consultas profesionales.</p> <p>Capacitación en nuevo modelo atención SSVQ.</p> <p>Pasantías.</p> <p>Derivación a grupos de apoyo, grupos de actividad física y grupos de auto ayuda</p> <p>Utilización de panel educación y medios audiovisuales.</p> <p>Consejería antitabaco.</p> <p>Registros.</p> <p>Utilización adecuada de exámenes de laboratorio.</p> <p>Reuniones mensuales de equipo de salud C. Vascular, ampliada a otras unidades del centro de salud.</p> <p>Coordinación y participación con el nivel secundario y red.</p> <p>Coordinación permanente con el programa de actividad</p>	<p>Equipo de Salud.</p> <p>Medico.</p> <p>Enfermera</p> <p>Nutricionista</p> <p>Terapeuta ocupacional.</p> <p>Administrativo.</p> <p>Químico farmacéutico.</p> <p>Kinesiólogo</p> <p>Profesor educación física.</p> <p>Tecnólogo medico.</p>

			<p>evaluaciones, otros).</p> <p>Informar y sensibilizar al equipo de salud en tareas y metas a cumplir.</p> <p>Disponer de arsenal farmacológico.</p> <p>Rescate de inasistentes.</p> <p>Aplicar modelo atención de SSVQ</p> <p>Capacitación y difusión de normas intralaboral y comunidad.</p> <p>Coordinación permanente (intrasistema, nivel secundario, SSVQ, comunidad)</p> <p>Farmacia móvil.</p> <p>Sensibiliza a la población respecto a las complicaciones de descompensación</p>	<p>cardiovascular.</p> <p>Elaboración brechas de recurso humano del PSCV.</p> <p>Participar (consejería) como equipo de PSCV en la distribución de recursos del programa.</p> <p>Cumplimiento de normas ministeriales en tratamiento de DM.</p> <p>Coordinación con unidad de Farmacia.</p> <p>Supervisión de abastecimiento adecuado de materiales e insumos en general.</p>	
--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

			en DM. Disponer de laboratorio.		
--	--	--	------------------------------------	--	--

Área Estratégica: Salud Bucal.

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Mantener y/o mejorar la salud oral de paciente de 60 años	<ul style="list-style-type: none"> • Ingresar a lo menos el 80% de los inscritos que tengan 60 años, durante 2010 • Revisión de reporte de paciente de 60 años 	Dar atención con 50 % de cobertura en altas odontológicas	Nº de pacientes de 60 años con altas odontológicas / Nº de adultos inscritos con 60 años	REM 09 Registro local Registro computacional
Mantener la salud oral del adulto joven	<ul style="list-style-type: none"> • Dar horas de urgencia diferidas • Selección de urgencia real • Coordinación con Admisión • Coordinación con equipo dental • Coordinación con equipo cardiovascular 	Asegurar 100 % de atención de urgencia Atención integral del paciente crónico joven	Nº de urgencias atendidas / Nº de urgencias solicitadas Nº de altas integrales paciente crónico joven	REM 09 Registro local
Otorgar la 1ª atención de urgencia a 100 % de embarazadas que lo requieran Mejorar estado periodontal de embarazadas	<ul style="list-style-type: none"> • Dar horas prioritarias a embarazadas con urgencias • Derivación de 	Dar 100% de atención de urgencia a gestantes (primigestas y resto de embarazadas) Derivar 100 % de	Nº de embarazadas con atención de urgencia / Nº total de embarazadas con atención de urgencia solicitada Nº embarazadas derivadas / total embarazadas atendidas	

	embarazada a CSCRSH	embarazadas a CRSH.		
Mantener y/o mejorar la salud oral de paciente > 65 años	<ul style="list-style-type: none"> Atención 100 % de las urgencias odontológicas Dar horas diferidas Selección de urgencia real Coordinación con Admisión Coordinación con equipo crónicos 	<p>Resolver contingencia por demanda espontánea grupo > 65 años</p> <p>Evaluar paciente cardiovascular derivado</p> <p>Mejorar estado periodontal</p>	<p>Nº de pacientes > 65 años con atención de urgencia / Nº total de pacientes > 65 años con atención de urgencia solicitada</p> <p>Examen de salud realizados paciente derivado / Nº de pacientes derivados</p> <p>Atención de especialidad otorgada / Atención de especialidad requerida</p>	REM 09 Registro local

Sala ERA

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	
Mejorar calidad de vida pacientes con EPOC	<ul style="list-style-type: none"> Atención médica Atención kinésica oportuna a pacientes en crisis obstructivas. Dar atención kinésica de controles crónicos Visita Domiciliaria Consejerías Espirometría Entregar inhaladores según indicación medica Coordinación con el nivel secundario 	<p>Disminuir exacerbaciones 20%</p> <p>Disminuir hospitalizaciones por exacerbación 10%</p> <p>cumplir 100% garantías ges</p>	<p>-Tasa hospitalizaciones</p> <p>-Tasa consultas urgencia</p> <p>-Tasa exacerbaciones</p> <p>-Registro estadístico.</p> <p>100% cumplimiento GES</p>	REM 23

	<ul style="list-style-type: none"> • Dar OCD y seguimiento kinesico a los pacientes que cumplan criterio de ingreso. • dar rehabilitación pulmonar en APS y domicilio a los pacientes que cumplan criterio de ingreso. • clasificar e identificar a los pacientes de alto riesgo 			
Disminuir Mortalidad por EPOC en pacientes hospitalizados por exacerbación	<ul style="list-style-type: none"> • Rescate inasistentes • Monitoreo uso fármacos • Visita domiciliar integral • atención oportuna • clasificación e identificación pacientes alto riesgo • Coordinación con el nivel secundario 	10% a disminuir Aumentar cobertura 10%	<ul style="list-style-type: none"> -Letalidad local por EPOC -Porcentaje cobertura -Letalidad hospitalaria por exacerbación 	REM 23
Disminuir morbi-mortalidad NAC	<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 	20% Hospitalizaciones a disminuir 5% Mortalidad a disminuir	<ul style="list-style-type: none"> -Tasa NAC local -Tasa letalidad hospitalizados por NAC 	

	<ul style="list-style-type: none"> neumococo. • Disponibilidad de fármacos • Difusión de protocolos tto NAC en establecimientos • Auditoria fichas clínicas 			
Cumplir 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) 	Cumplir 100% garantías establecidas en la Ley GES		
Disminuir la prevalencia de tabaquismo	<ul style="list-style-type: none"> • consejerías a fumadores. • educación establecimientos educacionales, Jardines infantiles y junta de vecinos • consejería familiar- Campaña comunal 	5% a disminuir prevalencia tabaquismo		
-Mejorar calidad de vida de los pacientes con ASMA	<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 	<ul style="list-style-type: none"> -disminuir en un 20% las exacerbaciones. -disminuir en un 70% las hospitalizaciones por exacerbación. 		

	<p>adultos mayores que no puedan asistir a sus controles crónicos.</p> <ul style="list-style-type: none">• 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.			
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

Rehabilitación Comunitaria

Objetivo Especifico	Actividades	Meta	Indicador	Fuentes Del Indicador
Contribuir a la recuperación oportuna de los/as usuarios/as con patología de origen osteomuscular.	<ul style="list-style-type: none"> - Dación de horas por agenda de Ingresos 3 veces por semanas. - Reuniones de coordinación con el Equipo de Salud 	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	REM 04 Hoja registro diario
	<ul style="list-style-type: none"> -Dación de horas por agenda sesiones de tratamiento (controles) -Dación de horas por agenda sesiones de tratamiento (controles) en día sábado y extensión horaria. -Dación de horas por agenda compartida. 	Dar atención al 90% de los/as usuarios/as ingresados a tratamiento fisiokinésico con patología de origen osteomuscular	(Nº de usuarios citados a tratamiento fisiokinésico/ Nº de usuarios ingresados a tratamiento fisiokinésico con patología de origen osteomuscular) * 100	REM 18 Hoja registro diario
	<ul style="list-style-type: none"> -Dación de horas por agenda sesiones de tratamiento (controles) -Dación de horas por agenda sesiones de tratamiento (controles) en día sábado y extensión horaria. -Dación de horas por agenda compartida -Alta kinésica según cumplimiento de objetivos terapéuticos. 	Mantener recuperación funcional y alivio del dolor superior al 70%. Mantener 10 sesiones promedio de tratamiento.	-% recuperación promedio. -nº de sesiones promedio.	REM 18 Hoja registro diario
Contribuir a la recuperación oportuna de los/as usuarios/as	<ul style="list-style-type: none"> Dación de horas por Agenda de Ingresos. - Evaluación por Terapia 	Ingresar al 60% de los/as usuarios/as con patología de origen neurológica, que	(Nº de usuarios ingresados a tratamiento rehabilitación/ Nº de usuarios con patología de origen	

con patología de origen neurológico como parálisis facial periférica y accidente vascular encefálico	Ocupacional	requieran tratamiento fisiokinésico y/o Terapia Ocupacional	neurológica que requieran tratamiento rehabilitación) * 100	
	<ul style="list-style-type: none"> -Dación de horas por agenda sesiones de tratamiento (controles) -Dación de horas por agenda sesiones de tratamiento (controles) en día sábado y extensión horaria. -Dación de horas a terapia ocupacional en Centro de Salud y en CEALIVI, para terapia individual y grupal. -Dación de horas por agenda compartida para centros rurales (Boco y San Pedro) 	Dar atención al 90% de los/as usuarios/as ingresados a tratamiento rehabilitación con patología de origen neurológico (PFP. Y AVE.)	(Nº de usuarios con patología de origen neurológico citados a tratamiento rehabilitación/ Nº de usuarios ingresados a tratamiento rehabilitación con patología de origen neurológico) * 100	
	<ul style="list-style-type: none"> -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 terapéuticos. -Alta de terapia Ocupacional según logro de objetivos. -Formación de monitores en la comunidad a través del CEALIVI 	Mantener recuperación funcional de 70%.	-% recuperación promedio.	

Contribuir a la mantención de los/as usuarios/as que requieran asistencia kinésica y de terapia ocupacional domiciliaria.	-Visita domiciliaria según requerimientos de los(as) usuarios(as).	Dar atención al 100% de los/as usuarios/as que requieran asistencia kinésica y de terapia ocupacional domiciliaria.	(Nº de usuarios con asistencia kinésica y de terapia ocupacional domiciliaria/ Nº de usuarios que requieran asistencia kinésica y de terapia ocupacional domiciliaria) * 100	
Contribuir a la recuperación oportuna de los/as usuarios/as con Enfermedad de Parkinson en etapa inicial o de mantenimiento	-Dación de horas por agenda de ingresos. -Coordinación con kinesiólogo(a) que realiza las evaluaciones para pesquisa de inasistentes. -Seguimiento mensual a usuarios inasistentes a hora de evaluación -Coordinación con terapeuta ocupacional para evaluación.	Evaluar al 80% de los/as usuarios/as con Enfermedad de Parkinson en etapa inicial o de mantenimiento que requieran tratamiento kinésico y de terapia ocupacional	(Nº de usuarios con enfermedad de Parkinson evaluados/ Nº de usuarios con Enfermedad de Parkinson que requieran tratamiento fisiokinésico y de terapia ocupacional) * 100	
	-Dación de horas en forma directa con kinesióloga a cargo del programa Parkinson	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	
	-Dación de horas en forma directa con kinesióloga a cargo del programa Parkinson. -Alta kinésica según cumplimiento de objetivos terapéuticos. -Citación a control y continuación de las sesiones de tratamiento cada tres ó cuatro	-Mantener en un 70% la funcionalidad según etapa de la enfermedad de Parkinson. -Mantener un promedio mínimo de 24 sesiones anuales.	-%de mantención de la funcionalidad, según etapa de la enfermedad de Parkinson y escala Barthel. -Nº sesiones promedio durante el año	

	meses.			
Contribuir a la recuperación oportuna de los/as usuarios/as con Artrosis de Cadera y/o rodilla leve y moderada mayores de 55 años (GES)	Dación de horas por agenda de ingresos.	Evaluar al 70% de los/as usuarios/as con Artrosis de Cadera y/o rodilla leve y moderada mayores de 55 años (GES), que requieran tratamiento kinésico.	(Nº de usuarios con artrosis de cadera y/o rodilla leve y moderada evaluados/ Nº de usuarios con artrosis de cadera y/o rodilla que requieran tratamiento kinésico) * 100	
	-Dación de horas en agenda compartida para centros rurales. -Dación de horas por agenda diferenciada.	-Dar atención al 90% de los/as usuarios/as evaluados e ingresados a tratamiento kinésico con artrosis leve y moderada de rodilla y/o cadera.	(Nº de usuarios con artrosis de cadera y/o rodilla leve y moderada citados a tratamiento/ Nº de usuarios con artrosis de cadera y/o rodilla evaluados e ingresados a tratamiento kinésico) * 100	
	-Dación de horas por agenda sesiones de tratamiento (controles ges artrosis) -Dación de horas por agenda sesiones de tratamiento (controles ges artrosis) en día sábado y extensión horaria. -Alta kinésica según cumplimiento de objetivos terapéuticos. -Citación a través de agenda compartida con centros rurales.	-Mantener en un 70% la funcionalidad de usuarios/as con artrosis de cadera y/o rodilla mayor(GES)	-% de funcionalidad -Nº sesiones promedio.	
Mantener y mejorar las condiciones de autonomía, independencia y calidad de vida de la población adulta mayor bajo control.	-Estimulación física y cognitiva grupal para población adulta mayor 3 veces por semana en Junta de Vecinos Población SAID.	Mantener y/o mejorar la capacidad física y cognitiva de la población adulta mayor bajo control.	-Nº de personas asistentes a gimnasia.	
	-Entrega de ayuda técnica en domicilio.	Mantener y/o mejorar independencia y grado de	-Nº personas de 65 y + años, que reciben ayuda técnica (GES)/Nº de	

		autonomía de los/as adultos/as mayores con déficit funcional motriz.	personas de 65 y + años con indicación de ayuda técnica.	
	-Entrega inmediata de lentes +3.00.	Mantener y/o mejorar independencia y grado de autonomía de los/as adultos/as mayores con presbicia pura.	-Nº personas de 65 y + años, que reciben lentes de presbicia +3.00 (GES)/Nº de personas de 65 y + años con indicación de lentes + 3.00.	
Mantener y/o mejorar la capacidad cognitiva de la población adulta mayor bajo control en riesgo de dependencia por minimal bajo.	-Agenda compartida para C. S. C. R. Silva H.	Evaluar al 100% de personas adultas mayores en riesgo de dependencia por minimal bajo.	(Nº de usuarios en riesgo de dependencia con minimal bajo citados a evaluación/ Nº de usuarios en riesgo de dependencia con minimal bajo) * 100	
	-Realización de talleres individuales y grupales para estimulación cognitiva.	Estimular la función cognitiva al 100% de personas adultas mayores en riesgo de dependencia por minimal bajo ingresadas a tratamiento.	(Nº de usuarios en riesgo de dependencia con minimal bajo citados a tratamiento/ Nº de usuarios en riesgo de dependencia con minimal bajo ingresados a tratamiento) * 100	
Cumplir meta 2010 de realización de EFAM y/o EMPAM para la Comuna de Quillota	-Realización de EFAM y/o EMPAM en centro de salud, hogares y domicilio. -Actualización del tarjetero. -Coordinación permanente con enfermeras del Centro de Salud C. S. Henríquez	Contribuir con la realización de EFAM y/o EMPAM en Centro de Salud Dr. Miguel Concha	-Nº de EFAM y/o EMPAM realizados	

AREA ESTRATEGICA: APOYO A LA MANTENCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD:

Objetivo Especifico	Actividad	Meta	Indicador	Fuente Del Indicador
<p>Detectar oportunamente a las personas con cáncer terminal, para su control, seguimiento y procedimientos médicos derivados desde el nivel secundario al nivel primario y contra derivación al nivel secundario</p> <p>Supervisar el adecuado cumplimiento de esquema de tratamiento dado en nivel secundario.</p>	<p>Coordinación con nivel secundario.</p> <p>Visita Domiciliaria, Médico, Asistente Social, Enfermera, Kinesiólogo, Psicólogo, según corresponda , 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 Integral</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>REM</p>
<p>Coordinación y unificar criterios en la atención de pacientes con el nivel local y hospitalario.</p> <p>Efectuar atención Integral en domicilio de paciente postrado con dismovilidad, con</p>	<p>Dos Encuentro Local de los Equipos de Salud</p> <p>Visita Domiciliaria</p> <p>Evaluación profesional</p>	<p>70% de los Equipos de Salud local y hospitalario.</p> <p>100% de los pacientes Accidentes Vascular.</p> <p>60% de los pacientes</p>	<p>Nº de profesionales que participan en el Programa/ Total de profesionales que participan en estos encuentros</p> <p>Nº de pacientes incorporados/Total de pacientes pesquisados</p>	<p>Registro de Asistencia al Encuentro.</p> <p>REM</p>

<p>patologías como Accidente Vascular, Alzheimer, demencia senil, artrosis, Daño Neurológico, Parkinson, Deterioro Senil, cuyas edades fluctúan entre los 14 y los 103 años de edad.</p>	<p>Técnico paramédico. Coordinación ejecutiva de Familia. Reunión técnica multiprofesional según requerimiento Apoyo personal administrativo (2 horas diárias)</p>	<p>derivados (intra establecimiento y Redes) Realizar catastro. 100% de familias elegidas.</p>	<p>10 de familias elegidas/Total de familias atendidas integralmente.</p>	
<p>Efectuar atención Integral a 10 familias y cuidador del paciente postrado</p>	<p>Visitas Domiciliarias Reuniones clínicas mensuales de dos horas</p>	<p>Visitar al 100% de los pacientes postrado que reciben estipendio una vez al mes</p>	<p>Nº de pacientes que reciben estipendio/ Total de pacientes visitados en el mes.</p>	<p>REM</p>
<p>Sectorizar la comuna según distribución de pacientes postrados que reciben estipendio.</p>	<p>Visita Domiciliaria</p>	<p>Visitar al 60% de los pacientes postrado que pertenecen al Programa Cardiovascular. Reuniones cada tres meses.</p>	<p>Nº de pacientes postrados cardiovascular/ Total de pacientes visitados cada tres meses. Nº de Profesionales del Padi/ No de profesionales que participan del Autocuidado</p>	<p>Registro de visitas</p>
<p>Atención integral al paciente postrado pertenecientes al Programa Cardiovascular.</p>	<p>Programar agendas de V.D. al equipo de salud según sector y requerimiento.</p>			<p>REM</p>
<p>Generar espacios de</p>	<p>Reuniones de Autocuidado de</p>			<p>Registros de</p>

<p>autocuidado y salud mental para los miembros del equipo de Salud que integren del Programa de Atención Integral en Domicilio.(PADI)</p> <p>Aumentar el número de personas cuidadoras de Adulto Mayor que están capacitadas y reciben apoyo.</p>	<p>profesionales del PADI.</p> <p>Bloqueo de Agendas a todo el Equipo</p> <p>Talleres Vivenciales que contemple.</p> <p>Concepto de Autocuidado: Cómo cuidarnos para cuidar</p> <p>Trabajo en Equipo: Dinámica de grupos de trabajo, habilidades empáticas, comunicación verbal y no verbal</p> <p>Rol profesional y vínculos institucionales</p> <p>Contenidos emergentes orientados por las necesidades del grupo</p> <p>Actividades grupales para capacitación y apoyo .</p> <p>Atención Psicológica y apoyo espiritual al paciente y al familiar con paciente postrados</p>	<p>60% de cuidadores</p> <p>60% de cuidadores</p>	<p>N ° de personas cuidadoras capacitadas en grupos /N° de personas cuidadoras x100</p> <p>N ° de cuidadoras con atención psicológica /N° de personas cuidadoras x100</p>	<p>reuniones</p> <p>REM</p> <p>REM</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------

AREA ESTRATEGICA: Apoyar a las personas adultas mayores que presentan factores de riesgo que puedan alterar su funcionalidad

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
<p>Desarrollar e Implementar un programa de promoción del área urbana, que promueva la participación, integración y tolerancia, generando los espacios para fortalecer las redes institucionales en el desarrollo de estrategias permanentes en el fomento de estilos de vida saludable”</p>	<p>Taller de estilo de vida saludable en Farmacia Móvil. (Nutricionista, Terapeuta Ocupacional, Médico, Asistente Social, Psicóloga)</p> <p>Reuniones cada dos meses de Trabajo. Inicio en el Mes de Marzo.</p>	<p>Implementar el 100% programa anual</p>	<p>N° de juntas de Vecinos integrantes del Comité / Total de ellas que se integren activamente al Comité</p>	<p>REM</p>
<p>Desarrollar e Implementar un programa de promoción del área urbana, que promueva la participación, integración y tolerancia, generando los espacios para</p>	<p>Taller de estilo de vida saludable en Farmacia Móvil</p> <p>Reuniones cada dos meses de Trabajo. Inicio en el Mes de Marzo.</p>	<p>Implementar el 100% programa anual .</p>	<p>N° de juntas de Vecinos integrantes del Comité / Total de ellas que se integren activamente al Comité</p>	<p>REM</p>

fortalecer las redes institucionales en el desarrollo de estrategias permanentes en el fomento de estilos de vida saludable”				
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

PROBLEMA	Objetivo	Meta	Indicadores	Actividades	RH	Monitoreo Evaluacion
A Acceso a la atención Medica morbilidad Grupos priorizados	Pacientes menores de 5 años y mayores de 65años	100%	Nº paciente que solicita hora/ Nº paciente atendidos Nº atenciones año/pob. Per capita del centro	-Atención médica morbilidad. -Atención urgencia? Y diferida -Atención extensión y días sábados -Atención en programas de invierno (domingo)	Admisión Médicos Equipo de Salud	Monitoreo de 48 horas. Estadística-centinela Monitoreo meduc
Acceso a la atención medica morbilidad Grupos priorizados	Prioridad de atención Adultos Mayores, Embarazadas y Discapacitados	100%	Nº paciente que solicita hora/ Nº paciente atendidos Nº atenciones año/pob. Per capita del centro	Atención médica morbilidad. -Atención urgencia? Y diferida -Atención extensión y días sábados	Admisión Médicos Equipo de Salud	Estadística Monitoreo meduc