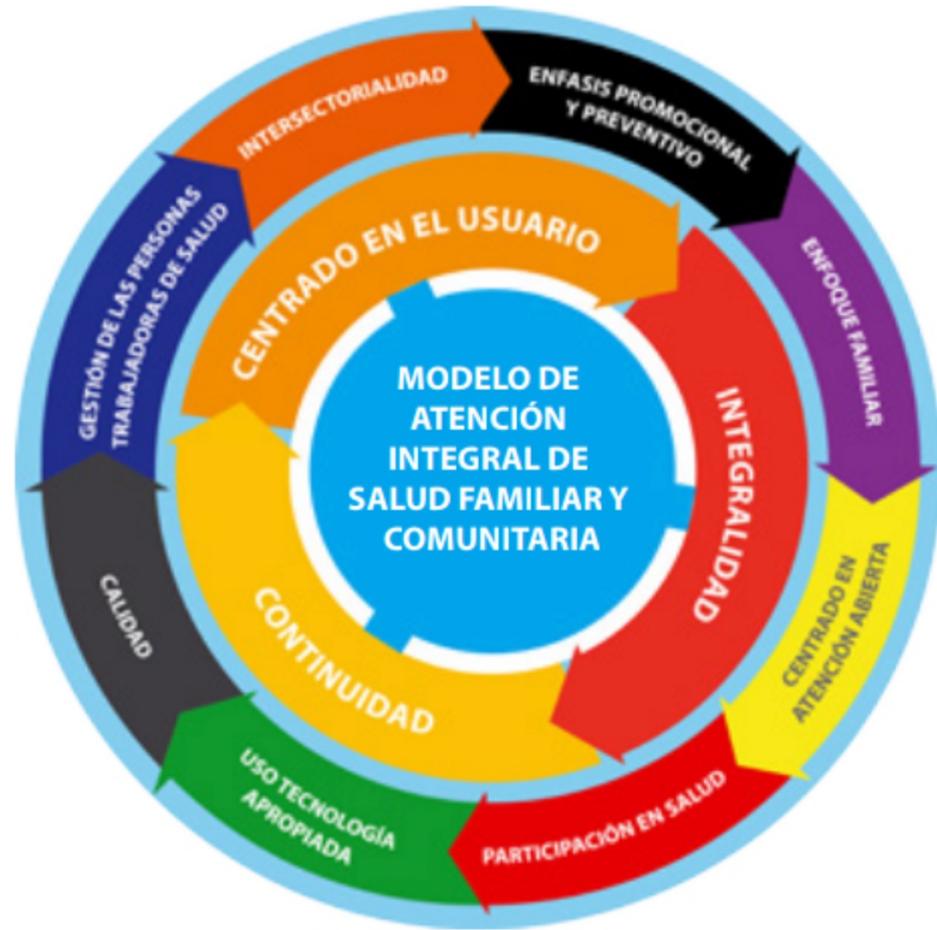


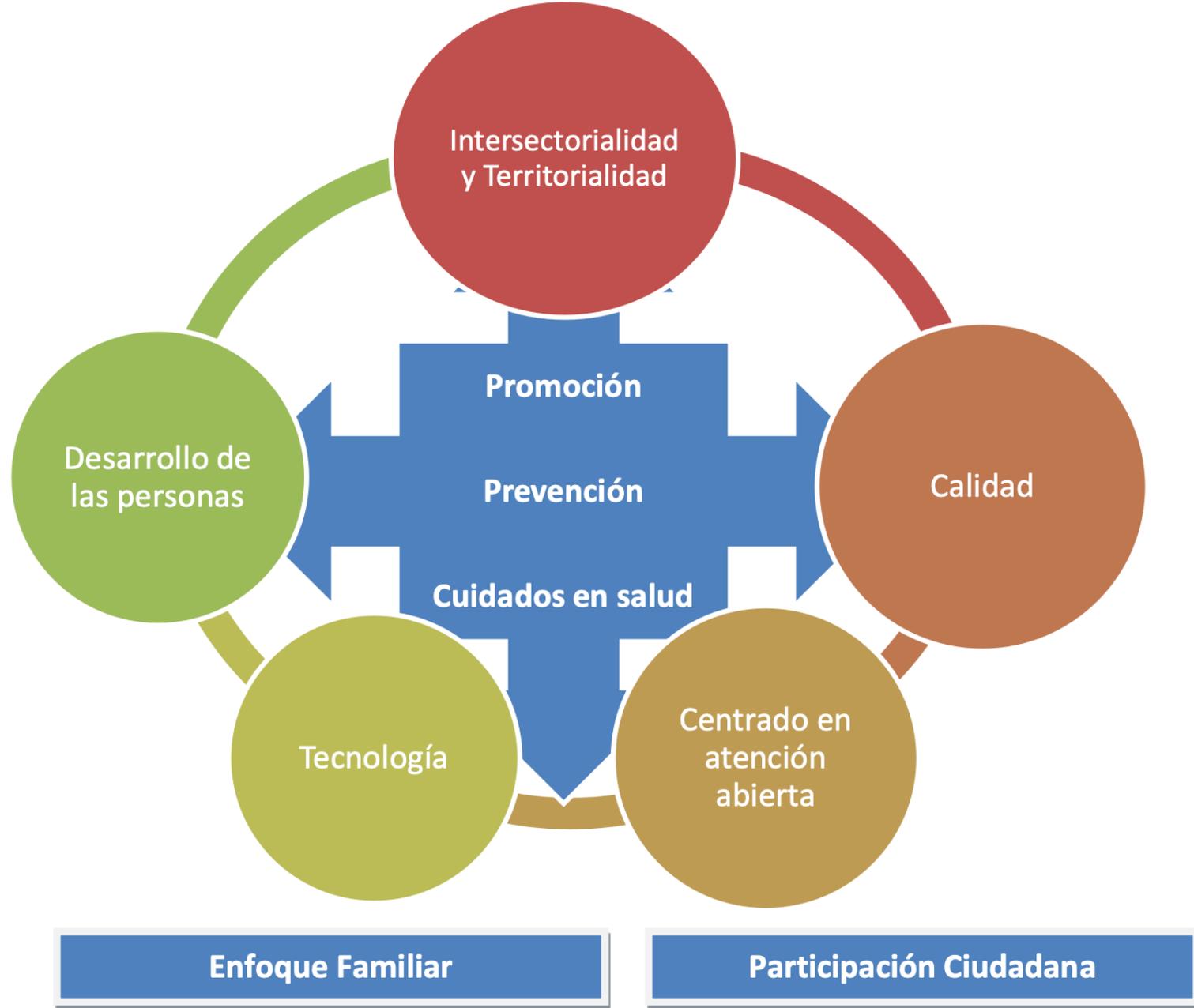
# Pauta MAIS:

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

Klgo. Claudio Gómez Espinoza MCs.

# Principios del Modelos de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria





**Figura 1. Interrelación de los ejes del instrumento de evaluación**

# Descripción 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 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:

**EJE: PROMOCIÓN**

PRINCIPIOS	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 con pertinencia cultural 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)	1.1.1. Mujeres embarazadas que se les aplica guía anticipatoria de acuerdo a procedimiento definido localmente para la entrega de la guía	Revisión de 5 fichas de usuarias, seleccionadas aleatoriamente, donde se les haya realizado ingreso de embarazo, para detectar la entrega de guía anticipatoria, conforme protocolo o documento definido localmente	Fichas clínicas de gestantes ingresadas por embarazo a controles prenatales en el establecimiento de atención primaria. Protocolo /documento que define proceso de entrega de la guía	Al menos 3 de las 5 fichas de embarazadas auditadas cuenta con el registro de entrega de guía anticipatoria conforme protocolo o documento definido, en el ingreso de embarazo	<p>CUMPLE 1 punto: 5 fichas con registro de entrega de guía anticipatoria conforme protocolo definido y documento/protocolo que define proceso de entrega de la guía</p> <p>CUMPLE 0,8 punto: 4 fichas</p> <p>CUMPLE 0,6 punto :3 fichas</p> <p>NO CUMPLE 0 punto</p> <p>No aplica en postas de salud rural en caso de no tener población definida</p>

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

PRINCIPIOS	OBJETIVO	COMPONENTE	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO DE VERIFICACIÓN	MINIMO REQUERIDO	Puntaje
	Estimular la participación y rol que juega la comunidad local y el Intersector en lo que respecta a promoción de salud	1.6. Comunidad activa en la promoción de la salud.	1.6.1. Formulación del Plan Trianual de Promoción de Salud, donde se verifique la participación de la comunidad, el intersector y se verifique acciones que incluyan todos los establecimientos de APS comunales.	Plan Trianual de Promoción de Salud formulado.	Documento del Plan Trianual de Promoción de Salud.	El establecimiento cuenta con Plan Trianual de Promoción de Salud, en el que se evidencie la participación de la comunidad, el intersector y del equipo de salud del centro de salud.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 punto
			1.6.2. 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. Presentación de uno de los proyectos	El establecimiento cuenta con, al menos, 2 proyectos elaborados desde la comunidad, con enfoque de promoción en salud, que se estén desarrollando el año en curso y realiza presentación de uno de los proyectos.	CUMPLE 1 punto: Documento con, al menos, 2 proyectos elaborados desde la comunidad y realiza presentación de uno de ellos CUMPLE 0,8 punto: Documento con, al menos, 2 proyectos elaborados desde la comunidad CUMPLE 0,5 punto: Presentación de uno de los proyectos NO CUMPLE :0 punto

# Descripción de los ejes

- 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.

**EJE: PREVENCIÓN EN SALUD**

PRINCIPIO	OBJETIVO	COMPONENTES	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
CONTINUIDAD	Proporcionar consejerías, durante todo el curso de vida del individuo y familia, para prevenir la aparición de enfermedades o atenuar las consecuencias de ellas.	1.1. Adolescentes reciben actividades preventivas (consejerías) en diversos temas relacionados con sus necesidades individuales en el contexto de su curso de vida y perfil epidemiológico local	1.1.1. Revisión de 3 fichas clínicas seleccionadas aleatoriamente, de adolescentes inscritos en el establecimiento de atención primaria que reciben consejería,	Ficha clínica donde constate que recibe consejería	Auditoría de fichas clínicas	El establecimiento realiza consejerías a población adolescente en temas acorde a su curso de vida. A lo menos 3 fichas clínicas donde constate que recibe consejería	CUMPLE 1 punto: 3 fichas clínicas donde constate que recibe consejería NO CUMPLE: 0 puntos  <i>No aplica en postas de salud rural en caso de no tener población definida</i>
		1.2. Mujeres de 20 a 64 años reciben actividades preventivas (consejerías) en el contexto de su curso de vida y perfil epidemiológico local	1.2.1. Revisión de 3 fichas clínicas seleccionadas aleatoriamente, de mujeres de 20 a 64 años inscritas en el establecimiento de atención primaria, que reciben consejería.	Ficha clínica donde constate que recibe consejería	Auditoría de fichas clínicas	El establecimiento realiza consejerías a mujeres inscritas en el establecimiento, acorde a su curso de vida. A lo menos 3 fichas clínicas donde constate que recibe consejería	CUMPLE 1 punto: 3 fichas clínicas donde constate que recibe consejería NO CUMPLE: 0 puntos  <i>No aplica en postas de salud rural en caso de no tener población definida</i>

# Descripción de los ejes

- 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.

**EJE SALUD FAMILIAR**

PRINCIPIO	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.	1.1.1. Existencia de documento, guía de abordaje o protocolo en uso 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 a lo menos con 1 documento, guía de abordaje o protocolo en uso, de crisis normativas (de mayor prevalencia en el establecimiento, detectado mediante diagnóstico participativo, epidemiológico u otro) con guías de abordaje o protocolo en funcionamiento. Así mismo el establecimiento debe haber aplicado estos protocolos a sus familias	<p>CUMPLE 1 punto: 3 fichas clínicas donde consta uso del protocolo</p> <p>CUMPLE 0,75 punto: Tiene 2 fichas clínicas donde consta uso del protocolo</p> <p>CUMPLE 0,50 punto: Tiene 1 ficha clínica donde consta uso del protocolo</p> <p>CUMPLE 0,25 punto: Solo cuenta con el protocolo</p> <p>NO CUMPLE: 0 punto</p>

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

PRINCIPIO	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
		1.2. Las familias que tienen o han tenido algún integrante hospitalizado u otra crisis no normativa a definir, según diagnóstico local, reciben acompañamiento y asistencia en esta crisis no normativa.	1.2.1. Existencia de documento, guía de abordaje o protocolo en uso para asistir a familias que tengan o hayan tenido algún integrante hospitalizado (considerando lo anterior como crisis no normativa), según diagnóstico de salud de su establecimiento.	Revisión de 3 fichas clínicas de personas inscritas que hayan tenido un integrante hospitalizado (considerando lo anterior como crisis no normativa), según diagnóstico local para constatar el uso del protocolo o guía de abordaje.	Ficha clínica de personas que hayan sido hospitalizadas u otras crisis no normativas a definir según diagnóstico local y se encuentren inscritos en el establecimiento.	El establecimiento cuenta con un documento, guía de abordaje o protocolo en uso para asistir a familias con algún integrante, que haya sido hospitalizado o que lo esté aún, u otra crisis no normativa a definir, según diagnóstico local. Así mismo el establecimiento debe haber aplicado este protocolo a sus familias	CUMPLE 1 punto: 3 fichas clínicas donde consta uso del protocolo CUMPLE 0,75 punto: Tiene 2 fichas clínicas donde consta uso del protocolo CUMPLE 0,50 punto: Tiene 1 ficha clínica donde consta uso del protocolo CUMPLE 0,25 punto: Solo cuenta con el protocolo NO CUMPLE: 0 punto
INTEGRALIDAD	Proporcionar apoyo y abordaje a familias con factores de riesgo familiar leve a moderado, con el fin de mejorar sus condiciones de vida, a través de	2.1 Equipo multidisciplinario del establecimiento de atención primaria evalúa e interviene en familias con riesgo familiar de forma integral.	2.1.1. 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 (equivale a cartola familiar) /Número de familias inscritas *100	REM P 07	El establecimiento cuenta con un sistema de evaluación de familias inscritas (mecanismo de screening, conocido como cartola familiar u otro) y lo aplica al 30% de las familias inscritas.	CUMPLE 1 punto: Aplicado al 30% o más familias inscritas y con cartola CUMPLE 0,6 punto: Aplicado al 29% a 25% familias inscritas y con cartola CUMPLE 0,3 punto: Aplicado a 24% a 20% de familias inscritas y con cartola NO CUMPLE 0 punto: Aplicado a menos de 20% de familias

# Descripción de los ejes

- 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)

PRINCIPIO	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
INTEGRALIDAD	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	2.1. El establecimiento desarrolla diagnóstico participativo en salud, como herramienta de detección de necesidades de la comunidad.	2.1.1. Existencia de diagnóstico participativo por cada sector y/o equipo de cabecera, con participación comunitaria y enfoque intercultural, que incluya el análisis de problemas de salud en el sector, identificados por la comunidad.	N° de sectores que participan/N° total de sectores del establecimiento.	Informe de diagnóstico y plan participativo que incluya: objetivos, metodología utilizada, problemas priorizados, acciones a implementar, responsables, cronograma, recursos y listado de participantes.	El establecimiento cuenta con diagnóstico participativo, por cada sector y/o equipo de cabecera, con participación comunitaria que incluye el análisis de problemas de salud y otros identificados por la comunidad y con plan participativo que incorpora los hallazgos del diagnóstico participativo.	CUMPLE 1 punto: cuenta con diagnóstico y plan participativo CUMPLE 0,5 punto: cuenta solo con diagnostico participativo o solo con plan Participativo NO CUMPLE: 0 punto

# Descripción de los ejes

- V. Calidad:** Al decir de Avedis Donabedian<sup>vi</sup>, 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.

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

PRINCIPIO	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	MECANISMO DE CÁLCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
		3.2. El establecimiento destina horas protegidas para el trabajo en calidad.	3.2.1. Encargado/a de calidad con, al menos, 22 horas. Semanales dedicados al trabajo en calidad	Establecimiento cuenta con encargado de calidad con a lo menos 22 horas semanales dedicadas a la temática, con delegación de funciones en dicha temática y agenda del profesional, con tiempo dedicado a calidad	<p>Presentación de nombramiento oficial (memo interno con horas y funciones) de encargado de calidad)</p> <p>Presentación de impresión de pantalla de la agenda del profesional encargado de calidad</p> <p>Programa de calidad institucional anual, que incorpore el tiempo protegido.</p>	<p>El establecimiento cuenta con encargado de calidad con nombramiento oficial (memo interno con a lo menos 22 horas y delegación de funciones en la temática); agenda del profesional con tiempos protegidos para realizar trabajo en calidad, y Programa de calidad institucional anual, que incorpore el tiempo protegido.</p>	<p>CUMPLE 1 punto: cuenta con encargado de calidad 22 horas semanales con nombramiento oficial, agenda con tiempo dedicado a la calidad y Programa de calidad institucional anual, que incorpore el tiempo protegido</p> <p>CUMPLE 0,5 punto: cuenta con encargado de calidad 22 horas semanales con nombramiento oficial y agenda con tiempo dedicado a la calidad.</p> <p>CUMPLE 0.3 punto: Cuenta con encargado de calidad 11 horas semanales con nombramiento oficial y agenda con tiempo dedicado a la calidad</p> <p>NO CUMPLE 0 punto: no cuenta con encargado</p> <p><i>No aplica en postas rurales de salud</i></p>

PRINCIPIO	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	MECANISMO DE CÁLCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
		2.2. El establecimiento se encuentra desarrollando acciones necesarias para instalar una cultura de calidad, y con pertinencia intercultural, levantada a partir de las necesidades de las personas.	2.2.1. Existencia de planes de mejora continua que aborde problemas pesquisados en Diagnósticos Participativos, OIRS, estudio de satisfacción de las personas, análisis de coberturas, resultados, entre otros.	Plan de mejora continua que demuestre incorporación de las necesidades de las personas del establecimiento y metodología de abordaje.	Documento de plan de mejora continua elaborado localmente con participación de representantes de la comunidad en el establecimiento y/o en la entidad administradora de salud.	El establecimiento cuenta con un plan de mejora continua elaborado con participación de la comunidad, 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. Documento con firmas de participantes en la elaboración del plan.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE: 0 punto
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.	3.1.1. 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, considerando epidemiología local.	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, considerando epidemiología local.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE: 0 punto

# Descripción de los ejes

- 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.

**EJE: INTERSECTORIALIDAD Y TERRITORIALIDAD**

PRINCIPIO	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
CONTINUIDAD	1. 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.	1.1.1. Existencia de trabajo en Red, reflejado en atenciones que reciban las personas inscritos en el establecimiento.	Revisión de 5 fichas clínicas de personas seleccionadas aleatoriamente de un grupo de personas que han sido derivadas al Intersector.	Ficha clínica de personas inscritas en el establecimiento, donde conste que hayan recibido algún tipo de intervención desde el Intersector. En general, las atenciones otorgadas por asistentes sociales tienen este carácter.	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: 5 fichas CUMPLE 0,8 punto: 4 fichas: CUMPLE 0,6punto: 3 fichas NO CUMPLE 0 punto: menos de 2 fichas
INTEGRALIDAD	2. 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 lo articula para el trabajo colaborativo	2.1.1. Existencia de mapa del territorio incluyendo las instituciones que operan en él y los recursos (infraestructura u otros) disponibles en el sector en el cual esta.	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.)	Mapa del territorio que incorpore las instituciones y recursos que operen 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 punto

# Descripción de los ejes

- 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.

PRINCIPIO	OBJETIVO	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
		1.2. El establecimiento cuenta con la dotación necesaria para llevar a cabo el Plan de Salud Comunal, Plan de Salud de ONG y Hospitales Comunitarios	1.2.1. Definición por cada establecimiento de la dotación necesaria para el desarrollo del Plan de Salud Comunal, autorizada por 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 esperada para el establecimiento	El establecimiento cuenta con dotación necesaria para poder llevar a cabo todas las prestaciones que se incluyen en el Plan de Salud Comunal, (Incluye establecimientos de administración municipal, dependientes de servicio de salud y ONG)	CUMPLE 1 punto: Cuenta con Documento de dotación esperada para el establecimiento NO CUMPLE: 0 punto
	1.2.2. Modalidad de ingreso de dotación, según Ley 19.378 y 18.834		Resolución de nombramiento del último concurso público realizado, de contratación a plazo fijo en caso de establecimiento municipal, resolución de contrato en los establecimientos dependiente de Servicio de Salud.	Establecimiento de dependencia municipal, Resolución de nombramiento del último concurso público realizado. Documento de contratación a plazo fijo Establecimientos dependientes de Servicio de Salud, resolución de contratos. Proporcionalidad del tipo de contratación (80/20)			CUMPLE 1 punto: Cuenta según dependencia del establecimiento con resolución de nombramiento del último concurso público realizado, contratación a plazo fijo; resolución de contrato y cumple con la proporcionalidad del tipo de contratación (80/20) NO CUMPLE :0 punto
	1.2.3. Dotación real acorde al plan comunal, plan de salud ONG y Hospitales Comunitarios 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.			CUMPLE1 punto: Cuenta con los cálculos solicitados por estamento. NO CUMPLE :0 punto

# Descripción de los ejes

- 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.

**EJE: TECNOLOGÍA**

PRINCIPIO	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	1.1. El establecimiento cuenta con registro clínico electrónico (mínimo: ficha clínica electrónica y despacho de recetas de farmacia)	1.1.1. Existencia de software o plataforma 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 y usa software o plataforma para registrar atenciones en ficha clínica y para el despacho de recetas en farmacia.	CUMPLE 1 punto: cuenta y usa software o plataforma para registrar atenciones en ficha clínica y para el despacho de recetas en farmacia CUMPLE 0,5 puntos: 1 solo tipo de registro NO CUMPLE: 0 punto  <i>No aplica en PSR, en caso de no tener software o plataforma office para registro clínico electrónico y despacho de recetas de farmacia.</i>
		1.2. El establecimiento cuenta con modalidad de reportes de IAAPS, metas sanitarias, REM y por curso de vida, basado en	1.2.1. Existencia de reportes periódicos en relación a cumplimiento de IAAPS, metas sanitarias, REM y/o por curso de	Informes o documentos de reportes periódicos que demuestren periodicidad y extracción mediante uso de software o símil compartidos con los equipos del establecimiento.	Documentos de reportes periódicos que demuestren periodicidad y extracción mediante uso de software o símil	El establecimiento extrae reportes periódicos de sus resultados IAAPS (4 reportes), metas sanitarias (2 reportes), REM (2 reportes) y/o por curso de vida con el	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 punto

# Descripción de los ejes

- 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 son las personas mayores, o con condiciones crónicas.

PRINCIPIO	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
			<i>estratificada según riesgo</i>				<i>No aplica en centro de salud sin estratificación</i>
		3.2. Las personas con dependencia severa reciben plan de cuidados domiciliarios desde el establecimiento de atención primaria.	3.2.1. Porcentaje de cuidadores de personas con dependencia severa capacitados	Número de cuidadores de personas con dependencia severa capacitados / Número total de cuidadores de personas con dependencia severa inscritas en el establecimiento X100.	REM P03	El establecimiento promueve que los 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.	CUMPLE 1 punto: 100% de cuidadores capacitados CUMPLE 0,5 puntos: Entre 99% y 50% de cuidadores capacitados NO CUMPLE 0 puntos: Entre 49% y 0% de cuidadores capacitados  <i>No aplica en postas de salud rural en caso de no tener población definida</i>
			3.2.2. Visitas domiciliarias integrales a personas con dependencia severa inscritas en el establecimiento.	Número de visitas domiciliarias integrales realizadas en domicilio de personas con dependencia severa / Población bajo control con dependencia severa inscrita en el establecimiento X100	REM A 26	El establecimiento realiza al menos 2 visitas domiciliarias integrales en el año a personas con dependencia severa, de acuerdo a protocolo establecido.	CUMPLE 1 punto: 100% de personas con dependencia severa con dos visitas CUMPLE 0,5 puntos: Entre 99% y 50% de personas con dependencia severa con dos visitas NO CUMPLE 0 puntos: Entre 49% y 0% de personas con dependencia SEVERA con dos visitas  <i>No aplica en postas de salud rural en caso de no tener población definida</i>