

INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

**División de Atención Primaria
Subsecretaría de Redes Asistenciales
2015**





INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

Contenido

1. ANTECEDENTES	4
2. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA.	6
Modelo de Atención Integral de Salud.....	6
Los tres principios irrenunciables de un Sistema de Salud basado en Atención Primaria.....	6
Continuidad del Cuidado	6
Integralidad	7
Centrado en la persona y su familia	7
Definición de los ejes:.....	7
3. METODOLOGÍA A UTILIZAR PARA LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO.	11
4. INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA	13
EJE: PROMOCIÓN	13
EJE: PREVENCIÓN EN SALUD	19
EJE SALUD FAMILIAR	26
EJE: CALIDAD	30



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA	
EJE: INTERSECTORIALIDAD Y TERRITORIALIDAD	34
EJE: CENTRADO EN ATENCIÓN ABIERTA	37
EJE: TECNOLOGÍA	42
EJE: PARTICIPACIÓN	46
EJE: DESARROLLO DE LAS PERSONAS	53
5. ANEXOS.....	58
6. GLOSARIO Y ABREVIATURAS	60
7. AUTORES	64
8. BIBLIOGRAFIA	68



1. ANTECEDENTES

Los cambios en el perfil sociocultural, epidemiológico y demográfico de nuestro país, que conlleva una mayor expectativa de vida y envejecimiento de la población, la urbanización, la inmigración como fenómeno creciente que tiene implicancias sociales, económicas, culturales y de derechos humanos, generando por una parte, una serie de beneficios para la sociedad chilena, y por otra un conjunto de efectos desfavorables como son el incremento de enfermedades crónicas en la población, nos desafían como país a un fortalecimiento efectivo de la atención primaria como el pilar del modelo de salud chileno, basando en ella los cuidados, el uso eficiente de recursos, los resultados sanitarios, el desarrollo de estrategias locales para la consecución de la salud de sus comunidades y, precisamente, la incorporación de la comunidad en los cuidados de salud y la anticipación a la enfermedad.

Teniendo como antecedentes la Declaración de Alma Ata (1978) que explicita el impacto de la atención primaria en el desarrollo local de las comunidades; las sucesivas Conferencias de Promoción en la Salud (Carta de Ottawa, 1986 en adelante) que pone énfasis **en los** recursos para promoción de salud y con ello mejorar y ejercer un control efectivo sobre la salud; el Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud (década de los '80) que resalta el rol de los gobiernos y de los Estados en los resultados de salud de sus pueblos, como efecto de la distribución del dinero, el poder y los recursos y; el Modelo Biopsicosocial (George Engel, 1977), se instalaron las primeras reformas tendientes a reforzar cuatro ejes: **a)** lo asistencial, promoviendo un enfoque integral y preventivo para el abordaje de la salud/enfermedad; **b)** la organización de los recursos humanos, en tanto trabajo en equipos organizados por población a cargo; **c)** la participación de la comunidad y **d)** la incorporación del establecimiento de salud primaria a las líneas de desarrollo local de la comunidad y/o municipio.

Para llevar a cabo lo anterior, el año 1993, el Ministerio de Salud publicó el documento “De Consultorio a Centro de Salud”ⁱ que permitió operacionalizar las bases para que los establecimientos de atención primaria funcionaran como Centros de Salud Familiar (CESFAM). De esa manera, a partir de 1998, se hizo exigible la transformación de los consultorios en CESFAM, cuyo proceso consistió en cambios concretos en etapas evolutivas, para resguardar la consistencia de los mismos.

Con la Reforma de Salud de la década del 2000, se refrenda el Modelo de Atención Integral en Saludⁱⁱ como enfoque de atención para la salud primaria, entendido como “*un Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un*



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA
*sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios*ⁱⁱⁱ

Transcurridos todos estos años de instalación y posterior implementación del Modelo de Atención Integral de Salud y, teniendo en cuenta el avance en las estrategias de desarrollo de la APS, entendidas como mayor resolutiveidad, desarrollo del trabajo de participación social en un marco de mayor institucionalización, nuevas complejidades en la gestión en los ámbitos administrativo y financiero, desarrollo de innovaciones locales en las acciones preventivas y promocionales, entre otras, se hizo necesario remirar los mecanismos vigentes de evaluación de la implementación de dicho Modelo en los establecimientos de atención primaria y reformularlos para adecuarlos a los nuevos escenarios y desafíos que enfrenta la salud pública en nuestro país.

En virtud de lo anterior y acorde al requerimiento de los Servicios de Salud, en el año 2014, se constituyó una mesa de trabajo conformada por profesionales del nivel comunal, Universidad de Chile, Servicios de Salud y MINSAL, con el propósito de reconfigurar la Pauta de Certificación CESFAM que databa del año 2009 y que clasificaba a los establecimientos en niveles de desarrollo del Modelo: nivel medio, nivel medio superior y nivel superior, según cumplieran con los objetivos de cada etapa de desarrollo.

El presente documento propone un nuevo instrumento de evaluación de la implementación del Modelo llamado “INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA”. En la construcción de esta nueva pauta de certificación se consideraron los tres principios básicos e irrenunciables en un sistema de salud basado en Atención Primaria, señalados en las “Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria”^{iv}, éstos son: Atención integral, centrada en las personas y familias con continuidad en el cuidado.

Dichos principios constituyen los ejes centrales para el desarrollo y aplicabilidad del presente instrumento de evaluación, con el fin de contribuir a la mejora continua y, a su vez, a la efectividad, la eficiencia, modernización, pertinencia y equidad de la atención primaria de salud, como base de nuestro sistema de salud.



2. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA.

Modelo de Atención Integral de Salud

Se comprende como “un Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer - incluido el intersector - y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales”

Los tres principios irrenunciables de un Sistema de Salud basado en Atención Primaria

Continuidad del Cuidado

Desde la perspectiva de las personas que se atienden, corresponde al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo y a lo largo de su ciclo vital.

El cuidado en los sistemas de salud tiene tres características:

- a) Continuidad clínica entendida como el grado en que la persona recibe servicios coordinados, de manera longitudinal a través de la red asistencial, sin perder información para sus cuidados. La característica funcional se refiere al grado en que las actividades tales como



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

gestión financiera, gestión de recursos humanos, planificación estratégica, gestión de la información y mejoramiento de la calidad están coordinadas a través de todas las unidades del sistema, al servicio de los usuarios.

- b) La cualidad de profesional indica la disposición de los equipos y coordinaciones en el proceso de los cuidados en términos de los objetivos de la red de servicios de salud.

Integralidad

Se considera al ser humano en su integralidad, desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural, considerando el sistema de creencias y significados. Desde ahí se configura una función que involucra a todo el sistema de salud que incluye la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Implica tener una cartera de servicios en la red, suficientes para responder a las necesidades de salud de la población.

Centrado en la persona y su familia

Se entiende como la consideración de las necesidades y expectativas de las personas y sus familias, haciéndolas partícipes en la corresponsabilidad del cuidado y autocuidado de la salud. Para ello es necesario establecer una relación vincular entre el equipo de salud y las personas, familia y comunidad logrando un trato de respeto, colaboración y ayuda mutua.

En el desarrollo histórico de la atención primaria, orientado hacia una mejoría de la equidad en los resultados en salud, se han descrito distintos elementos que sustentan y posibilitan el desarrollo y consolidación del Modelo de Atención Integral en Salud familiar y comunitario, los que, para este instrumento, se denominarán ejes. Estos nueve ejes contienen componentes que dan cuenta de los tres principios irrenunciables: Continuidad de los Cuidados, Integralidad y Centrado en la persona y su familia:

Definición de los ejes:

- I. **Promoción de la salud:** La Promoción de salud se materializa en la eficiencia con que reduce la carga de morbilidad y mitiga el impacto social y económico de las enfermedades, dándose un amplio consenso en cuanto a la relación existente entre promoción de la salud, desarrollo humano y económico. La promoción de la salud es la estrategia clave del mejoramiento de los factores determinantes de la



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA
salud y la equidad, considerando aspectos sociales, culturales, ambientales, etc., tanto para el individuo mismo, como para toda la sociedad. Para trabajar en esta dirección se proponen estrategias generales que combinan responsabilidades de los diferentes sectores y niveles de gestión de la política pública, distinguiéndose tres ejes:

- a. Construcción de políticas públicas locales, con pertinencia territorial, con herramientas como: regulaciones locales, (decretos alcaldicios, ordenanzas municipales, proyectos de ley) que sustenten la construcción de entornos saludables donde las personas viven, trabajan y estudian, con visión de largo plazo.
- b. Intervenciones en los distintos componentes de la salud pública, en base al diagnóstico epidemiológico nacional, regional y comunal, con perspectiva territorial, en áreas como salud mental, salud ambiental, salud sexual y reproductiva, alimentación y nutrición, actividad física, salud intercultural, entre otros. Generando equipos de trabajo que desarrollen integradamente las funciones de salud pública de fiscalización, vigilancia y promoción de la salud con participación ciudadana considerando a toda la población a lo largo del ciclo vital.
- c. Gestión Pública Participativa, mediante la vinculación en el diseño e implementación de las estrategias, con capacitación de dirigentes sociales para el ejercicio de la ciudadanía en salud pública y la implementación de mecanismos de participación ciudadana que incorpore a nivel vinculante y consultivo la opinión de la ciudadanía en todas las etapas del diseño de las políticas públicas (diseño, implementación y evaluación).

- II. **Prevención en salud:** Son todas aquellas acciones, procedimientos e intervenciones orientadas a la identificación de factores de riesgo de enfermedades y de esta forma facilitar una respuesta oportuna y pertinente para evitar o minimizar el daño en la salud.
- III. **Enfoque familiar:** La familia constituye el contexto social primario para promover estilos de vida saludable como para tratar las enfermedades. Influye en los individuos a través de patrones repetitivos de conductas, modela la manera de reaccionar frente a las situaciones de estrés y determina la capacidad de adaptación de sus miembros. Los equipos deben definir el trabajo a realizar con las familias según el riesgo y factores protectores que presentan cada una de ellas.
- IV. **Participación de la comunidad en salud:** Se considera una estrategia básica para la construcción de un sistema democrático, de ciudadanía y capital social, el logro del bienestar y la inclusión social mediante el empoderamiento y ejercicio de los derechos de las personas/comunidades y la incorporación de sus opiniones en la gestión de salud. Esta participación debe transitar desde un modelo paternalista a uno que asegure y considere las demandas de los usuarios y establezca espacios deliberativos para incidir en la toma de decisiones en los aspectos que afectan la salud de las personas y comunidades. (Idea de co-gestor de servicios públicos)



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

- V. Calidad:** Al decir de Avedis Donabedian^{vi}, calidad se entiende como "aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes". La calidad es un concepto dinámico, en constante evolución. Es un concepto multidimensional que plantea el desafío de hacer lo correcto a tiempo, desde la primera vez, mejorando siempre, innovando siempre y satisfaciendo al usuario.
- VI. Intersectorialidad y territorialidad:** Se entiende por coordinación intersectorial al trabajo coordinado de instituciones representativas de distintos sectores sociales e institucionales y organizaciones presentes en el territorio (sector público, sector privado y sociedad civil), mediante intervenciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar al bienestar y calidad de vida de la población, desde el punto de vista de las determinantes sociales. Se expresa en acciones dirigidas al involucramiento paulatino de diferentes actores en el proceso de toma de decisiones, apuntando a la solución efectiva de problemas, para lo cual es necesario generar espacios adecuados para compartir liderazgos, recursos, líneas estratégicas, oportunidades y realizar una planificación conjunta.
- VII. Gestión del desarrollo de las personas y de la organización:** Las entidades administradoras de salud comunal deben asegurar el desarrollo de las personas que integran los equipos de trabajo, en términos de facilitar el ejercicio de sus talentos profesionales y humanos al servicio de las personas, propiciando la capacitación pertinente al Modelo de Salud Integral, Familiar y Comunitaria, y a las expectativas de los trabajadores; promoviendo un adecuado clima organizacional, ya que éste incide directamente en la atención que se brinda al usuario. Intenciona que los equipos dispongan del tiempo necesario para las reuniones periódicas, con el objeto de establecer y evaluar su plan de trabajo. El equipo territorial (sector o cabecera), debe tener un carácter multiprofesional, con una organización interna que facilite la comunicación, la integración, la participación real de todos sus miembros y las decisiones interdisciplinarias.
- VIII. Tecnología:** Corresponde a cualquier dispositivo médico, procedimientos clínicos y/o procedimientos de gestión en salud que faciliten las atenciones a los usuarios y que permita ser utilizada en la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o cuidados de las personas.
- IX. Centrado en atención abierta:** Se busca todas las estrategias posibles, coordinaciones, articulaciones de la red para prevenir hospitalizaciones de la población a cargo, con especial énfasis en las personas más susceptibles como los adultos mayores, o con enfermedades crónicas.



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

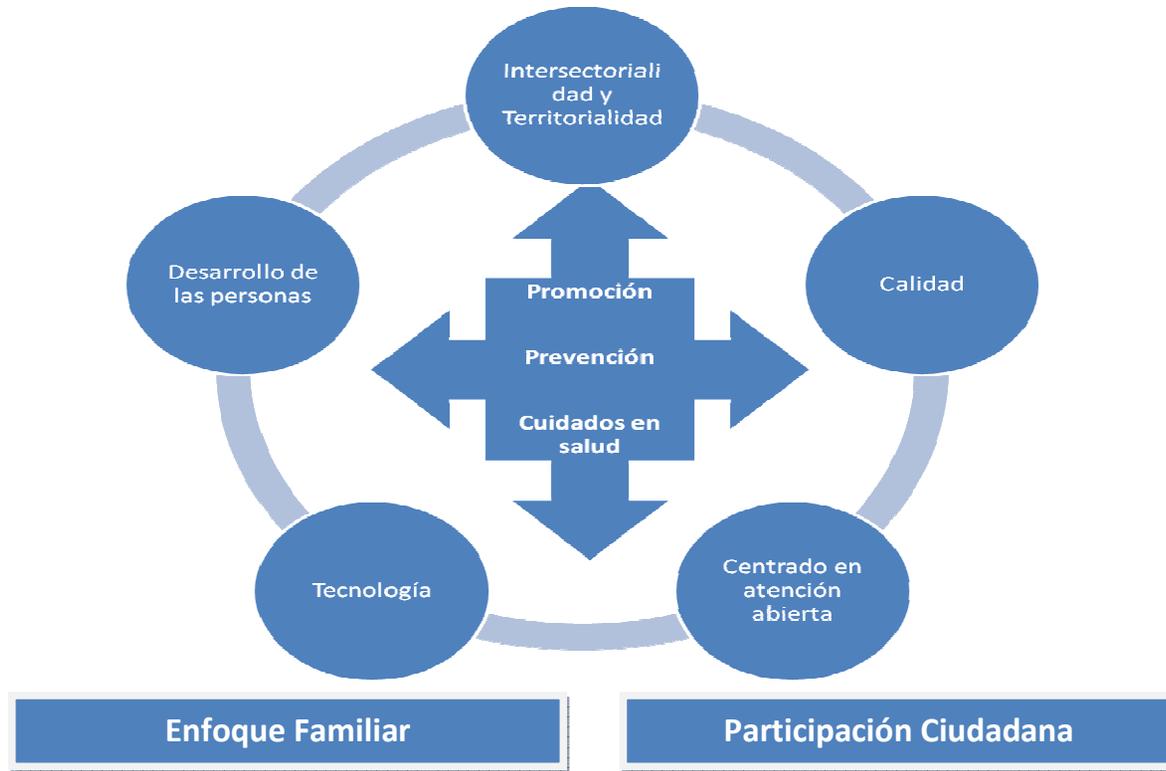


Figura 1. Interrelación de los ejes del instrumento de evaluación



3. METODOLOGÍA A UTILIZAR PARA LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO.

La presente pauta de evaluación de la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, certificará por el lapso de dos años, a los centros de salud en forma gradual a contar de enero del año 2015 esperando que a diciembre del año 2017 se propongan nuevos desafíos sobre la implementación del Modelo en los establecimientos de atención primaria.

La evaluación, permitirá formular y ejecutar proyectos de mejora continua a centros que requieren avanzar en la profundización del Modelo y proyectos de innovación requeridos para la mejor atención de las personas.

En primer lugar, la evaluación de los establecimientos deberá ser solicitada por el Departamento/Dirección de Salud Comunal, Corporación Municipal de Salud o Entidad Administradora de Salud, según sea el caso para los establecimientos de su territorio o dependencia. La solicitud debe ser dirigida al Director del Servicio de Salud de su jurisprudencia.

La solicitud debe ser acompañada de los siguientes documentos:

- Carta del Alcalde suscribiendo y solicitando la certificación del grado de profundización en el Modelo de Atención Integral de Salud de sus establecimientos de atención primaria. Esta carta requiere ser una carta de solicitud y compromiso de trabajo para la profundización del Modelo, involucrando alianzas estratégicas de otras entidades locales que colaboran en la implementación del Modelo. A saber: Dirección de Educación, Dirección de Desarrollo Comunitario, Asesoría Jurídica, entre otros. Se sugiere que esta alianza intersectorial sea establecida por el Alcalde bajo decreto alcaldicio.
- Cuenta pública comunal de Salud, que incluya la participación comunitaria.
- Certificación de que algún miembro del Equipo Directivo Municipal de Salud y/o que cumpla funciones de asesoría en el Modelo, sea médico de familia o cualquier profesional de salud con capacitación en el Modelo (Diplomado, sobre 200 hrs.).

En segundo lugar, una vez que el Servicio de Salud ha recibido la solicitud desde Departamento/Dirección de Salud Comunal, Corporación Municipal de Salud o Entidad Administradora de Salud, realizará un **proceso de certificación** que constará de las siguientes etapas (las cuales se requiere consensuar a través de un cronograma):



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

1. Fase de Preparación: El establecimiento de salud candidato a certificar deberá realizar su pre-evaluación (autoevaluación) mediante el reconocimiento de su situación cotejada con el Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, la que será remitida al Servicio de Salud respectivo (un mes) seguido de 2 meses de acompañamiento por el Servicio de Salud a la comuna para apoyar el proceso de evaluación final. Se sugiere que el tiempo destinado a esta fase sea no más 3 meses.
2. Fase de Evaluación: El Servicio de Salud establecerá una comisión para el proceso de evaluación constituida por integrantes de Departamentos de la Subdirección Médica, Atención Primaria, Calidad, Participación Social, Control y Gestión, Gestión de Redes, Gestión Hospitalaria, entre otros. Se definirá el cronograma de evaluación directa en terreno en cada Cesfam postulante, por parte del Servicio de Salud respectivo, siendo deseable invitar al proceso algún miembro de otras entidades evaluadoras como la SEREMI.
3. Plan de Mejora: El CESFAM y comuna en conjunto con el Servicio de salud, definirán un proyecto de mejora en la implementación del Modelo, para ser trabajado considerando un cronograma de trabajo en un plazo de dos años, con el acompañamiento del SS.
4. Una vez realizada la evaluación, el Servicio de Salud deberá emitir la resolución exenta respectiva a la certificación y enviarla al Ministerio de Salud.
5. Evaluación del Plan de Mejora: según el cronograma estipulado, las evaluaciones deberán, al menos, ser anuales, ya que ésta permitirá avanzar y asegurar recursos para continuar el plan de mejora.

4. INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

EJE: PROMOCIÓN

PRINCIPIO IRRENUNCIABLE	OBJETIVO	COMPONENTE	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO DE VERIFICACIÓN	MINIMO REQUERIDO	Puntaje
CONTINUIDAD, INTEGRALIDAD Y CENTRADO EN LAS PERSONAS	Potenciar factores protectores durante todo el ciclo vital a nivel individual, familiar y en la comunidad	1.1. Mujeres embarazadas reciben guías anticipatorias para cuidar su embarazo (conocidas como Guía de la Gestación por Programa Chile Crece Contigo u alguna otra de confección local en el establecimiento de salud)	Existencia de guías anticipatorias para el embarazo (Chile Crece Contigo u otra elaborada localmente).	Guía anticipatoria que contenga todos los cuidados necesarios y precauciones a tomar en caso de embarazo, ya sea de riesgo o no.	Documento de la/s guía/s anticipatoria/s elaborada/s localmente y/o la de Chile Crece Contigo.	El establecimiento de salud cuenta con, al menos, una guía anticipatoria para el período de embarazo.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto
			Entrega de guía anticipatoria a embarazadas del establecimiento de atención primaria.	Revisión de 5 fichas de usuarias, seleccionadas aleatoriamente, donde se les haya realizado INGRESO DE EMBARAZO, para detectar la entrega de guía anticipatoria.	Fichas clínicas de gestantes ingresadas por embarazo a controles prenatales en el establecimiento de atención primaria.	Al menos 3 de las 5 fichas de embarazadas auditadas cuenta con el registro de entrega de guía anticipatoria en el INGRESO DE EMBARAZO en el establecimiento de atención primaria.	5 FICHAS 1 pto 4 FICHAS: 0,8 pto 3 FICHAS 0,6pto
		1.2. Adulto responsable de Niños/as menores de 1 año reciben guías	Existencia de guías anticipatorias para niños/as menores de 1	Guía anticipatoria que contenga todos los cuidados necesarios y	Documento de la/s guía/s anticipatoria/s elaborada/s	El establecimiento de salud cuenta con, al menos, una	CUMPLE: 1 punto NO



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRINCIPIO IRRENUNCIABLE	OBJETIVO	COMPONENTE	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO DE VERIFICACIÓN	MINIMO REQUERIDO	Puntaje
		anticipatorias para fomentar la lactancia materna y cuidados del crecimiento y desarrollo.	año, en lactancia materna y cuidados del crecimiento y desarrollo.	precauciones a tomar en niños/as menores de 1 año, en lo referente a su desarrollo y crecimiento, así como también a técnicas de lactancia para la madre.	localmente.	guía anticipatoria para niños/as menores de 1 año.	CUMPLE :0 pto
			Entrega de guía anticipatoria a niños/as menores de 1 año del establecimiento de atención primaria.	Revisión de 5 fichas de niños/as menores de 1 año, seleccionadas aleatoriamente, donde se les haya realizado CONTROL SANO, CONTROL NUTRICIONAL, CONTROL PUERPERA, CLÍNICA DE LACTANCIA Y/U OTRO, para detectar la entrega de guía anticipatoria.	Fichas clínicas de niños/as menores de 1 año asistentes a controles sanos, control nutricional, control puérpera, clínica de lactancia y/u otro en el establecimiento de atención primaria.	Al menos 3 de las 5 fichas de niños/as menores de 1 año auditadas cuenta con el registro de entrega de guía anticipatoria en el CONTROL SANO, CONTROL NUTRICIONAL, CONTROL PUERPERA, CLÍNICA DE LACTANCIA Y/U OTRO en el establecimiento de atención primaria.	5 FICHAS 1 pto 4 FICHAS: 0,8 pto 3 PFICHAS 0,6pto
		1.3. Adulto responsable de Niños/as mayores de 1 año y menores de	Existencia de guías anticipatorias para niños/as mayores de 1	Guía anticipatoria que contenga todos los cuidados necesarios y	Documento de la/s guía/s anticipatoria/s elaborada/s	El establecimiento de salud cuenta con, al menos, una	CUMPLE: 1 punto NO



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRINCIPIO IRRENUNCIABLE	OBJETIVO	COMPONENTE	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO DE VERIFICACIÓN	MINIMO REQUERIDO	Puntaje
		5 años reciben guías anticipatorias para fomentar la alimentación saludable.	año y menores de 5 años, en alimentación saludable.	precauciones a tomar en niños/as mayores de 1 año y menores de 5 años, en lo referente a su alimentación.	localmente.	guía anticipatoria para niños/as mayores de 1 año y menores de 5 años.	CUMPLE :0 pto
			Entrega de guía anticipatoria a niños/as mayores de 1 año y menores de 5 años, en alimentación saludable.	Revisión de 5 fichas de niños/as mayores de 1 año y menores de 5 años, seleccionadas aleatoriamente, donde se les haya realizado CONTROL SANO, CONTROL NUTRICIONAL Y/U OTRO, para detectar la entrega de guía anticipatoria.	Fichas clínicas de niños/as mayores de 1 año y menores de 5 años asistentes a controles sanos, control nutricional y/u otro en el establecimiento de atención primaria.	Al menos 3 de las 5 fichas de niños/as mayores de 1 año y menores de 5 años, auditadas cuenta con el registro de entrega de guía anticipatoria en el CONTROL SANO, CONTROL NUTRICIONAL Y/U OTRO en el establecimiento de atención primaria.	5 FICHAS 1 pto 4 FICHAS: 0,8 pto 3 PFICHAS 0,6pto
		1.4. Adultos entre 25 y 64 años reciben guías anticipatorias para fomentar actividad física, recomendar el consumo de alcohol responsable y evitar el	Existencia de guías anticipatorias para adultos entre 25 y 64 años, en consumo de alcohol responsable, consumo de tabaco y actividad física.	Guía anticipatoria que contenga todos los cuidados necesarios y precauciones a tomar en adultos entre 25 y 64 años, abordando riesgos del consumo de	Documento de la/s guía/s anticipatoria/s elaborada/s localmente.	El establecimiento de salud cuenta con, al menos, una guía anticipatoria para adultos entre 25 y 64 años.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRINCIPIO IRRENUNCIABLE	OBJETIVO	COMPONENTE	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO DE VERIFICACIÓN	MINIMO REQUERIDO	Puntaje
		consumo de tabaco		alcohol y tabaco, así como también beneficios de la actividad física.			
			Entrega de guía anticipatoria a adultos entre 25 y 64 años, en consumo de alcohol responsable, consumo de tabaco y actividad física.	Revisión de 5 fichas de adultos entre 25 y 64 años, con examen médico preventivo, seleccionadas aleatoriamente, para detectar la entrega de guía anticipatoria.	Fichas clínicas de adultos entre 25 y 64 años asistentes a EMP en el establecimiento de atención primaria.	Al menos 3 de las 5 fichas de adultos entre 25 y 64 años, auditadas cuenta con el registro de entrega de guía anticipatoria en el establecimiento de atención primaria.	5 FICHAS 1 pto 4 FICHAS: 0,8 pto 3 PFICHAS 0,6pto
	Estimular la participación y rol que juega la comunidad local y el Intersector en lo que respecta a promoción de salud	1.5. El Intersector se articula y promueve alimentación saludable, actividad física y sexualidad responsable, no consumo de tabaco, alcohol ni drogas, dirigido a adolescentes.	Proporción de actividades realizadas del Plan de Trabajo con el Intersector, relacionadas con las orientaciones de escuelas promotoras de salud y en sintonía con el Plan de Salud Comunal y Plan de Educación Municipal.	Número de actividades realizadas del Plan de Trabajo con el Intersector/Número total de actividades programas en el Plan de Trabajo con el Intersector *100	Informe del establecimiento de salud, donde se constate	El establecimiento cuenta con un Plan de trabajo con el Intersector; al menos, con escuelas municipalizadas y/o subvencionadas, relacionando temáticas propias de escuelas promotoras de salud, en sintonía	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRINCIPIO IRRENUNCIABLE	OBJETIVO	COMPONENTE	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO DE VERIFICACIÓN	MINIMO REQUERIDO	Puntaje
						con el Plan de Salud Comunal y Plan de Educación Municipal.	
		1.6. Comunidad activa en la promoción de la salud.	Instalación de mesa de trabajo de promoción de salud en cada sector o por cada 5.000 inscritos (por ejemplo, Comisión Mixta Salud Educación, COMSE)	Número de inscritos en el establecimiento de salud/Número de mesas territoriales de trabajo con la comunidad	Acta de identificación de los funcionarios que trabajan en la mesa de promoción de salud.	El establecimiento cuenta con documento o acta, donde están identificados los funcionarios que trabajan en la mesa de promoción de cada sector o por cada 6.000 inscrito del establecimiento.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto
			Formulación del Plan Anual de Promoción de Salud.	Plan Anual de Promoción de Salud formulado.	Documento del Plan Anual de Promoción de Salud.	El establecimiento cuenta con Plan Anual de Promoción de Salud.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRINCIPIO IRRENUNCIABLE	OBJETIVO	COMPONENTE	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO DE VERIFICACIÓN	MINIMO REQUERIDO	Puntaje
			Existencia de proyectos comunitarios en promoción de salud.	Número de proyectos comunitarios elaborados por la comunidad, con enfoque de promoción en salud (por ej, con fondos para iniciativas comunitarias a nivel municipal: FIC)	Documento de proyectos comunitarios elaborados por la comunidad, con enfoque de promoción en salud.	El establecimiento cuenta con, al menos, 2 proyectos elaborados desde la comunidad, con enfoque de promoción en salud.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto
			Existencia de mesas territoriales comunales de trabajo con la comunidad	Número de mesas territoriales comunales de trabajo con la comunidad.	Documento que indique funcionamiento de mesas: integrantes, objetivos, metodología de funcionamiento.	Representantes del establecimiento de atención primaria participan en, al menos, una mesa territorial comunal de trabajo con la comunidad	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto
			Integración de la sociedad civil, dirigentes, funcionarios de Departamento de Obras, SECPLA, DIDECO, Medio Ambiente, otros	Número de integrantes de la sociedad civil, dirigentes, funcionarios de Departamento de Obras, SECPLA, DIDECO, Medio Ambiente, otros que participan de, al menos, una mesa territorial de trabajo con la comunidad.	Documento y/o acta donde se identifique quienes participan y su proveniencia		CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

EJE: PREVENCIÓN EN SALUD

PRINCIPIOS IRRENUNCIABLES	OBJETIVO	COMPONENTES	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
CONTINUIDAD	Proporcionar consejerías, durante todo el ciclo vital del individuo y familiar, para prevenir la aparición de enfermedades o atenuar las consecuencias de ellas.	1.1. Adolescente reciben actividades preventivas (consejerías) en diversos temas relacionados con sus necesidades.	Proporción de consejerías realizadas a adolescentes en control Joven sano en el establecimiento de atención primaria, escuela u otro	Número de consejerías realizadas a adolescentes con control Joven sano/Población adolescente con control Joven sano*100.	REM 19a. Sección A y B	El establecimiento realiza consejerías sobre salud sexual y reproductiva, actividad física, tabaquismo, consumo de drogas y alimentación saludable a población adolescente.	CUMPLE: 1 punto, en consistencia con las Orientaciones para la programación en Red vigente para el año NO CUMPLE :0 pto
		1.2. Mujeres reciben actividades preventivas (consejerías) en diversos temas relacionados con sus experiencias por ciclo vital.	Proporción de consejerías realizadas a mujeres bajo control en el establecimiento de atención primaria.	Número de consejerías realizadas a mujeres /Población bajo control femenina *100	REM 19a. Sección A y B	El establecimiento realiza consejerías sobre salud sexual y reproductiva, actividad física, tabaquismo, consumo de drogas y alimentación saludable a mujeres.	CUMPLE: 1 punto, en consistencia con las Orientaciones para la programación en Red vigente para el año NO CUMPLE :0 pto



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRINCIPIOS IRRENUNCIABLES	OBJETIVO	COMPONENTES	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
		1.3. Adultos reciben actividades preventivas (consejerías) en diversos temas relacionados con sus experiencias por ciclo vital.	Proporción de consejerías realizadas a adultos bajo control, en el establecimiento de atención primaria.	Número de consejerías realizadas a adultos en EMPA/Población bajo control de rango etario adulto con EMPA*100	REM 19a. Sección A y B	El establecimiento realiza consejerías sobre salud sexual y reproductiva, actividad física, tabaquismo, consumo de drogas y alimentación saludable a población adulta.	CUMPLE: 1 punto, en consistencia con las Orientaciones para la programación en Red vigente para el año. NO CUMPLE :0 pto
		1.4. Adultos mayores reciben actividades preventivas (consejerías) en diversos temas relacionados con sus experiencias por ciclo vital.	Proporción de consejerías realizadas a adultos mayores bajo control, en el establecimiento de atención primaria.	Número de consejerías realizadas a adultos mayores en EMPAM/Población bajo control de rango etario adulto mayor *100	REM 19a. Sección A y B	El establecimiento realiza consejerías sobre salud sexual y reproductiva, actividad física, tabaquismo, consumo de drogas y alimentación saludable a población adulto mayor.	CUMPLE: 1 punto, en consistencia con las Orientaciones para la programación en Red vigente para el año. NO CUMPLE :0 pto



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRINCIPIOS IRRENUNCIABLES	OBJETIVO	COMPONENTES	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
INTEGRALIDAD	Articular un conjunto de acciones específicas en familias evaluadas con riesgo leve a moderado (definido por el CESFAM, o comuna), para prevenir la aparición de enfermedades o atenuar las consecuencias de ellas.	2.1. Equipo multidisciplinario del establecimiento de atención primaria evalúa e interviene en familias con riesgo de forma integral.	Proporción de familias inscritas evaluadas bajo criterios definidos por el establecimiento y/o comunas (mediante mecanismo de screening)	Número de familias evaluadas mediante screening de riesgo/Número de familias inscritas *100	REM P 07 Sección A03	El establecimiento cuenta con un sistema de evaluación de familias inscritas (mecanismo de screening, conocido como cartola familiar u otro) y lo aplica al 75% de las familias inscritas.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto
			Planes de Acompañamiento a familias evaluadas como de riesgo.	Revisión de 3 fichas de personas, cuyas familias hayan sido evaluadas como de riesgo, seleccionadas aleatoriamente, para detectar la presencia del Plan de Acompañamiento.	Documento donde se evidencia un Plan de Acompañamiento a familias con riesgo. Debe contener: identificación de integrantes, objetivos de intervención, actividades planificadas, metas a corto plazo, responsables y seguimiento (como mínimo)	El establecimiento cuenta con metodología para la elaboración y ejecución de Plan de Acompañamiento a familias evaluadas como de riesgo.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRINCIPIOS IRRENUNCIABLES	OBJETIVO	COMPONENTES	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
		2.2. Familias reciben consejería familiar en el establecimiento de atención primaria.	Proporción de familias con integrante con patología crónica que reciben consejería familiar	Número de consejerías familiares con integrante con patología crónica realizadas/Número de familias inscritas con integrante con patología crónica*100	REM 19a. Sección A.3 (celda 97)	El establecimiento realiza consejerías familiares a familias con integrante con patología crónica.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto
CENTRADO EN LAS PERSONAS	Articular un conjunto de acciones específicas, durante todo el ciclo vital del individuo y familia, para prevenir la aparición de enfermedades o atenuar las consecuencias de ellas.	3.1. Niños/as y lactantes reciben actividades preventivas, de acuerdo a las necesidades dado su ciclo vital.	Variación porcentual de la lactancia materna exclusiva hasta el 6º mes, considerando lo alcanzado entre el año 2014 y 2015 (hoy Meta Sanitaria).	Número de niños/as con lactancia materna exclusiva sostenida hasta el 6º mes de vida/Número de niños/as controlados al 6º mes de vida *100	REM A03 Sección A7	El establecimiento realiza acciones que estimulan el aumento de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. Presentación de la tendencia y cobertura lograda en lactancia materna exclusiva.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto
		3.2. Adolescentes reciben actividades preventivas, de acuerdo a las necesidades dado su ciclo vital.	Proporción de adolescentes asistente a control de salud integral (Joven sano).	Número de adolescentes asistente a control de salud integral/Población inscrita adolescentes	REM A01 Sección E y E1	El establecimiento realiza controles de salud integral del adolescente en box clínico y/o establecimientos educativos u otros. Presentación de	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRINCIPIOS IRRENUNCIABLES	OBJETIVO	COMPONENTES	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
						línea de base del año en curso y del año anterior para ver progresión, observando tendencia y cobertura lograda.	
		3.3. Mujeres reciben actividades preventivas, de acuerdo a las necesidades dado su ciclo vital.	Proporción de mujeres con EMP y PAP realizado inscritas en el establecimiento de atención primaria.	Número de mujeres con EMP realizado/Población femenina inscrita *100	REM A02 Sección A	El establecimiento realiza, al menos, como actividad preventiva, EMP y PAP a mujeres. Presentación de línea base de control de salud (EMP mujeres) del año en curso y del año anterior para ver progresión, observando tendencia y cobertura lograda.	No cumple: 0 Cumple solo con PAP 0.50 puntos Cumple solo con EMP: 0.50 puntos Cumple con EMP y PAP. 1 punto
				Número de mujeres con PAP vigente/Población femenina inscrita *100	REM P12		
		3.4. Población adulta recibe actividades preventivas, de acuerdo a las necesidades dado su ciclo vital.	Proporción de hombres con EMP inscritos en el establecimiento de atención primaria.	Número de hombres con EMP realizado/Población masculina inscrita	REM A02 Sección A	El establecimiento realiza como actividad preventiva el EMP. Presentación de línea base de control de salud	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRINCIPIOS IRRENUNCIABLES	OBJETIVO	COMPONENTES	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
						del año en curso y del año anterior para ver progresión	
			Horas programadas y cupos agendados para realizar EMP durante extensión horaria.	Número de cupos programados en extensión horaria para realizar EMP /Número de EMP realizados en extensión horaria.	Agenda de profesionales, TENS u otro capacitado para la toma de EMP, donde se demuestre (en una semana, por ejemplo) lo programado versus lo efectivamente utilizado con personas a quienes se les haya tomado un EMP.	El establecimiento realiza EMP en horarios de extensión (Continuidad de la Atención) u en lugares de trabajo.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto
		3.5. Población adulta mayor recibe actividades preventivas, de acuerdo a las necesidades dado su ciclo vital.	Proporción de adultos mayores con EMPAM inscritos en el establecimiento de atención primaria.	Número de adultos mayores con EMPAM aplicado/Población adulto mayor inscrita	REM A05 Sección L	El establecimiento realiza, al menos, como actividad preventiva, EMPAM. Presentación de línea base de control de salud (EMPAM) del año en curso y del año anterior para ver progresión	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRINCIPIOS IRRENUNCIABLES	OBJETIVO	COMPONENTES	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
			Existencia de Plan de Cuidado del cuidador en el establecimiento de salud.	Revisión de 5 fichas de adultos mayores dependientes, seleccionadas aleatoriamente, donde haga mención al Plan de Cuidado del cuidador.	Fichas clínicas de adultos mayores dependientes, cuyos cuidadores tengan Plan de Cuidado del cuidador.	El establecimiento elabora Plan de Cuidado al cuidador, para todos aquellos que están a cargo de personas dependientes. Al menos 3 de las 5 fichas de Adultos mayores dependientes cuenta con el registro de Plan de Cuidado del cuidador.	5 FICHAS 1 pto 4 FICHAS: 0,8 pto 3 PFICHAS 0,6pto



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

EJE SALUD FAMILIAR

PRINCIPIOS IRRENUNCIABLE	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
CONTINUIDAD	Acompañar y asistir a las familias durante la experiencia de crisis normativas y no normativas, con el fin de que puedan abordar estas fases de manera exitosa para ellas.	1.1. Las familias del establecimiento de atención primaria son acompañadas y asistidas en el proceso de alguna crisis normativa que estén experimentando.	Existencia de documento, guía de abordaje o protocolo para asistir a familias que estén atravesando alguna crisis normativa	Revisión de 3 fichas clínicas de personas inscritas que hayan atravesado crisis normativa (por ejemplo, niños/as en edad escolar) para constatar el uso del protocolo o guía de abordaje.	Ficha clínica de personas en edades donde, probablemente, se pueda atravesar alguna crisis normativa, la cual se detecta en controles con profesionales clínicos y no clínicos.	El establecimiento cuenta con un documento, guía de abordaje o protocolo para asistir a familias que estén atravesando alguna crisis normativa. Al menos, se espera que tengan 2 protocolos de crisis normativas (de mayor prevalencia en el establecimiento, detectado mediante diagnóstico participativo, epidemiológico u otro) con guías de abordaje o protocolo en funcionamiento.	NO CUMPLE: 0 pto tiene 2 protocolo: 0,25 puntos tiene 1 ficha con incorporación de 1 protocolo: 0,50 puntos tiene 2 fichas con incorporación de 1 protocolo: 0,75 puntos las 3 fichas cuentan con 1 protocolo. 1 punto, CUMPLE



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRINCIPIOS IRRENUNCIABLE	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
						Así mismo el establecimiento debe haber aplicado este protocolo a sus familias	
		1.2. Las familias que tienen o han tenido algún integrante hospitalizado u otra crisis no normativa a definir, reciben acompañamiento y asistencia en esta crisis no normativa.	Existencia de documento, guía de abordaje o protocolo para asistir a familias que tengan o hayan tenido algún integrante hospitalizado (considerando lo anterior como crisis no normativa)	Revisión de 3 fichas clínicas de personas que hayan sido hospitalizados, para constatar el uso del protocolo o guía de abordaje.	Ficha clínica de personas que hayan sido hospitalizados y se encuentren inscritos en el establecimiento.	El establecimiento cuenta con un documento, guía de abordaje o protocolo para asistir a familias con algún integrante, que haya sido hospitalizado o que lo esté aún, u otra crisis no normativa a definir. Así mismo el establecimiento debe haber aplicado este protocolo a sus familias	NO CUMPLE: 0 pto tiene 2 protocolo: 0,25 puntos tiene 1 ficha con incorporación de 1 protocolo: 0,50 puntos tiene 2 fichas con incorporación de 1 protocolo: 0,75 puntos las 3 fichas cuentan con 1 protocolo. 1 punto, CUMPLE



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRINCIPIOS IRRENUNCIABLE	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
INTEGRALIDAD	Proporcionar apoyo y abordaje a familias con factores de riesgo leve a moderado, con el fin de mejorar sus condiciones de vida, a través de sus capacidades instaladas	2.1. La familia que requiere intervención, debido a sus factores de riesgo y considerando sus factores protectores, cuenta con, al menos, un estudio de familia abreviado y plan de abordaje integral.	Existencia de sistema/protocolo instalado para realizar estudios de familia abreviados y planes de abordaje.	Sistema/protocolo de estudio de familia abreviado y plan de abordaje integral, estructurado para facilitar el llenado y los ámbitos a evaluar.	Documento donde se evidencia que existe un sistema/protocolo de estudio de familia abreviado y plan de abordaje integral, elaborado a nivel local.	El establecimiento elabora análisis acotados respecto de las familias en riesgo leve o moderado, que requieran intervención, para así establecer un plan de abordaje integral. Para eso, cuentan con metodología instalada.	NO CUMPLE: 0 pto tiene solo protocolo: 0,25 puntos tiene 1 ficha con incorporación de 1 protocolo: 0,50 puntos tiene 2 fichas con incorporación de 1 protocolo: 0,75 puntos las 3 fichas cuentan con 1 protocolo. 1 punto, CUMPLE
		2.2. Las familias reciben visita domiciliaria integral, cuando su condición de salud así lo requiere, bajo un método estandarizado.		Existencia de pauta de visita domiciliaria integral	Pauta de visita domiciliaria integral estructurada para facilitar el llenado y los ámbitos a evaluar.		



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRINCIPIOS IRRENUNCIABLE	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
CENTRADO EN LAS PERSONAS	Promover el abordaje familiar en el tratamiento de personas con patología crónica y no crónica	3.1. Las personas inscritas y con patologías crónicas no cardiovasculares reciben prevención y/o cuidados específicos junto a la participación de adultos significativos.	Existencia de talleres para personas con patología crónica no cardiovascular	Listado con firma y RUT de participantes de, al menos, 3 sesiones de talleres donde conste que fueron acompañados con alguna persona significativa (identificar el tipo de vínculo)	Listado con firma y RUT de participantes de talleres para personas con patología no crónica, inscritos en el establecimiento.	El establecimiento realiza talleres de, mínimo, 3 sesiones para personas con patología crónica no cardiovascular que estimula la participación de adultos significativos.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto
		3.2. Las personas inscritas y con patologías crónicas cardiovasculares (HTA y DM) reciben prevención y/o cuidados específicos junto a la participación de adultos significativos.	Existencia de talleres para personas con patología crónica cardiovascular	Listado con firma y RUT de participantes de, al menos, 3 sesiones de talleres donde conste que fueron acompañados con alguna persona significativa (identificar el tipo de vínculo)	Listado con firma y RUT de participantes de talleres para personas con patología crónica, inscritos en el establecimiento.	El establecimiento realiza talleres de, mínimo, 3 sesiones para personas con patología crónica cardiovascular que estimula la participación de adultos significativos.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

EJE: CALIDAD

PRINCIPIO IRRENUNCIABLE	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
CONTINUIDAD	Asegurar el acceso y la oportunidad de atención a los usuarios de los establecimientos de atención primaria.	1.1. La población del establecimiento se encuentra sectorizada y cuenta con un equipo de cabecera.	Proporción promedio de inscritos por cada equipo de cabecera.	Número total de inscritos del establecimiento/Número de equipos de cabecera.*100	Reporte de inscritos elaborado por el mismo establecimiento con el cálculo por equipo de cabecera.	El establecimiento cuenta con menos de 5.000 inscritos por sector, o en su defecto b) cuenta con plan de acción que resguarde la calidad de la atención de la población inscrita.	CUMPLE: 1 punto (menos de 5000 inscritos por sector o cuenta con plan de acción) NO CUMPLE :0 pto
		1.2. El establecimiento articula acciones para velar por atender a sus usuarios inscritos con oportunidad.	Número de usuarios inscritos en el establecimiento que son policonsultantes en SAPU o Servicio de Urgencia	Número de consultas efectuadas por SAPU o Servicio de Urgencia rutificada, en el periodo de 1 mes, para cruzar esos datos con el rutificado de inscritos de cada establecimiento.	Listas de consultas de SAPU o Servicio de Urgencia rutificada en el plazo de 1 mes y Lista de inscritos rutificada en el establecimiento de atención primaria.	El establecimiento identifica a sus usuarios inscritos y policonsultantes (más de 7 consultas anuales) en SAPU o Servicio de Urgencia hospitalaria.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRINCIPIO IRRENUNCIABLE	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
			Plan de gestión de la demanda	Plan de gestión de la demanda que indique, al menos, situación o dificultades a abordar, objetivos, actividades y mecanismos de evaluación.	Documento donde se explicita el plan de gestión de la demanda del establecimiento.	El establecimiento de atención primaria cuenta con planificación para gestionar la demanda.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto
		1.3. El establecimiento contribuye a generar una Red Asistencial efectiva, tomando conocimiento del acceso de sus usuarios a atención por especialidad en el nivel secundario.	Proporción de interconsultas emitidas por el establecimiento, calificadas como P1 y evaluadas antes de 10 días en el nivel secundario.	Número de interconsultas calificadas como P1 evaluadas en el nivel secundario antes de 10 días/Número de interconsultas totales emitidas como P1 *1000	Informe desde el nivel secundario, solicitado por el establecimiento de atención primaria de salud.	El establecimiento solicita al nivel secundario el reporte de las interconsultas prioridad 1 (P1) emitidas por éste, que hayan sido evaluadas antes de 10 días.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto
INTEGRALIDAD	Desarrollar una cultura de calidad y mejora continua en el establecimiento de salud, con el fin de abordar los constantes nuevos desafíos que exige la salud pública hoy.	2.1. Los usuarios del establecimiento, según su grupo etario, resuelven sus problemas de morbilidad localmente.	Proporción de interconsultas emitidas por grupo etario	Número de interconsultas emitidas por grupo etario/Número de consultas de morbilidad en ese grupo etáreo *100	REM A07	El establecimiento emite interconsultas para especialidades básicas no quirúrgicas y/o a Neurología, Broncopulmonar, Reumatología, Dermatología,	CUMPLE: 1 punto si es < a 10% Entre 10 y 15 % : 0.5 puntos NO CUMPLE :0 pto si es mayor a 15%



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRINCIPIO IRRENUNCIABLE	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
						Cardiología, Diabetes, Medicina Interna.	
		2.2. El establecimiento se encuentra desarrollando acciones necesarias para instalar una cultura de calidad, levantada a partir de las necesidades de sus usuarios.	Existencia de planes de mejora continua que aborde problemas pesquisados en Diagnósticos Participativos, OIRS, satisfacción usuaria, análisis de coberturas, resultados, entre otros.	Plan de mejora continua que demuestre incorporación de las necesidades de los usuarios del establecimiento y metodología de abordaje.	Documento de plan de mejora continua elaborado localmente en el establecimiento y/o en la entidad administradora de salud.	El establecimiento cuenta con un plan de mejora encaminado a fortalecer una cultura de calidad que enfrente problemas pesquisados en Diagnósticos Participativos, OIRS, en estudios de satisfacción usuaria, análisis de coberturas, resultados, entre otros.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRINCIPIO IRRENUNCIABLE	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
CENTRADO EN LAS PERSONAS	Procurar la entrega de servicios de salud de calidad a la población inscrita en el establecimiento.	3.1. Los usuarios reciben servicios de salud efectivos, reflejado en la baja incidencia de hospitalizaciones en menores de 65 años.	Existencia de un plan de acción destinado a disminuir las hospitalizaciones de la población inscrita menor de 65 años.	Plan de acción para la disminución de hospitalizaciones en población inscrita menor de 65 años que contenga línea base de la situación actual, objetivos, actividades a realizar y sistema de evaluación.	Documento de plan de acción para la disminución de hospitalizaciones de población inscrita menor de 65 años desarrollado localmente o a nivel de entidad administradora de salud.	El establecimiento articula acciones destinadas a disminuir gradualmente la hospitalización de su población inscrita menor de 65 años.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto
		3.2. Los usuarios se benefician de la atención en salud basada en un sistema de buen trato.	Existencia de plan de mejoramiento continuo en base a resultados de encuestas de satisfacción usuaria, realizadas por externos	Plan de mejoramiento continuo, en base a resultados de encuestas de satisfacción usuaria, que contenga línea base de la situación actual, objetivos, actividades a realizar y sistema de evaluación.	Documento de plan de mejoramiento continuo, en base a resultados de encuestas de satisfacción usuaria, desarrollados a nivel local o a nivel de entidad administradora de salud.	El establecimiento desarrolla acciones de mejora continua en base a resultados de encuestas de satisfacción usuaria, implementadas periódicamente.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

EJE: INTERSECTORIALIDAD Y TERRITORIALIDAD

PRINCIPIOS IRRENUNCIABLES	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
CONTINUIDAD	Abordar, desde un enfoque intersectorial, el estado de salud y bienestar de la población inscrita, en el marco de la Estrategia Nacional de Salud.	1.1. El establecimiento se encuentra inserto en una Red Intersectorial activa.	Existencia de trabajo en Red, reflejado en atenciones que reciban las personas inscritos en el establecimiento.	Revisión de 3 fichas clínicas de personas, seleccionadas aleatoriamente, que hayan recibido algún tipo de intervención otorgada por el Intersector.	Ficha clínica de personas inscritas en el establecimiento, donde conste que hayan recibido algún tipo de intervención desde el Intersector.	El establecimiento trabaja en Red para abordar el bienestar de las personas inscritas. Al menos, se espera demostrar que trabajan con 1 institución definida localmente.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto
INTEGRALIDAD	Identificar las instituciones que componen el Intersector del establecimiento de salud, con el fin de coordinar acciones efectivas con éste.	2.1. El establecimiento conoce el Intersector, en el cual se encuentra inserto, y se articula para el trabajo colaborativo.	Existencia de mapa del territorio local del establecimiento y las instituciones que operan en él.	Mapa del territorio local del establecimiento que contenga identificación de los sectores y/o equipo de cabecera y de las instituciones operativas en el territorio, tales como escuelas, jardines infantiles, oficinas municipales, iglesias, empresas, carabineros, tribunales, etc.)	Documento y/o diagrama donde se indiquen las instituciones operativas en el territorio, separadas por cada sector y/o equipo de cabecera.	El establecimiento cuenta con un mapa del territorio local donde se inserta (documento y/o diagrama) donde identifica las instituciones que operan en éste.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRINCIPIOS IRRENUNCIABLES	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
			Existencia de protocolo de articulación con la Red del territorio donde se inserta el establecimiento.	Protocolo de articulación del establecimiento con las instituciones que operan en su territorio, identificando la dirección de la relación, temáticas donde se interceptan, ámbitos de cooperación y persona de contacto (es una especie de catastro de instituciones)	Flujograma o documento donde se indiquen direcciones de relación del establecimiento con las instituciones que operan en su territorio local.	Una vez identificadas las instituciones que operan en el territorio donde se inserta el establecimiento, éste elabora un protocolo de articulación con esta Red identificada.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto
			Existencia de plan de trabajo anual con el Inteselector que opera en el territorio local del establecimiento.	Plan de trabajo con las instituciones (al menos 2) que operan en el territorio donde se inserta el establecimiento, en donde quede de manifiesto las alianzas	Documento del plan de trabajo anual con las instituciones del territorio donde se inserta el establecimiento, elaborado localmente.	El establecimiento desarrolla un plan de trabajo anual con las instituciones (al menos, 2 instituciones)	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRINCIPIOS IRRENUNCIABLES	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
				de cooperación y colaboración en pos de la contribución al bienestar de las personas inscritas en el establecimiento.		que operan en su territorio, a través del cual se determinan alianzas de trabajo colaborativo.	
CENTRADO EN LAS PERSONAS	Coordinar acciones con el Intersector con el fin de mejorar las perspectivas de desarrollo y bienestar de población infantojuvenil vulnerable.	3.1. El establecimiento se ocupa de prevenir el daño en población infantojuvenil, mediante el trabajo intersectorial y territorial.	Existencia de plan de manejo intersectorial preventivo del daño en población infantojuvenil vulnerable inscrita en el establecimiento.	Plan de manejo intersectorial en la línea de prevención del daño en población infantojuvenil vulnerable, demostrando que el establecimiento tiene identificado un protocolo de acción articulado con el Intersector cuando un adolescente, por ejemplo, deserta del colegio, es sujeto de vulneración en sus derechos, etc.	Documento de plan de manejo intersectorial para la prevención del daño en población infantojuvenil, elaborado localmente.	El establecimiento cuenta con un plan de manejo intersectorial en la población infantojuvenil, demostrado a través de alianzas estratégicas entre éste y alguna instancia (educación, deportes, instituciones religiosas, fundaciones, programas de dependencia entre otros.)	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

EJE: CENTRADO EN ATENCIÓN ABIERTA

PRINCIPIOS IRRENUNCIABLES	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
CONTINUIDAD	Fomentar la relación y tránsito de los usuarios de la Red de Salud, desde el modelo hospitalario hacia el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria.	1.1. Mecanismo de articulación de los diferentes puntos de atención en la Red Asistencial.	Existencia de coordinación, mediante flujo de información periódica, de los egresos hospitalarios hacia los establecimientos de atención primaria.	Solicitud de Informe mensual de egresos hospitalarios por NM, DM2, amputaciones por DM2, IAM, articulado por el Servicio de Salud. Reuniones de coordinación de la Red	Solicitud de Informe mensual de egresos hospitalarios por NM, DM2, amputaciones por DM2, IAM, articulado por el Servicio de Salud. Actas de reuniones de coordinación de la Red	Al menos, presentación de 4 informes o solicitud de informes , actas de reuniones referido a la atención primaria de egresos hospitalarios que conste de, al menos, información de egresos hospitalarios por NM, DM2, amputaciones por DM2, IAM, articulado por el	CUMPLE: 1 punto Presenta 2 informe de solicitud y actas de reuniones solicitando información : 0.50 puntos NO CUMPLE :0 pto



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRINCIPIOS IRRENUNCIABLES	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
						Servicio de Salud.	
		1.1. Las personas inscritas en el establecimiento que hayan sido hospitalizadas por causa de IAM y/o AVE y dados de alta, reciben las atenciones correspondientes al Plan de Cuidado diseñado para tal fin.	Existencia de plan de cuidados para usuarios inscritos dados de alta hospitalaria por causa de IAM y/o AVE.	Revisión de 3 fichas de usuarios inscritos, seleccionados aleatoriamente, que hayan sido dados de alta del Hospital por causa de IAM y/o AVE, donde se constate la existencia de objetivos de abordaje para su rehabilitación, así como también acciones a emprender sobre éste y los responsables del equipo de cabecera.	Ficha clínica de usuarios inscritos en el establecimiento, que hayan sido dados de alta desde el Hospital por diagnóstico de IAM y/o AVE.	El establecimiento desarrolla un protocolo de acompañamiento y rehabilitación para sus usuarios inscritos que hayan sido dados de alta, principalmente por diagnóstico de IAM y AVE. Al menos 3 de las 5 fichas auditadas cuenta con el plan de cuidados	Plan de cuidado presente en las 3 fichas: CUMPLE: 1 punto plan de cuidado presente en 2 fichas. 0,75 punto plan de cuidado en 1 fichas : 0,50 punto solo cuenta con documento de plan de cuidado: 0,25 no presenta nada: 0 pto



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRINCIPIOS IRRENUNCIABLES	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
INTEGRALIDAD	Promover el fortalecimiento de la atención primaria poniendo énfasis en las acciones de promoción y prevención en personas con alto riesgo de hospitalización	2.1. Las personas con alto riesgo de hospitalización cuentan con un plan de cuidados ambulatorios en el establecimiento de atención primaria.	Existencia de plan de cuidado ambulatorio a usuarios inscritos con problemas de salud que, al agravarse, corren alto riesgo de hospitalización.	Revisión de 3 fichas de personas a los que les haya sido aplicado y ejecutado el plan de cuidado ambulatorio, donde se espera encontrar objetivos, acciones y responsables de la ejecución de ese plan.	Fichas clínicas de usuarios inscritos con alto riesgo de hospitalización.	El establecimiento aplica plan de cuidado ambulatorio a usuarios con problemas de salud de alto riesgo de hospitalización, como mínimo en aquellos adultos mayores que, por lo menos, han tenido un episodio de NM, durante un año calendario y personas con 5 o más patologías)	Plan de cuidado presente en las 3 fichas: CUMPLE: 1 punto plan de cuidado presente en 2 fichas. 0,75 punto plan de cuidado en 1 fichas : 0,50 punto solo cuenta con documento de plan de cuidado: 0,25puntos no presenta nada: 0 pto
CENTRADO EN LAS	Favorecer el	3.1. Las personas	Proporción de personas	Número de personas con	REM P04	El establecimiento	CUMPLE: 1



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRINCIPIOS IRRENUNCIABLES	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
PERSONAS	abordaje ambulatorio y con enfoque familiar y comunitario a personas que tienen alto riesgo de agravar su situación de salud	mayores de 15 años y menores de 65, con patología cardiovascular reciben plan de cuidados efectivos en el establecimiento de atención primaria.	con HTA compensada efectivamente	HTA con cifras de PA \leq 140/90 / Prevalencia esperada de HTA para grupo etáreo mayor de 15 años y menor de 65 años.		alcanza, al menos, el 50% de compensación efectiva de las personas inscritas mayores de 15 años y menores de 65 años, con diagnóstico de HTA.	punto NO CUMPLE :0 pto
			Proporción de personas con DM2 compensada efectivamente.	Número de personas con DM2 bajo control con cifras de hemoglobina glicosilada igual o menor de 7 en población mayor de 15 y menor de 65 años / Prevalencia esperada de DM2 para grupo etáreo mayor de 15 años y menor de 65.	REM P04	El establecimiento alcanza, al menos, el 24% de compensación efectiva de las personas inscritas mayores de 15 años y menores de 65 años, con diagnóstico de DM2.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto
		3.2. Las personas con dependencia severa	Talleres o educaciones en domicilio a cuidados	Número de talleres o educaciones en domicilio	REM P03	El establecimiento promueve que los	CUMPLE: 1 punto



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRINCIPIOS IRRENUNCIABLES	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
		reciben plan de cuidados domiciliarios desde el establecimiento de atención primaria.	de personas con dependencia severa.	a cuidados de personas con dependencia severa.		cuidadores de personas con dependencia severa asistan a talleres o educaciones en domicilio de prevención del daño del cuidador y de la persona con dependencia severa.	NO CUMPLE :0 pto
			Visitas domiciliarias a personas con dependencia severa inscritas en el establecimiento	Número de visitas domiciliarias a personas con dependencia severa inscritas en el establecimiento	REM A03	El establecimiento realiza visitas domiciliarias a personas con dependencia severa, de acuerdo a protocolo establecido.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

EJE: TECNOLOGÍA

PRINCIPIOS IRRENUNCIABLES	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
CONTINUIDAD	Utilizar la tecnología en la promoción de la salud, prevención, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, rehabilitación o cuidados de largo plazo. Se incluyen los medicamentos, los dispositivos médicos, los procedimientos médicos y quirúrgicos, así como los sistemas organizativos dentro de los cuales se proporciona dicha atención sanitaria.	1.1. El establecimiento cuenta con registro clínico electrónico (mínimo: ficha clínica electrónica y despacho de recetas de farmacia)	Existencia de software o plataforma office para registro clínico electrónico y despacho de recetas de farmacia.	Demostración en terreno del uso del registro clínico electrónico y del despacho de recetas en farmacia.	Fotografías de pantalla (que demuestre existencia de software o plataforma electrónica) tanto para la ficha clínica electrónica como para el despacho de recetas en farmacia.	El establecimiento cuenta con software o plataforma Microsoft Office para registrar atenciones en ficha clínica y para el despacho de recetas en farmacia.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto
		1.2. El establecimiento cuenta con modalidad de reportes de IAAPS, metas sanitarias y programas de ciclo vital, basado en software u otro similar.	Existencia de reportes periódicos en relación a cumplimiento de IAAPS, metas sanitarias y/o programas de ciclo vital, basados en un software u otro similar.	Informes o documentos de reportes periódicos que demuestren periodicidad y extracción mediante uso de software o similar compartidos con los equipos del establecimiento.	Documentos de reportes periódicos que demuestren periodicidad y extracción mediante uso de software o similar (al menos 3)	El establecimiento extrae reportes periódicos de sus resultados IAAPS, metas sanitarias y/o programas de ciclo vital con el fin de ir monitoreando los resultados de su gestión.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRINCIPIOS IRRENUNCIABLES	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
			Mecanismos para difundir los reportes de IAAPS, metas sanitarias y/o programas de ciclo vital, basados en alguna tecnología u otro método.		Documento donde se muestren actas, correos electrónicos, fotografía de paneles u otro mecanismo por el cual el establecimiento ha difundido el reporte de IAAPS, metas sanitarias y/o programas de ciclo vital.	El establecimiento comparte los reportes periódicos con sus equipos mediante reuniones de equipo, email u otro mecanismo, asegurándose de involucrar a todos en la consecución de sus objetivos.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto
INTEGRALIDAD		2.1. El establecimiento se encuentra integrado en la Red Asistencial, mediante el uso de TICs.	Existencia de plataforma informática que permita la coordinación del establecimiento con su red local y/o con la red del Servicio de Salud.	Uso de la plataforma en visita a terreno realizada por el Servicio de Salud.	Fotografías de pantalla (que demuestre uso de software por cada fase) y demostración en terreno del uso de la plataforma informática.	El establecimiento cuenta con una plataforma informática que le permite estar coordinado y comunicado con otras instancias a nivel comunal y/u otras instancias a nivel de Servicio de Salud (con hospitales, por	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRINCIPIOS IRRENUNCIABLES	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
						ejemplo) En ese sentido, se espera que coordine, bajo esas características, al menos una de las siguientes dimensiones: gestión de lista de espera, referencia y contra referencia, GES, gestión clínica, y /o gestión financiera, gestión de compras, gestión de información,, etc.	
CENTRADO EN LAS PERSONAS		3.1. El establecimiento usa TICs aplicada a la prevención y promoción de la salud.	Existencia de alguna TICs para la prevención y promoción de salud, a nivel individual o comunitario tales como: página web, blog, Facebook, Twitter, mensajería	Uso de la TICs, aplicada a la prevención y promoción de salud	Documento o flujograma que muestre cómo se aplica la TIC en las estrategias de prevención y promoción de la salud.	El establecimiento cuenta con al menos una TICs aplicada para la prevención y promoción de salud (incluye uso de redes sociales) a nivel individual, familiar y/o	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRINCIPIOS IRRENUNCIABLES	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
			a celulares, etc.			comunitario.	
		3.2. El establecimiento usa algún tipo de tecnología aplicada a la resolutiveidad.	Existencia de algún tipo de tecnología aplicada a la resolutiveidad (incluye telemedicina, equipamiento u otro)	Uso de la TIC, aplicada a la resolutiveidad.	Documento o flujograma que muestre cómo se aplica la TIC en la resolutiveidad.	El establecimiento cuenta con algún tipo de tecnología aplicada a la resolutiveidad del mismo; incluye telemedicina, equipamiento, base de datos u otro.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

EJE: PARTICIPACIÓN

PRINCIPIOS IRRENUNCIABLES	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
CONTINUIDAD	Comprometer y desarrollar todos los esfuerzos necesarios para promover la participación social en salud como práctica habitual, reconociendo la importancia de su fomento y del trabajo colaborativo con la comunidad.	1.1. El establecimiento busca un vínculo de trabajo con la comunidad y el empoderamiento de la misma.	Existencia de plan de participación social en salud que	Avance cualitativo en relación al plan de participación social, indicando la periodicidad de las actividades y contenido de las mismas.	Documento de informes de avance cualitativo en relación al plan de participación social, indicando la periodicidad de las actividades y contenido de las mismas.	El establecimiento cuenta con Plan Anual de Participación Social, donde se incluyen, al menos, 3 organizaciones distintas al CDL y que se base en un diagnóstico de determinantes sociales de la salud que operan en el territorio. Asimismo, cuenta con sistematización de las actividades que realiza con la comunidad (incluye actas de reuniones con CDL) y con la	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto
			contenga elementos de evaluación y construido con la comunidad.	Pauta de evaluación del plan de participación social en salud.	Pauta de evaluación (completada) del plan de participación social en salud, donde se incluyan los ejes definidos y sus componentes. Lo fundamental es ver que contenga elementos medibles.		



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRINCIPIOS IRRENUNCIABLES	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
						evaluación de éstas	
		1.2. El equipo de salud del establecimiento se vincula con la comunidad del territorio.	Proporción de actividades participativas de desarrollo territorial realizadas.	Número de actividades participativas realizadas/Número de actividades participativas programadas, en un año corrido.	<p>Listado de las actividades participativas realizadas y listado de actividades programadas, ya sea a nivel del establecimiento como a nivel de entidad administradora de salud.</p> <p>Listados de asistencia y registro fotográfico de las actividades realizadas.</p>	El establecimiento desarrolla actividades participativas, en conjunto con el Intersector y sus equipos de cabecera y/u otros definidos por él mismo, buscando la participación social en salud de su territorio. Incluye diálogos ciudadanos en salud, cabildos u otro con la inclusión y participación de autoridades locales,	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRINCIPIOS IRRENUNCIABLES	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
						zonales de salud y comunidad organizada y no organizada.	
		1.3. El establecimiento cuenta con encargado o jefe de Participación Social en Salud.	Encargado de participación con competencias ad/hoc certificadas.	Informe del encargado de Participación Social en Salud.	Documento del Informe del encargado de Participación Social en Salud: identificación, profesión, rol dentro del equipo de cabecera u otro, acreditación de cursos afines y perfil de cargo.	El establecimiento cuenta con un encargado de Participación Social en Salud, el/la cual requiere tener certificación de, al menos, un curso de 40 hrs en: participación social, educación popular, derechos humanos y/o trabajo comunitario. Asimismo, el encargado de Participación Social en Salud se ajusta a perfil de cargo	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRINCIPIOS IRRENUNCIABLES	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
						definido.	
		1.4. El establecimiento destina horas protegidas para el trabajo en participación social en salud.	Encargado/a de participación del establecimiento cuenta con, al menos, 22 hrs. semanales dedicadas al trabajo en participación social.	Presentación de cuaderno o pantallazo de la agenda del profesional encargado de participación social, donde se constate que cuenta con 22 horas semanales dedicadas a la temática	Presentación de cuaderno o pantallazo de la agenda del profesional encargado de participación social	Las agendas de profesionales y administrativos cuentan con tiempos protegidos para realizar trabajo en participación social en salud.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto
			Otros profesionales con tiempo protegido para el trabajo en participación social.	Presentación de cuaderno o pantallazo de la agenda de, al menos, 2 profesionales donde conste que tiene horas dedicadas a participación social	Presentación de cuaderno o pantallazo de la agenda de, al menos, 2 profesionales		
INTEGRALIDAD		2.1. El establecimiento desarrolla diagnóstico	Existencia de diagnóstico	Ejecución de actividades que muestren abordaje	Informe de avance que incluya la ejecución de	El establecimiento cuenta con	CUMPLE: 1 punto



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRINCIPIOS IRRENUNCIABLES	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
		participativo en salud, como herramienta de detección de necesidades de la comunidad.	participativo por cada sector y/o equipo de cabecera.	de problemas priorizados por la comunidad y su difusión.	actividades que abordan los problemas priorizados por la comunidad. Asimismo, se solicitará que demuestren los mecanismos de difusión de las mejoras implementadas a partir de los problemas priorizados de la población.	diagnóstico participativo, por cada sector y/o equipo de cabecera, con participación comunitaria que incluye el análisis de problemas de salud y otros (medioambientales por ej.), identificados por la comunidad, en el sector. Todo esto, debe estar incluido en el Plan de Salud Comunal, indicando un eje de Participación Social en Salud.	NO CUMPLE :0 pto



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRINCIPIOS IRRENUNCIABLES	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
CENTRADO EN LAS PERSONAS		3.1. El establecimiento incluye dentro de la participación social en salud la consulta permanente en relación a la satisfacción usuaria.	Existencia y aplicación de protocolo de Buen trato al usuario (Ley de derechos y deberes)	Uso y cumplimiento de protocolos de Buen trato al usuario (Ley de derechos y deberes), por parte de las personas que otorgan servicios de salud (ya sean administrativos y/o clínicos)	Informe de uso y cumplimiento de protocolos de Buen trato al usuario (Ley de derechos y deberes), por parte de las personas que otorgan servicios de salud (ya sean administrativos y/o clínicos) Además, se solicitará que demuestren mecanismos usados para la difusión y toma de conocimiento de todos los miembros del establecimiento.	El establecimiento usa, al menos, dos mecanismos para asegurar la satisfacción de las personas que acceden a sus servicios: encuestas de satisfacción usuaria y protocolo de atención al usuario.	presenta protocolo y actas de reuniones CUMPLE: 1 punto presenta solo protocolo: 0,50puntos presenta solo actas: 0,50puntos no presenta nada NO CUMPLE :0 pto
			Aplicación de encuesta de satisfacción usuaria (incluye evaluación Bono Trato al Usuario) y plan de	Informe de análisis de los resultados de la(s) encuesta(s) de satisfacción usuaria, con participación del equipo de salud, gremios y	3 documentos de Informe de análisis de los resultados de la(s) encuesta(s) de satisfacción usuaria, con participación del equipo de salud,		



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRINCIPIOS IRRENUNCIABLES	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
			implementación de mejora continua a partir de sus resultados.	comunidad.	gremios y comunidad.		



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

EJE: DESARROLLO DE LAS PERSONAS

PRINCIPIOS IRRENUNCIABLES	OBJETIVO	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
CONTINUIDAD, INTEGRALIDAD Y CENTRADO EN LAS PERSONAS	Trabajar en pos de la organización de las personas, su desempeño y desarrollo de competencias con énfasis en el fomento del capital humano y en la construcción de ambientes laborales orientados a la obtención de impacto sanitario, con visión de salud pública.	1.1. La entidad administradora de salud o el establecimiento cuenta con perfiles de cargo y roles, difundidos y conocidos.	Construcción consensuada de perfiles y roles de cargos directivos (director comunal de salud, director de establecimientos, equipo gestor, jefe del SOME, entre otros) Difundidos y conocidos por el equipo.	Informe de Perfiles de cargos directivos definidos. Asimismo, debe demostrar el mecanismo usado para su difusión dentro de los equipos (email, memo, ordinario, circulares, diario mural, entre otros)	Documento con perfiles de cargo solicitado. Mecanismo usado para su difusión dentro de los equipos (email, memo, ordinario, circulares, diario mural, entre otros)	La entidad administradora de salud o el establecimiento cuenta con roles y perfiles de cargo definidos para, al menos, los siguientes cargos: director comunal de salud, director de establecimientos, equipo gestor, jefe del SOME, entre otros) Éstos son difundidos y conocidos por los equipos.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRINCIPIOS IRRENUNCIABLES	OBJETIVO	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
		1.2. El establecimiento cuenta con la dotación adecuada para llevar a cabo el Plan de Salud Comunal.	Definición de la dotación por cada establecimiento necesaria para el desarrollo del Plan de Salud Comunal, autorizada por Consejo comunal y el Servicio de Salud respectivo	Documento de dotación esperada para el establecimiento en base a las definiciones del Plan de Salud Comunal	Documento de dotación autorizada por consejo municipal y servicio de salud para el establecimiento	El establecimiento cuenta con dotación adecuada para poder llevar a cabo todas las prestaciones que se incluyen en el Plan de Salud Comunal, mediante mecanismos de concurso público (al menos, el 80% de la dotación debe haber ingresado por concurso público).	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto
	Modalidad de ingreso de dotación, según Ley 19.378 (concurso público)		Resolución de nombramiento del último concurso público realizado.	Resolución de nombramiento del último concurso público realizado.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto		
	Dotación real acorde al plan comunal para el año en curso.		Número del total de horas de dotación real por categoría/Total de horas dotación definida en el plan de salud.	Plantilla excel con los cálculos solicitados por cada estamento presente en el establecimiento.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto		



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRINCIPIOS IRRENUNCIABLES	OBJETIVO	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
		1.3. El establecimiento capacita a las personas que trabaja en el sobre el Modelo de Atención Integral de salud familiar y comunitario, orientado al desarrollo de competencias	Planificación de educación continua para todos las personas del equipo y la evaluación de ésta.	La planificación de educación continua para todos los funcionarios y documento de evaluación	Documento que demuestre la planificación de educación continua para todos los funcionarios y la evaluación de ésta (incluye Plan de Capacitación Comunal)	El establecimiento cuenta con un plan de capacitación continua y la evaluación del mismo	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto
			Proporción de personas capacitadas en cursos de capacitación basados en el Modelo de Atención Integral de Salud	Número de personas de la dotación capacitadas en relación al Modelo/Número total de personas de la dotación* 100.	Listado de personas capacitadas en el Modelo (nombre, RUT y cargo) y Listado de personas de la dotación (nombre, RUT y cargo) (planilla Excel que permita hacer el cálculo)	El 90% del equipo del establecimiento recibe capacitación continua en contenidos y desarrollo de habilidades relacionados con el Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRINCIPIOS IRRENUNCIABLES	OBJETIVO	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
		1.4. El establecimiento procura mejorar continuamente el ambiente laboral.	Diagnóstico del clima laboral para el desarrollo de planes anuales de mejoramiento del mismo	Realizar el diagnostico de clima laboral y plan anual de mejoramiento (incluye planes de autocuidado, cuidado del equipo y preventivo laboral)	Último diagnóstico de clima laboral y plan de mejora desarrollado por el establecimiento o por la entidad administradora de salud a sus establecimientos.	El establecimiento cuenta con mecanismos para mejorar continuamente el clima laboral de las personas que trabajan en él. En ese sentido, al menos, evalúa el clima laboral cada dos años.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto
			Ingreso al sistema de reconocimiento como Lugar de Trabajo Promotor de Salud (SEREMI)	El establecimiento cuenta con documentación para certificación del centro como : Lugar de trabajo Promotor de la Salud	Según etapa: carta de compromiso LTPS o acta cumplimiento LTPS o Certificado de reconocimiento LTPS		CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 pto



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

PRINCIPIOS IRRENUNCIABLES	OBJETIVO	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
		1.5. La entidad administradora de salud o el establecimiento considera el desarrollo de la carrera funcionaria.	Existencia Definición de carrera funcionaria considerando todos los componentes de la ley, con reglamento local.	Carrera funcionaria considerando todos los componentes de la ley, con reglamento local	a) Reglamento carrera funcionaria local, por establecimiento o por entidad administradora de salud. b) Re-encasillamiento anual de las personas de todas las categorías.	El establecimiento o la entidad administradora de salud cuenta con una carrera funcionaria definida (mediante reglamento) tomando en consideración la ley vigente.	CUMPLE Tiene ambas: 1 punto Tiene solo una : 0.5 punto NO CUMPLE :no tiene ninguna :0 pto



5. ANEXOS

CARTOLA FAMILIAR

1) Antecedentes generales:

- Familia:
- Dirección:
- Unidad Vecinal:
- Puntaje Ficha Social:
- Establecimiento:
- Sector:

2) Identificación Grupo Familiar

Nº Ficha	RUT	Nombres	Apellidos	Relación o Parentesco	Nacionalidad	Fecha Nac.	Estado Civil	Escolaridad	Ascendencia pueblo originario y/o inmigrante	Actividad productiva	Participación Comunitaria	Patología Crónica	Control Pat. Crónica o Discapacidad

3) Genograma *(incluir alguna simbología necesaria)*

4) Antecedentes de la Familia

- Fecha:
- Motivo: *(si corresponde a estudio de familia)*
- Etapa Ciclo Vital Familiar:



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

5) Clasificación de Riesgo: debe ser determinado a nivel local o comunal, algunas sugerencias son:

- a) Biológicos: DM, HTA, Cáncer, Enfermedad Mental, EPI, AVE, VIH, ITS, SBOR, Niños con Déficit del Desarrollo Psicomotor, Malnutrición, Discapacidad, Postrado.
- b) Socioeconómicos: Cesantía, Analfabetismo, Hacinamiento, Allegados, Promiscuidad, Ausencia de Redes, Problemas legales, Vivienda precaria, Contaminación, uso de carbón/leña.
- c) Psicosociales: Consumo de Alcohol y Drogas, Trastornos Psiquiátricos descompensados, VIF, Abuso Sexual, Maltrato Infantil, AM abandonado, SDA, Embarazo Adolescente, Deserción Escolar, Delincuencia, Trabajo infantil, Crisis no normativa, Integrante de la familia con situación migratoria o inmigratoria irregular, Baja adherencia a tratamiento. Alteración de vínculos familiares: trastorno del apego, jerarquía invertida, coaliciones, poco control paterno.

6) Factores Protectores

Jerarquía dentro de la familia, actividades familiares, comunicación directa, adaptabilidad, redes de apoyo, participación comunitaria, buen nivel de escolaridad (8° básico), manifestación de afecto, trabajo estable, vivienda adecuada, actividad física frecuente, complementariedad de roles, necesidad vitales cubiertas, necesidades recreacionales cubiertas, optimismo.

7) Estructura Familiar

Extendida, nuclear monoparental, nuclear biparental, reconstituida, dinámica familiar (si corresponde a estudio de familia) otros.

9) Intervenciones

- Plan de trabajo:
- Fecha:
- Actividad:
- Resultado:
- Derivado a:
- Fecha de alta o reingreso:



6. GLOSARIO Y ABREVIATURAS

Empoderamiento

Al decir de Zimmermann (2000), se entiende como empoderamiento a la habilidad de la gente para comprender y controlar las fuerzas personales, políticas, sociales y económicas para tomar decisiones que mejoren sus vidas^{vii}.

Asimismo, Ortiz-Torres (1992) lo define como el proceso por el cual los individuos, grupos, organizaciones y comunidades desarrollan un sentido de control sobre sus vidas, para actuar eficientemente en el ambiente de lo público, tener acceso a recursos y promover cambios en sus contextos comunes^{viii}.

Para la OMS^{ix}, el empoderamiento tiene un nivel poblacional y otro individual, ya que consiste en un proceso social multidimensional, a través del cual los individuos y los grupos logran un mejor conocimiento y mayor control sobre sus vidas. Como consecuencia de ello, pueden transformar su entorno social y político para mejorar sus circunstancias vitales que están relacionadas con la salud.

Según Paulo Freire^x para el empoderamiento, el modelo educativo debe ser de Acción -Reflexión - Acción y se puede describir de la siguiente manera:

1. Parte de las propias experiencias.
2. Se realiza un diálogo sobre las experiencias que favorezcan la interpretación de la realidad.
3. Identificar las causas a partir de la problematización de las situaciones.
4. Pasar de la reflexión a la acción y con esto el cambio personal y social.

Se pasa de una conciencia no reflexiva a una conciencia crítica. Se basa en un diálogo y negociación en un plano horizontal.

Interculturalidad

La interculturalidad apunta a un cambio de actitud y a un cambio cultural en el sistema de salud, que permite abordar la salud desde una perspectiva amplia y establecer otras redes de trabajo para proveer servicios acordes a las necesidades, respetando la diversidad cultural y el saber de los pueblos originarios. Ello significa reconocer las particularidades de cada pueblo y territorio, respetar, proteger y garantizar la pluralidad cultural y la legitimidad del patrimonio cultural de los pueblos originarios, inmigrantes.



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

Así, el enfoque de equidad en salud y pueblos indígenas se sustenta en el reconocimiento de la existencia de mundos socioculturales diversos, donde se encuentran distintas formas de entender y enfrentar el proceso de salud-enfermedad; el sistema médico occidental y la visión holística de los pueblos originarios. El desafío actual es traducir la equidad en acciones específicas: considerar el enfoque intercultural en la organización y provisión de atención en la Red Asistencial de Servicios de Salud.

Por otra parte, dar cabida y acceso a salud o medicina integrativa.

Equipo Gestor o Directivo

Corresponde a los profesionales que asesoran a la Direcciones de los establecimientos en áreas estratégicas del desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Se sugiere constituirlo conforme la organización funcional del establecimiento. Las experiencias locales observadas, incorporan a jefes de sectores, referentes técnicos, jefe SOME y representante del CDL.

Equipo de Salud Territorial (sector o cabecera)

Es el subconjunto de miembros del equipo de salud para hacerse cargo del cuidado continuo de la población de un territorio, encargado de coordinar las respuestas organizadas frente a las necesidades de esas personas y familias, favoreciendo un mejor uso de los recursos familiares, institucionales y comunitarios. Un equipo de cabecera básico estará constituido de acuerdo a la realidad de cada establecimiento en cuanto a dotación, demanda asistencial y organización interna.

Guías Anticipatorias

Conjunto de pautas interactivas que se entregan a una persona, pareja o familia, con el fin de comprender mejor los eventos que se suceden a lo largo del ciclo vital individual y/o familiar y que pueden tener implicancias en el plano biológico, psicológico o social, cuya adaptación es posible anticipar y por ello prevenir.

Participación Social en Salud

La Ley N° 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la gestión pública, institucionaliza la Participación Ciudadana en el país, cuya misión establecida por ley es: "Fomentar la participación ciudadana para promover una cultura de corresponsabilidad, fortaleciendo los espacios de comunicación entre el gobierno y la ciudadanía, aumentando la transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad de las políticas



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

públicas”. La participación promueve la superación de la pobreza y el desarrollo humano, facilitando a las personas el acceso al poder en la toma de decisiones que afectan su vida y el mayor control de las condiciones que intervienen en su salud y la atención de salud.

En este punto se debe explicitar la inclusión multicultural, amplia, a considerar: pueblos originarios, población inmigrante, otras personas o grupos que den cuenta de la diversidad

Plan de Capacitación consensuado

Determina las principales necesidades y prioridades de capacitación disminuyendo significativamente las brechas de competencia de las personas que componen la atención primaria de salud alineado con el plan de salud comunal. Las necesidades de capacitación deben ser levantadas a partir de un trabajo participativo entre los funcionarios y las direcciones de salud.

Salud de inmigrantes

Estrategias de atención de salud a la población extranjera que vive en nuestro país, con particular atención a la población inmigrante no regulada, eliminar barreras de acceso a los servicios de salud (económicas, previsionales, de información, geográficas, culturales, lingüísticas y administrativas). Condiciones de mayor vulnerabilidad y pobreza afectan a inmigrantes, particularmente no regulados.

Respecto a las mujeres embarazadas en situación migratoria irregular, rige el oficio circular 1179 del 2003 y el oficio circular 6232 de 2007, que establece se otorgue visa de residencia temporaria, si es que se controlan en el respectivo consultorio. Los extranjeros no regularizados tendrán derecho a la atención de urgencia en la red pública de salud, o en forma privada. Los bienes públicos en salud como inmunizaciones y controles nutricionales, se brindarán a toda la población, indistintamente de su situación migratoria. En 2008 se estableció un mecanismo para que los menores de 18 años migrantes accedan a la atención de salud y a la regularización temporaria de su situación migratoria.

Se recomienda el registro de la nacionalidad y país de procedencia en los registros locales, lo que permitirá realizar diagnóstico de acceso y situación de salud de la población migrante, así como de sus condiciones de vida, especialmente acceso a vivienda, servicios básicos y cuidado infantil.



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

Cuenta pública participativa

Es un proceso que dispone espacios de diálogos e intercambio de opiniones entre las autoridades locales y la comunidad con el propósito de dar a conocer la gestión realizada para posteriormente evaluarla, generar transparencia, condiciones de confianza y garantizar el ejercicio del control ciudadano sobre la administración pública.

ABREVIATURAS

GA. Guía Anticipatoria

JUNJI: Junta Nacional de jardines Infantiles

INTEGRA

SECPLA: Secretaria de planificación comunal

DIDECO: Dirección de desarrollo comunal

DPTO: Departamento

OH: Alcohol

DM2: Diabetes Mellitus 2

HTA: Hipertensión arterial

SAPU: Servicio de Atención Primaria de urgencia

IC: Interconsulta

NM: Neumonía

LTPS: Lugar de Trabajo Promotor de Salud



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

7. AUTORES

La elaboración de este Instrumento de evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, estuvo a cargo de una comisión de carácter Ministerial que fue coordinada por Margarita Barría Iroume, profesional de la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud. A continuación se mencionan los autores y quienes efectuaron la revisión del mismo

Nombre	Profesión y títulos	Institución
Ivonne Ahlers Moreno	Enfermera de la Universidad de Chile ;diplomada en Gestión Social de Salud; diplomada en Desarrollo Organizacional y Gestión del Cambio	Directora del Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile; ex directora de Establecimientos de APS durante 12 años y ex directora de Salud Comunal durante 3 años
Margarita Barría Iroumé	Enfermera, Magister en Salud pública, mención en Epidemiología. Diplomada en Coaching Organizacional	Departamento de Modelo, División de Atención Primaria
Ximena Barros Rubio	Trabajadora Social PUC (2006) Magister en Ciencia Política, mención Política Pública UC (2011)	Asesora Técnica, Departamento de Atención Primaria - SS Metro Sur Oriente.
Lidia Campodónico	Médico de Familia	Jefa Departamento Técnico de Salud-SSMS, Ex Directora CESFAM San Joaquín, Coordinadora Comunidad de Prácticas APS
Giovanna Rojas R. T	Terapeuta ocupacional	Dirección de Salud Corporación Municipal de San Miguel
Marta Saavedra	Trabajadora Social; diplomada en Gestión Pública Local (U. de Chile) y diplomada en Promoción de Salud (I.S. Carlos III, Madrid, España).	Jefa de Unidad de Participación Social y OIRS, Servicio de Salud Metropolitano Norte.
Eliana Varas	Profesora Biología y Ciencias, Diplomada en Salud Pública y Salud Familiar, Diplomada en Gerencia Social y Políticas Públicas.	Departamento de Modelo, División de Atención Primaria Ex directora de Atención Primaria Servicio de Salud Metropolitano Occidente. Ex Asesora de la Dirección de Salud Corporación Municipal de Lo Prado.



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

Revisaron el instrumento y realizaron aportes:

Nombre	Profesión	Lugar de trabajo
Ana María León	Medica de familia	Jefe de Atención Primaria Servicio de Salud Araucanía Norte
Andrea Bravo Zúñiga	Nutricionista	Equipo departamento de promoción de la salud y participación ciudadana, DIPOL
Angelina Dois Castellón	Enfermera matrona	E.M. Magister en psicología de la salud. Pontificia Universidad Católica. Escuela de Enfermería Departamento de Salud del Adulto y Senescente
Anselmo Cancino Sepúlveda.	Asistente Social	Equipo departamento de promoción de la salud y participación ciudadana, DIPOL
Astrid Brunner Halpern	Medica de familia	Universidad Católica de Chile, directora red centros de salud familiar Ancora
Bárbara Donoso Contreras.	Asistente Social	Equipo departamento de promoción de la salud y participación ciudadana, DIPOL
Carmen Gloria Gonzalez	Psicóloga	Equipo departamento de promoción de la salud y participación ciudadana, DIPOL
Carolina Cobos Suarez	Enfermera	Equipo departamento de promoción de la salud y participación ciudadana, DIPOL
Julio Montero Castro	Medico	Director CESFAM Piedra del Águila
Francisca Toro Leizen	Medica de familia	Asesora gabinete Subsecretaría de redes asistenciales, MINSAL
Gonzalo Díaz	Matrón	Departamento de gestión de la información, Servicio de Salud Araucanía Norte
Gonzalo Flores Ahlers	Ingeniero Civil Industrial	Académico del Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

Nombre	Profesión	Lugar de trabajo
Irma Vargas Palavicino	Nutricionista	Jefa Departamento Modelo de Atención Primaria, División de Atención Primaria, Dra., en sociología, Universidad de Salamanca, España.
Jhonny Acevedo Ayala	Matrón	Académico del Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile
Juan Ilabaca Mendoza	Nutricionista	Departamento de Modelo de Atención Primaria, División de Atención Primaria
Marcela Larrea Quintanilla	Medica de familia	Asesora Servicio de Salud Metropolitano Norte
Marcelo Vasquez León	Asistente Social	Académico del Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar Universidad de Chile
Marcos Barrientos Segura	Psicólogo	Equipo Modelo, Servicio de Salud metropolitano Norte
Ricardo Mercado Gore	Médico de familia	Departamento de Salud I.M. La Florida
Ruth María Depaux Vega	Medica de familia	Académica Universidad de Chile
Sandra Jiménez	Medica de familia	Jefe de Atención Primaria, Servicio de Salud de Osorno
Sandra Paola Fabijanovic Canales	Matrona	Directora de CESFAM Quinta de Tilcoco
Soledad García Budinich	Medica de familia	Asesora Departamento de Atención Primaria y articulación de la Red Servicio de Salud Araucanía Sur
Víctor Díaz Aguilera	Kinesiólogo	Equipo departamento de promoción de la salud y participación Ciudadana, DIPOL



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

Validación del instrumento

El instrumento fue validado en 2 Servicios de Salud de la Región Metropolitana: Servicio de Salud Metropolitano Norte y Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Queremos agradecer en forma especial al equipo del Servicio de Salud Metropolitano Norte, a los profesionales de la Subdirección de Gestión Asistencial que se involucraron en el proceso de revisión de la pauta, aportando con su análisis e ideas a construir un mejor instrumento.

Los Centros que realizaron la auto aplicación del instrumento fueron:

- CESFAM Alberto Bachelet y CESFAM Juanita Aguirre: comuna de Conchalí
- CESFAM Cristo Vive: ONG, comuna de Recoleta
- CESFAM Recoleta, CESFAM Petrinovic CESFAM Patricio Hevia comuna de Recoleta.
- CESFAM Esmeralda y CESFAM Colina: comuna de Colina
- CESFAM Manuel Bustos y CESFAM Salvador Allende comuna de Quilicura.

Del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente participaron: Puente Alto, Pirqué, La Florida, San Ramón



8. BIBLIOGRAFIA

-
- ⁱ Ministerio de Salud (1993): De Consultorio a Centro de Salud. Marco Conceptual. 1ª edición.
- ⁱⁱ Ministerio de Salud (2008): En el Camino a Centros de Salud Familiar. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- ⁱⁱⁱ Ministerio de Salud (2013): Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitaria. Subsecretaria de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria.
- ^{iv} *Ibídem.*
- ^v *Ibídem.*
- ^{vi} Donabedian, A. (1980): The Definition of Quality and Approaches to Its Management. Vol1. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press.
- ^{vii} Silva, Carmen, & Martínez, María Loreto. (2004). Empoderamiento: Proceso, Nivel y Contexto. *Psykhe (Santiago)*, 13(2), 29-39. Recuperado en 29 de diciembre de 2014, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282004000200003&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0718-22282004000200003.
- ^{viii} A.Sarria Santamera, F.Villar Alvarez: Promoción de la salud en la comunidad, Universidad Nacional de Educación a Distancia, 2014 pág. 375.
- ^{ix} Empoderamiento del usuario de salud mental– declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS CITA OMS. H http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Declaracion_Empoderamiento_OMS.pdf