



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



# ORIENTACION TECNICA INSTRUMENTO PARA LA EVALUACION Y CERTIFICACIÓN DEL DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION PRIMARIA

**AÑO 2024**

Versión 22.01.2024

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

SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES  
DIVISIÓN DE ATENCIÓN 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.	INTRODUCCION .....	2
2.	DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA. .	5
2.1.	Definición de Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria .....	5
2.2.	Los tres principios irrenunciables de un Sistema de Salud basado en Atención Primaria .....	5
2.3.	Estructura de instrumento de evaluación .....	7
2.4.	Precisiones a parámetros de medición del instrumento de certificación .....	8
	Principio centrado en las personas .....	8
	Principio Integralidad .....	14
	Principio Continuidad .....	17
3.	METODOLOGÍA PARA LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO .....	18
4.	ANEXOS .....	20
	Anexo 1. ¿Cómo planificar una intervención educativa? .....	21
	Anexo 2. Instrumento de evaluación de educación participativa de adultos (EPA). Servicio de salud de Ñuble .....	24
	Anexo 3. Cartola Familiar .....	29
	Anexo 4. INSTRUMENTO PARA LA EVALUACION Y CERTIFICACION DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA .....	31
5.	GLOSARIO Y ABREVIATURAS .....	50
6.	AUTORIA .....	59



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

### 1. INTRODUCCION

Con la Reforma de Salud de la década del 2000, se refrenda el Modelo de Atención Integral en Salud<sup>1</sup> 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.*

Transcurridos todos estos años de instalación y posterior implementación del Modelo de Atención Integral de Salud, 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 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.

El MINSAL ha generado diversos documentos conceptuales y metodológicos, en conjunto con los Servicios de Salud, para orientar la práctica y transformación de los Centros de Salud hacia una mayor inclusión de la persona atendida, su familia y comunidad como una unidad de atención, fundando su quehacer en los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS): integralidad de la atención, continuidad de los cuidados y centrado en las personas<sup>1</sup>. Paralelamente, el MINSAL ha instruido instrumentos para evaluar el curso de transformación de los Centros de Salud, lo que ha permitido reconocer y “certificar” la consecución de niveles de avance en requerimientos sobre ámbitos de procesos, motivación, capacitación y resultados. El acto de certificar ha estado acompañado de un estímulo pecuniario para los Centros de Salud, mediante convenios celebrados entre los Servicios de Salud y los municipios.

Así es como el año 2008 nace el programa con el nombre Estimulo CESFAM, como apoyo al cambio de Modelo de atención biomédico a uno con enfoque biopsicosocial, centrado en la familia, con una mirada sistémica sobre el proceso salud- enfermedad y orientado a una mejoría en la calidad de vida de las personas y comunidades.

---

<sup>1</sup> Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. 2013.



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

Con el fin de ir evaluando este paso se creó un instrumento el año 2008, modificado el año 2009 y que se utilizó hasta el año 2014 conocido como Instrumento de Certificación de Centros de Salud Familiar, orientado a reconocer y certificar la consecución de niveles de desarrollo: medio, medio superior y superior, en base al avance en los siguientes ámbitos: Equipos de Salud, Procesos, Capacitación y Resultados.

El año 2014 Minsal elabora junto a una mesa de expertos un nuevo *INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA*, que se comienza a aplicar a partir del año 2015. Esta evaluación tiene dos procesos, uno es la autoevaluación de los equipos del establecimiento y otro de evaluación de los Servicios de Salud. El instrumento considera la evaluación de 9 ejes y entrega un porcentaje de cumplimiento en cada uno de ellos. Otro cambio relevante en dicho año fue la exigencia de la incorporación de planes de mejora para disminuir las brechas encontradas que debían ser elaborados por los equipos en cada uno de los establecimientos. Esto con la finalidad de incorporar por un lado la mejora continua y por otro establecer los recursos necesarios para disminuir las brechas encontradas.

Un importante paso para disminuir las inequidades de nuestro sistema de salud asociadas a las diferencias de implementación del Modelo se llevó a cabo el mismo año, con la incorporación de las Postas Rurales y Hospitales Comunitarios, a la evaluación existente, utilizando el mismo instrumento, pero dejando algunos indicadores como no aplicables en el contexto de ruralidad. Con esto se logró visualizar la diferencia existente en el desarrollo del Modelo en el territorio rural de nuestro país.

Este cambio de instrumento se evaluó en el transcurso del año 2016 para establecer si estaba respondiendo al objetivo planteado y si los indicadores eran sensibles y medían lo que se deseaba. Para esta evaluación se conformó un grupo de trabajo donde participaron referentes de diversos Servicios de Salud, de algunos directivos comunales y directores de Centros de Salud Familiar. Se utilizó una metodología de tipo mixta, donde se incorporó un análisis estadístico de datos existentes y una evaluación cualitativa que se realizó por medio de grupos de discusión para relevar la mirada crítica del proceso desde los ejecutores. Como resultado general todos los equipos señalaron que el instrumento refleja el trabajo que se ha realizado con respecto al Modelo. Orienta y ordena, obliga a sistematizar información y el quehacer. El instrumento además se validó mediante análisis exploratorio factorial (Alfa de Cronbach=0.91). Los resultados de esta evaluación concluyeron en una propuesta de Instrumento 2017.



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

Posteriormente, el año 2019 se actualiza el instrumento en un trabajo conjunto con los referentes del programa de Modelo de Atención Integral de Salud Familiar en los Servicios de Salud, el cual fue puesto a disposición de los representantes de las SEREMI, referentes del Programa en Servicios de Salud y a través de estos a los establecimientos de atención primaria, para su análisis y propuestas de mejora, las cuales fueron revisadas en dos jornadas nacionales de análisis de los cambios sugeridos. Consolidado dichos cambios se envió a los Servicios de Salud el ***INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA***, para iniciar su aplicación el año 2020 y que estuvo vigente hasta el año 2023.

Para el **año 2024** en un trabajo conjunto con actores relevantes de la red de salud se actualiza el instrumento de evaluación y certificación. Se inicia este proceso con dos jornadas nacionales que reunieron a los referentes técnicos de Modelo de Atención Integral de Salud Familiar en los Servicios de Salud, generando los principales insumos de cambio. Posteriormente estos fueron trabajados por una comisión que tuvo por propósito generar la versión preliminar del Instrumento, versión que fue difundida a través de las Direcciones de los Servicios de Salud a los establecimientos de atención primaria, para su análisis y propuestas de mejora, las que fueron analizadas por la comisión constituida para estos efectos.

El instrumento de certificación tiene a la base los tres principios básicos e irrenunciables en un sistema de salud basado en Atención Primaria, éstos son: Atención integral, centrada en las personas y familias con continuidad en el cuidado<sup>ii</sup> y en coherencia con los procesos de cambio impulsados desde la Estrategia de Cuidado Integral centrado en las personas (ECICEP), los principios son abordados con parámetros de medición organizados desde tres componentes a) Comunidad b) Personas y familias y c) Equipos de Salud, quedando los ejes del anterior instrumento representados en los contenidos de la matriz.



## 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.**

#### **2.1. Definición de Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria**

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<sup>2</sup>.*

La redefinición del instrumento de evaluación del Modelo se realizó en base a los avances alcanzados en los tres principios orientadores del mismo: centrado en las personas, integralidad en la atención y continuidad en el cuidado, y como se indicó anteriormente, alineado con la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las personas (ECICEP).

#### **2.2. Los tres principios irrenunciables de un Sistema de Salud basado en Atención Primaria**

##### **2.2.1. 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.

---

<sup>2</sup> Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. 2013.



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

### **2.2.2. 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.

### **2.2.3. Continuidad del Cuidado**

Desde la perspectiva de las personas que se atienden en el sistema de salud, 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.
- b) 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.
- c) 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.



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

**2.3. Estructura de instrumento de evaluación**

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: Integralidad, centrado en las personas y familias con continuidad en el cuidado y en coherencia con los procesos de cambio impulsados desde la Estrategia de Cuidado Integral centrado en las personas se definen tres componentes a) Comunidad b) Personas y familias y c) Equipos de Salud, quedando los nueve ejes del instrumento anterior representados en los parámetros de medición de la matriz, junto con nuevos parámetros que potencian el desarrollo del Modelo.

**Figura 1. Estructura de instrumento de evaluación del desarrollo del Modelo**

		PRINCIPIOS		
		Centrado en la persona	Integralidad	Continuidad
COMPONENTES	Comunidad	Parametros de medición		
	Personas y familias			
	Equipos de salud			

El cumplimiento de cada uno de los indicadores arrojará un puntaje global, como lo muestra tabla siguiente.

**Tabla 1: Descripción de puntaje máximo por componente y principios**

Ejes	Centrado en las personas	Integralidad	Continuidad	Total	Porcentaje
1. Comunidad	3	2	3	<b>8</b>	21,1%
2. Personas y familias	11	2	3	<b>16</b>	42,1%
3. Equipos de salud	2	6	6	<b>14</b>	36,8%
<b>Puntaje máximo de instrumento</b>	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>38</b>	100,0%



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

### 2.4. *Precisiones a parámetros de medición del instrumento de certificación*

A objeto de estandarizar la medición de algunos indicadores que podrían inducir a una aplicación diversa, a continuación, se señalan precisiones respecto a estos parámetros de medición.

### Principio centrado en las personas

#### Componente Comunidad

Indicador	Comentarios
1.3. Evaluación y análisis de brechas del uso del protocolo/documento de buen trato validado y consensado con representantes de la comunidad usuaria y funcionaria (vigencia 3 años) <b>OBLIGATORIO</b>	Mínimos del protocolo/documento de buen trato <ul style="list-style-type: none"><li>- Formulado y consensado con actores claves</li><li>- Validación de autoridad del establecimiento</li><li>- Difusión a la comunidad y funcionarios del establecimiento</li><li>- Definición de seguimiento y evaluación</li><li>- Protocolo debe contener vigencia en el periodo evaluado</li></ul> Elaborado, consensado y validado con representantes de la comunidad usuaria y funcionaria



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

**Componente Personas y familias**

<b>Indicador</b>	<b>Comentarios</b>
3.1. Familias participan en consejería familiar como parte del Plan de Cuidado Integral	<p>Consejería en salud es un proceso que consiste en establecer una relación de ayuda con las personas a fin de clarificar los comportamientos y conductas en relación con una determinada situación de salud. El propósito de la consejería es fortalecer la autonomía de la persona en la toma de decisiones relacionadas con su salud.</p> <p>Por tanto, el profesional es un facilitador a través del diálogo reflexivo (en el cual se detectan las herramientas y motivaciones personales y/o familiares) con las personas y/o sus familias en la toma de decisiones voluntarias e informadas respecto a su cuidado individual, al de sus familias o a la modificación de conductas que puedan implicar un riesgo o un daño individual o familiar.</p> <p>Consejería Familiar: Es un proceso planificado mediante el cual la familia recibe ayuda para la toma de decisiones voluntarias e informadas en relación con su salud.</p> <p><b>Tener en consideración, que la consejería es una prestación por tanto debe ser programada y agendada como tal y no ser incorporada en otra prestación.</b></p>
3.2 Educación individual con apoyo de material educativo	Definición educación; la OMS define la educación para la salud como la disciplina encargada de organizar los procesos educativos y combinar las experiencias de aprendizaje diseñadas para ayudar a las personas y las comunidades a mejorar su salud, aumentando su conocimiento o influyendo en su actitud.
3.3 Educación participativa grupal que promueva el autocuidado o automanejo en salud.	<p>La educación de adultos es un proceso educativo que tiene como objetivo que la persona pueda aumentar sus oportunidades para lograr su autorrealización. La principal característica del proceso educativo es la horizontalidad, es decir, el facilitador y el educando se encuentran en las mismas condiciones, los dos tienen conocimientos, capacidad de ser críticos, de analizar los contenidos otorgados y de comprenderlos</p> <p><b>Revisar los siguientes anexos</b> Anexo 1 ¿Cómo planificar una intervención educativa?</p>



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

	Anexo 2. Instrumento de evaluación de educación participativa de adultos (EPA). Servicio de Salud de Ñuble
4.2 Familias Identificadas de acuerdo con el riesgo o priorización según instrumento aprobado por el Servicio de Salud con foco en las determinantes del territorio.	<p>El instrumento de evaluación de riesgo es de definición local y validado por el Servicio de Salud. De no contar con un instrumento de evaluación de riesgo local se sugiere utilizar el SALUFAM</p> <p>Para las postas de salud rural (PSR) durante el año 2024, la vigencia será según lo definido en Programa de equidad rural (2 años), los demás establecimientos tendrán una vigencia de 3 años conforme lo establecido en OT MAIS.</p>
4.3 Las familias reciben visita domiciliaria integral (VDI) como parte del Plan de Cuidado Integral cuando su condición socio sanitaria lo requiere, bajo un método estandarizado. Según pauta de cotejo basada en Orientación Técnica.	<p>Visita Domiciliaria Integral Orientaciones Técnicas en el Marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Minsal 2018.  <a href="https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/06/2018.04.17_OT-VISITA-DOMICILIARIA-INTEGRAL.pdf">https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/06/2018.04.17_OT-VISITA-DOMICILIARIA-INTEGRAL.pdf</a></p> <p>Revisar en Orientación técnica de visita domiciliaria integral (VDI), pauta de calidad de la VDI (Anexo N°3)</p>
5.1 Planes de cuidados integrales que incorporan mínimos requeridos según Orientación Técnica del MAIS y Marco Operativo de la ECICEP. (OBLIGATORIO)	<p>Los planes de cuidado integral consensuados se definen en marco operativo de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las personas (ECICEP). En síntesis, los mínimos requeridos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definición colaborativa de problemas</li> <li>- Priorización de objetivos</li> <li>- Acuerdos, metas y acciones</li> <li>- Seguimiento</li> </ul> <p>Cuando corresponda, se recomienda incorporar en el plan de cuidado consensuado la “<i>recomendación de activos comunitarios en salud</i>”.</p> <p>Este indicador aplica para todos los centros de salud no solo para los que están implementando la ECICEP</p>



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

<p>5.2 Alfabetización de personas en Toma de decisiones compartida (TDC)</p>	<p><b>Conceptos</b></p> <p><b>Alfabetización en salud o literacidad:</b> Entre las definiciones más conocidas y utilizadas se encuentra la que recoge la OMS en su glosario de términos de salud pública que la define como “las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud”. La alfabetización en salud debe circunscribirse en el marco de la educación para la salud.<sup>3</sup></p> <p><b>Toma de decisiones compartidas (TDC):</b> La TDC es un enfoque desde el cual el profesional de la salud debe compartir la mejor evidencia disponible, promoviendo que el usuario identifique aquellos aspectos que le son más valiosos y sus preferencias en relación con una decisión de salud. La TDC es una de las estrategias más reconocidas para promover la participación individual de las personas en el cuidado de su salud. Diversas investigaciones han reportado los múltiples beneficios asociados a la TDC, como mejoras en los resultados clínicos, optimización de los recursos, aumento de la satisfacción usuaria y reducción de las brechas en salud<sup>4</sup>.</p>
--	--

---

<sup>3</sup> Juvinyà-Canal, Dolors, Bertran-Noguer, Carme, & Suñer-Soler, Rosa. (2018). Alfabetización para la salud, más que información. *Gaceta Sanitaria*, 32(1), 8-10. E pub 30 de noviembre de 2020. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.005>

<sup>4</sup> Bravo P, Martínez MP, Villarroel L; Dois A. (2018). Participación en la toma de decisiones en salud y satisfacción de los usuarios de atención primaria chilena. *Cuads Méd Soc (Chile)* 2018; 58 (3):69-74  
[https://www.researchgate.net/publication/329482772\\_Participacion\\_en\\_la\\_toma\\_de\\_decisiones\\_en\\_salud\\_y\\_satisfaccion\\_de\\_los\\_usuarios\\_de\\_atencion\\_primaria\\_chilena](https://www.researchgate.net/publication/329482772_Participacion_en_la_toma_de_decisiones_en_salud_y_satisfaccion_de_los_usuarios_de_atencion_primaria_chilena)



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

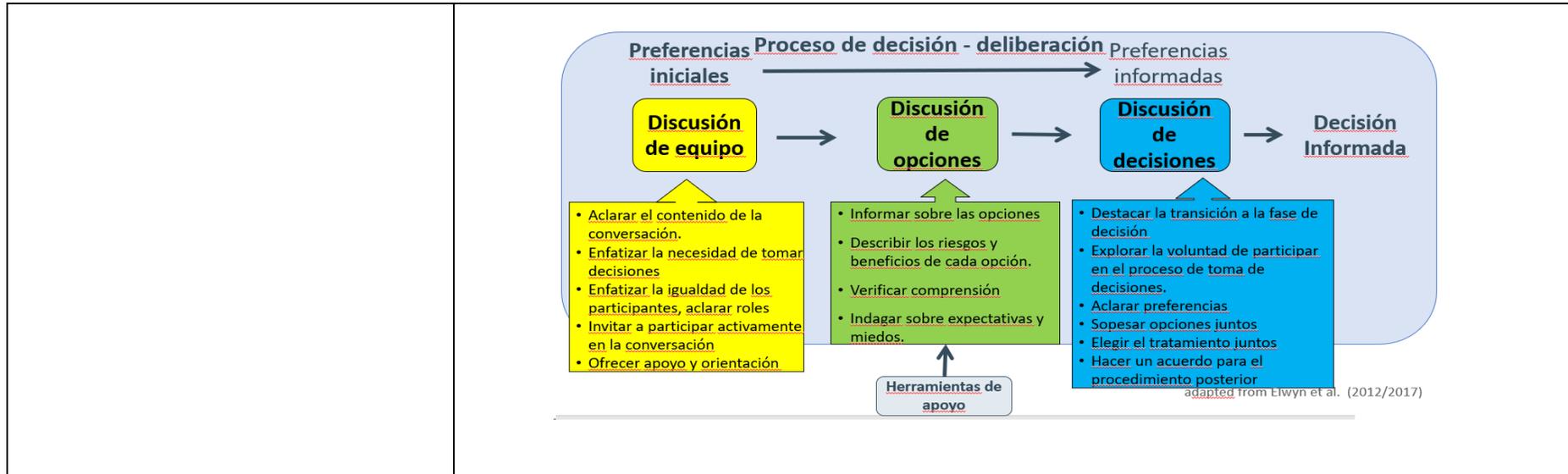
El indicador, solicita para su cumplimiento la elaboración de un documento que describa el proceso de alfabetización en salud a realizar en el establecimiento. Este debe contener a lo menos, como hará para que la persona/usuario obtenga la capacidad para procesar y comprender información de su salud y de su familia.

**Ejemplo de encuadre/activación de la atención en TDC**

En la atención que realizaremos el día de hoy queremos que usted pueda tomar decisiones sobre su salud lo más informado/a y acompañado posible, para esto durante todo el control/ingreso le iré entregando información y orientación sobre sus diagnósticos, estado de salud y las distintas alternativas de tratamiento. Además, siéntase con toda confianza de poder preguntar cualquier cosa relacionada a su salud, para que al final de esta atención podamos acordar de manera informada un plan de cuidados que considere sus preferencias.

\*Este ejemplo intentan cumplir con los objetivos de la fase de “discusión de equipo” del modelo de toma de decisiones compartidas (Aclarar el contenido de la conversación, Enfatizar la necesidad de tomar decisiones, Enfatizar la igualdad de los participantes, aclarar roles, Invitar a participar activamente en la conversación, Ofrecer apoyo y orientación)

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





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

## Principio Integralidad

### Componente Comunidad

Indicador	Comentarios
1.1. Diagnóstico Salud comunitaria con enfoque de Derechos Humanos, de determinantes sociales de la salud (DSS) y de activos comunitarios en el territorio de acción del establecimiento.	<p><b>Diagnóstico de salud comunitario:</b> Es el proceso cuyo objetivo es identificar las necesidades y problemas de salud de la comunidad, con la participación de esta, tanto en su planificación como en su ejecución.</p> <p><b>Activos comunitarios<sup>5</sup></b> Los activos para la salud son aquellos recursos humanos, sociales, físicos o medioambientales que potencian la capacidad para mantener, conservar y generar salud y bienestar. Permiten enfrentar los factores estresantes inherentes a la existencia humana y hacen más fácil percibir la vida como coherente y estructurada. El modelo de activos ayuda a las personas a ser más que receptoras pasivas de servicios y potencian la capacidad de actuación en situaciones de vulnerabilidad. <b>La diferencia</b> entre un recurso y <b>un activo</b> es que, a este último, <b>la comunidad lo señale y lo reconozca como riqueza</b>, el recurso se extingue y el activo se potencia como un elemento que mejora su bienestar a nivel individual, familiar y/o comunitario.</p>
2.1. Existencia de Plan de Trabajo de Salud Comunitaria que aborde las áreas priorizadas del diagnóstico de salud comunitario <b>OBLIGATORIO</b>	<p><b>Plan de trabajo de salud comunitaria:</b> Conjunto de acciones desarrolladas por diversos sectores comunitarios, en la búsqueda de soluciones a sus necesidades específicas. Tiene como eje el mejoramiento de las condiciones de vida en la comunidad.</p>

<sup>5</sup> Gac Sanit. (2021);35(4):333–338



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

**Componente Equipo de Salud**

<p>5.2. Evaluación de requisitos mínimos de calidad en la implementación de la ECICEP (OBLIGATORIO)</p>	<p>Ejemplo de Pauta de cotejo de auditoría de calidad para ingresos, controles y seguimientos.</p> <table border="1" data-bbox="750 367 1960 1093"> <tr> <td><b>INGRESO INTEGRAL</b></td> </tr> <tr> <td><b>Registro de actividades REM</b></td> </tr> <tr> <td>Ingreso Integral según riesgo</td> </tr> <tr> <td>Plan consensuado según riesgo</td> </tr> <tr> <td>Registra correctamente Diagnósticos de la persona (Confirmado/Sospecha/Descarte – Ingreso/Seguimiento)</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td>Registro Anamnesis Integral (dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales de la persona)</td> </tr> <tr> <td>Registro Valoración Integral</td> </tr> <tr> <td>Registro de Tamizajes según corresponda</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td><b>Plan de Cuidados</b></td> </tr> <tr> <td>Priorización de temas a trabajar</td> </tr> <tr> <td>Objetivos / Metas consensuados entre el equipo y persona</td> </tr> <tr> <td>Acciones / Actividades consensuadas alineadas con los objetivos</td> </tr> <tr> <td>Acciones / Actividades incluye plazos y responsables para su ejecución</td> </tr> <tr> <td>Registra seguimiento de las acciones / actividades consensuadas.</td> </tr> <tr> <td>Recomendación social de Activos Comunitarios, cuando corresponda</td> </tr> </table> <p>Se recomienda registrar los problemas consensuados que no se incluyen en el plan por el momento, así como, los problemas pesquisados por ambas partes como no consensuados, con la finalidad de ir retomándolos a futuro (problematizarlos o descartarlos finalmente)</p>	<b>INGRESO INTEGRAL</b>	<b>Registro de actividades REM</b>	Ingreso Integral según riesgo	Plan consensuado según riesgo	Registra correctamente Diagnósticos de la persona (Confirmado/Sospecha/Descarte – Ingreso/Seguimiento)		Registro Anamnesis Integral (dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales de la persona)	Registro Valoración Integral	Registro de Tamizajes según corresponda		<b>Plan de Cuidados</b>	Priorización de temas a trabajar	Objetivos / Metas consensuados entre el equipo y persona	Acciones / Actividades consensuadas alineadas con los objetivos	Acciones / Actividades incluye plazos y responsables para su ejecución	Registra seguimiento de las acciones / actividades consensuadas.	Recomendación social de Activos Comunitarios, cuando corresponda
<b>INGRESO INTEGRAL</b>																		
<b>Registro de actividades REM</b>																		
Ingreso Integral según riesgo																		
Plan consensuado según riesgo																		
Registra correctamente Diagnósticos de la persona (Confirmado/Sospecha/Descarte – Ingreso/Seguimiento)																		
Registro Anamnesis Integral (dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales de la persona)																		
Registro Valoración Integral																		
Registro de Tamizajes según corresponda																		
<b>Plan de Cuidados</b>																		
Priorización de temas a trabajar																		
Objetivos / Metas consensuados entre el equipo y persona																		
Acciones / Actividades consensuadas alineadas con los objetivos																		
Acciones / Actividades incluye plazos y responsables para su ejecución																		
Registra seguimiento de las acciones / actividades consensuadas.																		
Recomendación social de Activos Comunitarios, cuando corresponda																		



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

	<b>CONTROL INTEGRAL</b>
	<b>Registro de actividades REM</b>
	Control Integral según riesgo
	Registro de actividades de otros programas según corresponda
	Registra correctamente Diagnósticos de la persona (Confirmado/Sospecha/Descarte – Ingreso/Seguimiento)
	Registro Anamnesis/Valoración Integral próxima (nuevos datos desde el ingreso)
	Registro de parámetros clínicos atinentes a lo abordado en el control.
	Registro de actualización del plan de cuidados
	<b>SEGUIMIENTO A DISTANCIA</b>
	<b>Registro de actividades REM</b>
	Seguimiento a distancia según riesgo
	Registra correctamente Diagnósticos de la persona (Confirmado/Sospecha/Descarte – Ingreso/Seguimiento)
	<b>Seguimiento del Plan de Cuidados</b>
	Revisión de cumplimiento de Objetivos / Metas consensuados entre el equipo y persona, estado de compensación metabólica y/o estado anímico actual
	Identificación de nuevas necesidades a incorporar en el plan.
	Recomendación social de Activos Comunitarios si corresponde
	Signos de alerta descompensación de condiciones crónicas
	Registra próximas acciones (presenciales o remotas)



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

## Principio Continuidad

### Componente Comunidad

Indicador	Comentarios
1.1. Mapeo de instituciones, recursos y activos comunitarios del territorio de cada establecimiento	Es una representación gráfica del territorio que identifica y cataloga los servicios disponibles que son potencial oferta para la demanda de los intereses comunitarios.
1.2. Documento que describa la articulación del equipo de salud con el intersector y organizaciones para la gestión y continuidad de cuidados (ejemplo: Gestión Social Local)	<p>Coordinación permanente con los otros sectores que participan en el territorio en pro de abordar los determinantes sociales de salud. Se visualizan ofertas programáticas, que son el reflejo de las políticas públicas, potenciando las acciones coordinadas que permitan sinergia y complementariedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan de trabajo que incluya: Objetivos, actividades y metas</li> <li>- Se sugiere definir un secretario de actas y calendarización de reuniones oficializadas</li> </ul>

### Componente Personas y Familia

4.1. EMPA alterados con seguimiento	<p>El seguimiento del EMPA contempla el seguimiento del plan de cuidados que se defina de forma consensuada en el examen. Se recomienda considerar:</p> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th>SEGUIMIENTO DEL PLAN DE CUIDADOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Registro de seguimiento del Plan de Cuidados</td> </tr> <tr> <td>Revisión de cumplimiento de Objetivos / Metas consensuados entre el equipo y persona</td> </tr> <tr> <td>Identificación de nuevas necesidades a incorporar en el plan.</td> </tr> <tr> <td>Registra seguimiento de los próximos encuentros (presenciales o remotas)</td> </tr> <tr> <td>Recomendación social de Activos Comunitarios cuando corresponda</td> </tr> </tbody> </table>	SEGUIMIENTO DEL PLAN DE CUIDADOS	Registro de seguimiento del Plan de Cuidados	Revisión de cumplimiento de Objetivos / Metas consensuados entre el equipo y persona	Identificación de nuevas necesidades a incorporar en el plan.	Registra seguimiento de los próximos encuentros (presenciales o remotas)	Recomendación social de Activos Comunitarios cuando corresponda
SEGUIMIENTO DEL PLAN DE CUIDADOS							
Registro de seguimiento del Plan de Cuidados							
Revisión de cumplimiento de Objetivos / Metas consensuados entre el equipo y persona							
Identificación de nuevas necesidades a incorporar en el plan.							
Registra seguimiento de los próximos encuentros (presenciales o remotas)							
Recomendación social de Activos Comunitarios cuando corresponda							



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

### 3. METODOLOGÍA 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 un periodo de tres años<sup>6</sup>, a los centros de salud en forma gradual a contar de enero del año 2024.

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, con antelación a la fecha de expiración de la vigencia de certificación, mediante 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, se solicitará la fecha de evaluación de los establecimientos 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 u otro 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:** Todos los establecimientos de salud deberán realizar su **autoevaluación anualmente**, 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

---

<sup>6</sup> En el caso de las PSR el proceso de certificación tendrá una vigencia de 2 años según OT del Programa de Equidad en Salud Rural vigente para el año 2024



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

Salud a la comuna para apoyar el proceso de evaluación final. Se sugiere que el tiempo destinado a esta fase sea no más de 3 meses.

2. **Fase de Evaluación:** El Servicio de Salud establecerá una comisión para el proceso de evaluación, se recomienda incorporar a los integrantes de Departamentos de la Subdirección Médica, Atención Primaria, Calidad, Participación Social, Control y Gestión, Gestión de Redes, Gestión Hospitalaria, entre otros. Se definirá el cronograma de evaluación directa en terreno en cada Cesfam postulante, por parte del Servicio de Salud respectivo, siendo deseable invitar al proceso algún miembro de otras entidades evaluadoras como la SEREMI. Se sugiere que la evaluación de la gestión documental sea efectuada previo a la visita con la comisión
3. **Plan de Mejora:** Los establecimientos y comuna en conjunto con el Servicio de salud, conforme las brechas detectadas en la evaluación definirán un proyecto de mejora en la implementación del Modelo, para ser trabajado considerando un cronograma de trabajo en un plazo de tres años con actualización anual.
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 y de gastos:** 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.

**Sugerencia de cronograma del proceso de certificación**

Actividad	Plazo
Revisión de documentos previo a la evaluación	Al mes de marzo
Autoevaluación de los centros	Al mes de abril/mayo
Elaboración Plan de mejora	Al mes de abril/mayo
Certificación en terreno Retroalimentación a los equipos	Septiembre a diciembre



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

### 4. ANEXOS



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

**Anexo 1. ¿Cómo planificar una intervención educativa?<sup>7</sup>**

La educación de adultos es un **proceso educativo que tiene como objetivo que la persona pueda aumentar sus oportunidades para lograr su autorrealización.**

El proceso de enseñanza aprendizaje en **la educación de adultos debe responder a las características y motivaciones de las personas.** La educación de adultos considera que las personas pueden ejercer su libertad y utilizan sus experiencias previas para aprender<sup>8</sup>:

**La principal característica del proceso educativo es la horizontalidad,** es decir, el facilitador y el educando se encuentran en las mismas condiciones, los dos tienen conocimientos, capacidad de ser críticos, de analizar los contenidos otorgados y de comprenderlos, y tienen conciencia de sus deberes, derechos y responsabilidades en el proceso. **La persona del educando es el centro del proceso educativo.**

**Pauta de planificación de una intervención educativa con metodología de educación de adultos <sup>9,10</sup>**

Diagnóstico de la necesidad de Aprendizaje		
Paso 1: Quiénes	¿Quiénes serán los participantes?	
	¿Cuáles son sus expectativas, recursos y necesidades?	
	¿Cuáles son los temas que les preocupan a los participantes?	
Paso 2: Por qué es necesaria la intervención educativa	¿De dónde y desde quienes surge la necesidad?	
	¿Cuál es el problema?	
	¿Qué se espera lograr?	
Intervención		
Paso 3: Cuándo	¿Cuál es la frecuencia en la que se realizará la intervención?	
	¿Cuánto durará cada sesión?	
	¿Cuál es el horario en que se desarrollará la intervención?	
Paso 4: Dónde	¿En qué lugar se desarrollará la intervención?	

<sup>7</sup> Dois, A (2023). Adaptado de Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Minsal 2013.

<sup>8</sup> Irizar, JA. (2009). Recuadro II. Principios básicos de la educación de adultos. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 14 (1): 48-49.

<sup>9</sup> Vella J. (1995). Training through dialogue. Promoting effective learning and change with adults. San Francisco: Jossey Bass Publishers

<sup>10</sup> Vella J. (2000). Talking Learning to Task. Creative Strategies for Teaching Adults. San Francisco: Jossey Bass Publishers



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

Paso 5: Para qué	¿Cuáles son los objetivos de la intervención educativa? Se sugiere que los objetivos sigan el formato SMART: <ul style="list-style-type: none"><li>- Específicos</li><li>- Medibles</li><li>- Alcanzables</li><li>- Realista</li><li>- Limitado en el tiempo</li></ul>	
	¿Cuáles son los resultados que se espera alcanzar? (a corto y mediano plazo)	
Paso 6: Qué	¿Qué contenidos se deben abordar?	
	¿Son coherentes los objetivos con los contenidos?	
Paso 7: Cómo	¿Cuáles son las Metodologías individuales/ grupales que se utilizarán?: <ul style="list-style-type: none"><li>- Clases expositivas breves y lectura de textos (conocimientos)</li><li>- Análisis de casos (comprensión)</li><li>- Ejercicios prácticos (habilidades)</li><li>- Compartir experiencias propias o conocer la experiencia de otros (actitudes)</li><li>- Grupos de encuentro (valores)</li></ul>	

Preguntas de evaluación del diseño de la intervención	
¿Los objetivos responden a los resultados que se desea obtener?	
¿Las actividades son claras y medibles?	
¿Los recursos son los adecuados?	
¿Existe clara relación entre Objetivos, Estrategias y Actividades?	
¿Hay dificultades que se anticipen que pueden limitar el programa?	



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

**Ejemplo de planificación de una intervención educativa: “Como mejorar la adherencia a tratamiento en personas con HTA”**

<b>Quién</b>	Personas con HTA que asisten a control en el CESFAM “Trinidad”
<b>Por qué</b>	El diagnóstico de necesidades de aprendizaje mostró la necesidad de intervenir sobre medidas para mejorar la adherencia al tratamiento en personas con HTA Para realizar el diagnóstico se: <ul style="list-style-type: none"><li>- aplicó una encuesta sobre adherencia a tratamiento y creencias relacionadas con la hipertensión y su tratamiento con un ítem para que las personas escriban temas que les interesaría abordar</li></ul>
<b>Dónde</b>	En la sala de reuniones del sector azul
<b>Cuando</b>	Los martes de 16:00 a 17:00hrs durante el mes de abril
<b>Para qué (objetivos)</b>	Al término del taller los participantes habrá: <ol style="list-style-type: none"><li>1. <b>Nombrado</b> las causas de la Hipertensión Arterial Crónica (HTA)</li><li>2. <b>Distinguido</b> al menos dos formas de automanejo de la HTA</li><li>3. <b>Diseñado</b> una estrategia para implementar una de las formas de automanejo</li><li>4. <b>Identificado</b> al menos 2 facilitadores para llevarla acabo</li><li>5. <b>Identificado</b> al menos 2 posibles barreras/dificultades para llevarla acabo</li><li>6. <b>Practicado</b> en rol-playing la forma de abordarlos</li></ol>
<b>Qué (contenidos)</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Causas de la HTA</li><li>2. Tipos de tratamiento farmacológico y no farmacológico</li><li>3. Adherencia a tratamiento:<ol style="list-style-type: none"><li>a. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento (facilitadores y barreras)</li><li>b. Estrategias que favorecen la adherencia al tratamiento</li></ol></li></ol>
<b>Cómo (métodos y tareas de aprendizaje)</b>	<b>Tareas Inductivas:</b> Ejemplo: se lee un caso clínico con una situación simulada de un usuario con problemas de adherencia al tratamiento de su HTA <b>Tarea de Input:</b> Ejemplo: se enseña a interpretar las etiquetas nutricionales de los alimentos para identificar el contenido de sodio y grasas <b>Tarea de Implementación:</b> Ejemplo: se enseña a diseñar un plan de alimentación adecuado y se planifica su implementación <b>Tarea de integración:</b> Ejemplo: a través de un role-playing se recrea una situación que simule un conflicto frente a la elección de alimentos adecuados durante la semana de celebración de Fiestas Patrias



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

**Anexo 2. Instrumento de evaluación de educación participativa de adultos (EPA). Servicio de salud de Ñuble**

DIRECCION DE ATENCIÓN PRIMARIA

SERVICIO DE SALUD ÑUBLE

**INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE EDUCACIÓN PARTICIPATIVA DE ADULTOS (EPA)**

Tipo de Evaluación: Supervisión ..... Autoevaluación .....

Nombre de la actividad a evaluar: .....

.....

Fecha: ...../...../..... Establecimiento: .....

Responsables de la actividad educativa.....

.....

Evaluador: .....

REQUISITOS DE EDUCACIÓN PARTICIPATIVA PARA ADULTOS	Cumple = 1 No cumple = 0
1. Se resguarda el tiempo para planificar la actividad educativa.	
2. Se resguarda el tiempo para realizar la actividad educativa.	
3. En la planificación se indica el nombre de la actividad educativa.	
<b>4. En la planificación se caracteriza la población a la que va dirigida la educación. (*)</b>	*
5. En la planificación se explica la justificación, fundamentación u origen del proyecto.	
6. En la planificación se especifica la fecha y duración de la actividad.	
7. En la planificación se especifica donde se realizará la educación y las características físicas del lugar que pertinentes para el desarrollo de la actividad.	
8. En la planificación se mencionan los resultados esperados y metas a lograr.	
9. En la planificación se enumeran los contenidos o temas que se abordarán en la educación.	



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

DIRECCION DE ATENCIÓN PRIMARIA

SERVICIO DE SALUD ÑUBLE

<b>10. En la planificación se incluyen detallan las actividades, métodos o técnicas con los que se abordarán los contenidos en forma participativa (*)</b>	*
11. En la planificación se menciona el medio de financiamiento de la actividad.	
<b>12. En la planificación se incluye la convocatoria indicando el medio de difusión y la información mínima relevante. (*)</b>	*
13. Al final de la actividad se realiza una evaluación de la sesión con las personas participantes.	
<b>14. Se realiza una evaluación respecto al cumplimiento de los resultados y metas propuestos en la planificación. (*)</b>	*
<b>PUNTAJE TOTAL</b>	

**Tablas de resultado:**

Marcar X	Nivel de calidad	Puntaje
	EXCELENTE	Si suma 14 puntos.
	MUY BUENO	Si cumple los cuatro centinelas y suma 13 a 14 puntos.
	BUENO	Si cumple los cuatro centinelas y suma 11 a 12 puntos.
	REGULAR	Si cumple los cuatro centinelas y suma 10 a 11 puntos.
	DEFICIENTE	Si no cumple cuatro centinelas o suma 9 o menos puntos.

**INSTRUCTIVO**

El presente instrumento se divide en dos partes. La primera puede ser utilizado tanto en supervisiones del Servicio de Salud, como en auditoría interna para el monitoreo del propio equipo de atención primaria.

La segunda (anexo) corresponde a una pauta sugerida para que los asistentes evalúen la actividad.



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

DIRECCION DE ATENCIÓN PRIMARIA

SERVICIO DE SALUD ÑUBLE

- 1) En la **tabla de requisitos de calidad** se registra “1” si se cumple y “0” si no se cumple cada requisito. Para definir el cumplimiento se deben considerar los criterios de evaluación de la **tabla de criterios de evaluación**.
- 2) Verificar si se cumplen todos los requisitos “**centinela**” marcados con asterisco.
  - Si no se cumplen todos los requisitos centinela, el producto se califica como “DEFICIENTE” y se marca con una “X” en el espacio correspondiente de la **tabla de resultado**.
  - Si cumplen todos los requisitos centinela, se suma el total de puntos (un punto por cada requisito cumplido) y se registra en la fila “**puntaje total**” de la tabla de requisitos de calidad.

En la **tabla de resultados**, marcar con una “X” la calificación (excelente, muy bueno, bueno, regular o deficiente) de acuerdo al puntaje obtenido.

- 3) Para realizar la supervisión por el Servicio de Salud, se deben seleccionar al azar 5 actividades educativas realizadas en los últimos 12 meses en distintos programas o subprogramas.

Tabla de criterios de evaluación:

REQUISITOS DE CALIDAD	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
	Se cumple el requisito si:
1. Se resguarda el tiempo para planificar la actividad educativa.	En la agenda de los responsables está registrada la actividad de planificación de la educación.
2. Se resguarda el tiempo para realizar la actividad educativa.	En la agenda de los responsables de la ejecución está registrada la actividad educativa.
3. En la planificación se indica el nombre de la actividad educativa.	Además del nombre de fantasía se sugiere indicar en el título: tipo de actividad, tema y a quién va dirigida.
4. En la planificación se caracteriza la población a la que va dirigida la educación. (*)	Se indica claramente el nº de personas, rango etario, género u otras características que sean pertinentes para planificar la actividad. Corresponde al QUIENES en una EPA.
5. En la planificación se explica la justificación, fundamentación u origen del proyecto.	Se indica en qué contexto se inserta la capacitación, por ejemplo: solicitud de usuarios, detección de necesidad, orientación desde algún programa o iniciativa ministerial, entre otros. Corresponde al POR QUÉ en una EPA.
6. En la planificación se especifica la fecha y duración de la actividad.	Se indica hora de inicio y término, o duración de la actividad y fecha probable o aproximada de ejecución. Corresponde al CUANDO en una EPA.



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

DIRECCION DE ATENCIÓN PRIMARIA

SERVICIO DE SALUD ÑUBLE

7. En la planificación se especifica donde se realizará la educación y las características físicas del lugar que sean pertinentes para el desarrollo de la actividad.	Se deben especificar las características que son necesarias para el adecuado desarrollo de la actividad, en cuanto a espacio físico, tipo de infraestructura, o disponibilidad de mobiliario o implementos requeridos que corresponden al lugar. Corresponde al DONDE en una EPA.
8. En la planificación se mencionan los resultados esperados y metas a lograr.	Los resultados deben ser objetivables y especificar la forma en que se medirán considerando indicadores, fuentes de datos, y momento en que se medirá. Corresponde al PARA QUÉ en una EPA.
9. En la planificación se enumeran los contenidos o temas que se abordarán en la educación.	Menciona claramente los temas a tratar en la educación. Corresponde al QUÉ de una EPA.
10. En la planificación se incluyen detallan las actividades, métodos o técnicas con los que se abordarán los contenidos en forma participativa (*)	<p><b>Cumple con los 3 criterios:</b></p> <p>1. Se detalla el programa con horario o tiempos destinados a cada actividad y la descripción de cada una.</p> <p>2. Se incluyen actividades de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Inducción:</b> dirigida a motivar en el tema.</li> <li>• <b>Input:</b> Entrega o generación de información o contenidos</li> <li>• <b>Implementación:</b> Puesta en práctica de los contenidos.</li> <li>• <b>Integración:</b> Aplicación de los aprendizajes.</li> </ul> <p>3. Al menos un 60% de las actividades deben ser participativas, por ejemplo actividades lúdicas dinámicas, trabajo en grupos o en parejas, debates, lluvias de ideas, radioteatros, dibujos, dramatizaciones, collages, entre otras técnicas. Corresponde al CÓMO en una EPA.</p>
11. En la planificación se menciona el medio de financiamiento de la actividad.	Se menciona si existe o no fuente de financiamiento, cuál es la fuente y el monto disponible.
12. En la planificación se incluye la convocatoria indicando el medio de difusión y la información mínima relevante. (*)	La planificación de la convocatoria debe incluir a quién va dirigida, para qué se está convocando, dónde y cuándo se realizará la actividad.
13. Al final de la actividad se realiza una evaluación de la sesión con las personas participantes.	Se aplica una evaluación en la que los participantes pueden entregar su opinión respecto a la calidad de la actividad realizada. Se sugiere aplicar la pauta adjunta en el anexo.
14. Se realiza una evaluación respecto al cumplimiento de los resultados y metas propuestos en la planificación. (*)	Los responsables de la actividad elaboran un resumen ejecutivo con los resultados de la aplicación de los indicadores de resultado y la evaluación de los participantes. Incluye propuestas de mejora si corresponde.



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

DIRECCION DE ATENCIÓN PRIMARIA

SERVICIO DE SALUD ÑUBLE

**Anexo:**

Pauta de evaluación para los participantes a la actividad. Se sugiere adecuar el formato, diseño, tamaño de letra o contenido, según las características de los usuarios.

Se analizan los resultados en base al porcentaje de respuestas positivas o negativas en el grupo, para cada ítem evaluado. Ejemplo: 70% de los participantes se sintieron bienvenidos y acogidos...

Es importante para nosotros conocer su opinión respecto a la actividad en la que acaba de participar. Sus respuestas nos ayudarán a mejorar la próxima vez.

Por favor, responda marcado con una X la casilla SI o NO en cada punto.

Todas las respuestas son confidenciales.

Muchas gracias por su opinión.

<b>EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD EDUCATIVA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. Me sentí bienvenido y acogido por los moderadores.		
2. El lugar era cómodo y permitió realizar adecuadamente las actividades.		
3. Las dinámicas me ayudaron a sentirme más en confianza y dispuesto a participar.		
4. Se acordaron algunas reglas de respeto, tolerancia y confidencialidad que facilitaron el buen desarrollo de la actividad.		
5. Me explicaron claramente el objetivo de la actividad.		
6. Me explicaron claramente las instrucciones respecto a las actividades a realizar y los tiempos disponibles.		
7. Se realizó al inicio una actividad o dinámica que me ayudó a sentirme más cómodo/a y con ganas de participar.		
8. Tuve la oportunidad de compartir mis conocimientos, opiniones y experiencias sobre el tema.		
9. Tuve la oportunidad de reflexionar, conversar y conocer la opinión y vivencias de otros participantes.		
10. Los moderadores explicaron los contenidos en forma clara y fácil de entender.		
11. Los materiales utilizados para hacer las actividades fueron útiles y permitieron aprender o trabajar mejor.		
12. Los moderadores me resultaron agradables y motivadores.		
13. Los moderadores facilitaron que todos los asistentes pudieran expresarse por igual.		
14. La forma en que informé de la actividad me motivó a participar.		
15. La actividad cumplió con mis expectativas.		
<b>PUNTAJE TOTAL</b>		



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

**Anexo 3. 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 y/o análisis de casos por equipo de cabecera/sector)*
- Etapa Ciclo Vital Familiar:

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

- a) Biológicos: DM, HTA, Cáncer, Enfermedad Mental, EPI, AVE, VIH, ITS, SBOR, Niños con Déficit del Desarrollo Psicomotor, Malnutrición, Discapacidad, Postrado.
- b) Socioeconómicos: Cesantía, Analfabetismo, Hacinamiento, Allogados, Promiscuidad, Ausencia de Redes, Problemas legales, Vivienda precaria, Contaminación, uso de carbón/leña.
- c) Psicosociales: Consumo de Alcohol y Drogas, Trastornos Psiquiátricos descompensados, VIF, Abuso Sexual, Maltrato Infantil, AM abandonado, SDA, Embarazo Adolescente, Deserción Escolar, Delincuencia, Trabajo infantil, Crisis no normativa, Integrante de la



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA  
familia con situación migratoria o inmigratoria irregular, Baja adherencia al tratamiento.  
Alteración de vínculos familiares: trastorno del apego, jerarquía invertida, coaliciones, poco control paterno.

### **6) Factores Protectores**

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

Se recomienda revisar el ítem percepción de la familia de factores que pueden ser de riesgo y protectores en “Estudio de familia en Atención Primaria: construcción y validación de una herramienta para la valoración familiar<sup>11</sup>”

Disponible en <http://www.revistamedicadechile.cl/ojs/index.php/rmedica/article/view/7383>

### **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:

---

<sup>11</sup> Dois A, Bravo P, Mora I, Soto G. Estudio de familia en Atención Primaria: construcción y validación de una herramienta para la valoración familiar Rev Med Chile 2019; 147(5): 589-601. DOI 10.4067/S0034-98872019000500589



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

***Anexo 4. INSTRUMENTO PARA LA EVALUACION Y CERTIFICACION DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA***



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

**PRINCIPIO CENTRADO EN LAS PERSONAS**

**Propósito:** Personas, familias y comunidades reconocidas como sujetos de derecho, que cuentan con capacidades individuales y colectivas; capaces de reconocer sus necesidades e intereses tomar decisiones relativas al cuidado de su salud y establecen una relación vincular y de confianza con el equipo de salud, para facilitar condiciones que contribuyen a lograr el mayor nivel de bienestar.

COMPONENTE	OBJETIVOS	NOMBRE INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	MINIMO REQUERIDO	Puntaje
COMUNIDAD	1. Promover instancias y procesos de participación que contribuyan al desarrollo de condiciones salutogénicas durante el curso de vida, a través de relaciones vinculares entre el equipo de salud y la comunidad para la identificación, diseño y gestión de cuidados de salud colectivos con pertinencia social y cultural.	1.1. Comunidad capacitada en la formulación de proyectos que aborden condicionantes de salud local.	Instancia educativa anual con un mínimo de 8 horas pedagógicas en temas de elaboración/gestión de proyectos y/o iniciativas comunitarias salutogénicas que aborden condicionantes de la salud y bienestar de las personas, que son acompañadas por el equipo de salud	Documento con plan educativo de formación comunitaria que detalle población objetivo, objetivos educativos, contenidos, metodología, evaluación y actas de asistencia. Nómina de integrantes del equipo de salud que participan y acompañan el proceso	El establecimiento/comuna gestiona curso/taller con un mínimo de 8 horas pedagógicas en temas de elaboración/gestión de proyectos y/o iniciativas comunitarias que aborden determinantes de la salud y bienestar de las personas, dirigido a líderes/dirigentes locales.	<p><b>CUMPLE 1 punto:</b> Instancia de capacitación ejecutada con actas de asistencia; plan educativo último año</p> <p><b>CUMPLE 0.5 punto:</b> Documento con Plan Educativo y Carta Gantt (último año)</p> <p><b>NO CUMPLE 0 puntos</b></p> <p>Aplica para CESFAM, CECOSF, PSR y HFC</p>
		1.2. Existencia proyectos comunitarios con enfoque salutogénico	Proyectos comunitarios ejecutados por la comunidad, con enfoque salutogénico que aborden determinantes de la salud y bienestar de las personas	Proyectos comunitarios ejecutados por la comunidad, con enfoque salutogénico que aborden determinantes de la salud y bienestar de las personas  Nómina de integrantes del equipo de salud que participan y acompañan el proceso para la formulación y ejecución de proyectos. (Ejemplo; registro de reuniones; registro de asesorías) No sirve sólo fotos	Al menos, 1 proyecto elaborado y ejecutado desde la comunidad, con enfoque salutogénico. El equipo de salud acompaña el proceso de elaboración y ejecución.	<p><b>CUMPLE 1 punto:</b> Documento con proyecto elaborado, ejecutado (o en ejecución) desde la comunidad (últimos 12 meses) con acompañamiento del equipo de salud</p> <p><b>CUMPLE 0.5 punto:</b> Documento con proyecto elaborado desde la comunidad (últimos 12 meses)</p> <p><b>NO CUMPLE 0 puntos</b></p> <p>Aplica para CESFAM, CECOSF, PSR y HFC</p>



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

COMPONENTE	OBJETIVOS	NOMBRE INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	MINIMO REQUERIDO	Puntaje
		1.3. Evaluación y análisis de brechas del uso del protocolo/documento de buen trato (vigencia 3 años) <b>OBLIGATORIO</b>	Protocolo/documento de buen trato evaluado (elaborado, actualizado de manera consensuada con la comunidad y se realiza análisis de brechas al menos 1 vez al año.	Informe de evaluación y plan de mejora según análisis de brechas identificadas que contenga: Protocolo/documento de buen trato vigente que incorpore mínimos Acta de reunión ampliada de difusión del protocolo a equipo de trabajo. Mecanismo de difusión del protocolo y medio de divulgación de resultados a la comunidad Disponibilización del documento para libre acceso.	El establecimiento elabora plan de mejora a partir de brechas identificadas a través de la aplicación del protocolo/documento de buen trato. Se solicitará que demuestren mecanismos usados para la validación con la comunidad, difusión, toma de conocimiento de todos los miembros del establecimiento y comunidad.	<b>CUMPLE 1 punto:</b> Informe de ejecución con cumplimiento de 95% del plan de mejora a partir de brechas identificadas según cronograma. <b>CUMPLE 0,75 punto:</b> Informe de ejecución con cumplimiento entre un 70-95% del plan de mejora a partir de brechas identificadas según cronograma. <b>CUMPLE 0,50 puntos:</b> Informe plan de mejora a partir de brechas identificadas. <b>NO CUMPLE 0 punto</b>  Aplica para CESFAM, CECOSF, PSR y HFC
<b>PERSONAS Y FAMILIAS</b>	2. Lograr equidad en el acceso de las personas y sus familias a los servicios de salud.	2.1. Continuidad de la atención para ingresos y controles de salud médicos en extensión horaria.	Numero Ingresos y controles médicos en extensión horaria / Total de atenciones médicas en extensión horaria La revisión corresponde a un periodo dentro de los últimos 12 meses de a lo menos una semana	Reporte de agendas donde se constate ingresos y/o controles médicos en extensión horaria. (últimos 12 meses)	Cumple con continuidad horaria para ingresos y/o controles médicos de al menos 20% del total de los cupos de la extensión horaria	<b>CUMPLE 1 punto:</b> Al menos 20% del total de los cupos de la extensión horaria para actividades de ingresos y/o controles de salud <b>CUMPLE 0,5 puntos:</b> Entre 10-19% del total de los cupos de la extensión horaria en actividades de ingresos y/o controles de salud <b>NO CUMPLE 0 punto menos del 10% de cupos en extensión horaria</b> Aplica para CESFAM y HCF  No aplica a CECOSF y PSR



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

COMPONENTE	OBJETIVOS	NOMBRE INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	MINIMO REQUERIDO	Puntaje
		2.2. Agendamiento remoto de horas para atención de salud.	Numero de cupos agendados por estrategia remota / Total de cupos agendados. Cada servicio de Salud define de conjunto con la comuna la estrategia remota a utilizar	El establecimiento presenta alguna estrategia de acceso remoto a agendamiento de hora. Ej.: Telesalud, Hora Fácil, Línea 800, mensajería, portal paciente de los sistemas informáticos de APS, otros. Las prestaciones deben definirse a nivel local.	20% de cupos agendados por estrategia de acceso remoto. Estrategia de acceso remoto se define a nivel local	<p><b>CUMPLE 1 punto:</b> 20% de cupos agendados por estrategia de acceso remoto.</p> <p><b>CUMPLE 0,5 puntos:</b> 10-19% de cupos agendados de forma remota.</p> <p><b>NO CUMPLE 0 punto:</b> menos del 10% de cupos agendados remotamente</p> <p>Aplica para CESFAM, CECOSF, PSR y HCF que cuentan con acceso a internet</p>
		2.3. Personas reciben información sobre el funcionamiento de la red comunal y su centro de salud.	Cuenta con tutorial digital de información a personas sobre el funcionamiento de la red comunal y su centro de salud.	Demostración en terreno de acceso digital sobre el funcionamiento de la red comunal y su centro de salud. Acceso al tutorial en puntos visibles y de alta concurrencia del establecimiento: Inscripción, OIRS, SOME central/Satélite, Salas de espera.	Tutorial de información para las personas que incluya MINIMO: Nombre del centro, red comunal APS, horario de funcionamiento, cartera de prestaciones (farmacia, leche, vacunas, urgencias, controles),	<p><b>CUMPLE: 1 punto:</b> Tutorial de información digital operativo sobre el funcionamiento de la red comunal y su centro de salud con acceso al tutorial en puntos visibles y de alta concurrencia del establecimiento: Inscripción, OIRS, SOME central/Satélite, Salas de espera.</p> <p><b>NO CUMPLE: 0 Puntos,</b> no cuenta con tutorial digital</p> <p>Aplica para CESFAM, CECOSF, PSR y HFC. En el caso de las PSR que no cuentan con acceso a internet considerar otra modalidad que cumpla con el objetivo.</p>



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

COMPONENTE	OBJETIVOS	NOMBRE INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	MINIMO REQUERIDO	Puntaje
	3. Incorporar acciones con enfoque promocional y preventivo en personas, familias.	3.1. Familias participan en consejería familiar como parte del Plan de Cuidado Integral	Revisión de 3 fichas clínicas seleccionadas aleatoriamente, de personas inscritas en el establecimiento de atención primaria que participan en consejería familiar como parte de su Plan de Cuidados Integral Consensuado. Puede ser realizada en el establecimiento o fuera de este	Auditoria de ficha clínica	Consejería familiar agendada como prestación única que se demuestre en la ficha clínica que proviene del plan de cuidado integral considerando temas abordados y acuerdos.	<b>CUMPLE 1 punto:</b> 3 fichas clínicas donde constate consejería familiar como parte de su Plan de Cuidado Integral Consensuado según Orientación Técnica Instrumento MAIS vigente. <b>CUMPLE 0,5 punto:</b> 2 fichas clínicas donde constate consejería familiar como parte de su Plan de Cuidado Integral Consensuado según Orientación Técnica Instrumento MAIS vigente. <b>NO CUMPLE 0 Puntos con menos de 2 fichas</b> Aplica para CESFAM, CECOSF, PSR y HFC
		3.2 Educación individual con apoyo de material educativo	Revisión de 3 fichas clínicas seleccionadas aleatoriamente, de personas inscritas en el establecimiento de atención primaria que evidencia registro de educación individual con apoyo de material educativo en distintas temáticas por ciclo vital; infancia, adolescencia, adultos (incluidos temas de Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) y personas mayores.	Auditoria de ficha clínica	El equipo de salud ejecuta el proceso de educación individual con apoyo de material educativo según protocolo.	<b>CUMPLE 1 punto:</b> Presenta protocolo en los 4 ciclos vitales para 3 fichas que cumple con pauta de cotejo <b>CUMPLE 0,75 punto:</b> Presenta protocolo en 3 ciclos vitales para 3 fichas que cumplen con pauta de cotejo <b>CUMPLE 0,5 punto:</b> Presenta protocolo en 2 ciclos vitales para 3 fichas que cumplen con pauta de cotejo <b>CUMPLE 0,25 punto:</b> Presenta protocolo al menos 1 ciclo vital cumple con pauta de cotejo en 3 fichas. <b>CUMPLE 0 punto:</b> No presenta  Aplica para CESFAM, CECOSF, PSR y HFC



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

COMPONENTE	OBJETIVOS	NOMBRE INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	MINIMO REQUERIDO	Puntaje
		3.3 Educación participativa grupal que promueva el autocuidado o automanejo en salud.	Revisar planificación y evaluación de 4 actividades educativas (una por ciclo vital infancia, adolescencia, adultos y personas mayores). Con metodología de educación participativa según Orientación Técnica Instrumento MAIS vigente.	Planificación de la actividad realizada de acuerdo con Orientación Técnica Instrumento MAIS vigente por el equipo de salud y lista de asistencia de participantes.	El establecimiento planifica y realiza al menos una actividad educativa en el último año según Orientación Técnica Instrumento MAIS vigente, por ciclo vital: infancia, adolescencia, adultos y personas mayores.	<p><b>CUMPLE 1 punto:</b> Presenta planificación y lista de asistencia de 4 actividades educativas, distintas por ciclo vital.</p> <p><b>CUMPLE 0,75 punto:</b> Presenta planificación y lista de asistencia de 3 actividades educativas distintas por ciclo vital.</p> <p><b>CUMPLE 0,5 punto:</b> Presenta planificación y lista de asistencia 2 actividades educativas distintas por ciclo vital.</p> <p><b>CUMPLE 0,25 punto:</b> Presenta planificación y lista de asistencia de 1 actividad educativa.</p> <p><b>NO CUMPLE 0 punto:</b> No presenta En caso de PSR aplica por sector de PSR</p> <p>Aplica para CESFAM, CECOSF, PSR y HFC</p>
	4. Promover el enfoque/abordaje familiar en la población a cargo.	4.1 Familias identificadas y agrupadas en ficha clínica, Cartola familiar o equivalente. <b>(OBLIGATORIO)</b>	(Número de familias agrupadas en registro clínico electrónico, cartola familiar o equivalente disponible en el establecimiento / (Población Inscrita validada o Población adscrita /3,3)) x100 **Si establecimiento cuenta con dato de número de familias o promedio de integrantes por familia, puede utilizar esa información.	Reporte del registro clínico electrónico, cartola familiar o equivalente disponible en el establecimiento Población Inscrita validada o Adscrita/3.3	El establecimiento cuenta con a lo menos un 30% de las familias agrupadas en registro clínico electrónico, cartola familiar o equivalente.	<p><b>CUMPLE 1 punto:</b> Establecimiento cuenta con a lo menos el 30% de las familias agrupadas en ficha clínica o cartola familiar. <b>CUMPLE 0,5 punto:</b> Establecimiento cuenta entre 20% y 29% de las familias agrupadas en ficha clínica o cartola familiar y cuenta con plan de acción para lograrlo. <b>NO CUMPLE 0 puntos con menos de 20%</b> Aplica para CESFAM, CECOSF, PSR y HFC</p>



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

COMPONENTE	OBJETIVOS	NOMBRE INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	MINIMO REQUERIDO	Puntaje
		4.2 familias identificadas de acuerdo al riesgo o priorización según instrumento aprobado por el Servicio de Salud con foco en los determinantes del territorio.	Número de familias evaluadas mediante screening de riesgo /Número de familias inscritas/Adscritas *100 Vigencia 3 años.	REM P7 Numero de familias inscritas o adscritas (Población Inscrita Validada o Población adscrita /3,3)) x100	El establecimiento cuenta con un sistema de evaluación de familias inscritas/adscritas aprobado por el Servicio de Salud con foco en las determinantes del territorio y lo aplica al 30% de las familias inscritas/adscritas Solicitud escrita de aprobación al Servicio de Salud (canal formal de comunicación)	<b>CUMPLE 1 puntos:</b> Aplicado al 30% o más familias inscritas/adscritas <b>CUMPLE 0,75 puntos:</b> Aplicado entre el 29% y 25% familias inscritas/adscritas <b>CUMPLE 0,50 puntos:</b> Aplicado entre el 24% y 20% de familias inscritas/adscritas <b>NO CUMPLE 0 puntos:</b> Aplicado a menos del 20% de familias inscritas/adscritas  Aplica para CESFAM, CECOSF, PSR y HFC
		4.3 Familias reciben visita domiciliaria integral (VDI) como parte del Plan de Cuidado Integral cuando su condición sociosanitaria lo requiere, bajo un método estandarizado. Según pauta de cotejo basada en Orientación Técnica de VDI.	Revisión de 4 fichas clínicas seleccionadas aleatoriamente, de personas inscritas en el establecimiento de atención primaria que evidencia de pauta de VDI como parte del Plan de Cuidado Integral, acorde a los mínimos definidos en la orientación técnica de visita domiciliaria integral.	Auditoria de ficha clínica	VDI como parte del Plan de Cuidado Integral registrada en ficha clínica con los acuerdos e intervenciones por ciclo vital Seguimiento asociado a la VDI registrado en ficha clínica.	<b>CUMPLE 1 puntos:</b> 4 fichas con evidencia de aplicación de pauta de VDI <b>CUMPLE 0,75 puntos:</b> 3 fichas con evidencia de aplicación de pauta de VDI <b>CUMPLE 0,50 puntos:</b> 2 fichas con evidencia de aplicación de pauta de VDI <b>NO CUMPLE 0 puntos con menos de 2 fichas</b>  Aplica para CESFAM, CECOSF, PSR y HFC



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

COMPONENTE	OBJETIVOS	NOMBRE INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	MINIMO REQUERIDO	Puntaje
	5. Incorporar y/o fortalecer la participación y avanzar hacia la toma de decisiones compartidas en salud.	5.1 Planes de cuidados integrales que incorporan mínimos requeridos según Orientación Técnica Instrumento MAIS vigente y Marco Operativo de la ECICEP. <b>(OBLIGATORIO)</b>	Revisión de 4 fichas clínicas seleccionadas aleatoriamente, de personas inscritas en el establecimiento de atención primaria que evidencia registro de planes de cuidado integral realizados a lo largo del curso de vida y este contiene mínimos requeridos según Orientación Técnica Instrumento MAIS vigente y Marco Operativo de la ECICEP vigentes	Auditoria de ficha clínica	Plan de cuidado integral consensuado registrado en ficha clínica que contenga: Problemas priorizados, objetivos, opciones ofrecidas, acuerdos y seguimiento de los acuerdos asociados. Integra todas las condiciones de salud de una persona. Incorpora un enfoque familiar a través de identificación del grupo familiar, factores protectores y de riesgo.	<p><b>CUMPLE 1 punto:</b> si presenta 4 fichas con plan consensuado con opciones ofrecidas, acuerdos y seguimiento de los acuerdos.</p> <p><b>CUMPLE 0,75 punto:</b> si presenta 3 fichas con plan consensuado con opciones ofrecidas, acuerdos y seguimiento de los acuerdos.</p> <p><b>CUMPLE 0,50 punto:</b> si presenta 2 fichas con plan consensuado con opciones ofrecidas, acuerdos y seguimiento de los acuerdos.</p> <p><b>NO CUMPLE 0 punto con menos de 2 fichas</b></p> <p>Aplica para CESFAM, CECOSF, PSR y HFC</p>
		5.2 Alfabetización de personas en toma de decisiones compartida (TDC)	Documento que describa el proceso de alfabetización de personas/usuarios sobre TDC.	Documento con descripción del proceso de alfabetización (activación) de personas/usuarios sobre TDC.	Documento local alfabetización (activación) de personas/usuarios sobre TDC.	<p><b>CUMPLE 1 punto:</b> Cuentan con documento local de alfabetización (activación) de personas/usuarios sobre TDC.</p> <p><b>NO CUMPLE 0 puntos</b> no tiene documento</p> <p>Aplica para CESFAM, CECOSF, PSR y HFC, indistintamente de que se encuentren implementando la ECICEP</p>



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

COMPONENTE	OBJETIVOS	NOMBRE INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	MINIMO REQUERIDO	Puntaje
EQUIPO DE SALUD	6. Organizar y aplicar acciones de salud teniendo como eje central las necesidades de salud de las personas, familia y la comunidad	6. 1. Sectorización del centro ( <b>OBLIGATORIO</b> )	El establecimiento se encuentra sectorizado y con su equipo identificado. Cada Servicio de Salud (SS) determina universo a evaluar. Revisión de 3 fichas clínicas seleccionadas aleatoriamente, de personas inscritas en el establecimiento de atención primaria que evidencia que el último control haya sido realizado por el equipo de sector.	1. Acto administrativo del Director del establecimiento con conformación de los equipos de sector del centro (El establecimiento madre debe incluir CECOSF y PSR) 2. Documento de caracterización de los procesos de sectorización (criterios de definición de sectores, de equipos por sector, cantidad de inscritos, entre otros). 3. Auditoría de ficha clínica con correspondencia de sector	El establecimiento presenta el acto administrativo del equipo de sector	<b>CUMPLE 1 punto:</b> acto administrativo más documento de caracterización de los procesos de sectorización más 3 fichas con ultimo control en sector correspondiente. <b>CUMPLE 0,75 punto:</b> acto administrativo más documento de caracterización de los procesos de sectorización, mas 2 fichas con ultimo control en sector correspondiente. <b>CUMPLE 0,50 punto:</b> acto administrativo más documento de caracterización de los procesos de sectorización, <b>NO CUMPLE 0 punto no tiene acto administrativo ni documento</b> Aplica para CESFAM, CECOSF, HFC y PSR Nota: En el caso de PSR/CECOSF debe detallar en el acto administrativo el equipo estable del establecimiento (dada la alta rotación)
		6.2 Capacitación en Toma de decisiones compartida (TDC)	Número de funcionarios que realizan atención directa capacitados en TDC/Número Total de funcionarios que realizan atención directa comprometidos a capacitar en TDC) *100	Listado de funcionarios que realizan atención directa capacitados en Toma decisiones compartida Documento formal (1) que dé cuenta de los funcionarios de atención directa comprometidos a capacitar (1) Cualquier documento que va de una institución a otra incluyendo los emails	Al menos 2 profesionales que realicen atención directa capacitados por sector al año.	<b>CUMPLE 1 punto:</b> si cuenta con la cobertura mínima requerida. <b>NO CUMPLE 0 puntos:</b> no cuenta con la cobertura mínima requerida. Aplica para CESFAM, CECOSF, PSR y HFC indistintamente de que se encuentren implementando la ECICEP



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

**PRINCIPIO INTEGRALIDAD**

**Propósito:** Las personas, familias y comunidades son parte de un sistema de salud que considera sus dimensiones biológica, psicológica, social, espiritual y cultural; en el continuo salud-enfermedad y a lo largo del curso de vida.

COMPONENTE	OBJETIVOS	NOMBRE INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	MINIMO REQUERIDO	Puntaje
COMUNIDAD	1. Conocer el territorio de su establecimiento y sus comunidades en sus distintas dimensiones (historia, cultura, Determinantes Sociales de la Salud (DSS), epidemiología, recursos, activos de salud, red intersectorial) para identificar y diseñar cuidados de salud colectivos con pertinencia social y cultural.	1.1. Diagnóstico de Salud comunitaria con enfoque de Derechos Humanos, de DSS y de activos comunitarios en el territorio de acción del establecimiento.	Establecimiento cuenta con diagnóstico de salud comunitario En PSR se considera un diagnóstico por sector territorial	Documento de Diagnóstico de Salud comunitario con enfoque de Derechos Humanos, DSS, incorporando el modelo de activos comunitarios. Vigencia 3 años.	Informe de Diagnóstico de Salud comunitario que incluya detalle de convocatoria, objetivos, metodología utilizada, áreas prioritizadas a incorporar en el Plan de trabajo Comunitario	<p><b>CUMPLE 1 punto</b> Diagnóstico de Salud Comunitario integra enfoque de derechos humanos, DSS y modelo de activos comunitarios</p> <p><b>CUMPLE 0.5 punto</b> Diagnóstico Comunitario integra DSS</p> <p><b>NO CUMPLE 0 punto</b></p> <p>Aplica para CESFAM, CECOSF, PSR y HFC</p>
	2. Generar espacios de gestión participativa permanente en salud, con pertinencia territorial y cultural, para fortalecer las capacidades de cuidados personales y colectivos recogiendo los saberes y conocimientos del territorio.	2.1. Existencia de Plan de Trabajo de Salud Comunitaria que aborde las áreas prioritizadas del diagnóstico de salud comunitario <b>OBLIGATORIO</b>	Establecimiento cuenta con Plan de Trabajo de Salud Comunitaria que aborde las áreas prioritizadas del diagnóstico de salud comunitario reconociendo brechas de acceso a salud e incorporando líneas de Participación social, Intersectorialidad, Promoción de la Salud y Comunicación Social	Documento del plan de trabajo de Salud Comunitaria anual Informes de avance semestral de la ejecución del plan de trabajo de salud comunitaria  *El establecimiento debe realizar un solo plan de trabajo de salud comunitario para los indicadores que lo solicitan (Integralidad 2.1, Continuidad 2.1)	Documento del plan de trabajo de Salud Comunitaria anual indicando la periodicidad de las actividades, contenido de estas y elementos de evaluación	<p><b>CUMPLE 1 punto:</b> Presenta Plan de trabajo de Salud Comunitario (reconociendo brechas de acceso a salud y considerando las 4 líneas) validado y difundido al equipo de salud y comunidad. Informe de evaluación cualitativa y registro de difusión a equipos y comunidad</p> <p><b>CUMPLE 0.5 punto:</b> Presenta sólo Plan de trabajo de Salud Comunitario reconociendo brechas de acceso a salud y considerando las 4 líneas validado por equipo técnico.</p> <p><b>NO CUMPLE 0 puntos</b></p> <p>Aplica para CESFAM, CECOSF, PSR y HFC</p>



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

COMPONENTE	OBJETIVOS	NOMBRE INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	MINIMO REQUERIDO	Puntaje
PERSONAS Y FAMILIA	3. Articular acciones de cuidado en salud a través del curso de vida.	3.1 Intervención en crisis normativa y/o no normativa	Revisión de 3 fichas clínicas seleccionadas aleatoriamente de personas inscritas en el establecimiento de atención primaria que evidencia plan de cuidados integrales.	Auditoria de ficha clínica	El establecimiento cuenta a lo menos con protocolo de abordaje de crisis y registro en ficha clínica: Problema identificado, conducta y/o manejo acordado en la primera atención y seguimiento.	<p><b>CUMPLE 1 punto:</b> 3 fichas clínicas donde consta uso del protocolo</p> <p><b>CUMPLE 0,75 punto:</b> 2 fichas clínicas donde consta uso del protocolo</p> <p><b>CUMPLE 0,50 punto:</b> 1 ficha clínica donde consta uso del protocolo</p> <p><b>CUMPLE 0,25 punto:</b> Solo cuenta con el protocolo</p> <p><b>NO CUMPLE 0 punto</b></p> <p>Aplica para CESFAM, CECOSF, PSR y HFC</p>
	4. Contribuir a la continuidad del cuidado a través de la gestión de casos	4.1. Gestión de casos para personas de alto riesgo (G3) y de moderado riesgo (G2) priorizados. Según Marco Operativo ECICEP	Revisión de 3 fichas clínica seleccionadas aleatoriamente de personas alto riesgo (G3) y de moderado riesgo (G2) priorizados ingresados a Gestión de casos.	Auditoria de ficha clínica	<p>Cada ficha consigna información respecto de: objetivos para la gestión de casos, presentación en reunión de equipo de sector, acciones interdisciplinarias, gestión de cartera de prestaciones, evaluación, seguimiento, entre otros.</p> <p>Aplica a establecimientos que cuentan con registro clínico electrónico</p>	<p><b>CUMPLE 1 punto:</b> 3 fichas con registro de gestión de casos de acuerdo con el mínimo requerido.</p> <p><b>CUMPLE 0,75 punto:</b> 2 fichas con registro de gestión de casos de acuerdo con el mínimo requerido.</p> <p><b>CUMPLE 0,50 punto:</b> 1 ficha con registro de gestión de casos de acuerdo con el mínimo requerido.</p> <p><b>NO CUMPLE 0 punto</b></p> <p>Aplica para CESFAM, CECOSF, PSR y HFC</p>



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

COMPONENTE	OBJETIVOS	NOMBRE INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	MINIMO REQUERIDO	Puntaje
EQUIPO DE SALUD	5. Proporcionar prestaciones continuas, coherentes y consistentes que consideren las dimensiones de la persona, familia y comunidad; las cuales han sido previamente identificadas, diseñadas, planificadas y evaluadas por equipos competentes e interdisciplinarios.	5.1. Funcionarios que realizan atención directa capacitados en cursos de la ECICEP (A lo menos Curso básico de Herramientas o equivalente min 28 hrs cronológicas)	(Número de funcionarios que realizan atención directa del centro capacitadas en curso básico de la ECICEP /Número total de funcionarios que realizan atención directa que trabajan en el centro * 100.	Certificado de encargado RRHH o de Capacitación Comunal que incluye listado y proporción de funcionarios capacitados en la ECICEP (a lo menos 28 hrs pedagógicas)	Establecimiento presenta ambos documentos (certificados más listados) Aplica para todos los centros indistintamente de si están en la ECICEP (CESFAM, CECOSF, HFC y PSR)	<p><b>CUMPLE 1 punto:</b> &gt;50% de funcionarios que realizan atención directa capacitados en cursos de la ECICEP  <b>CUMPLE 0,75 punto:</b> entre un 40% y 49% de funcionarios que realizan atención directa capacitados en cursos de la ECICEP  <b>CUMPLE 0,50 punto:</b> entre un 20% y 39% de funcionarios que realizan atención directa capacitados en cursos de la ECICEP  <b>NO CUMPLE 0 punto:</b> ≤19% de funcionarios que realizan atención directa capacitados en cursos de la ECICEP</p> <p>Aplica para CESFAM, CECOSF, PSR y HFC</p>
		5.2. Evaluación de requisitos mínimos de calidad en la implementación de la ECICEP ( <b>OBLIGATORIO</b> )	Revisión de 3 fichas clínicas seleccionadas aleatoriamente de personas inscritas en el centro con más de 12 meses ingresadas a la ECICEP, que cumplen mínimos requeridos.	Auditoria de ficha clínica	Revisión de fichas de personas inscritas en el centro con más de 12 meses ingresadas a la ECICEP Se revisará aplicación de auditoría de ficha y esta debe tener el 100% de cumplimiento de los mínimos requeridos (ingreso, controles y seguimiento)	<p><b>CUMPLE 1 puntos:</b> 3 fichas  <b>CUMPLE 0,75 puntos:</b> 2 fichas  <b>CUMPLE 0,50 puntos:</b> 1 ficha  <b>NO CUMPLE 0 puntos:</b> 0 fichas            Aplica para CESFAM, CECOSF, HFC y PSR</p> <p>No aplica para establecimientos que no tienen a lo menos 12 meses de inicio de atenciones integrales ECICEP.</p>



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

COMPONENTE	OBJETIVOS	NOMBRE INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	MINIMO REQUERIDO	Puntaje
		5.3. Perfiles de cargos por competencia y funciones difundidos entre los funcionarios.	Perfiles de cargos definidos comunal/local, funcionario toma conocimiento de sus funciones según cargo y firma en hoja de vida o carpeta funcionaria	Verificar evidencia de toma de conocimiento firmada por el funcionario y documento con perfiles de cargo disponible para los funcionarios.	Toma de conocimiento y firma al momento de inducción del perfil/función en carpeta funcionaria/hoja de vida. Documento con perfiles para a lo menos los siguientes actores claves en el desarrollo del MAIS (Jefe SOME o encargado de agenda, jefe de sector, encargado MAIS-ECICEP, encargado de promoción, participación)	<p><b>CUMPLE 1 punto:</b> Si presenta todos los documentos de toma de conocimiento y documento con perfiles para los actores claves</p> <p><b>NO CUMPLE 0 puntos.</b></p> <p>Aplica para CESFAM, HFC</p> <p>Para CECOSF y PSR se considera solo los documentos de toma de conocimiento firmada por el funcionario en la carpeta /hoja de vida</p>
		5.4. Funcionarios del establecimiento capacitados en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario	(Número de funcionarios del establecimiento capacitados en MAIS /Número total de funcionarios que trabajan en el establecimiento) * 100.	Certificado de encargado de gestión de las personas (RRHH) o Capacitación Comunal que incluye proporción de funcionarios (dotación) capacitados en MAIS (mínimo 20 hrs pedagógicas) y anexo con listado de personas capacitadas en el Modelo (nombre, RUT y cargo, nombre del curso y horas)	Listado de personas capacitadas en el Modelo (nombre, RUT y cargo, nombre del curso y horas)	<p><b>CUMPLE 1 punto:</b> &gt;= 80% funcionarios del establecimiento capacitados</p> <p><b>CUMPLE 0,75 puntos:</b> 70 - 79% funcionarios del establecimiento capacitados</p> <p><b>CUMPLE 0,50 puntos:</b> 69 - 50% funcionarios del establecimiento capacitados</p> <p><b>NO CUMPLE 0 puntos:</b> &lt; 50% funcionarios del establecimiento capacitados</p> <p>Aplica para CESFAM, CECOSF, PSR y HFC.</p>



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

COMPONENTE	OBJETIVOS	NOMBRE INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	MINIMO REQUERIDO	Puntaje
		5.5. Planificación de actividades orientadas a la mejora del bienestar de los funcionarios de los centros de salud	Documento de planificación de actividades orientadas al bienestar de trabajadores/as y ambientes laborales saludables de acuerdo con los 4 componentes de Saludablemente funcionarios/as incluidas en las Orientaciones para la Planificación y Programación en red	Matriz de planificación de saludablemente funcionarios, priorizando acciones para el establecimiento de salud.	Presenta documento con la planificación y evaluación de actividades semestrales que se enmarcan en los 4 componentes de la estrategia saludablemente APS. Las acciones presentan planificación con objetivos, periodicidad y verificadores.	<p><b>CUMPLE 1 punto:</b> Presenta documento de planificación y evaluación de acción en los 4 componentes.</p> <p><b>CUMPLE 0,5 punto:</b> Solo presenta documento de planificación y evaluación en 2 de los 4 componentes.</p> <p><b>NO CUMPLE:</b> 0 punto si no presenta documento</p> <p>Aplica para CESFAM, CECOSF, PSR, HFC.</p>
		5.6. Encargado en áreas estratégicas para el desarrollo del Modelo: MAIS, ECICEP, Calidad, Promoción y Participación. <b>(OBLIGATORIO)</b>	Acto administrativo local con nombramiento de encargados y horas asignadas, firmado por el funcionario	Acto administrativo local (decreto alcaldicio u oficio de la dirección de salud o corporación) con nombramiento de encargados y horas asignadas.	Presentan acto administrativo que cuenta con nombramiento de encargados y horas según corresponda: 1) MAIS- ECICEP: al menos 22 hrs 2) Promoción: al menos 11 hrs. 3) Participación: al menos 22 hrs. 4) Calidad: al menos 22 hrs	<p><b>CUMPLE 1 punto:</b> presenta todos los referentes señalados</p> <p><b>CUMPLE 0,75 puntos:</b> presenta referente MAIS, ECICEP y 2 referentes de los señalados</p> <p><b>CUMPLE 0,5 puntos:</b> presenta referente MAIS, ECICEP y 1 referentes de los señalados</p> <p><b>NO CUMPLE:</b> no presenta ninguno</p> <p>Aplica para CESFAM. En caso de PSR, CECOSF y HFC deben contar con encargado designado, independientemente de las horas asignadas.</p>



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

**PRINCIPIO CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN**

**Propósito:** Las personas, familias y comunidades acceden a cuidados de salud coordinados, coherentes y conectados a través del curso de vida y continuo salud-enfermedad, en la red sectorial, intersectorial y comunitaria.

COMPONENTE	OBJETIVOS	NOMBRE INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	MINIMO REQUERIDO	Puntaje
COMUNIDAD	1. Conocer el territorio y sus comunidades en sus distintas dimensiones (historia, cultura, determinantes sociales de la salud, epidemiología, recursos, activos comunitarios de salud, red intersectorial) para identificar y diseñar cuidados de salud colectivos con pertinencia social y cultural.	1.1. Mapeo de instituciones, recursos y activos comunitarios del territorio de cada establecimiento	Establecimiento cuenta con mapa elaborado participativamente de instituciones, recursos y activos comunitarios en salud	Mapa de instituciones, recursos y activos comunitarios en salud con validación de quienes participaron, actualizado al menos 1 vez al año. Acta con asistencia de quienes participaron y validaron el mapa de instituciones y recursos	Establecimiento cuenta con mapa de instituciones y recursos Actualizado participativamente al menos 1 vez al año, disponible para la comunidad y el equipo de salud.	<p><b>CUMPLE 1 punto.</b> Establecimiento cuenta con mapa de instituciones, recursos y activos comunitarios en salud validado por quienes participaron</p> <p><b>CUMPLE 0,5 punto.</b> Establecimiento cuenta con mapa de instituciones, recursos</p> <p><b>NO CUMPLE 0 punto</b> Aplica para CESFAM, CECOSF, PSR, HFC.</p>
		1.2. Documento que describa la articulación del equipo de salud con el intersector y organizaciones para la gestión y continuidad de cuidados	Protocolo/documento que estandarice la articulación del equipo de salud con el intersector y organizaciones para la gestión de la continuidad de cuidados	Protocolo/documento actualizado al menos 1 vez al año.	Protocolo/documento que articule la relación del equipo de salud con el intersector y organizaciones para la gestión y continuidad de cuidados Debe ser validado y difundido en el equipo de Salud e Intersector con actualización anual.	<p><b>CUMPLE 1 punto:</b> Protocolo/documento que articule la relación del equipo de salud con el intersector y organizaciones para la gestión y continuidad de cuidados, validado, difundido y con actualización anual.</p> <p><b>CUMPLE 0.5 punto:</b> Protocolo/documento que articule la relación del equipo de salud con el intersector y organizaciones en la gestión y continuidad de cuidados.</p> <p><b>NO CUMPLE 0 puntos</b> Aplica para CESFAM, CECOSF, PSR, HFC.</p>



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

COMPONENTE	OBJETIVOS	NOMBRE INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	MINIMO REQUERIDO	Puntaje
	2. Promover y facilitar la articulación y encuentro de forma coordinada, coherente e integrada de redes comunitarias e institucionales (salud e intersector) que conozcan y compartan el diagnóstico comunitario y elaboren estrategias participativas por curso de vida para el abordaje de determinantes de la salud	2.1. Plan de Salud Comunitario que incorpora gestión intersectorial de trabajo con activos comunitarios. <b>(OBLIGATORIO)</b>	Establecimiento cuenta con Plan de Salud Comunitario que incorpora gestión intersectorial de trabajo con activos comunitarios.	Existencia de documento de Plan de Salud Comunitario que incorpora gestión intersectorial de trabajo con activos comunitarios.  *El establecimiento debe realizar un solo plan de trabajo de salud comunitario para los indicadores que lo solicitan (Integralidad 2.1, Continuidad 2.1)	Plan de Salud Comunitario que incorpora gestión intersectorial de trabajo con activos comunitarios.	<b>CUMPLE 1 punto:</b> Plan de Salud Comunitario que incorpora gestión intersectorial de trabajo con activos comunitarios en implementación y con informe de avance semestrales <b>CUMPLE 0.5 puntos:</b> Plan de Salud Comunitario que incorpora gestión intersectorial de trabajo con activos comunitarios. <b>NO CUMPLE 0 puntos</b> Aplica para CESFAM, CECOSF, PSR, HFC.
PERSONAS Y FAMILIA	3. Procurar la continuidad del cuidado a los usuarios y su familia en la red asistencial.	3.1. Monitoreo y gestión de la contrarreferencia	Existencia de protocolo de contrarreferencia e informes semestrales de cumplimiento del protocolo.	Protocolo de contrarreferencia e informes semestrales de cumplimiento del protocolo.	Protocolo de contrarreferencia incluye articulación con la red, descripción del proceso de contrarreferencia, indicadores de proceso y resultado.	<b>CUMPLE 1 punto:</b> Protocolo de contrarreferencia e informes del periodo <b>CUMPLE 0.5 punto:</b> Protocolo de contrarreferencia <b>NO CUMPLE 0 punto</b> Aplica para CESFAM, CECOSF, PSR, HFC.
		3.2 Manejo de personas egresadas de alta hospitalaria por causa de NM, DM2, amputaciones por DM2, IAM, ACV, ERC etapa 5. <b>(OBLIGATORIO)</b>	Informe semestral que contenga descripción de plazos de atención y cobertura de atención. Revisión de fichas clínicas seleccionadas aleatoriamente, de personas inscritas en el establecimiento de APS que cuentan con un plan de acción post alta hospitalaria por causa de NM, DM2, amputaciones por DM2, IAM, ACV, ERC etapa 5, según protocolo local.	Protocolo, informe semestral y auditoria de ficha clínica	Existencia de protocolo de articulación vigente e informe semestral.	<b>CUMPLE 1 punto:</b> Informe semestral y 3 fichas demuestran uso del protocolo <b>CUMPLE 0,75 punto:</b> Informe semestral y 2 fichas demuestran uso del protocolo. <b>CUMPLE 0,50 punto:</b> Presenta el protocolo e informe semestral. <b>NO CUMPLE 0 punto:</b> No presenta protocolo e informe  Aplica para CESFAM, CECOSF, PSR, HFC.



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

COMPONENTE	OBJETIVOS	NOMBRE INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	MINIMO REQUERIDO	Puntaje
	4. Desarrollar acciones de salud en el continuo salud-enfermedad. (Implementar el seguimiento de las acciones preventivas realizadas)	4.1. EMPA alterados con seguimiento	Revisión de 5 fichas seleccionadas aleatoriamente de personas inscritas en el establecimiento de atención primaria con EMPA cerrados y alterados (presión arterial, glicemia, colesterol, entre otros)	Auditoria de ficha clínica	Personas con EMPA cerrado y alterado que cuentan con seguimiento.	<p><b>CUMPLE 1 punto:</b> 5 fichas de personas con EMPA cerrado y alterado demuestran seguimiento.</p> <p><b>CUMPLE 0,5 puntos:</b> 3 fichas de personas con EMPA cerrado y alterado demuestran seguimiento.</p> <p><b>NO CUMPLE:</b> 0 fichas.</p> <p>Aplica para CESFAM, CECOSF, PSR, HFC.</p>
EQUIPO DE SALUD	5. Procurar la continuidad de cuidados coherentes y consistentes a lo largo del curso de vida de la persona y su familia; mediante la identificación, comunicación y coordinación con los actores de la red, intersector y comunidad	5.1. Trabajo con enfoque familiar del equipo de sector <b>OBLIGATORIO</b>	Análisis de casos en reunión de sector	Actas mensuales de reunión de sector incorporan análisis de casos con enfoque familiar. Calendarización de reuniones validada por la Dirección del establecimiento. El Universo será el total de reuniones de sector del establecimiento a la fecha de corte.	Acta mensual de reuniones del equipo de sector.	<p><b>CUMPLE 1 punto:</b> Al menos 10 a 12 reuniones al año presentan análisis de caso con enfoque familiar</p> <p><b>CUMPLE 0,5 punto:</b> Al menos 5 a 6 reuniones al año presentan análisis de caso con enfoque familiar</p> <p><b>CUMPLE 0,25 punto:</b> Al menos 3 a 4 reuniones al año presentan análisis de casos con enfoque familiar</p> <p><b>NO CUMPLE 0 punto</b> Aplica para CESFAM, CECOSF, PSR y HFC.</p>
		5.2. Rescate efectivo de personas inscritas en el establecimiento derivadas desde Urgencia primaria hacia APS según protocolo local visado por el Servicio de Salud	Existencia de protocolo de rescate efectivo	1. Protocolo/documento de rescate efectivo (debe contener coordinación entre encargados, frecuencia de análisis en el informe, a quienes voy a rescatar) 2. Informe (análisis cualitativo de las brechas) al corte de la evaluación con trabajo realizado según protocolo.	El establecimiento presenta protocolo de rescate efectivo	<p><b>CUMPLE 1 punto:</b> protocolo de rescate efectivo + informe</p> <p><b>CUMPLE 0,5 punto:</b> protocolo de rescate efectivo</p> <p><b>NO CUMPLE 0 punto</b></p> <p>Aplica para CESFAM, CECOSF, PSR y HFC</p>



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

COMPONENTE	OBJETIVOS	NOMBRE INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	MINIMO REQUERIDO	Puntaje
		5.3. Plan de gestión de la demanda	El establecimiento cuenta con plan de gestión de la demanda, visado por Director/a de establecimiento	1. Existencia de Plan de gestión de la demanda que indique, al menos: como abordan la continuidad de atención desde urgencia primaria a establecimientos primarios, consultas de morbilidad, ingresos y controles según ciclo vital en CESFAM; objetivos, actividades e indicadores. 2. Evaluación trimestral de los indicadores y plan de mejora para la gestión de la demanda.	El establecimiento presenta plan de gestión de la demanda visado por Director/a de establecimiento	<b>CUMPLE 1 punto:</b> plan de gestión de la demanda visado por Director/a de establecimiento + evaluación trimestral <b>CUMPLE 0,5 punto:</b> Plan de gestión de la demanda visado por Director/a de establecimiento <b>NO CUMPLE 0 punto</b>  Aplica para CESFAM, CECOSF, PSR y HFC.
		5.4. Análisis y gestión de la información de personas inscritas en el establecimiento que son poli consultantes en Servicio de Urgencia primaria (SAPU/SAR/SUR) y/o Servicio de Urgencia hospitalaria.	1. El establecimiento identifica y analiza el perfil de las personas inscritas y poli consultantes (según definición y protocolo local) en Servicio de Urgencia APS (SAPU/SAR/SUR) y/o Servicio de Urgencia hospitalaria. 2. Personas poli consultantes gestionadas/Población Inscrita o adscrita, según corresponda.	Protocolo con flujograma de articulación y rescate de pacientes poli consultantes a Servicio de Urgencia primaria (SAPU/SAR/SUR) y/o Servicio de Urgencia hospitalaria. Informe semestral que recoja la situación de los últimos seis meses.	El establecimiento presenta protocolo con flujo de personas poli consultantes en Servicio de Urgencia primaria (SAPU/SAR/SUR) y/o Servicio de Urgencia hospitalaria.	<b>CUMPLE 1 punto:</b> Protocolo + informe + aumenta cobertura respecto al año anterior <b>CUMPLE 0,5 punto:</b> Protocolo + informe + mantiene/crea línea base <b>NO CUMPLE 0 punto</b>  Aplica para CESFAM, CECOSF, PSR y HFC
		5.5. Seguimiento y evaluación del cumplimiento de la programación operativa en aspectos críticos como control sano niño y niña, control de salud integral del adolescente, control integral ECICEP, controles gestantes (prenatal)	Informe semestral de evaluación de la programación operativa en aspectos críticos como control sano niño y niña, control de salud integral del adolescente, control integral ECICEP, controles gestantes (prenatal)	Informe de evaluación del proceso de programación y lo que se registra a la fecha	INFORME SEMESTRAL que incluya evaluaciones de programación trimestral.	<b>CUMPLE 1 punto:</b> El informe y refleja los ajustes necesarios en el proceso programático y diseño de las agendas <b>CUMPLE 0,5 punto:</b> El informe solo describe y compara lo programado con la producción. <b>NO CUMPLE 0 Puntos</b>  Aplica para CESFAM, CECOSF, PSR y HFC



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

COMPONENTE	OBJETIVOS	NOMBRE INDICADOR	MECANISMO DE CALCULO	MEDIO DE VERIFICACIÓN	MINIMO REQUERIDO	Puntaje
		5.6. Continuidad de la atención ante emergencias y desastres	Plan que resguarde la continuidad de atención ante emergencias y desastres	<ol style="list-style-type: none"> <li>Existencia de Plan de emergencia en establecimientos de atención primaria, de acuerdo con guía de planes de emergencia APS emitida por Minsal.</li> <li>Evaluación del plan de acuerdo con guía de planes de emergencia APS emitida por Minsal (tras su puesta en práctica en una emergencia o desastre o en un ejercicio de simulación)</li> </ol>	Plan de emergencia en establecimiento primario que indique, al menos: como abordan la continuidad de atención ante emergencias y desastres en coordinación con la red, intersector y comunidad; Que considere objetivos, actividades e indicadores, responsables, seguimiento y evaluación.	<p><b>CUMPLE 1 punto:</b> plan de emergencia + evaluación</p> <p><b>CUMPLE 0,5 punto:</b> Plan de emergencia</p> <p><b>NO CUMPLE 0 punto</b></p> <p>Aplica para CESFAM, CECOSF, PSR y HFC.</p>



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

## 5. GLOSARIO Y ABREVIATURAS

**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.

**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.

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.

**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

**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.



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

<p><b>Consejería en salud</b> es un proceso que consiste en establecer una relación de ayuda de las personas con el fin de clarificar los comportamientos y conductas en relación con una determinada situación de salud. El propósito de la consejería es fortalecer la autonomía de la persona en la toma de decisiones relacionadas con su salud .</p> <p>Por tanto, el profesional es un facilitador a través del diálogo reflexivo (en el cual se detectan las herramientas y motivaciones personales y/o familiares) a las personas y/o sus familias en la toma de decisiones voluntarias e informadas respecto a su cuidado individual, al de sus familias o a la modificación de conductas que puedan implicar un riesgo o un daño individual o familiar.</p> <p><b>Consejería Familiar:</b> Es un proceso planificado mediante el cual la familia recibe ayuda para la toma de decisiones voluntarias e informadas en relación a su salud.</p> <p>OT Herramientas para la toma de decisiones en salud de las personas Minsal 2024</p>
<p><b>Consejo Breve:</b> El consejo breve se funda en el modelo transteórico del cambio y los fundamentos de la entrevista motivacional. El consejo breve ocupa entre 3 a 5 minutos de la consulta o control y se define como acciones orientadas a promover o adoptar un cambio de conducta o a mantener estilos de vida saludable mediante el reconocimiento y refuerzo de factores protectores y recomendaciones respecto a factores de riesgo activando los propios recursos de la persona. De acuerdo con Miller y Rollnick (2002) aquellos que reciben un consejo breve bien programado obtienen una mayor mejoría en sus problemas que los que no reciben consejo alguno. En algunos estudios, los efectos de tal intervención breve parecen comparables incluso a los resultados de un tratamiento más extenso.</p> <p>Importante hacer la distinción con “Intervención Específica”: Acción orientada y adaptada a circunstancias específicas de la atención primaria, diseñada para mejorar la salud de la población, de los grupos de usuarios y de individuos en particular, en diversas situaciones y problemas de salud específicos.</p> <p>OT Herramientas para la toma de decisiones en salud de las personas Minsal 2024</p>
<p><b>Ciclo vital,</b> se refiere al desarrollo por etapas que da una idea lineal del proceso, en contraste con la visión del enfoque de curso de vida que asume el desarrollo como un proceso vital que se construye a lo largo de la vida e incide tanto en la vida de los sujetos como de las familias.</p>
<p><b>Curso de vida:</b> Es el conjunto de trayectorias que tiene un individuo y su familia de acuerdo con los roles que desarrolla a lo largo de la vida (hijo, padre, trabajador, esposo, jubilado, entre otros), las cuales están enmarcadas por transiciones y momentos significativos. Está influenciado por las condiciones biológicas, psicológicas, sociales, en los entornos en los que se desenvuelve el individuo a lo largo de la vida, por las expectativas sociales referentes a la edad, por condiciones históricas y culturales específicas, así como por acontecimientos</p>



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

individuales únicos <sup>12 13</sup> .
<b>Crisis familiar<sup>14</sup></b> No sólo la persona puede enfrentar una crisis, también lo puede hacer su familia, si tomamos en cuenta que en ella un cambio en uno de sus miembros afecta a todos los demás. De esta manera se puede definir la crisis familiar como, cuando la familia es afectada por un evento que les causa desequilibrio a todos los miembros, que se toma durante un tiempo imposible de superar utilizando los métodos acostumbrados para la solución de problemas. Una familia en un estado de desorganización tal que el sistema es puesto en duda está, según Boss (1985), no sólo bajo stress, sino en estado de crisis.
<b>Crisis no normativa</b> , 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.
<b>Crisis NORMATIVA</b> , evolutiva o del desarrollo: Se definen como aquellas situaciones de quiebre o transiciones esperables durante las etapas del ciclo vital. Son universales y previsibles. Por ejemplo: inicio de la vida en pareja, jubilación entre otras. Debe ser abordada por cualquier miembro del equipo de cabecera.
<b>Resiliencia familiar</b> se define como el conjunto de procesos de reorganización de significados y comportamientos que activa una familia sometida a estrés para recuperar y mantener niveles óptimos de funcionamiento y bienestar, equilibrando sus recursos y necesidades familiares <sup>15</sup> .

<sup>12</sup> El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo Revista Latinoamericana de Población, vol. 5, núm. 8, enero-junio, 2011, pp. 5-31 Asociación Latinoamericana de Población Buenos Aires, Organismo Internacional. <https://www.redalyc.org/pdf/3238/323827304003.pdf>

<sup>13</sup> Construyendo la salud en el curso de vida. Organización Panamericana de la salud. 2017 [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=category&id=9318&layout=blog&Itemid=40283&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=9318&layout=blog&Itemid=40283&lang=es)

<sup>14</sup> Marjorie A. M., Nurya V. F., Ligia S. S. Crisis familiar. Universidad de Costa Rica, Ciudad de la Investigación, Facultad de Ciencias Sociales. Disponible en: <https://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000492.pdf>

<sup>15</sup> Gómez E, Kotliarenco MA. Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. RevPsicología [Internet]. 1 de enero de 2010 [citado 15 de enero de 2024];19(2): Pág. 103-132. Disponible en: <https://revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/view/17112>



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

<p><b>Cuenta pública participativa:</b> 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.</p>
<p><b>Cuidador (a):</b> Persona que realiza los cuidados directos de la persona con dependencia severa.</p>
<p><b>Dependencia severa:</b> 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)</p>
<p><b>Educación popular:</b> 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.</p>
<p><b>Equipo de cabecera:</b> 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)</p>
<p><b>Equipo gestor o directivo:</b> 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.</p>
<p><b>Estudio de Familia:</b> es una estrategia clínica integradora, que permite hacer un mapa actualizado de la situación biopsicosocial de la familia, determinar el nivel de atención que requiere e iniciar precozmente acciones preventivas en familias o de intervención más compleja con familias que cursan con condiciones de salud y psicosociales de riesgo. Por último, posibilita involucrar activamente a las personas en el cuidado de su salud, dado que el enfoque familiar se centra en un modelo de relación colaborativo entre usuarios y profesionales, poniéndolas en el centro del cuidado, en cuanto se destaca la experiencia individual de la familia y sus necesidades particulares<sup>16</sup>.</p>
<p><b>Factores de Riesgo:</b> 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.</p>

<sup>16</sup> Herramienta para la construcción de Estudios de Familia en APS Disponible en <https://transferenciaydesarrollo.uc.cl/innovaciones-uc/tecnologia/herramienta-para-el-estudio-de-familia-en-atencion-primaria-en-el-marco-del-modelo-de-atencion-integral-de-salud-familiar-y-comunitaria/>



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

**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).

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

**Guías anticipatorias:** La Guía Anticipatoria es un tipo de educación para la salud protocolizada, que permite al equipo de salud abordar de manera sistematizada diferentes momentos, estados de salud o eventos propios del ciclo vital individual o familiar que pueden tener implicancias en las personas y sus familias.

Son ante todo un conjunto de pautas interactivas y material de apoyo que nacen de la reflexión del equipo de salud en torno a la realidad epidemiológica local, el curso de vida y los principales problemas pesquisados en la población a cargo, y que permiten por medio de la educación, ayudar a los usuarios y sus familias a comprender mejor los eventos que pueden sucederse a lo largo del curso de vida, estimular cambios de comportamiento, fortalecer los factores protectores y potenciar el autocuidado e Inter cuidado .

OT Herramientas para la toma de decisiones en salud de las personas Minsal 2024



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

<p><b>Interconsultas:</b> 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 priorizaciones 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.</p>
<p><b>Intervención Familiar:</b> 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.</p>
<p><b>Multimorbilidad:</b> la coexistencia de 2 o más condiciones crónicas, que pueden incluir enfermedades no transmisibles de larga duración o condición mental de larga duración</p>
<p><b>Niveles de Intervención Familiar<sup>17</sup>:</b> Se refiere a los distintos niveles de intervención que un grupo familiar pudiera necesitar</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nivel 1: Mínimo énfasis en la familia, Atención clínica directa, habilidades.</li><li>• Nivel 2: Proporcionar información continua. Conocimiento básico del desarrollo familiar. Manejo del Ciclo Vital Familiar, Guías Anticipatorias, Consejería individual y Entrevista Motivacional.</li><li>• 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.</li><li>• 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.</li><li>• 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</li></ul>
<p><b>Participación Social en Salud;</b> 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.</p>

<sup>17</sup> Marvel MK, Schilling R, Doherty WJ, Baird MA. Levels of physician involvement with patients and their families. A model for teaching and research. J Fam Pract. 1994 Dec;39(6):535-44



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

<p><b>Pertinencia Cultural:</b> La pertinencia cultural en salud se deriva del principio de “derecho a la diferencia” y quiere decir “adecuado a la cultura”.</p>
<p><b>Pertinencia cultural de la atención:</b> 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.</p>
<p><b>Policonsultante:</b> es aquel que presenta un número elevado de consultas espontáneas (más de siete en un año) en un mismo centro de salud.</p> <p><b>Policonsultante en urgencia:</b> Mas de 10 atenciones en 2 meses en adultos y en infancia más de tres atenciones en un mes (Convergencia en los datos de urgencia)</p>
<p><b>Plan de Capacitación consensuado:</b> 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.</p>
<p><b>Plan de cuidados integral</b> corresponde al conjunto de acciones consensuadas entre el equipo de salud y la persona, con el fin de alcanzar a través del automanejo, autocuidado y promoción de la salud, mejores niveles de bienestar integral, a través de la formulación de un plan de trabajo acorde y pertinente social y culturalmente para la consecución de los objetivos y acciones consensuadas en este. Se requiere para su formulación, participación activada la persona y un equipo que desarrolle un estilo motivacional, que contribuya a construir una relación horizontal con la persona y junto con ellos acceder y analizar información relevante a nivel personal, familiar y de contexto. Por último, el Plan de cuidado Integral consensuado debe velar por la continuidad del cuidado a través de la coordinación y/o provisión de planes individuales colaborativos y/o complementarios.</p> <p>Cada persona debe tener un Plan de Cuidados Integral que integre los diferentes abordajes según las necesidades de la persona, el cual debe ser revisado y actualizado constantemente por el equipo de salud.</p> <p>Frecuencia de actualización: Dependerá de los encuentros consensuados con la persona</p>
<p><b>Riesgo de hospitalización:</b> Posibilidad que tiene una persona de hospitalizarse según sus características personales biológicas y psicosociales.</p>
<p><b>Riesgo Familiar:</b> Es la evaluación y clasificación del grado de vulnerabilidad de una familia de acuerdo con los factores de riesgo y protectores, determinados a nivel local según su realidad.</p>



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

**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).

**Talleres y Manejo de Autocuidado:** Acciones educativas dirigidas 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.

**La toma de decisiones compartida (TDC)** es un enfoque desde el cual el profesional de la salud debe compartir la mejor evidencia disponible, promoviendo que el usuario identifique aquellos aspectos que le son más valiosos y sus preferencias en relación con una decisión de salud. La TDC es una de las estrategias más reconocidas para promover la participación individual de las personas en el cuidado de su salud. Diversas investigaciones han reportado los múltiples beneficios asociados a la TDC, como mejoras en los resultados clínicos, optimización de los recursos, aumento de la satisfacción usuaria y reducción de las brechas en salud.

OT Herramientas para la toma de decisiones en salud de las personas Minsal 2024



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

**ABREVIATURAS**

ACV: Ataque cerebro vascular
DIDECO: Dirección de desarrollo comunal
DM2: Diabetes Mellitus 2
ECICEP: Estrategia de cuidado integral centrado en las personas
ERC: Enfermedad renal crónica
GA. Guía anticipatoria
HTA: Hipertensión arterial
IAM: Infarto agudo al miocárdio
IC: Interconsulta
LTPS: Lugar de trabajo promotor de salud
MAIS: Modelo de salud familiar y comunitaria
NM: Neumonía
OH: Alcohol
PSR: Posta de salud rural
RAD:
SIDRA: Sistema de Información de Redes Asistenciales
SSyR; Salud sexual y reproductiva
SAPU: Servicio de atención primaria de urgencia
SECPLA: Secretaría de planificación comunal
SS: Servicio de Salud
TENS: Técnico de nivel superior
TDC: Toma de decisiones compartida



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

## 6. AUTORIA

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 Irma Vargas Palavicino y María de Los Angeles Bravo, profesionales de la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud.

### Responsables técnicos

Carmen Aravena Cerda	Jefa División de Atención Primaria
Juan Ilabaca Mendoza	Jefe Departamento de gestión de los cuidados

### Comisión de trabajo (orden alfabético)

Nombre	Cargo/Institución
<b>Aixa Contreras Mejías</b>	Asesora Departamento Salud Familiar y Territorio Dirección de Atención Primaria. Servicio de Salud Metropolitano Occidente
<b>Alejandro Gómez García</b>	Referente MAIS- ECICEP, Departamento de Salud comuna de Lo Espejo
<b>Ana María Hevia Castillo</b>	Referente MAIS- ECICEP, Departamento Gestión de los Cuidados, División de Atención Primaria
<b>Angelina Dois Castellón</b>	Profesora Asociada Escuela Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile
<b>Bianca Mirauda Cruz</b>	Referente comunal MAIS, Corporación de Desarrollo Social Comuna Buin
<b>Carolina Cobos Suarez</b>	Profesional Departamento Promoción de Salud, Departamento Promoción de Salud, División Políticas Publicas
<b>Carolina Ibacache Hernández</b>	Referente ECICEP y Programa Adulto - Adulto Mayor, Dirección de Salud, Corporación Municipal de La Florida
<b>Carolina Toledo Sarmiento</b>	Referente ECICEP, Dirección de Atención Primaria, Servicio de Salud Metropolitano Occidente
<b>Claudia Valderrama Pizarro</b>	Asesora médica, coordinador clínico SIDRA y telemedicina, Dirección Servicio de Salud Arica y Parinacota
<b>Deiza Troncoso Miranda</b>	Profesional Asesora Salud Migrantes, Departamento Gestión de los Cuidados, División de Atención Primaria
<b>Irma Vargas Palavicino</b>	Referente MAIS- ECICEP, Departamento Gestión de los Cuidados, División de Atención Primaria
<b>Ivan Niesel Barrientos</b>	Referente MAIS, Departamento Atención Primaria, Servicio de Salud Araucanía Sur
<b>Jorge Andres Arias Lattes</b>	Docente programa de especialidad medicina familiar USACH, Universidad de Santiago de Chile
<b>José Zamorano Muñoz</b>	Jefe Departamento Salud Familiar y Territorio. Referente MAIS, Dirección de Atención Primaria, Servicio de Salud Metropolitano Occidente



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

<b>Nombre</b>	<b>Cargo/Institución</b>
<b>Lorena Labraña Cabalin</b>	Referente MAIS -ECICEP, Dirección Atención Primaria, Servicio de Salud O'Higgins
<b>Macarena Riquelme Rivera</b>	Referente PNI, Departamento Gestión de los Cuidados, División de Atención Primaria
<b>Marcela Pérez Norambuena</b>	Referente MAIS CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y PSR, Departamento de Salud comuna de Paine
<b>María de los Angeles Bravo Beristain</b>	Referente MAIS- ECICEP, Departamento Gestión de los Cuidados, División de Atención Primaria
<b>María Olga Verdugo Muñoz</b>	Referente MAIS, Unidad Modelo de Atención Subdepartamento de APS, Servicio de Salud Metropolitano Norte
<b>María Valeska Quiroz Bello</b>	Referente MAIS, Departamento de Salud comuna Alhué
<b>Maximiliano Pineda León</b>	Referente MAIS, Departamento Técnico de Salud, Servicio de Salud Metropolitano Sur
<b>Nanet González Olate</b>	Referente Personas Mayores, Departamento Gestión de los Cuidados, División de Atención Primaria
<b>Natalia Burattini Fredes</b>	Referente ECICEP, Departamento de Enfermedades No Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades
<b>Patricia Klein Benítez</b>	Subdirectora, CESFAM El Aguilucho, Municipalidad de Providencia, Servicio de Salud Metropolitano Oriente
<b>Raquel Pavés Morales</b>	Referente MAIS, Dirección Atención Primaria, Servicio de Salud Ñuble
<b>Ricardo Hernández Fonfav</b>	Referente Participación social, Departamento Gestión de los Cuidados, División de Atención Primaria
<b>Rodrigo Valencia Severino</b>	Jefe sección Modelo de Salud, Dirección Servicio de Salud Arica y Parinacota
<b>Verónica Hitschfeld Peyreblanque</b>	Referente MAIS, Subdirección de Atención Primaria, Servicio de Salud Coquimbo



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

**Equipo editor**

<b>Nombre</b>	<b>Cargo/Institución</b>
Alejandro Gomez García	Referente MAIS- ECICEP, Departamento de Salud comuna de Lo Espejo
Ana Maria Hevia Castillo	Referente MAIS- ECICEP, Departamento Gestión de los Cuidados, División de Atención Primaria
Angelina Dois Castellón	Profesora Asociada Escuela Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile
Irma Vargas Palavicino	Referente MAIS- ECICEP, Departamento Gestión de los Cuidados, División de Atención Primaria
Jorge Andres Arias Lattes	Docente programa de especialidad medicina familiar USACH, Universidad de Santiago de Chile
Jose Zamorano Muñoz	Jefe Departamento Salud Familiar y Territorio. Referente MAIS, Dirección de Atención Primaria, Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Macarena Riquelme Rivera	Referente PNI, Departamento Gestión de los Cuidados, División de Atención Primaria
María de los Angeles Bravo Beristain	Referente MAIS- ECICEP, Departamento Gestión de los Cuidados, División de Atención Primaria
Maximiliano Pineda León	Referente MAIS, Departamento Técnico de Salud, Servicio de Salud Metropolitano Sur



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

Revisaron borrador y aportaron a la versión final del documento

<b>Nombre</b>	<b>Lugar de trabajo</b>
<b>Abigail Calderón Gonzalez</b>	Dirección atención primaria, Servicio Salud Chiloé
<b>Alina Santibáñez Mamani</b>	Dirección atención primaria Servicio Salud Arica y Parinacota
<b>Alvaro Abarca Salazar</b>	CESFAM Dr. Sergio Lagos Olave, comuna de Lota, Servicio Salud Concepción
<b>Anahy Herrera Soriagalvarro</b>	CESFAM Iris Véliz Hume, comuna de Arica, Servicio Salud Arica y Parinacota
<b>Andrés Terreros Ghisoni</b>	Sub-Dirección de atención primaria, Servicio Salud Magallanes
<b>Carolina Toledo Sarmiento</b>	Dirección atención primaria Servicio Salud Metropolitano Occidente
<b>Cecilia Aravena Pereira</b>	Dirección atención primaria Servicio Salud Libertador B. O'Higgins
<b>Cesar Freire Bastias</b>	División atención primaria MINSAL, departamento gestión de los cuidados
<b>Claudia Arias Carrasco</b>	Dirección atención primaria Servicio de Salud Chiloé
<b>Claudia Canales Ríos</b>	CESFAM Boca Sur- CECOSF Michaihue y Boca Sur Viejo Servicio Salud Concepción
<b>Claudia Delgado Muñoz</b>	CESFAM Boca Sur- CECOSF Michaihue y Boca Sur Viejo Servicio Salud Concepción
<b>Damaris Meza Lorca</b>	División atención primaria MINSAL, departamento gestión de los cuidados
<b>Daniela Rojas Chávez</b>	Unidad de gestión en salud centrada en las personas Servicio Salud Metropolitano Sur Oriente
<b>Daniela Valencia Muñoz</b>	CESFAM San Pedro Servicio Salud Concepción
<b>David Astorga Valdes</b>	Dirección atención primaria Servicio Salud Metropolitano Central
<b>Deiza Troncoso Miranda</b>	División atención primaria MINSAL, departamento gestión de los cuidados
<b>Esteban Ferrada Hurtado</b>	Dirección salud comunal Maipú, Servicio Salud Metropolitano Central
<b>Fabiola Carrillo Ortega</b>	CECOSF Elicura, comuna de Contulmo Servicio Salud Arauco
<b>Fernanda Santander Triviño</b>	División atención primaria MINSAL, departamento gestión de los cuidados
<b>Francisca Ascencio Allende</b>	CESFAM Tirúa Servicio Salud Arauco
<b>Gerarda Aldana Palma</b>	Dirección atención primaria Servicio Salud Arauco
<b>Jeannette Alcon Bernal</b>	Dirección atención primaria Servicio Salud Arica y Parinacota
<b>Jeanny Muñoz López</b>	CESFAM San Pedro de la Costa Servicio Salud Concepción
<b>Karén Galván Ramirez</b>	Dirección atención primaria Servicio Salud Arica y Parinacota
<b>Karla Aedo López</b>	CESFAM San Pedro de la Costa Servicio Salud Concepción



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

<b>Nombre</b>	<b>Lugar de trabajo</b>
<b>Lorena Condori Noriega</b>	Dirección atención primaria Servicio Salud Arica y Parinacota
<b>Lorena Labraña Cabalín</b>	Dirección atención primaria Servicio Salud Libertador B. O'Higgins
<b>Lorena Pino Freire</b>	Dirección atención primaria Servicio Salud Araucanía Norte
<b>Lorena Riquelme Caro</b>	Dirección de atención primaria Servicio Salud Magallanes
<b>Mackarena Saldivia Obando</b>	Dirección atención primaria Servicio Salud Chiloé
<b>Marcela Pérez Vera</b>	Departamento atención primaria Servicio Salud Concepción
<b>Marcela Velásquez Martínez</b>	Dirección atención primaria Servicio Salud Arica y Parinacota
<b>Margarita Mora Fraile</b>	Dirección atención primaria Servicio Salud Metropolitano Central
<b>María Fernández Muñoz</b>	Unidad de gestión en salud centrada en las personas Servicio Salud Metropolitano Sur Oriente
<b>María Quiroz Bella</b>	CESFAM Alhué Servicio Salud Metropolitano Occidente
<b>María Tapia Fierro</b>	CESFAM de Pirque Servicio Salud Metropolitano Oriente
<b>María Torreblanca Inostroza</b>	División atención primaria MINSAL, departamento gestión de los cuidados
<b>Maritza Torres Yáñez</b>	División atención primaria MINSAL, departamento gestión de los cuidados
<b>Mary Avendaño Gebauer</b>	División atención primaria MINSAL, departamento gestión de los cuidados
<b>Maximiliano Pineda León</b>	Departamento Técnico en salud, comuna San Miguel, Servicio Salud Metropolitano Sur
<b>Milady Solar Provoste</b>	Hospital Santa Isabel de Lebu Servicio Salud Arauco
<b>Milka Navarrete Navarrete</b>	Dirección atención primaria Servicio Salud Ñuble
<b>Mixsann Torres Cardenas</b>	Dirección atención primaria Servicio Salud Chiloé
<b>Monica Pisón Lillo</b>	Dirección atención primaria Servicio Salud Metropolitano Central
<b>Nathalie Villena Rivera</b>	Postas Rurales Quilacoya y Talcamavida, comuna Hualqui, Servicio Salud Concepción
<b>Norman Romo Grogg</b>	División atención primaria MINSAL, departamento gestión de los cuidados
<b>Pablo Lara Cisterna</b>	CESFAM Victor Bertin Soto comuna Arica, Servicio Salud Arica y Parinacota
<b>Pamela Fernández Verdugo</b>	Postas Rurales Quilacoya y Talcamavida comuna Hualquie, Servicio Salud Concepción
<b>Pamela Meneses Cordero</b>	División atención primaria MINSAL, departamento gestión de los cuidados
<b>Paola Ramos Mendoza</b>	Dirección atención primaria Servicio Salud Arica y Parinacota
<b>Paola Vivallo Vivallo</b>	División atención primaria MINSAL, departamento gestión de los cuidados



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

<b>Nombre</b>	<b>Lugar de trabajo</b>
<b>Patricia Ortega Muñoz</b>	CESFAM San Pedro comuna San Pedro de la Paz, Servicio Salud Concepción
<b>Patricia Vega Cornejo</b>	División atención primaria MINSAL, departamento gestión de los cuidados
<b>Paulina Lobos González</b>	Departamento gestión atención primaria, comuna Talcahuano, Servicio Salud Talcahuano
<b>Paulina Rodríguez Mollo</b>	Dirección salud comunal Arica, Servicio Salud Arica y Parinacota
<b>Raquel Pávez Morales</b>	Dirección atención primaria Servicio Salud Ñuble
<b>Rodrigo Díaz Díaz</b>	CESFAM San Pedro comuna San Pedro de la Paz, Servicio Salud Concepción
<b>Rosana Garnica Pastene</b>	CESFAM Dr. Remigio Sapunar comuna Arica, Servicio Salud Arica y Parinacota
<b>Sandra Paredes Arévalo</b>	Dirección atención primaria Servicio Salud Aysén
<b>Sebastián Godoy Almirall</b>	CESFAM San Eugenio Petruccelli Astudillo comuna Arica, Servicio Salud Arica y Parinacota
<b>Susana Humire García</b>	CESFAM Dr. Remigio Sapunar comuna Arica, Servicio Salud Arica y Parinacota
<b>Tamara Cordero Alvarez</b>	CESFAM Huechuraba Servicio Salud Metropolitano Norte
<b>Tatiana Lemo Astigueta</b>	CESFAM Dr. Remigio Sapunar comuna Arica, Servicio Salud Arica y Parinacota
<b>Úrsula Villar Yevilao</b>	CESFAM Eleuterio Ramirez comuna Curanilahue, Servicio Salud Arauco
<b>Valeria Carrillo Vallejos</b>	Departamento atención primaria Servicio Salud Concepción
<b>Verónica Hitschfeld Peyreblanque</b>	Subdirección atención primaria Servicio Salud Coquimbo
<b>Viviana Alvarez Ramirez</b>	CESFAM Dr. Remigio Sapunar comuna Arica, Servicio Salud Arica y Parinacota
<b>Ximena Nieves Pizarro</b>	CESFAM comuna de Concepción Servicio Salud Concepción
<b>Yazmin Yoma Reyes</b>	Departamento gestión clínica centrada en las personas Servicio Salud Metropolitano Occidente