



**INSTRUMENTO PARA LA
EVALUACION Y CERTIFICACIÓN
DEL DESARROLLO EN EL MODELO
DE ATENCIÓN INTEGRAL DE
SALUD FAMILIAR Y
COMUNITARIA EN
ESTABLECIMIENTOS DE
ATENCIÓN PRIMARIA
AÑO 2020**

Versión 04.12.2019

modifica 20.04 2020 eje calidad puntuación indicador 1.1.1

SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCION PRIMARIA
DEPARTAMENTO DE GESTION DE LOS CUIDADOS



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

Contenido

1. ANTECEDENTES	2
2. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA.	4
Modelo de Atención Integral de Salud.....	4
Los tres principios irrenunciables de un Sistema de Salud basado en Atención Primaria.....	4
Continuidad del Cuidado.....	4
Integralidad	4
Centrado en la persona y su familia.....	5
Definición de los ejes:	5
3. METODOLOGÍA A UTILIZAR PARA LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO.	8
4. INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA	10
EJE: PROMOCIÓN	10
EJE: PREVENCIÓN EN SALUD	15
EJE SALUD FAMILIAR	20
EJE: CALIDAD	25
EJE: INTERSECTORIALIDAD Y TERRITORIALIDAD	31
EJE: CENTRADO EN ATENCIÓN ABIERTA	34
EJE: TECNOLOGÍA	38
EJE: PARTICIPACIÓN	42
EJE: GESTIÓN DEL DESARROLLO DE LAS PERSONAS Y DE LA ORGANIZACIÓN	49
5. ANEXOS	53
6. GLOSARIO Y ABREVIATURAS	55
7. AUTORIA.....	62
BIBLIOGRAFIA.....	69



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

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, la Conferencia de Astana (2018), traza un camino a seguir para alcanzar la cobertura universal de salud, 40 años después de la declaración sobre atención primaria de salud en Alma-Ata 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 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 resolutivez, 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



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

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. Se 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 este instrumento 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.

Dado los avances en el desarrollo del Modelo, el año 2019 se constituye mesa de trabajo con el objetivo de actualizar el instrumento de certificación, en donde se mantiene la estructura basada en los nueve ejes definidos y en los tres principios que orientan el Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. 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.



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

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 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.



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

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 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.



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

- 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)
- 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.

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

- 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 son las personas mayores, o con condiciones crónicas.

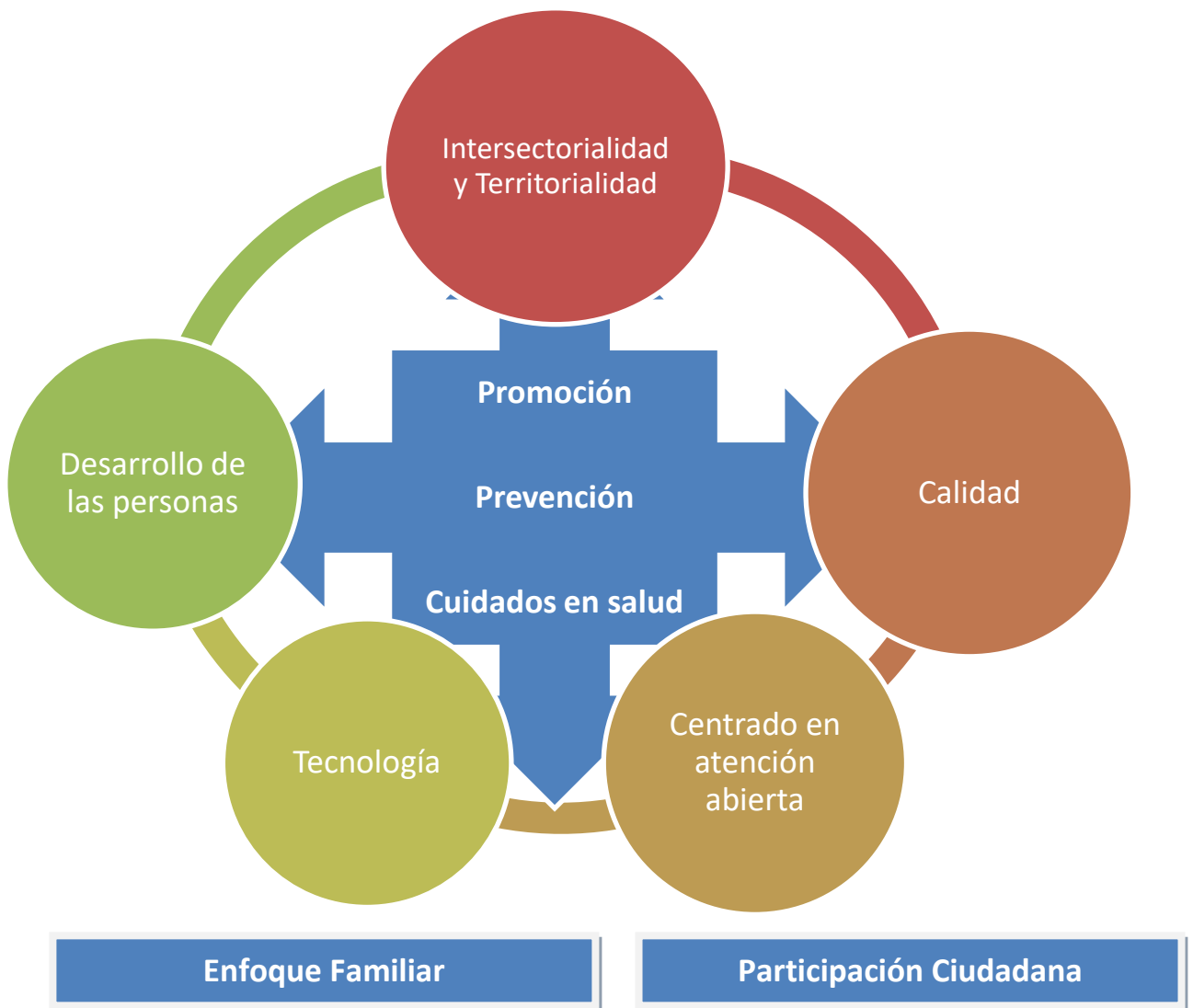


Figura 1. Interrelación de los ejes del instrumento de evaluación



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

3. METODOLOGÍA A UTILIZAR PARA LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO.

El presente instrumento 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 2020 esperando que a diciembre del año 2022 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):

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.



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

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 Csfam 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 Servicio de Salud.

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

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	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 CUMPLE 0,8 punto: 4 fichas CUMPLE 0,6 punto :3 fichas NO CUMPLE 0 punto No aplica en postas de salud rural en caso de no tener población definida



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
		1.2. Adulto responsable de Niños/as menores de 1 año reciben guías anticipatorias para fomentar la lactancia materna y cuidados del crecimiento y desarrollo.	1.2.1. Adulto responsable de niños/as menores de 1 año, que se les aplica guía anticipatoria de acuerdo a procedimiento definido localmente, en el 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 puérpera, clínica de lactancia y/u otro, para detectar la entrega de guía anticipatoria, de acuerdo a protocolo o documento definido localmente	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. Protocolo /documento que define proceso de entrega de la guía	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 puérpera, clínica de lactancia y/u otro en el establecimiento de atención primaria, conforme protocolo definido	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 CUMPLE 0,8 punto: 4 fichas CUMPLE 0,6 punto :3 fichas NO CUMPLE 0 punto <i>No aplica en postas de salud rural en caso de no tener población definida</i>
		1.3. Adulto responsable de Niños/as mayores de 1 año y menores de 5 años reciben guías anticipatorias para fomentar la alimentación saludable.	1.3.1. Adulto responsable de niños/as mayores de 1 año y menores de 5 años, se les aplica guía anticipatoria en alimentación saludable, de acuerdo a procedimiento definido localmente	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, de acuerdo a protocolo/ documento definido localmente.	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. Protocolo /documento que define proceso de entrega de la guía	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, conforme protocolo/documento definido	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 CUMPLE 0,8 punto: 4 fichas CUMPLE 0,6 punto:3 fichas NO CUMPLE 0 punto <i>No aplica en postas de salud rural en caso de no tener población definida</i>



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
		1.4. Adultos entre 25 y 64 años reciben guías anticipatorias para fomentar actividad física y alimentación saludable, recomendar el consumo de alcohol responsable y evitar el consumo de tabaco	1.4.1. Adultos entre 25 y 64 años, se les aplica guía anticipatoria en consumo de alcohol responsable, consumo de tabaco, actividad física y alimentación saludable, de acuerdo a procedimiento definido localmente	Revisión de 5 fichas de adultos entre 25 y 64 años, con examen médico preventivo, seleccionadas aleatoriamente, para detectar la entrega de guía anticipatoria, de acuerdo a protocolo/ documento definido localmente	Fichas clínicas de adultos entre 25 y 64 años asistentes a EMP en el establecimiento de atención primaria. Protocolo /documento que define proceso de entrega de la guía	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 EMP en el establecimiento de atención primaria, de acuerdo a documento/Protocolo definido localmente.	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 CUMPLE 0,8 punto: 4 fichas CUMPLE 0,6 punto :3 fichas NO CUMPLE 0 punto <i>No aplica en postas de salud rural en caso de no tener población definida</i>
		1.5. Personas mayores reciben guías anticipatorias para fomentar actividad física y alimentación saludable, recomendar el consumo de alcohol responsable y evitar el consumo de tabaco	1.5.1. Personas mayores (65 y más años), se les aplica guía anticipatoria en consumo de alcohol responsable, consumo de tabaco, actividad física y alimentación saludable, de acuerdo a procedimiento definido localmente	Revisión de 5 fichas de personas mayores, con examen médico preventivo, seleccionadas aleatoriamente, para detectar la entrega de guía anticipatoria, de acuerdo a protocolo/documento definido localmente	Fichas clínicas de personas mayores asistentes a EMPAM en el establecimiento de atención primaria. Protocolo /documento que define proceso de entrega de la guía	Al menos 3 de las 5 fichas de personas mayores auditadas, cuenta con el registro de entrega de guía anticipatoria en el EMPAM en el establecimiento de atención primaria, de acuerdo a Protocolo/documento definido localmente.	CUMPLE 1 punto: 5 fichas con registro de entrega de guía anticipatoria conforme protocolo definido y documento que define proceso de entrega de la guía CUMPLE 0,8 punto: 4 fichas CUMPLE 0,6 punto :3 fichas NO CUMPLE 0 punto <i>No aplica en postas de salud rural en caso de no tener población definida</i>



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



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
			1.6.3. Existencia de mesas territoriales que cuentan con plan anual de trabajo con la comunidad, con participación de representantes del equipo de salud.	Número de mesas territoriales con Plan anual de trabajo con la comunidad, con participación del (representantes) equipo de salud	Documento que identifique el plan anual de la mesa territorial de trabajo con la comunidad con evidencia de participación del equipo de salud del establecimiento	3 mesas territoriales con Plan anual de trabajo con la comunidad, con participación del equipo de salud	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 punto



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

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>



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

PRINCIPIO	OBJETIVO	COMPONENTES	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
		1.3. Hombres de 20 a 64 años reciben actividades preventivas (consejerías) en el contexto de su curso de vida y perfil epidemiológico local	1.3.1. Revisión de 3 fichas clínicas seleccionadas aleatoriamente, de hombres entre 20 y 64 años 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 hombres entre 20 y 64 años inscritos 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>
		1.4. Personas de 65 y más años reciben consejerías en el contexto de su curso de vida y perfil epidemiológico local	1.4.1. Revisión de 3 fichas clínicas seleccionadas aleatoriamente, de personas mayores 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 personas mayores inscritos 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>
INTEGRALIDAD	Articular un conjunto de acciones específicas en familias evaluadas con riesgo familiar leve a moderado, para prevenir la aparición de enfermedades o atenuar las consecuencias de ellas.	2. Familias reciben consejería familiar en el establecimiento de atención primaria.	2.1.1. Revisión de 3 fichas clínicas seleccionadas aleatoriamente, de personas con condición crónica que reciben consejería familiar	Ficha clínica de personas con condición crónica donde constate que la familia (persona más integrante grupo familiar) recibe consejería familiar	Auditoría de fichas clínicas	El establecimiento realiza consejería familiar a familias con integrante con condición crónica. 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>



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

PRINCIPIO	OBJETIVO	COMPONENTES	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
CENTRADO EN LA PERSONA	Articular un conjunto de acciones específicas en familias evaluadas con riesgo leve a moderado 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 de su curso de vida y perfil epidemiológico local	3.1.1. Variación porcentual de la lactancia materna exclusiva hasta el 6º mes, considerando lo alcanzado en los dos últimos años	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 vigente	El establecimiento alcanza cobertura nacional en lactancia materna exclusiva al 6to mes de vida. Presentación de la tendencia y cobertura lograda en lactancia materna exclusiva.	CUMPLE 1 punto: alcanza cobertura nacional (60% o más) CUMPLE 0,6 punto alcanza cobertura entre 59% a 40% NO CUMPLE 0 punto: con cobertura menor a 39% <i>No aplica en postas de salud rural en caso de no tener población definida</i>
		3.2. Adolescentes reciben actividades preventivas, de acuerdo a las necesidades dado su curso de vida.	3.2.1. Proporción de adolescentes asistente a control de salud integral.	Número de adolescentes asistente a control de salud integral/Población inscrita adolescentes	REM A01 vigente	El establecimiento incrementa la cobertura de controles de salud integral del adolescente en box clínico y/o establecimientos educacionales u otros, respecto al año anterior. Presentación de la tendencia y cobertura lograda en el año en curso y año anterior.	CUMPLE 1 punto: incrementa cobertura respecto al año anterior NO CUMPLE: 0 punto. <i>No aplica en postas de salud rural en caso de no tener población adolescente</i>



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

PRINCIPIO	OBJETIVO	COMPONENTES	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
		3.3. Población de 20 a 64 años reciben actividades preventivas, de acuerdo a las necesidades dado su curso de vida y perfil epidemiológico local	3.3.1. Proporción de personas adultas con EMP realizado.	Número de personas adultas con EMP realizado/Población inscrita de adultos en el centro de salud*100	REM A02 vigente	El establecimiento alcanza cobertura nacional de EMP en población adulta en, al menos, lo que exige meta nacional de IAAPS. Presentación de línea base de control de salud del año en curso y del año anterior con progresión de cobertura lograda	CUMPLE 1 punto: Alcanza cobertura nacional (meta nacional de IAAPS) y muestra incremento cobertura CUMPLE 0,8 punto: Alcanza cobertura nacional (meta nacional de IAAPS) CUMPLE 0,5 punto: incrementa cobertura con respecto al año anterior NO CUMPLE: 0 punto
		3.4. Población de 65 y más años reciben actividades preventivas, de acuerdo a las necesidades dado su curso de vida y perfil epidemiológico local	3.4.1. Proporción de personas mayores con EMPAM realizado	Número de personas mayores con EMPAM realizado / Personas de 65 años y más inscrita en el establecimiento	REM A02 vigente	El establecimiento alcanza cobertura nacional de EMPAM en personas mayores, al menos, lo que exige meta nacional de IAAPS. Presentación de línea base de control de salud del año en curso y del año anterior con progresión de cobertura lograda	CUMPLE 1 punto: Alcanza cobertura nacional (meta nacional de IAAPS) y muestra incremento cobertura CUMPLE 0,8 punto: Alcanza cobertura nacional (meta nacional de IAAPS) CUMPLE 0,5 punto: incrementa cobertura con respecto al año anterior NO CUMPLE: 0 punto



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

PRINCIPIO	OBJETIVO	COMPONENTES	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
		3.5. Cuidadores de personas dependientes severas reciben actividades preventivas de acuerdo a sus necesidades	3.5.1 Existencia de Plan de Cuidado del cuidador de personas con dependencia severa en el establecimiento de salud.	Revisión de 5 fichas de personas dependientes severos, seleccionadas aleatoriamente, donde haga mención al Plan de Cuidado del cuidador.	Fichas clínicas de personas dependientes severos, 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 severos. Al menos 5 de las 5 fichas de personas dependientes cuenta con el registro de Plan de Cuidado del cuidador.	CUMPLE 1 punto: 5 fichas CUMPLE 0,6 punto: 4 fichas CUMPLE 0,3 punto: 3 fichas NO CUMPLE: 0 punto



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

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 (equivalente 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



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
	sus capacidades instaladas.		2.1.2 Familias con riesgo familiar moderado que cuentan con un plan de cuidado integral	Revisión de 5 fichas de personas, cuyas familias hayan sido evaluadas como de riesgo moderado, seleccionadas aleatoriamente, para detectar la presencia del Plan de cuidado Integral	Documento donde se evidencia un Plan de cuidado integral a familias con riesgo moderado que debe contener: identificación de integrantes, <u>problemas consensuados</u> , objetivos, coordinación de cartera de prestaciones de APS y/o actividades específicas planificadas, metas a corto plazo, responsables y seguimiento (como mínimo)	Las familias con riesgo familiar moderado cuentan con un plan de intervención integral que contiene como mínimo identificación de integrantes, problemas consensuados, objetivos, coordinación de cartera de prestaciones de APS y/o actividades específicas planificadas, metas a corto plazo, responsables y seguimiento	CUMPLE 1 punto: 5 fichas con plan de cuidado integral conforme el mínimo requerido y con evidencia de seguimiento del plan CUMPL 0,6 punto: 4 fichas con plan de cuidado integral conforme el mínimo requerido CUMPL 0,3 punto: 3 fichas con plan de cuidado integral conforme el mínimo requerido NO CUMPLE: 0 punto



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
		2.2. La familia que requiere intervención, debido a sus factores de riesgo y considerando sus factores protectores, cuenta con estudio de familia.	2.2.1. Existencia de protocolo instalado de Estudios de Familia para realizar planes de cuidado	Protocolo de estudio de familia estructurado para facilitar su elaboración y los ámbitos a analizar.	Documento donde se evidencia que existe un protocolo de estudio de familia elaborado e implementado a nivel local.	El establecimiento elabora análisis acotado respecto de las familias que requieren intervención, para así establecer un plan de cuidado integral y seguimiento del mismo sustentado en estudios de familia protocolizados	CUMPLE 1 punto: Tiene 3 fichas con incorporación de 1 protocolo de estudio de familia y seguimiento del mismo CUMPLE 0,75 puntos: Tiene 2 fichas con incorporación de 1 protocolo de estudio de familia y seguimiento del mismo CUMPLE 0,50 puntos: Tiene 1 ficha con incorporación de 1 protocolo de estudio de familia y seguimiento del mismo CUMPLE 0,25 puntos: Solo cuenta con 1 protocolo de estudio de familia NO CUMPLE: 0 punto
				Revisión de 3 fichas clínicas de personas cuyas familias hayan sido objeto de estudio de familia.	Fichas clínicas de personas inscritas cuyas familias hayan sido objeto de estudio de familia.		
		2.3. Las familias reciben visita domiciliaria integral (VDI), cuando su condición de salud así lo requiere, bajo un método estandarizado.	2.3.1. Existencia y aplicación de pauta de visita domiciliaria integral	Revisión de 5 fichas de personas cuyas familias hayan sido objeto de visita domiciliaria integral con pauta de visita estructurada acorde a los mínimos definidos en la Orientación técnica de visita domiciliaria integral	Documento (flujograma, manual de procedimientos, entre otros) donde se evidencia que existe una pauta de visita domiciliaria, elaborada por el establecimiento o por la entidad administradora de salud, acorde a los mínimos definidos en OT de visita domiciliaria integral	El establecimiento aplica pauta de visita domiciliaria integral acorde a los mínimos definidos en la Orientación técnica de visita domiciliaria integral	CUMPLE 1 punto: 5 fichas con evidencia de aplicación de pauta de VDI CUMPLE 0,6 punto: 4 fichas con evidencia de aplicación de pauta de VDI CUMPLE 0,3 punto: 3 fichas con evidencia de aplicación de pauta de VDI NO CUMPLE: 0 punto



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
CENTRADO EN LAS PERSONAS	Promover el abordaje familiar en el tratamiento de personas con condiciones crónicas	3.1. Las personas inscritas y con condiciones crónicas reciben prevención y/o cuidados específicos junto a la participación de adultos significativos.	3.1.1. Existencia y realización de talleres para personas con condiciones crónica y adulto significativo	Listado con firma y RUT en el que conste que fueron acompañados por alguna persona significativa (identificar el tipo de vínculo) Documento de planificación de los talleres	Listado con firma y RUT de participantes de talleres para personas con condición crónica, inscritos en el establecimiento y acompañante, identificando sesión, fecha y responsable. Documento de planificación de los talleres	El establecimiento planifica y realiza talleres de, mínimo, 3 sesiones para personas con condición crónica, de las cuales, al menos 1 sesión, estará dirigida a adulto significativo. Existencia de planificación del taller	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE: 0 punto



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

EJE: CALIDAD

PRINCIPIO	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	MECANISMO DE CÁLCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
CONTINUIDAD	Asegurar el acceso y la oportunidad de atención a las personas que se atienden en los establecimientos de Atención Primaria.	1.1. La población del establecimiento se encuentra sectorizada y cuenta con un equipo de cabecera.	1.1.1. Número de inscritos por cada equipo de cabecera.	$\frac{\text{Número total de inscritos del establecimiento}}{\text{Número de equipos de cabecera}} \cdot 100$	Reporte de inscritos elaborado por el mismo establecimiento con el cálculo por equipo de cabecera.	El establecimiento cuenta con menos de 6.000 inscritos por cada equipo de cabecera. Si tiene más de 6.000 inscritos, planifica y ejecuta acciones para redistribuir población inscrita sin poner en riesgo la calidad de su atención, cuentan con proyectos, solicitudes pre-inversionales o diagnóstico de brecha de recurso humano en base a su programación anual de actividades.	<p>CUMPLE 1 punto: si tiene 6.000 inscritos o menos por equipo de cabecera o más de 6.000 inscritos por equipo de cabecera con diagnóstico de brecha de recurso humano y acciones de redistribución de población inscrita ejecutadas o solicitud de proyecto pre inversional en ejecución</p> <p>CUMPLE 0,5 punto: si tiene más de 6000 inscritos por equipo de cabecera, cuenta con diagnóstico de brecha de recurso humano con acciones planificadas de redistribución de población inscrita no ejecutadas</p> <p>NO CUMPLE: 0 punto</p> <p><i>No aplica en postas rurales de salud</i></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. El establecimiento articula acciones para velar la atención de sus usuarios inscritos con oportunidad.	1.2.1. Caracterización de los usuarios inscritos que consultan en SAPU o Servicio de Urgencia hospitalaria y que han sido categorizados como ESI4 y ESI5	Análisis de la información de usuarios inscritos en el establecimiento que son consultantes en SAPU o en Servicio de Urgencia hospitalaria y que han sido categorizados como ESI4 y ESI5	Número de consultas categorizadas como ESI4 y ESI5 efectuadas por el SAPU o Servicio de Urgencia hospitalaria, rutificada, en el período de 1 mes. Esto con el fin de comparar los RUT con los RUT de los inscritos de cada establecimiento y realizar el análisis (grupo etario, condiciones crónicas, sexo, etc.)	Listas de consultas de SAPU o Servicio de Urgencia hospitalaria rutificada mensualmente en el establecimiento de atención primaria. Informe semestral con análisis de los últimos 6 meses y plan de trabajo en base al perfil de las personas consultantes en SAPU o Servicio de Urgencia, socializado al equipo.	CUMPLE 1 punto: si el establecimiento identifica y analiza el perfil de personas inscritas que han sido categorizados como ESI4 y ESI5 en SAPU o Servicios de Urgencia y cuenta con plan de trabajo socializado al equipo: CUMPLE 0,25 punto: si el establecimiento identifica y analiza el perfil de personas inscritas que han sido categorizados como ESI4 y ESI5 en SAPU o Servicios de Urgencia NO CUMPLE: 0 punto <i>No aplica en postas rurales de salud</i>
			1.2.2. 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.	Plan socializado al equipo del establecimiento	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE: 0 punto <i>No aplica en postas rurales de salud</i>



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
			1.2.3. 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 *1001	Informe desde el nivel secundario, articulado por el Servicio de Salud. Realización de instancias de coordinación para lograr que las interconsultas P1 sean evaluadas antes de 10 días	El establecimiento conoce el reporte de las interconsultas prioridad 1 (P1) emitidas por el nivel secundario, que hayan sido evaluadas antes de 10 días.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE: 0 punto <i>No aplica en postas rurales de salud</i>
INTEGRALIDAD		2.1. Los usuarios del establecimiento, según su grupo etario, resuelven sus problemas de morbilidad localmente.	2.1.1. Proporción de interconsultas emitidas por grupo etario	Número de interconsultas emitidas por grupo etario/Número de consultas de morbilidad en ese grupo etario *100	El establecimiento realiza informe anual de proporción de interconsultas emitidas a nivel secundario y propone estrategias de mejorías de la resolutiveidad	El establecimiento realiza informe anual de interconsultas emitidas a nivel secundario y proponen plan de mejora (*) de resolutiveidad a nivel local, si la derivación de SIC al nivel secundario es superior a 10% <i>(*) plan de mejora acotado incluye a lo menos; diagnostico, objetivo, estrategias, indicadores de evaluación, cronograma, responsables</i>	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE: 0 punto



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
		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



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
		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>	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>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>



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
		3.3. El establecimiento cuenta con control integral a personas con multimorbilidad crónica	3.3.1. Implementa Control integral a personas con multimorbilidad crónica	Establecimiento implementa control integral para personas con multimorbilidad crónica	Presentación de protocolo de atención integral a personas con multimorbilidad crónica. Cuaderno o impresión de pantalla de la agenda modificada para control integral Programación del centro de salud que evidencie el control integral a personas con multimorbilidad	El establecimiento cuenta con protocolo de atención integral a personas con multimorbilidad; con evidencia de que esta atención se ve reflejada en la agenda del profesional y en la programación del centro de salud	CUMPLE 1 punto: si cuenta con protocolo y la prestación reflejada en la programación y agenda CUMPLE 0,5 punto: Prestación reflejada en la programación o agenda CUMPLE 0,25 punto: Solo cuenta con protocolo NO CUMPLE: 0 punto
		3.4. El establecimiento caracteriza y gestiona sus usuarios poli consultantes en SAPU o Servicio de Urgencia	3.4.1. Análisis y gestión de la información de usuarios inscritos en el establecimiento que son poli consultantes 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 mensual y Lista de inscritos rutificada en el establecimiento de atención primaria. Informe semestral (es decir, que recoja la situación de los últimos seis meses) y plan de trabajo en base al perfil de usuarios inscritos poli consultantes.	El establecimiento identifica y analiza el perfil de sus usuarios inscritos y poli consultantes (más de 7 consultas anuales) en SAPU o Servicio de Urgencia hospitalaria. Elabora plan de trabajo en base al perfil de usuarios inscritos poli consultantes.	CUMPLE 1 punto: con análisis de los datos y plan de trabajo que incluye gestión de la poli consulta CUMPLE 0,5 punto: solo con listados de poli consultantes y análisis de los datos NO CUMPLE: 0 punto <i>No aplica en postas rurales de salud</i>



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

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 0,6 punto: 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



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

PRINCIPIO	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
			2.1.2. 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)	Protocolo 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 punto
CENTRADO PERSONAS	3. 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 infanto juvenil vulnerable, mediante el trabajo intersectorial y territorial.	3.1.1. Existencia de plan de manejo intersectorial preventivo del daño en población infanto juvenil vulnerable inscrita en el establecimiento.	Plan de manejo intersectorial en la línea de prevención del daño en población infanto juvenil 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 infanto juvenil vulnerable, elaborado localmente.	El establecimiento cuenta con un plan de manejo intersectorial para la población infanto juvenil vulnerable, 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 punto NO APLICA



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

PRINCIPIO	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
		3.2. Intersector activo en salud.	3.2.1. Mesa de trabajo intersectorial en salud activa 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 mesa de trabajo intersectorial en salud	Plan de Trabajo con el Intersector, en sintonía con el Plan de Salud Comunal y Plan de Educación Municipal. Acta de identificación de los funcionarios que trabajan en la mesa de trabajo intersectorial en salud. Lista de asistencia de funcionarios y personas participantes que den cuenta de que existe participación del Intersector	El establecimiento cuenta con Plan de Trabajo con el Intersector, en sintonía con el Plan de Salud Comunal y Plan de Educación Municipal Documento o acta, donde están identificados los funcionarios que trabajan en la mesa intersectorial en salud de cada sector o por cada 5.000 inscrito del establecimiento. Lista de asistencia de funcionarios y personas participantes que den cuenta de que existe participación del Intersector	CUMPLE 1 punto: Cuenta con plan de trabajo, documento o acta donde consta participación de los funcionarios en la mesa y lista de asistencia de funcionarios y del intersector CUMPLE 0,5 punto: Solo cuenta con plan de trabajo NO CUMPLE 0 punto: <i>No aplica en rural</i>



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

EJE: CENTRADO EN ATENCIÓN ABIERTA

PRINCIPIO	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.	1.1.1. Existencia de un Plan de trabajo que establezca acciones de coordinación, mediante flujo de información periódica, de los egresos hospitalarios hacia los establecimientos de atención primaria.	Solicitud de plan de trabajo que contenga los informes mensuales de egresos hospitalarios por NM, DM2, amputaciones por DM2, IAM, ACV, ERC etapa 5, articulado por el Servicio de Salud. Reuniones de coordinación de la Red.	Plan de trabajo anual que contenga información mensual de egresos hospitalarios por NM, DM2, amputaciones por DM2, IAM, ACV, ERC etapa 5, articulado por el Servicio de Salud. Actas de reuniones de coordinación de la Red.	Presentación de Plan de trabajo que establezca acciones de coordinación y al menos presentación de 4 informes o solicitud de informes, actas de reuniones que conste de, al menos, información de egresos hospitalarios por NM, DM2, amputaciones por DM2, IAM, ACV, ERC etapa 5, articulado por el Servicio de Salud.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 punto <i>En caso de no existir egresos por estas causas en zonas rurales no aplica</i>



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

PRINCIPIO	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
		1.2. Las personas inscritas en el establecimiento que hayan sido hospitalizados por causa de NM, DM2, amputaciones por DM2, IAM, ACV, ERC etapa 5, y dados de alta, reciben las atenciones correspondientes al Plan de cuidados diseñado para tal fin.	1.2.1. Existencia de plan de cuidados para usuarios inscritos dados de alta hospitalaria por causa de NM, DM2, amputaciones por DM2, IAM, ACV, ERC etapa 5,	Revisión de 3 fichas de usuarios inscritos, seleccionados aleatoriamente, que hayan sido dados de alta del Hospital por causa de NM, DM2, amputaciones por DM2, IAM, ACV, ERC etapa 5, 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 NM, DM2, amputaciones por DM2, IAM, ACV, ERC etapa 5,	El establecimiento desarrolla PLAN DE CUIDADOS de acompañamiento y rehabilitación para sus usuarios inscritos que hayan sido dados de alta, principalmente por diagnóstico de NM, DM2, amputaciones por DM2, IAM, ACV, ERC etapa 5, Al menos 3 de las 5 fichas auditadas cuenta con el plan de cuidados. <i>En caso de que los egresos por estas causas sean inferiores a 3, se asigna puntuación proporcional al número de fichas revisadas con plan de cuidados respecto al total de fichas revisadas</i>	CUMPLE 1 punto: 3 fichas con plan de cuidado CUMPLE 0,75 punto: 2 fichas con plan de cuidado CUMPLE 0,50 punto: 1 ficha con plan de cuidado CUMPLE 0,25 punto: Solo cuenta con documento de plan de cuidado NO CUMPLE 0 punto: No presenta nada <i>En caso de no existir egresos por estas causas en zonas rurales no aplica</i>



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

PRINCIPIO	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, prevención en personas con alto riesgo de hospitalización	2.1. Las personas de 15 años y más con multimorbilidad crónica cuentan con plan de cuidado en el establecimiento de atención primaria.	2.1.1 Proporción de personas con multimorbilidad crónica en riesgo alto (G3) y moderado (G2) que cuentan con plan de cuidados. <i>Aplica en establecimientos que cuentan con población estratificada según riesgo</i>	Número de personas con multimorbilidad crónica (G3 Y G2) que cuentan con plan de cuidado/ número total de personas con multimorbilidad crónica (G3 y G2) * 100 <i>Diferenciar por estrato Riesgo alto G3 y riesgo moderado G2</i>	REM A05	El establecimiento establece línea base e incrementa, las personas con multimorbilidad crónica (G3 Y G2) que cuentan con plan de cuidado,	CUMPLE 1 punto: Establece línea base e incrementa las personas con multimorbilidad crónica (G3 Y G2) cuentan con plan de cuidado. CUMPLE 0,25 punto: Establece línea base NO CUMPLE 0 punto: <i>No aplica en centro de salud sin estratificación</i>
CENTRADO PERSONAS	Favorecer el abordaje ambulatorio y con enfoque familiar y comunitario a personas que tienen alto riesgo de agravar su situación de salud.	3.1. Las personas de 15 años y más con multimorbilidad crónica cuentan con control integral en el establecimiento de atención primaria.	3.1.1. Proporción de personas con multimorbilidad crónica que cuentan con control integral centrado en la persona <i>Aplica en establecimientos que cuentan con población</i>	(N° de personas con multimorbilidad crónica (G2 y G3) que cuentan con control integral / N° total de personas con multimorbilidad crónica G2 y G3) *100 <i>Diferenciar por estrato Riesgo alto G3 y riesgo moderado G2</i>	REM A01	El establecimiento alcanza, al menos, la meta fijada de cobertura de personas con multimorbilidad crónica que cuentan con control integral centrado en la persona	CUMPLE 1 punto: Alcanza la meta fijada de cobertura de control integral CUMPLE 0,25 puntos: incremento respecto a lo logrado es inferior a la meta fijada NO CUMPLE 0 punto: No Incrementa respecto a lo logrado y No alcanza la meta fijada de cobertura de controles integrales



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

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>



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

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



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

PRINCIPIO	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
	dicha atención sanitaria.	software u otro similar.	vida, basados en un software u otro similar.			fin de ir monitoreando los resultados de su gestión.	
			1.2.2. Mecanismos para difundir los reportes de IAAPS, metas sanitarias, REM y/o programas de curso de vida, 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, REM y/o por curso de vida.	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 punto



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

PRINCIPIO	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
INTEGRALIDAD	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	2.1. El establecimiento se encuentra integrado en la Red Asistencial, mediante el uso de Tics.	2.1.1. 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.	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 (hospitales, por ejemplo) En ese sentido, se espera que coordine, bajo esas características, al menos dos 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.	<p>CUMPLE 1 punto: con 5 de los ámbitos sugeridos</p> <p>CUMPLE 0,5 punto: con 2 ámbitos sugeridos:</p> <p>NO CUMPLE 0 punto: Menos de 2 ámbitos sugeridos</p> <p><i>No aplica en postas de salud rural en caso de no internet</i></p>



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

PRINCIPIO	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
CENTRADO PERSONAS	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	3.1. El establecimiento usa Tics aplicada a la prevención y promoción de la salud.	3.1.1. Incorporación de Tics dentro de una estrategia promocional-preventiva a nivel individual o comunitario.	Uso de la Tics, aplicada a la prevención y promoción de salud	Demostración en terreno donde se muestre cómo se aplica la TIC en las estrategias de prevención y promoción de la salud. Ver TV con programas educativos en sala de espera	El establecimiento cuenta con al menos una Tics aplicada para la prevención y promoción de salud a nivel individual o comunitaria (incluye uso de redes sociales) a nivel individual, familiar y/o comunitario.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 punto
		3.2. El establecimiento usa algún tipo de tecnología aplicada a la resolutiveidad.	3.2.1. 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 punto



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

EJE: PARTICIPACIÓN

PRINCIPIO	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.	1.1.1. Existencia de plan de participación social en salud que contenga elementos de evaluación y construido con la comunidad.	Plan de participación social en salud, indicando la periodicidad de las actividades, contenido de las mismas y elementos de evaluación del plan. Pauta de evaluación del plan de participación social en salud.	Documento de informes de avance cualitativo, indicando la periodicidad de las actividades, contenido de las mismas y elementos 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.	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 y evaluación de las actividades que realiza con la comunidad	CUMPLE 1 punto: Plan de participación social en salud e informes de avance CUMPLE 0,5 punto: Sólo plan de participación social en salud NO CUMPLE: 0 punto No presenta plan <i>No aplica en postas rurales</i>



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

PRINCIPIO	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
		1.2. El equipo de salud del establecimiento se vincula con la comunidad del territorio	1.2.1. Proporción de actividades participativas de desarrollo territorial realizadas.	Número de actividades participativas realizadas/Número de actividades participativas programadas, en un año corrido. (Esta fórmula corresponde al cálculo pertinente para el componente 1.1)	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. Listados de asistencia y registro fotográfico de las actividades realizadas	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, zonales de salud y comunidad organizada y no organizada.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 punto



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

PRINCIPIO	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
		1.3. El establecimiento cuenta con encargado o jefe de Participación Social en Salud.	1.3.1. Encargado de participación con competencias ad/hoc certificadas.	Resolución exenta/memorándum del cargo de encargado de participación social que señale las competencias certificadas.	Resolución exenta/memorándum con 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 definido.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 punto <i>No aplica en Postas rurales</i>



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

PRINCIPIO	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
		1.4. El establecimiento destina horas protegidas para el trabajo en participación social en salud.	1.4.1. Encargado/a de participación del establecimiento cuenta con, al menos, 22 hrs. Semanales dedicadas al trabajo en participación social.	Encargado de participación social en salud 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 participación social.	Presentación de nombramiento oficial (memo interno con horas y funciones) de encargado de participación social) Presentación de impresión de pantalla de la agenda del profesional encargado de participación social	El establecimiento cuenta con encargado de participación social con nombramiento oficial (memo interno con a lo menos 22 horas y delegación de funciones en la temática); y agenda de profesional con tiempos protegidos para realizar el trabajo en participación social en salud	CUMPLE 1 punto: cuenta con encargado con a lo menos 22 horas semanales con nombramiento oficial, y agenda con tiempo dedicado a la participación social en salud CUMPLE 0,5 punto: cuenta con encargado con a lo menos 22 horas semanales con nombramiento oficial. CUMPLE 0.3 punto: Cuenta con encargado con a lo menos 11 horas semanales con nombramiento oficial NO CUMPLE 0 punto: no cuenta con encargado <i>No aplica en postas rurales de salud</i>



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

PRINCIPIO	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
			1.4.2. Otros profesionales con tiempo protegido para el trabajo en participación social	Presentación de cuaderno o impresión de pantalla 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	Las agendas de profesionales y administrativos cuentan con tiempos protegidos para realizar trabajo en participación social en salud, y plan de trabajo debe reflejar la incorporación de varios integrantes del equipo de salud.	<p>CUMPLE 1 punto: cuenta con 2 profesionales con horas dedicadas a participación social.</p> <p>CUMPLE 0,5 punto :1 profesional</p> <p>NO CUMPLE 0 punto: sin profesional</p> <p><i>No aplica en postas rurales</i></p>



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

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



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

PRINCIPIO	OBJETIVOS	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
CENTRADO PERSONAS	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	3.1. El establecimiento incluye dentro de la participación social en salud la consulta permanente en relación a la satisfacción usuaria.	3.1.1. Existencia y aplicación de protocolo de buen trato al usuario con participación de la comunidad (ley de derechos y deberes)	Existencia y cumplimiento de protocolos de buen trato al usuario (ley de derechos y deberes), con participación de la comunidad, 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 con participación de la comunidad, (ley de derechos y deberes), por parte de las personas que otorgan servicios de salud (ya sean administrativos y/o clínicos)	El establecimiento tiene un protocolo de buen trato al usuario elaborado con participación de la comunidad, para asegurar la satisfacción de las personas que acceden a sus servicios y los mecanismos utilizados para la difusión y toma de conocimiento de todos los miembros del establecimiento.	CUMPLE 1 punto: presenta protocolo y actas de reuniones CUMPLE 0,50 puntos: presenta solo protocolo o solo actas NO CUMPLE 0 punto: no presenta nada
					Además, se solicitará que demuestren mecanismos usados para la difusión y toma de conocimiento de todos los miembros del establecimiento (a lo menos reuniones de difusión).		



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

EJE: GESTIÓN DEL DESARROLLO DE LAS PERSONAS Y DE LA ORGANIZACIÓN

PRINCIPIO	OBJETIVO	COMPONENTES	INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO O ELEMENTOS DE VERIFICACIÓN	MEDIO VERIFICADOR	MÍNIMO REQUERIDO	Puntaje
CONTINUIDAD, INTEGRALIDAD Y CENTRADO EN LAS PERSONAS	1. 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 al equipo de salud	1.1.1. Construcción consensuada de perfiles y roles de cargos directivos (director comunal de salud, director de establecimientos, equipo gestor, jefe del SOME, jefe sector, encargado de promoción-participación, calidad, de salud familiar, entre otros) Difundidos al 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 con vigencia de a lo menos 5 años. 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 y difundidos al equipo para, al menos, los siguientes cargos: equipo directivo, director comunal de salud, director de establecimiento - incluye Hospital Comunitario, jefe del SOME, jefe sector, encargado de promoción-participación, de calidad, de salud familiar entre otros.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 punto



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

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		



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

PRINCIPIO	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 Modelo de Atención Integral de salud familiar y comunitario, orientado al desarrollo de competencias	1.3.1. Proporción de personas capacitadas en cursos de capacitación basados en el Modelo de Atención Integral de Salud conforme planificación de educación continua, atingente a la realidad cultural y diagnóstico de necesidades de capacitación para todas las personas del equipo y la evaluación de ésta	Número de personas de la dotación capacitadas en relación al Modelo y acorde a la planificación de educación continua/Número total de personas de la dotación* 100.	Documento que demuestre la planificación de educación continua para todos los funcionarios y la evaluación de ésta (incluye Plan de Capacitación Comunal) Listado de personas capacitadas en el Modelo (nombre, RUT y cargo) y Listado de personas capacitadas en otras áreas (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 de al menos 20 horas.	CUMPLE: 1 punto NO CUMPLE :0 punto



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

PRINCIPIO	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.	1.4.1. Diagnóstico del clima laboral para el desarrollo de planes anuales de mejoramiento del mismo.	Realizar el diagnóstico de clima laboral y plan anual de mejoramiento (incluye planificación de cuidado del equipo.)	Último diagnóstico de clima laboral y plan de mejora desarrollado por el establecimiento o por la entidad administradora de salud a sus establecimientos, con su respectiva evaluación	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 punto <i>No Aplica en postas rurales</i>
			1.4.2. 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 punto <i>No Aplica en postas rurales</i>
		1.5. La entidad administradora de salud o el establecimiento considera el desarrollo de la carrera funcionaria.	1.5.1. Existencia de 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 cuentan con una carrera funcionaria definida (mediante reglamento) tomando en consideración la ley vigente.	CUMPLE 1 punto: Tiene ambas CUMPLE 0.5 punto: Tiene solo una NO CUMPLE 0 punto: No tiene ninguna <i>No aplica para ONG Y establecimientos dependientes de Servicio de Salud</i>

5. ANEXOS

CARTOLA FAMILIAR

M) 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:

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

- Biológicos: DM, HTA, Cáncer, Enfermedad Mental, EPI, AVE, VIH, ITS, SBOR, Niños con Déficit del Desarrollo Psicomotor, Malnutrición, Discapacidad, Postrado.
- Socioeconómicos: Cesantía, Analfabetismo, Hacinamiento, Allegados, Promiscuidad, Ausencia de Redes, Problemas legales, Vivienda precaria, Contaminación, uso de carbón/leña.
- 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 al tratamiento. Alteración de vínculos familiares: trastorno del apego, jerarquía invertida, coaliciones, poco control paterno.



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

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, necesidades 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:



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

6. GLOSARIO Y ABREVIATURAS

I. EJE DE PROMOCIÓN

Pertinencia Cultural: La pertinencia cultural en salud se deriva del principio de “derecho a la diferencia” y quiere decir “adecuado a la cultura”.

Pertinencia cultural de la atención: adecuación de la atención de salud a las necesidades y características de los usuarios de acuerdo con su cultura. En el caso de pueblos indígenas, consiste en la consideración, valoración y respeto de los conceptos de salud y enfermedad que involucra su cosmovisión, así como a sus formas de recuperar y mantener la salud.

Adaptabilidad o de pertinencia a la condición migratoria: considera elementos tales como proyecto y etapa del proyecto migratorio familiar, cuidado infantil en el contexto de origen, diferencias culturales en sexualidad, embarazo, parto, post parto, cuidado infantil, co-responsabilidad en el cuidado, estresores psicosociales asociados a la migración, variantes en diversos países respecto a lactancia, apego, alimentación, autonomía, entre otros, dentro del desarrollo infantil.

Salud de migrantes: A nivel local se requiere implementar diversas estrategias de atención integral de salud a la población extranjera que vive en nuestro país, con particular atención a la población migrante no regulada, orientadas a eliminar las barreras de acceso a la atención de salud y a entregar prestaciones de salud con pertinencia cultural, especialmente en aquella que viven en condiciones de mayor vulnerabilidad.

Desde el punto de vista administrativo, existe una serie de normas para garantizar el acceso a la salud de grupos específicos de migrantes. El Decreto Supremo N°67 de 2016 incorpora como cuarta circunstancia de acreditación de carencia recursos para la calificación de beneficiario del FONASA tramo A, a las personas inmigrantes que carecen de documentos o permisos de residencia. La circular A15 N° 4 de 2016 instruye sobre la implementación del Decreto N°67 y reitera todas las vías de acceso al Sistema de salud y precauciones en la línea de garantizar la atención de salud en iguales condiciones que la población nacional.

Un convenio del Ministerio del interior con el Servicio Nacional de la Mujer (Resol. Ex. N° 80.388 del 16.12.2009) que señala que toda mujer migrante que sufre Violencia Intrafamiliar (VIF), sin importar su condición migratoria, tendrá derecho a acceder a visa temporaria y a todas las prestaciones a que haya lugar para resolver esta problemática, incluyendo la salud. Existe también la visa temporal humanitaria por motivos de salud.

Respecto a las mujeres embarazadas en situación migratoria irregular y a los menores de 18 años migrantes, la normativa establece mecanismos para que accedan a la atención de salud y a la regularización temporaria de su situación migratoria.

Para el adecuado monitoreo y existencia de diagnósticos locales, se solicita el fiel cumplimiento de la variable nacionalidad y país de origen en todos los sistemas de información en salud (NT 820, Resol. Ex. N° 643 del 30.12.2016).



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

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. Estos aspectos educativos claves se aplican en los exámenes periódicos de salud para estimular cambios en el comportamiento, fomentar el auto cuidado y disminuir el riesgo de enfermar o morir. Estas GA deben estar sustentadas en un documento que dé cuenta del proceso reflexivo del equipo de salud, en relación a la situación epidemiológica, etapa del ciclo vital individual y familiar y sus contextos, los cuales justifiquen la elección del diseño del GA, además de describir el procedimiento a seguir al momento de su entrega.

II. EJE DE PREVENCIÓN

Consejería: Actividad definida como la interacción entre uno o más miembros del equipo de salud con uno o más integrantes de la familia, con la intención de apoyarlos en el desarrollo de sus habilidades y destrezas para que asuman y compartan la responsabilidad del autocuidado de los integrantes de la familia, del grupo como tal y del suyo propio.

Consejería en Salud: Es la atención sistemática, individual o grupal, que reconoce al usuario el papel protagonista o conductor de la adopción de conductas saludables, actuando el profesional como facilitador del proceso de toma de conciencia, decisión y actuación de la persona. La consejería es el proceso a través del cual se ayuda a un paciente o su familia a tomar decisiones voluntarias e informadas respecto a su cuidado individual, al de su familia o a la modificación de conductas que implican un riesgo o daño individual o familiar.

Consejería Individual o Counseling: proceso interactivo basado en estrategias comunicativas que ayudan a reflexionar a una persona de forma que pueda llegar a tomar las decisiones que considere adecuadas para sí misma de acuerdo con sus valores e intereses y teniendo en cuenta su estado emocional. Podemos considerar que el counseling otorga al paciente el papel de “conductor” de su propio proceso salud-enfermedad y al sanitario el de «facilitador» o «co-piloto» de esa conducción.

Consejería Familiar: Es un proceso planificado mediante el cual la familia recibe ayuda para la toma de decisiones voluntarias e informadas en relación a su salud.

Consejo Breve: Es una acción que tiene como objetivo detectar uno o más factores de riesgo, valorar los estilos de vida saludable y aconsejar un cambio de conducta, ocupando 3 a 5 min. De la consulta o control.

Intervención Breve: Es una intervención limitada en el tiempo que incluye una evaluación global, un asesoramiento breve y un cierto seguimiento. Por su estructura podemos distinguir la Intervención muy breve o mínima (IM): consiste en una única sesión de consejo simple (5-10 min), con o sin soporte de material de autoayuda, y la Intervención Breve (IB) que consiste en una entrevista única (15-30 min) o extendida (2-3 visitas de refuerzo), material de autoayuda y evaluación al año.



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

III. EJE ENFOQUE FAMILIAR:

Crisis Normativa, evolutiva o del desarrollo: Se definen como aquellas situaciones de quiebre esperables durante las etapas del ciclo vital. Son universales y previsibles. Por ejemplo: crisis de la adolescencia, jubilación entre otras. Debe ser abordada por cualquier miembro del equipo de cabecera .

Crisis No Normativa, situacional o circunstancial: Ocurrencia de eventos inesperados o accidentales en la vida de una persona y que superan los mecanismos habituales de esta para enfrentarlos. Son crisis completamente impredecibles. No tienen relación con la etapa del desarrollo. Pueden afectar a cualquiera en cualquier momento de la vida. Por ejemplo: adolescente embarazada, muerte de un hijo, cesantía entre otras. Puede requerir la atención de varios miembros del equipo de cabecera. Debe ser abordado por cualquier miembro del equipo de cabecera que tenga capacitación en su diagnóstico y que derive q quien corresponda. Según guía de abordaje local.

Estudio de Familia: Es una herramienta diagnóstica de profundización en el conocimiento del proceso de Salud enfermedad desde el enfoque Biopsicosocial (estructura, dinámica, factores de riesgo y protectores, recursos familiares y extra familiares, redes de apoyo, entre otros) y que ayuda a los equipos de salud a que la toma de decisiones represente la realidad de las familias.

Intervención Familiar: Es una serie de acciones planificadas y coordinadas por el equipo de salud de forma colaborativa con las personas y sus familias en situación de riesgo, con el objeto de promover estilos de vida saludable y prevenir situaciones de daño de algún miembro de la familia o de la totalidad de ella, considerando el contexto en el que viven y se desarrollan.

Guía para el Estudio de Familia

Se muestra a modo de ejemplo un modelo adaptado del Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, de la Universidad de Chile

A. Metodología:

- **Planificación:** fundamento, objetivos, instrumentos a utilizar, asignación de responsabilidades.
- **Ejecución:** recopilación de la información necesaria con la utilización sólo de instrumentos pertinentes.
- **Evaluación:** Análisis de la información recolectada. Definición y priorización de problemas.
- **Intervención:** Definición y ejecución de la o las intervenciones.
- **Evaluación de la intervención y seguimiento.** Evaluación de impacto de Intervenciones realizadas.

B. Elementos:

- Identificación del Grupo familiar
- Motivación o justificación
- Objetivos del estudio de familia
- Estructura familiar (tipo de familia, ciclo vital)
- Dinámica familiar (Aplicación de instrumentos que midan dinámica, por ejemplo, APGAR, Círculo familiar, ecomapa)
- Determinación de Factores protectores, de riesgo, conductas de riesgo



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

- Diagnóstico de problemas biopsicosociales observados (identificación y jerarquización conjunta con la familia).
- Plan de manejo conjunto (énfasis en educación y prevención)
- Plan de seguimiento

Plan de cuidado: Es un proceso que permite al equipo de salud, en conjunto con la persona consultante elaborar y formular los objetivos estableciendo un orden de prioridad, luego de haber identificado todos los problemas en todas las dimensiones posibles. Este Plan orienta las acciones a realizar por la persona y su familia para conseguir los objetivos definidos. Es un proceso de co-construcción con la familia y por lo tanto los primeros encuentros con ella, deberán utilizarse para fortalecer el vínculo familia – equipo de salud, comprensión de la situación de la familia y de la hipótesis elaborada, que deberá proponer objetivos a corto y largo plazo y la duración prevista a dicha intervención.

Es importante que el plan de cuidados de las personas consultantes se enmarque en un plan familiar que aborde a los demás individuos del grupo, así como aspectos que mejoren la comunicación y la funcionalidad familiar en el contexto de los cuidados en salud. Al respecto a modo de ejemplo algunos elementos mínimos a considerar en el plan de cuidado; que sea multidisciplinario, con participación de la persona y de su familia, acorde a las necesidades y riesgos de la familia, que cuente con registro del plan, con seguimiento, incluyendo plazos, responsables, reevaluación periódica (semestral o anual según nivel de complejidad). Que se integre en la familia el automonitoreo de los logros no clínicos, que considere los aspectos relacionales y vivenciales del grupo familiar.

Todo ello enmarcado en el cuidado colaborativo, que valora y potencia la motivación interna de la persona y la interacción de ideas entre éste y el equipo de salud^{vii}

Niveles de Intervención Familiar: Se refiere a los distintos niveles de intervención que un grupo familiar pudiera necesitar

- Nivel 1: Mínimo énfasis en la familia, Atención clínica directa, habilidades.
- Nivel 2: Proporcionar información continua. Conocimiento básico del desarrollo familiar. Manejo del Ciclo Vital Familiar, Guías Anticipatorias, Consejería individual y Entrevista Motivacional.
- Nivel 3: Entendimiento de los aspectos afectivos de la familia. Conocimiento del desarrollo familiar, de las reacciones familiares a situaciones de estrés. Intervención en Crisis. Capacidad de responder a las necesidades emocionales de la Familia. Consejería Familiar.
- Nivel 4: Evaluación sistemática de la función familiar e intervención planificada. Conocimiento de la teoría de sistemas aplicada a la familia y de los modelos de disfunción familiar. Entrevista Familiar. Formulación de hipótesis sistémica e Intervención Planificada por equipo transdisciplinario.
- Nivel 5: Terapia familiar. Capacidad de intervención en el funcionamiento de la familia. Este nivel de intervención se realiza nivel secundario o terciario y deberá ser derivado para ello.

Cartolas Familiares o Encuesta Familiar: Instrumento de detección y evaluación de factores de riesgo y protectores de un grupo familiar, en un momento determinado. Se sugiere realizarla al ingreso de la familia al establecimiento asistencial. Se considera cartolas familiar vigente con un año en Postas de Salud Rural, y 2 años en centros urbanos

Riesgo Familiar: Es la evaluación y clasificación del grado de vulnerabilidad de una familia de acuerdo a los factores de riesgo y protectores, determinados a nivel local según su realidad.



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

Factores de Riesgo: Características o condiciones biológicas, psicológicas, conductuales o sociales cuya existencia en los individuos o familias incrementa la probabilidad de presentar deterioro temporal o pérdida en el estado de salud.

IV. EJE DE CALIDAD

Equipo de Cabecera: Es el subconjunto de miembros del equipo de salud organizado para hacerse cargo del cuidado continuo de una población específica y encargado de coordinar las respuestas organizadas frente a las necesidades de personas y familias, favoreciendo un mejor uso de los recursos familiares, institucionales y comunitarios. Se sugiere que el equipo de cabecera básico esté constituido a lo menos por: enfermera, TENS, médico, matrona y asistente social. (pág. 124 en el Camino a Centro de salud familiar)

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.

Interconsultas: Es la derivación de un paciente, por parte del profesional tratante a otro profesional sanitario, para ofrecerle una atención complementaria ya sea para su diagnóstico y/o tratamiento. Para la categorización de prioridades clínicas se utiliza 4 posibles siglas, P1, P2, P3 y N/P. P1, es lo más urgente, P3 lo menos prioritario y N/P es no pertinente, desde el punto de vista clínico y de la cartera de servicio del establecimiento. Cada diagnóstico tiene asociado un tiempo de espera máximo, este tiempo de espera máximo corregido por la complejidad médica.

V. EJE DE INTERSECTORIALIDAD

Colaboración intersectorial: relación reconocida entre parte o partes de distintos sectores de la sociedad que se ha establecido para emprender acciones en un tema, con el fin de lograr resultados de salud o resultados intermedios de salud, de manera más eficaz, eficiente o sostenible que aquella que el sector sanitario pueda lograr actuando en solitario. La acción sanitaria intersectorial es considerada primordial para el logro de una mayor equidad en salud, especialmente en aquellos casos en que el progreso dependa de decisiones y acciones de otros sectores, como la agricultura, la educación y las finanzas. Un objetivo importante de la acción intersectorial consiste en lograr una mayor concienciación sobre las consecuencias sanitarias de las decisiones políticas y las prácticas organizativas de distintos sectores.

VI. EJE ATENCIÓN ABIERTA

Riesgo de hospitalización: Posibilidad que tiene una persona de hospitalizarse según sus características personales biológicas y psicosociales.

Cuidador: Persona que realiza los cuidados directos de la persona con dependencia severa.



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

Talleres y Manejo de Autocuidado: Acciones educativas dirigidas a aquellas personas que están a cargo del cuidado de personas con dependencia severa, potenciando herramientas para el cuidado y a su vez busca el apoyo y autocuidado del cuidador/a.

Fomento del autocuidado del cuidador: Acciones realizadas por el equipo de salud, que buscan entregar herramientas en pro de que el cuidador/a asuma la responsabilidad e importancia de cuidar de sí mismo, en todos los ámbitos de su vida (resguardo del significado y propósito de la vida, relaciones sociales y convivencia, mantenerse activos, recreación y disfrute, disciplina y buena salud, tratamiento de síntomas y enfermedades entre otras).

Dependencia Severa: Disminución en las capacidades físicas, psíquicas o de relación con el entorno que implique la dependencia de terceras personas, para ejecutar actividades de la vida cotidiana (levantarse, lavarse, comer, alimentarse y deambular al interior del hogar, etc.) de cualquier grupo etario (OMS, 1980)

Multimorbilidad: la coexistencia de 2 o más condiciones crónicas, que pueden incluir enfermedades no transmisibles de larga duración o condición mental de larga duración^{viii}

VII. EJE DE PARTICIPACIÓN

Educación Popular: Es un enfoque filosófico y pedagógico, que entiende la educación como un proceso participativo y transformador, en que el aprendizaje y el conocimiento se construyen a partir de la experiencia y vivencia de las propias personas y grupos participantes.

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 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.

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.

VIII. EJE DESARROLLO DE LAS PERSONAS Y DE LA ORGANIZACIÓN

Capacitaciones mínimas en el modelo que debería tener el personal según sus funciones;

- Directivos: Habilidades comunicacionales, Planificación Estratégica y Programación, Gestión del Recurso Humano, Gestión Organizacional, Gestión Clínica, Salud Familiar Avanzado, Autocuidado, Trabajo en equipo, cursos de calidad.
- Administrativos: Trato al Usuario, Habilidades comunicacionales, Autocuidado, Trabajo en equipo, Salud Familiar Básico, cursos de calidad.



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

- TENS: Habilidades comunicacionales, Trato al usuario, Instrumentos de Salud Familiar, Estudio de Familia, Promoción de Salud, Autocuidado, Trabajo en equipo, Salud Familiar Básico, cursos de calidad.
- Profesionales: Habilidades comunicacionales, Instrumentos de Salud Familiar, Estudio de Familia, Problemas Prevalentes de Salud, Promoción de Salud, Salud Familiar Avanzado, Gestión Clínica, Educación en Salud. Popular, Autocuidado, Trabajo en equipo, consejería Individual y Familiar, Determinantes Sociales de la Salud, Guías Anticipatorias, cursos de calidad.

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.

IX. ABREVIATURAS

GA. Guía Anticipatoria

INTEGRA

SECPLA: secretaria de planificación comunal

DIDECO: Dirección de desarrollo comunal

DPUNTO: Departamento

OH: Alcohol

DM2: Diabetes Mellitus 2

HTA: Hipertensión arterial

NM: Neumonía

IAM: Infarto Agudo al Miocardio

ACV: Ataque Cerebro Vascular

SAPU: Servicio de Atención Primaria de urgencia

IC: Interconsulta

LTPS: Lugar de Trabajo Promotor de Salud

ESI: Índice de Severidad de Emergencia (E.S.I, por su sigla en inglés),

DM2, amputaciones por DM2, ERC etapa 5

7. AUTORIA

Responsables técnicos versión año 2017

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	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	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	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 año 2014

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
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 Dpto de Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile
Irma Vargas Palavicino	Nutricionista	Jefa Dpto Modelo de Atención Primaria, DIVAP, Dra., en sociología, Universidad de Salamanca, España.
Jhonny Acevedo Ayala	Matrón	Académico Dpto de Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile
Juan Ilabaca Mendoza	Nutricionista	Departamento de Modelo de Atención Primaria, División de Atención Primaria
Julio Montero Castro	Medico	Director CESFAM Piedra del Águila
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
María Soledad García Budinich	Médica de familia	Asesora Departamento de Atención Primaria y articulación de la Red Servicio de Salud Araucanía Sur
Patricia Perez Wilson	Psicóloga	Universidad de Concepción
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
Víctor Díaz Aguilera	Kinesiólogo	Equipo departamento de promoción de la salud y participación Ciudadana, DIPOL

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

Equipo de evaluación durante el año 2016 del instrumento del año 2015

Nombre	Profesión	Lugar de trabajo
Devora Vejar	Nutricionista, directora CESFAM	CESFAM de Paredones
Isabel Betancourt	Enfermera	Asesora Servicio de Salud O'Higgins
Viviana Maldonado Fica	Matrona	Asesora Servicio de Salud Biobio
Cristóbal Vidal Rivera	Matrón	Asesor Servicio de Salud Biobio
Felipe Peña Brevis	Kinesiólogo	Asesor Servicio de Salud Biobio
Bert Kaempfer	Psicólogo	Asesor Servicio de Salud Metropolitano Sur
Alfredo Bravo	Matrón	Corporación Municipal de La Florida
Luis Daza	Médico de Familia	Director CESFAM La Florida
Verónica Hitschfeld Peyreblanque	Médico de familia	Asesora Servicio de Salud Coquimbo
Rafael Alaniz	Medico salubrista	Asesor Servicio de Salud Coquimbo
Ivonne Alhers	Enfermera	Universidad de Chile
Prof. Hernán Aguilera Martínez	Matrón	Universidad de Chile
Alison Morales	Terapeuta ocupacional	Asesora DIVAP
Ximena Barros	Trabajadora Social	Asesora DIVAP
Margarita Barría	Enfermera	Asesora DIVAP



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

Referentes del programa MAIS que revisaron el instrumento y realizaron aportes año 2016 y validaron instrumento 2017

Nombre	Profesión	Lugar de trabajo
Rodrigo Valencia Severino	Enfermero Matrn.	Asesor Servicio de Salud Arica
Nury Basly Rojas	Enfermera.	Asesor Servicio de Salud Iquique
Evelyn Slimmin	Matrona	Asesor Servicio de Salud Antofagasta
Dr. Fernando Ibañez Cornejo	Médico Familiar	Asesor Servicio de Salud Atacama
Pamela Canabe	Asistente Social	Asesor Servicio de Salud Aconcagua
M.Constanza Harbin Barahona	Enfermera	Asesor Servicio de Salud Viña Del Mar -Quillota
Jeannette Guerra Álvarez	Médico Familiar	Asesor Servicio de Salud Valparaíso –San Antonio
Roxana Lillo	Kinesióloga	Asesor Servicio de Salud Maule
Patricia Sepulveda	Matrona	Asesor Servicio de Salud Concepción
Dangela Giusti Perez	Matrona	Asesor Servicio de Salud Talcahuano
Gerarda Aldana Palma	Trabajadora Social	Asesor Servicio de Salud Arauco
Lorena Pino	Nutricionista	Asesor Servicio de Salud Araucanía Norte
Ivan A. Niesel Barrientos	Médico de Familia	Asesor Servicio de Salud Araucanía Sur
Tatiana Zenteno Toledo	Enfermera	Asesor Servicio de Salud Valdivia
Iris Gonzalez	Nutricionista	Asesor Servicio de Salud Osorno
Mauricio Sotomayor	Kinesiólogo	Asesor Servicio de Salud Reloncavi
Paola Vivallo	Nutricionista	Asesor Servicio de Salud Chiloé
Fabián Méndez	Cirujano dentista	Asesor Servicio de Salud Aysén
Ximena Lorca	Enfermera	Asesor Servicio de Salud Magallanes
Ivonne Orellana	Nutricionista	Asesor Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Gloria Espinoza	Matrona	Asesor Servicio de Salud Metropolitano Central
Marco Barrientos	Psicólogo.	Asesor Servicio de Salud Metropolitano Norte
Vanessa Parra	Asistente Social	Asesor Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Sebastián Cortes.	Matrn	Asesor Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente



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

Responsables técnicos actualización del instrumento versión año 2020

La actualización de este Instrumento de evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, se realizó en un trabajo conjunto desde la División de Atención Primaria, con los referentes técnicos en los Servicios de Salud y con apoyo de becados de medicina familiar de la Universidad de Chile. Fue coordinado por Irma Vargas Palavicino, profesional de la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud. A continuación, se mencionan quienes participaron en dicho proceso.

Nombre	Institución
Rodrigo Valencia Severino	Servicio de Salud Arica
Francis Henriquez	Servicio de Salud Iquique
Nury Basly	Servicio de Salud Iquique
Evelyn.Slimmin	Servicio de Salud Antofagasta
Rosa Ferras	Servicio de Salud Atacama
Carlos Sosa	Servicio de Salud Coquimbo
Pamela Canabes	Servicio de Salud Aconcagua
Marcela Montoya Sanhueza	Servicio de Salud Viña del Mar
Jeannette Guerra Álvarez	Servicio de Salud Valparaíso
Cecilia Aravena Pereira	Servicio de Salud O'Higgins
Isabel Betancourt	Servicio de Salud O'Higgins
Roxana Lillo	Servicio de Salud Del Maule
Marcela Jarvis Acevedo	Servicio de Salud Bio Bio
Raquel Paves M.	Servicio de Salud Ñuble
Sandra Bahamondes	Servicio de Salud Concepción
Patricia Sepulveda Fuentes	Servicio de Salud Concepción
Maritza Martinez Toledo	Servicio de Salud Talcahuano
Gerarda Aldana	Servicio de Salud Arauco
Marianne Toy	Servicio de Salud Arauco
Alexis Ferreira	Servicio de Salud Araucanía Norte



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

Nombre	Institución
Ivan A. Niesel Barrientos	Servicio de Salud Araucanía Sur
Gina Brun	Servicio de Salud Valdivia
Pamela Reyes	Servicio de Salud Valdivia
Sandra Jimenez	Servicio de Salud Osorno
Pamela Reyes Castro	Servicio de Salud Osorno
Roberto Momberg	Servicio de Salud Reloncaví
Paola Vivallo	Servicio de Salud Chiloé
Erica Viera	Servicio de Salud Chiloé
Hans Haverbeck Cárdenas	Servicio de Salud Aysén
Esmeralda Ruiz O	Servicio de Salud Magallanes
Ximena Lorca	Servicio de Salud Magallanes
Arlette Oyarzo	Servicio de Salud Magallanes
Ivonne Orellana	Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Marisol Rivera	Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Margarita Mora	Servicio de Salud Metropolitano Central
Bert Kaempfe	Servicio de Salud Metropolitano Sur
Ana Maria Hevia	Servicio de Salud Metropolitano Sur
Marco Barrientos	Servicio de Salud Metropolitano Norte
Manuela Perez Danús	Servicio de Salud Metropolitano Norte
Gabriela Sanchez	Servicio de Salud Metropolitano Norte
Aixa Contreras Mejías	Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Katherine Alvarez	Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Valeria Guerrero Díaz	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Javier Searle Leon	Becado Medicina Familiar, Académico Dpto de Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile
Maximiliano Pineda Leon	Becado Medicina Familiar, Académico Dpto de Atención Primaria y Salud Familiar, 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	Institución
Sebastian Yañez Espejo	Becado Medicina Familiar, Académico Dpto de Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile
Paulina Velasquez Perez	Becado Medicina Familiar, Académico Dpto de Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile
Djamila Heitmann	Becado Medicina Familiar, Académico Dpto de Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile
Ximena Barros Rubio	Dpto Gestión de los cuidados, División de Atención Primaria, Ministerio de Salud
Daniel Molina Mena	Dpto Gestión de los cuidados, División de Atención Primaria, Ministerio de Salud
Marcela Rodriguez	Dpto Control de Gestión y Calidad, División de Atención Primaria, Ministerio de Salud
Nanet Gonzalez	Dpto Gestión de los cuidados, División de Atención Primaria, Ministerio de Salud
Claudia Padilla Rubio	Dpto Gestión operacional División de Atención Primaria, Ministerio de Salud
Catalina Alcalde	Dpto Gestión operacional División de Atención Primaria, Ministerio de Salud
Gisela Schaffer	Jefa Dpto Control de Gestión y Calidad, División de Atención Primaria, Ministerio de Salud
Irma Vargas Palavicino	Dpto Gestión operacional División de Atención Primaria, Ministerio de Salud

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} *Ibíd.*
- ^v *Ibíd.*
- ^{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} Automanejo de enfermedades no transmisibles: Una tarea compartida entre usuarios y equipos. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. 2016

- ^{viii} Estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad. División de Atención Primaria, División de Prevención y Control de enfermedades. Ministerio de Salud 2019