

DECRETO N° 289

TEMUCO, 28 JUL. 2015

VISTOS:

- 1.- La Ley N° 19.378 de 1995, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
- 2.- el Decreto Alcaldicio N° 4.820 del 11 de Diciembre de 2014, que aprueba el Presupuesto del Departamento de Salud para el año 2015.
- 3.- Plan de mejora de Salud Cesfam Amanecer año 2015.-
- 4.- Res. Exta. N° 3597 del 15.07.2015 que aprueba Convenio "Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria 2015" (Cesfam Amanecer), suscrito el 09.06.2015, entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco.
- 5.- Las facultades contenidas en la Ley N° 18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

DECRETO:

- 1.- Apruébese, Convenio "Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria 2015" (C.Costo 32.68.00), suscrito el 09.06.2015 entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco. El Profesional Responsable de la Coordinación y Ejecución del Programa será la Señora Verónica Caro, Directora del Establecimiento Cesfam Amanecer.
- 2.- Las cláusulas del referido Convenio se entienden formando parte integrante e inherente al presente Decreto.

ANÓTESE COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE



JUAN ARANEDA NAVARRO
SECRETARIO MUNICIPAL

MSR/MMM/yds.

DISTRIBUCION:

- El indicado
- Of. de Partes Municipal
- Departamento de Salud



MIGUEL BECKER ALVEAR
ALCALDE



R	M	V	W



MUNICIPALIDAD DE TEMUCO
Oficina de Partes

Nº: 5042

FECHA ENTRADA: 20 JUL. 2015

GOBIERNO DE CHILE

DEPTO: Salud

RESPONDER ANTES DE:

REF.: Aprueba "CONVENIO PROGRAMA MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA 2015, SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR - MUNICIPALIDAD DE TEMUCO".

RESOLUCIÓN EXENTA Nº 3597

MMK/FPH/MLTA

TEMUCO,

15 JUL 2015

VISTOS:

- 1.- Convenio denominado "CONVENIO PROGRAMA MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA 2015, SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR - MUNICIPALIDAD DE TEMUCO", de fecha 09 de junio de 2015, suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco.

CONSIDERANDO:

- 1.- Que, las partes con fecha 09 de junio de 2015, celebraron convenio denominado "CONVENIO PROGRAMA MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA 2015, SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR - MUNICIPALIDAD DE TEMUCO", a fin de aumentar la eficacia en el otorgamiento de las acciones de salud por los equipos locales.

TENIENDO PRESENTE:

- 1.- DFL 1/05, que fija el texto refundido del DL: 2763 que crea los Servicios de Salud
- 2.- DS. 140/04, Reglamento del Servicio Salud
- 3.- Reglamento de la Ley 15.076, aprobado por D.S. Nº110, de 1963, del Ministerio de Salud, modificado por el D.S. Nº908, de 1991, del mismo Ministerio.
- 4.- Decreto Nº 32, de 2015, que designa Director Suplente del Servicio de Salud Araucanía Sur.
- 5.- Resolución 1600/08, de la Contraloría Gral. de la República.

RESOLUCION:

1.- **APRUEBASE** Convenio denominado "CONVENIO PROGRAMA MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA 2015, SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR - MUNICIPALIDAD DE TEMUCO", de fecha 09 de junio de 2015, suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco, conforme al siguiente tenor:

En Temuco, a 09 de junio de 2015, entre el **SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en Temuco, calle Arturo Prat Nº 969, representado por su Director T y P, Dr. **MILTON MOYA KRAUSE**, del mismo domicilio, en

adelante el "Servicio" y la **LUSTRE MUNICIPALIDAD DE TEMUCO**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Temuco, calle Arturo Prat N° 650, representada por su Alcalde don **MIGUEL BECKER ALVEAR**, del mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N° 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49".

Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo N° 202 del 2014, del Ministerio de Salud, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

SEGUNDA: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa de Modelo de Atención con Enfoque Familiar en la Atención Primaria.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 1220, de fecha 02 de diciembre del 2014, del Ministerio de Salud y por Resolución Exenta N° 29, de fecha 08 de enero del 2015, del Ministerio de Salud, se distribuyen los recursos del Programa de Modelo de Atención con Enfoque Familiar en Atención Primaria año 2015. Las resoluciones antes citadas se Anexan al presente convenio y se entiende forman parte integrante del mismo, el cual la Municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

TERCERA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en transferir al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria del presente instrumento, la suma anual y única de **\$11.070.000 (once millones setenta mil pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las actividades señaladas en el Programa de Modelo de Atención con Enfoque Familiar en Atención Primaria año 2015, sancionado por Resolución N° 1.220, de 2014, en el Cesfam Amanecer.

El Municipio se compromete a coordinar la definición de las coberturas en conjunto con el Servicio cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste para las estrategias específicas y a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento.

CUARTA: El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar el objetivo general del Programa:

Consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud y reconocer el esfuerzo del equipo de salud y la comuna, a través de la entrega de un estímulo financiero anual, a aquellos establecimientos que hayan cumplido con los requisitos señalados en el presente programa: evaluación, programación y realización de acciones orientadas a materializarlo.

QUINTA: COMPONENTES Y PRODUCTOS ESPERADOS

Componente N 1:

Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.

Este componente considera la evaluación de los establecimientos mediante la aplicación de instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en e Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, dictado por el Ministerio de Salud.

Estrategias:

- Elaboración de cronograma conjunto (Servicio de Salud/Comuna/Centro de Salud).
- El establecimiento de salud deberá realizar su pre-evaluación (autoevaluación) mediante el reconocimiento de su situación cotejada con el instrumento* para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.
- El CESFAM y comuna en conjunto con el Servicio de Salud, resolverán la primera evaluación definitiva, identificando sus brechas y un plan de mejora a dos años para la implementación del Modelo, considerando un cronograma de trabajo, con el acompañamiento del Servicio de Salud.

Productos esperados

- Certificación de la evolución del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario en el establecimiento, conforme porcentaje logrado, en diversos ámbitos del instrumento definido por el Minsal.
 - Determinar brechas en la instalación y desarrollo del Modelo en los Centros de Salud.
- * Para efectos de la evaluación, el instrumento para la evaluación y certificación en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, se considera parte de este convenio.

Componente N 2:

Implementar, mediante la asignación y entrega de recursos financieros, un plan de mejora, sobre las bases y principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud.

Estrategias:

- Elaboración de cronograma conjunto (Servicio de Salud/Comuna/Centro de Salud).
- Los planes de mejora deben considerar un desarrollo progresivo de acciones para alcanzar sus objetivos y metas, así como el financiamiento asociado a su logro.

Productos esperados

- Planes de mejora implementados, conforme los principios que sustentan el Modelo de Atención Integral Familiar y Comunitario en los establecimientos de atención primaria de salud.
- Transferencia y reliquidación de estímulo financiero, de acuerdo a información aportada por los Servicios de Salud, respecto del nivel de desarrollo alcanzado con la

aplicación del instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.

- Evaluación de los avances planificados.

SIXTA: El Monitoreo y Evaluación se orienta a conocer el grado de desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del Programa con el propósito de mejorar la eficiencia y efectividad de sus objetivos.

Se realizarán 3 evaluaciones durante la ejecución del Programa, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación.

- La **primera evaluación** se hará con corte al 30 de Mayo: El informe deberá ser remitido por las comunas participantes del Programa al respectivo Servicio de Salud, hasta el quinto día hábil del mes de junio, a su vez, el Servicios deberá remitir a la Subsecretaria de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, hasta el 16 de Junio, el informe consolidado, respecto de las comunas de su ámbito territorial participantes del Programa.

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación el Servicio de Salud hará las orientaciones y acciones que corresponda para favorecer la óptima implementación del Programa, emitiendo informe al Ministerio de Salud, con el informe de resultados de evaluación y los planes de mejora por establecimiento y comuna, diseñados para disminuir brechas de instalación del Modelo, mejorar adecuar y renovar la gestión.

- La **segunda evaluación**, se efectuará con corte al 31 de agosto del año en curso de acuerdo a los indicadores definidos en la cláusula indicadores y medios de verificación, cláusula séptima del Programa y del presente convenio.

El informe deberá ser remitido por las comunas participantes del Programa al respectivo Servicios de Salud, hasta el quinto día hábil del mes de septiembre, a su vez, el Servicio de Salud deberá remitir a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud hasta el 16 de septiembre, el informe consolidado, respecto de las comunas de su ámbito territorial participantes del Programa.

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación el Servicio de Salud hará las orientaciones y acciones que corresponda para favorecer la óptima implementación del Programa, emitiendo el informe al Ministerio de Salud, conjuntamente con el informe de resultados.

Conforme a los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 60%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje de cumplimiento de Metas de Programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2ª cuota del 30%
≥ 60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	25%
Entre 40,00% y 49,99%	50%

Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos de 30%	100%

- La **tercera evaluación** y final, se efectuará al 31 de Diciembre, fecha en que el Programa deberá estar ejecutado el 100% de las acciones comprometidas. La evaluación del cumplimiento se realizará en forma global para el programa, por tanto todos los indicadores tendrán el mismo valor relativo, independiente del componente a que corresponda.

SEPTIMA: INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

Indicadores de gestión y de impacto para la reliquidación del programa

Componente	Indicador	Fórmula	Meta	Medio verificación	Peso relativo
Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.	Porcentaje de Centros de salud evaluados conforme Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo, dictado por el Minsal.	Numerador N de Centros de salud evaluados conforme instrumento definido Denominador N° de centros de salud comprometidos a evaluar.	100% de los CESFAM comprometidos con aplicación del instrumento definido.	"Instrumento para la evaluación y verificación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria"	50%
Componente 2 Elaborar propuesta e implementar plan de mejora.	Mejoras implementadas en los establecimientos de atención primaria, conforme a cronograma.	Numerador N° de actividades del cronograma plan de mejora realizadas. Denominador N° actividades comprometidas según cronograma en	100% de cumplimiento de actividades comprometidas según cronograma de plan de mejora.	Informe de avances de cuali-cauantitativos de establecimiento, común, emitido por Servicio de Salud	50%

		plan de mejora.			
--	--	-----------------	--	--	--

OCTAVA: Los recursos a que se refiere la cláusula tercera, serán transferidos por el Servicio, en representación del Ministerio de Salud, **en dos cuotas: 70%** contra resolución aprobatoria del convenio emitida por el Servicio y el **30%** restante en Octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación señalada en el ítem VII del Programa.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimientos).

NOVENA: El Servicio, requerirá a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del Programa y sus estrategias señaladas en la cláusula quinta de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, efectuando una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el Servicio deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz el objetivo del presente convenio.

DECIMA: El Servicio velará aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría. Sin perjuicio de lo anterior, estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 759 de 2003, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, lo que debe ser fiscalizado por el Servicio. Dicha rendición debe ser realizada a través del sistema de monitoreo de convenios, disponible en la página web www.ssasur.cl, banner sistemas de convenios.

DECIMA PRIMERA: Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el Servicio descontará de la transferencia regular de atención primaria, el valor correspondiente a la parte pagada y no ejecutada del Programa objeto de este instrumento, en su caso.

DÉCIMA SEGUNDA: El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. Por ello, en el caso que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante.

DECIMA TERCERA: El presente convenio tendrá vigencia desde el 1° de enero hasta el 31 de diciembre del año en curso, sin perjuicio de lo anterior y previa rendición del saldo no ejecutado el Servicio de Salud podrá autorizar excepcionalmente y por razones fundadas, previa solicitud formal de la Municipalidad la posibilidad de que los saldos de dichos recursos sean utilizados para dar continuidad a los programas de salud, durante el plazo que se establecerá para tales efectos. Dicha autorización se formalizará mediante resolución del Servicio de Salud. Conforme al dictamen N°16.037 de fecha 10.04.2008 y N° 11.189, de 2008 de la Contraloría General las partes establecen que por razones de buen servicio las prestaciones contempladas en este convenio comenzaron a ser otorgadas en la forma pactada, el 01 de enero de 2015.

DÉCIMA CUARTA: El presente convenio se firma en 9 ejemplares, quedando dos en poder de la Municipalidad (Alcaldía y Departamento de Salud Municipal), dos en el Ministerio de Salud (División de Atención Primaria y Departamento Gestión de Recursos Financieros APS) y los cinco restantes en poder del Servicio de Salud (Dpto. de Atención Primaria y Red Asistencial, Departamento de Finanzas, Departamento de Auditoría, Departamento Jurídico y Oficina de Partes).

DÉCIMA QUINTA: La personería de don MIGUEL BECKER ALVEAR para actuar en representación del Municipio de Temuco, consta de acta de instalación del Concejo Municipal de fecha 06 de diciembre de 2012 y en Decreto Alcaldicio N° 4.368, de fecha de 06 Diciembre de 2012. Por su parte, la personería de la Dr. MILTON MOYA KRAUSE, para representar al Servicio de Salud Araucanía Sur emana del Decreto Supremo N°32, de fecha 18 de marzo de 2015, del Ministerio de Salud.

2.- IMPÚTESE, el gasto que irroga el presente Convenio, al presupuesto del Servicio de Salud Araucanía Sur, Ítem, 24 03 298.

3.- NOTIFIQUESE, la presente resolución al Municipio, una vez totalmente tramitada.

ANOTESE y COMUNIQUESE



MILTON MOYA KRAUSE
DIRECTOR (T y P)
SERVICIO SALUD ARAUCANIA SUR

13.07.2015N°1096
DISTRIBUCIÓN:
Municipalidad (2)
Subsecretaría de Redes
División de Atención Primaria
Dpto. Atención Primaria
Dpto. Finanzas
Dpto. Auditoría
Dpto. jurídico
Archivo



**CONVENIO PROGRAMA MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR
Y COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA 2015
SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR - MUNICIPALIDAD DE TEMUCO**



En Temuco, a 09 de junio de 2015, entre el **SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en Temuco, calle Arturo Prat N° 969, representado por su Director T y P, Dr. **MILTON MOYA KRAUSE**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **LUSTRE MUNICIPALIDAD DE TEMUCO**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Temuco, calle Arturo Prat N° 650, representada por su Alcalde don **MIGUEL BECKER ALVEAR**, del mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N° 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49".

Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo N° 202 del 2014, del Ministerio de Salud, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

SEGUNDA: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa de Modelo de Atención con Enfoque Familiar en la Atención Primaria.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 1220, de fecha 02 de diciembre del 2014, del Ministerio de Salud y por Resolución Exenta N° 29, de fecha 08 de enero del 2015, del Ministerio de Salud, se distribuyen los recursos del Programa de Modelo de Atención con Enfoque Familiar en Atención Primaria año 2015. Las resoluciones antes citadas se Anexan al presente convenio y se entiende forman parte integrante del mismo, el cual la Municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

03 JUL. 2015



TERCERA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en transferir al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria del presente instrumento, la suma anual y única de **\$11.070.000 (once millones setenta mil pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las actividades señaladas en el Programa de Modelo de Atención con Enfoque Familiar en Atención Primaria año 2015, sancionado por Resolución N° 1.220, de 2014, en el Cesfam Amanecer.

El Municipio se compromete a coordinar la definición de las coberturas en conjunto con el Servicio cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste para las estrategias específicas y a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento.

CUARTA: El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar el objetivo general del Programa:

Consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud y reconocer el esfuerzo del equipo de salud y la comuna, a través de la entrega de un estímulo financiero anual, a aquellos establecimientos que hayan cumplido con los requisitos señalados en el presente programa: evaluación, programación y realización de acciones orientadas a materializarlo.

QUINTA: COMPONENTES Y PRODUCTOS ESPERADOS

Componente N 1:

Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.

Este componente considera la evaluación de los establecimientos mediante la aplicación de instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en e Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, dictado por el Ministerio de Salud.

Estrategias:

- Elaboración de cronograma conjunto (Servicio de Salud/Comuna/Centro de Salud).
- El establecimiento de salud deberá realizar su pre-evaluación (autoevaluación) mediante el reconocimiento de su situación cotejada con el instrumento* para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.
- El CESFAM y comuna en conjunto con el Servicio de Salud, resolverán la primera evaluación definitiva, identificando sus brechas y un plan de mejora a dos años para la implementación del Modelo, considerando un cronograma de trabajo, con el acompañamiento del Servicio de Salud.

03 JUL. 2015 Productos esperados

- Certificación de la evolución del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario en el establecimiento, conforme porcentaje logrado, en diversos ámbitos del instrumento definido por el Minsal.
- Determinar brechas en la instalación y desarrollo del Modelo en los Centros de Salud.



* Para efectos de la evaluación, el instrumento para la evaluación y certificación en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, se considera parte de este convenio.

Componente N 2:

Implementar, mediante la asignación y entrega de recursos financieros, un plan de mejora, sobre las bases y principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud.

Estrategias:

- Elaboración de cronograma conjunto (Servicio de Salud/Comuna/Centro de Salud).
- Los planes de mejora deben considerar un desarrollo progresivo de acciones para alcanzar sus objetivos y metas, así como el financiamiento asociado a su logro.

Productos esperados

- Planes de mejora implementados, conforme los principios que sustentan el Modelo de Atención Integral Familiar y Comunitario en los establecimientos de atención primaria de salud.
- Transferencia y reliquidación de estímulo financiero, de acuerdo a información aportada por los Servicios de Salud, respecto del nivel de desarrollo alcanzado con la aplicación del instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.
- Evaluación de los avances planificados.

SEXTA: El Monitoreo y Evaluación se orienta a conocer el grado de desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del Programa con el propósito de mejorar la eficiencia y efectividad de sus objetivos.

Se realizarán 3 evaluaciones durante la ejecución del Programa, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación.

- La **primera evaluación** se hará con corte al 30 de Mayo: El informe deberá ser remitido por las comunas participantes del Programa al respectivo Servicio de Salud, hasta el quinto día hábil del mes de junio, a su vez, el Servicios deberá remitir a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, hasta el 16 de Junio, el informe consolidado, respecto de las comunas de su ámbito territorial participantes del Programa.

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación el Servicio de Salud hará las orientaciones y acciones que corresponda para favorecer la óptima implementación del Programa, emitiendo informe al Ministerio de Salud, con el informe de resultados de evaluación y los planes de mejora por establecimiento y comuna, diseñados para disminuir brechas de instalación del Modelo, mejorar adecuar y renovar la gestión.



03 JUL. 2015



- La **segunda evaluación**, se efectuará con corte al 31 de agosto del año en curso de acuerdo a los indicadores definidos en la cláusula indicadores y medios de verificación, cláusula séptima del Programa y del presente convenio. El informe deberá ser remitido por las comunas participantes del Programa al respectivo Servicios de Salud, hasta el quinto día hábil del mes de septiembre, a su vez, el Servicio de Salud deberá remitir a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud hasta el 16 de septiembre, el informe consolidado, respecto de las comunas de su ámbito territorial participantes del Programa.

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación el Servicio de Salud hará las orientaciones y acciones que corresponda para favorecer la óptima implementación del Programa, emitiendo el informe al Ministerio de Salud, conjuntamente con el informe de resultados.

Conforme a los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 60%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje de cumplimiento de Metas de Programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2ª cuota del 30%
≥ 60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	25%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos de 30%	100%

- La **tercera evaluación** y final, se efectuará al 31 de Diciembre, fecha en que el Programa deberá estar ejecutado el 100% de las acciones comprometidas.

La evaluación del cumplimiento se realizará en forma global para el programa, por tanto todos los indicadores tendrán el mismo valor relativo, independiente del componente a que corresponda.

SEPTIMA: INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

Indicadores de gestión y de impacto para la reliquidación del programa

Componente	Indicador	Fórmula	Meta	Medio verificación	Peso relativo
Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.	Porcentaje de Centros de salud evaluados conforme Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo, dictado por el Minsal.	$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}}$ Numerador: N° de Centros de salud evaluados conforme instrumento definido Denominador: N° de centros de salud comprometidos a evaluar.	100% de los CESFAM comprometidos con aplicación del instrumento definido.	"Instrumento para la evaluación y verificación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria"	50%



03 JUL. 2015



Componente 2 Elaborar propuesta e implementar plan de mejora.	Mejoras implementadas en los establecimientos de atención primaria, conforme a cronograma.	Numerador N° de actividades del cronograma plan de mejora realizadas. Denominador N° actividades comprometidas según cronograma en plan de mejora.	100% de cumplimiento de actividades comprometidas según cronograma de plan de mejora.	Informe de avances cuali-cauntitativos de establecimiento, común, emitido por Servicio de Salud	50%
---	--	---	---	---	-----



OCTAVA: Los recursos a que se refiere la cláusula tercera, serán transferidos por el Servicio, en representación del Ministerio de Salud, **en dos cuotas: 70%** contra resolución aprobatoria del convenio emitida por el Servicio y el **30%** restante en Octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación señalada en el ítem VII del Programa. Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimientos).

NOVENA: El Servicio, requerirá a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del Programa y sus estrategias señaladas en la cláusula quinta de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, efectuando una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el Servicio deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz el objetivo del presente convenio.

DECIMA: El Servicio velará aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría. Sin perjuicio de lo anterior, estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 759 de 2003, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, lo que debe ser fiscalizado por el Servicio. Dicha rendición debe ser realizada a través del sistema de monitoreo de convenios, disponible en la página web www.ssasur.cl, banner sistemas de convenios.

DECIMA PRIMERA: Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el Servicio descontará de la transferencia regular de atención primaria, el valor correspondiente a la parte pagada y no ejecutada del Programa objeto de este instrumento, en su caso.

DECIMA SEGUNDA: El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. Por ello, en el caso que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante.

DECIMA TERCERA: El presente convenio tendrá vigencia desde el 1° de enero hasta el 31 de diciembre del año en curso, sin perjuicio de lo anterior y previa rendición del saldo

03 JUL. 2015



no ejecutado el Servicio de Salud podrá autorizar excepcionalmente y por razones fundadas, previa solicitud formal de la Municipalidad la posibilidad de que los saldos de dichos recursos sean utilizados para dar continuidad a los programas de salud, durante el plazo que se establecerá para tales efectos. Dicha autorización se formalizará mediante resolución del Servicio de Salud. Conforme al dictamen N°16.037 de fecha 10.04.2008 y N° 11.189, de 2008 de la Contraloría General las partes establecen que por razones de buen servicio las prestaciones contempladas en este convenio comenzaron a ser otorgadas en la forma pactada, el 01 de enero de 2015.

DÉCIMA CUARTA: El presente convenio se firma en 9 ejemplares, quedando dos en poder de la Municipalidad (Alcaldía y Departamento de Salud Municipal), dos en el Ministerio de Salud (División de Atención Primaria y Departamento Gestión de Recursos Financieros APS) y los cinco restantes en poder del Servicio de Salud (Dpto. de Atención Primaria y Red Asistencial, Departamento de Finanzas, Departamento de Auditoría, Departamento Jurídico y Oficina de Partes).

DÉCIMA QUINTA: La personería de don MIGUEL BECKER ALVEAR para actuar en representación del Municipio de Temuco, consta de acta de instalación del Concejo Municipal de fecha 06 de diciembre de 2012 y en Decreto Alcaldicio N° 4.368, de fecha de 06 Diciembre de 2012. Por su parte, la personería de la Dr. MILTON MOYA KRAUSE, para representar al Servicio de Salud Araucanía Sur emana del Decreto Supremo N°32, de fecha 18 de marzo de 2015, del Ministerio de Salud.



MIGUEL BECKER ALVEAR
ALCALDE
MUNICIPALIDAD TEMUCO



MILTON MOYA KRAUSE
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR

03 JUL. 2015



4



RESUMEN DE PUNTAJES EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL DESARROLLO DEL MODELO DE SALUD INTEGRAL CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

EJE	PUNTAJE OBTENIDO	% LOGRO EJE	PUNTAJE PONDERADO	
PROMOCION	6	42,86	1,12	
PREVENCION	10	71,43	1,87	
ENFOQUE FAMILIAR	1	16,67	0,08	
CALIDAD	2	25,00	0,21	
INTERSECTORIALIDAD	0	0,00	0,00	
CENTRADO EN ATENCION ABIERTA	3	42,86	0,28	
TECNOLOGIA	6	100,00	0,48	
PARTICIPACION	1	16,67	0,08	
DESARROLLO DE LAS PERSONAS	3	33,33	0,36	
% LOGRO GLOBAL	47		4,5	TOTAL PTJE. PONDERADO GLOBAL OBTENIDO
			9,6	TOTAL PTJE. PONDERADO GLOBAL INSTRUMENTO

PAUTA DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL COMPONENTE DE PREVENCIÓN: marque con una X en el espacio asignado, según mínimo cumplido y 0 punto cuando no este cumplido. En el rubro observaciones, registre los comentarios que permitan dar cuenta de los a

Principio	OBJETIVO	Codigo componente	Medio de Verificación
CONTINUIDAD	Proporcionar consejerías, durante todo el ciclo vital del individuo y familia, para prevenir la aparición de enfermedades o atenuar las consecuencias de ellas	PREV 1.1	REM 19a. Sección A y B
		PREV 1.2	Consolidado REM 19 a) Sección A, (celda B12:B57) del año t/Población femenina inscrita validada año t *100
		PREV 1.3	REM 19a. Sección A y B
		PREV 1.4	REM 19a. Sección A y B
	Articular un conjunto de acciones específicas en familias	PREV 2.1	REM P07, Sección A, (celda B11/B10)

INTEGRALIDAD	<p>evaluadas con riesgo leve a moderado (definido por el CESFAM, o comuna), para prevenir la aparición de enfermedades o atenuar las consecuencias de ellas</p>	<p>Revisión de 5 fichas de personas, cuyas familias hayan sido evaluadas como de riesgo, seleccionadas aleatoriamente, para detectar la presencia del Plan de Acompañamiento.</p>
	<p>PREV 2.2</p>	<p>REM 19a, Sección A.3 (celda 97)</p>
Articular un conjunto	<p>PREV 3.1</p>	<p>REM A03, Sección A.7 (celda E58/E57)*100</p>
	<p>PREV 3.2</p>	<p>REM A01, Sección E y E1 (Celdas C67+F67+C71+F71/Pobl.inscrita de adolescentes validada FONASA</p>
		<p>REM A02 Sección A, (Celdas D11:D16)/Pobl. inscrita femenina de 20-64 años validada FONASA</p>

CENTRADO EN LAS PERSONAS	de acciones específicas, durante todo el ciclo vital del individuo y familia, para prevenir la aparición de enfermedades o atenuar las consecuencias de ellas.	PREV 3.3*	REM P12 Sección A, (celda B20)/Pobl. inscrita femenina validada FONASA mayor de 15 años*100
		PREV 3.4	REM A02 Sección A, (celda C10)/Pobl. inscrita masculina validada FONASA mayor de 15 años*100
			Agenda de profesionales, TENS u otro capacitado para la toma de EMP, donde se demuestre (en una semana, por ejemplo) lo programado versus lo efectivamente utilizado con personas a quienes se les haya tomado un EMP.
		PREV 3.5	REM A05 Sección L, Celda 99/Población de adultos mayores inscrita validada FONASA*100
Revisión de 5 Fichas clínicas de adultos mayores dependientes, cuyos cuidadores tengan Plan de Cuidado del cuidador.			

* asigne 0,5 puntos por cada verificador logrado. Si logra cumplir ambos tiene 1 punto.

si el establecimiento cumple o no cumple con el requerimiento mínimo establecido. Una vez finalizada la a
 rgumentos que justifiquen su evaluación cuando así corresponda.

Requerimientos mínimos	CUMPLE	NO CUMPLE
El establecimiento realiza consejerías sobre salud sexual y reproductiva, actividad física, tabaquismo, consumo de drogas y alimentación saludable a población adolescente.	X	
El establecimiento realiza consejerías sobre salud sexual y reproductiva, actividad física, tabaquismo, consumo de drogas y alimentación saludable a mujeres.	X	
El establecimiento realiza consejerías sobre salud sexual y reproductiva, actividad física, tabaquismo, consumo de drogas y alimentación saludable a población adulta que recibe EMP.	X	
El establecimiento realiza consejerías sobre salud sexual y reproductiva, actividad física, tabaquismo, consumo de drogas y alimentación saludable a población adulto mayor que recibe EMPAM	X	
El establecimiento cuenta con un sistema de evaluación de familias inscritas (mecanismo de screening, conocido como cartola familiar u otro) y lo aplica al 75% de las familias inscritas.		X

<p>3 de las 5 fichas auditadas, presentan plan de acompañamiento en el cual se identifica objetivos de la intervención, actividades planificadas, actividades realizadas, metas, responsables y seguimiento.</p>		<p>X</p>
<p>El establecimiento realiza consejerías familiares a familias con integrante con patología crónica.</p>	<p>X</p>	
<p>El establecimiento realiza acciones que estimulan el aumento de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. Presentación de la tendencia y cobertura lograda en lactancia materna exclusiva.</p>	<p>X</p>	
<p>El establecimiento realiza controles de salud integral del adolescente en box clínico y/o establecimientos educacionales u otros. Presentación de línea de base del año en curso y del año anterior para ver progresión, observando tendencia y cobertura lograda.</p>		<p>X</p>
<p>El establecimiento realiza, al menos, como actividad preventiva, EMP y PAP a mujeres. Presentación de línea base de ambos exámenes del año en curso v</p>		

del año anterior para ver progresión, observando tendencia y cobertura lograda.	X	
El establecimiento realiza como actividad preventiva el EMP. Presentación de línea base de control de salud del año en curso y del año anterior para ver progresión	X	
El establecimiento realiza EMP en horarios de extensión (Continuidad de la Atención) o en lugares de trabajo. Lo anterior, se refleja en la agenda de los profesionales o técnicos que realizan las actividades	X	
El establecimiento realiza, al menos, como actividad preventiva, EMPAM. Presentación de línea base de control de salud (EMPAM) del año en curso y del año anterior para ver progresión	X	
El establecimiento elabora Plan de Cuidado al cuidador, para todos aquellos que están a cargo de personas dependientes. Al menos 3 de las 5 fichas de Adultos mayores dependientes cuenta con el registro de Plan de Cuidado del cuidador		X

Puntaje obtenido	10
Puntaje total Eje	14
% de logro del Eje	71,428571

plicación, asigne el puntaje que corresponda; un punto para cada requerimiento

BRECHA	ACCIONES
No todos los profesionales tienen perfil de la actividad (consejería) cargado, por lo que se realizan las actividades pero no existe registro digital. Material didáctico de apoyo a la consejería no está unificado.	Coordinar con el administrador de Rayen revisión del sistema de registro de modo que todos los profesionales que realizan consejerías tengan asociado a su perfil todos los tipos de consejerías existentes.
No todos los profesionales tienen perfil de la actividad (consejería) cargado, por lo que se realizan las actividades pero no existe registro digital. Material didáctico de apoyo a la consejería no está unificado	Coordinar con el administrador de Rayen revisión del sistema de registro de modo que todos los profesionales que realizan consejerías tengan asociado a su perfil todos los tipos de consejerías existentes.
No todos los profesionales tienen perfil de la actividad (consejería) cargado, por lo que se realizan las actividades pero no existe registro digital. Material didáctico de apoyo a la consejería no está unificado	Coordinar con el administrador de Rayen revisión del sistema de registro de modo que todos los profesionales que realizan consejerías tengan asociado a su perfil todos los tipos de consejerías existentes.
No todos los profesionales tienen perfil de la actividad (consejería) cargado, por lo que se realizan las actividades pero no existe registro digital. Material didáctico de apoyo a la consejería no está unificado	Coordinar con el administrador de Rayen revisión del sistema de registro de modo que todos los profesionales que realizan consejerías tengan asociado a su perfil todos los tipos de consejerías existentes.
No hay actividad relacionada con evaluación de riesgo en ficha digital. La evaluación de las familias se realiza en cartolas de papel. Y no se aplica al 75% de las familias. No todos los profesionales clínicos tienen en su perfil eval. De riesgo, cartola y genograma	Incorporar a todos los profesionales en su perfil de rayen la actividad "Evaluación de riesgo y " evaluación familiar y genograma". Traspaso a Rayen del resultado de las evaluaciones de riesgo de las cartolas familiares (de papel). Actualización en el uso de herramienta modulo salud familiar

<p>No existe plan de acompañamiento unificado</p>	<p>Diseñar, socializar y aplicar plan de intervención con los elementos mínimos requeridos de acuerdo al riesgo individual y familiar.</p>
<p>Si existe, pero no todos los profesionales clínicos tienen en su perfil las diferentes consejerías (temas) . Material de apoyo no unificado</p>	<p>Coordinar con el administrador de Rayen revisión del sistema de registro de modo que todos los profesionales que realizan consejerías tengan asociado a su perfil todos los tipos de consejerías existentes. Unificar material didáctico de apoyo a la consejería que sera entregado en cada una de ellas.</p>
	<p>Dar continuidad a las acciones de fomento en Lactancia Materna. Entregar material de apoyo a embarazadas y puérperas. Dar continuidad al plan de trabajo 2015, a través de la comisión de lactancia materna.</p>
<p>Se hace pero no a todos los adolescentes. Existe un registro mínimo de atenciones</p>	<p>Difundir y facilitar el acceso de los adolescentes a control de joven sano.</p>
<p>Existe, pero el el registro en rayen no es del 100% de los Empa realizados</p>	<p>. Toma de Empa espontáneo dentro de la concurrencia diaria. Redistribuir tiempo de TENS para pesquisar población objetivo. Incorporar alumnos y profesionales supervisores en pesquisa y toma de EMPA. Solicitar equipos para examen de Empa.</p>

<p>Existe datos de cobertura mensual. Existe el libro digital de los PAP tomados a partir de junio del 2014.</p>	<p>Continuar toma de PAP sin hora previa en todos los horarios de atención. Mantener durante todo el año los días miércoles para toma de Pap. Continuar ingreso de resultado de Pap a ficha electrónica e incluir en próxima programación para esta gestión. Difundir en organizaciones horarios y días de toma de Pap</p>
<p>Existe, pero el el registro en rayen no es del 100% de los Empa realizados.</p>	<p>Evaluación periódica</p>
<p>Se realiza en extensión horaria y lugares de trabajo</p>	<p>Continuar con la realización de Empas en lugares de trabajo. Y en el Cesfam en horario de extensión</p>
<p>Registro en ficha electrónica no refleja lo efectivamente realizado</p>	<p>Socializar Rem comentados con los profesionales que realizan EMPAM para mejorar los registros</p>
<p>Existe Plan del cuidador solo para postrados severos. Registro de plan solo en carpeta del paciente. No digital</p>	<p>Mejorar el registro del plan del cuidador de pacientes postrados severos en rayen.</p>

RECURSOS	AÑO	Monto Aprox.
Horas profesionales. Equipo Rayen	Agosto del 2015	Horas Extras: 60.000
Horas profesionales. Equipo Rayen	Agosto del 2015	
Horas profesionales. Equipo Rayen	Diciembre del 2015	
Horas profesionales. Equipo Rayen	Diciembre del 2015	
Horas profesionales.	Alcanzar el 20 % de familias evaluadas a Diciembre del 2016. Traspasar cartolas de papel año 2014 y 2015 Diciembre del 2015. Taller actualización modulo de salud familiar Diciembre 2016	Horas Extras: \$150.000

Horas profesionales.	Diseñar y difundir Diciembre del 2015	Horas Extras: \$400.000
Horas Profesionales. Equipo Rayen	Diciembre del 2015	Sin gasto
Horas Profesionales	Permanente	Sin gasto
Horas Profesionales	Diciembre del 2016. 2015 Programa en ejecución por convenio SSAS	Sin gasto
Adquisición equipos y mobiliarios y horas técnicos y profesionales.	Mantener logros	Equipos y mobiliario portátil \$100.000

Horas Profesionales	Mantener logros	Horas Extras: \$150.000
Horas Profesionales	Mantener logros	Sin gasto
Horas Profesionales	Mantener logros	Sin gasto
Horas Profesionales	Mantener logros	Sin gasto
Horas Profesionales	Diciembre del 2015	Sin gasto

PAUTA DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL COMPONENTE DE SALUD FAMILIAR: marque con una X en el espacio asignado, según corresponda; 1 punto para cada requerimiento mínimo cumplido y 0 punto cuando no este cumplido. En el rubro observaciones, registre los cc

Principio	OBJETIVO	Codigo componente	Medio de Verificación
CONTINUIDAD	Acompañar y asistir a las familias durante la experiencia de crisis normativas y no normativas, con el fin de que puedan abordar estas fases de manera exitosa para ellas.	SF 1.1*	Existencia de guía o protocolo para asistir a familias que atraviesan crisis normativas
			Revisión de 5 fichas clínicas de personas que hayan atravesado crisis normativa, donde se evidencia el abordaje de la situación de crisis por parte del personal del establecimiento de salud
		SF 1.2*	Existencia de guía o protocolo para asistir a familias que atraviesan crisis no normativas
	Proporcionar apoyo y abordaje a familias con factores de riesgo leve	SF 2.1*	Documento donde se evidencia que existe un sistema/protocolo de estudio de familia abreviado y plan de abordaje integral, elaborado a nivel local.

INTEGRALIDAD	a moderado, con el fin de mejorar sus condiciones de vida, a través de sus capacidades instaladas		Revisión de 5 Fichas clínicas de personas inscritas cuyas familias hayan sido objeto de estudio de familia abreviado y plan de abordaje integral.
		SF 2.2	Documento donde se evidencia que existe una pauta de visita domiciliaria, elaborada por el establecimiento o por la entidad administradora de salud.
CENTRADO EN LAS PERSONAS	Promover el abordaje familiar en el tratamiento de personas con patología crónica y no crónica	SF 3.1	Listado con firma y RUT de participantes de talleres para personas con patología no crónica, inscritos en el establecimiento.
		SF 3.2	Listado con firma y RUT de participantes de talleres para personas con patología crónica, inscritos en el establecimiento.

* asigne 0,5 puntos por cada requerimiento mínimo cumplido. Si cumple ambos, tendrá 1 punto.

1 si el establecimiento cumple o no cumple con el requerimiento mínimo establecido. Una vez finalizada la aplicación, asigne el puntaje que permitan dar cuenta de los argumentos que justifiquen su evaluación cuando así corresponda.

Requerimientos mínimos	CUMPLE	NO CUMPLE	BRECHA
El establecimiento cuenta con un documento, guía de abordaje o protocolo para asistir a familias que estén atravesando alguna crisis normativa. Al menos, se espera que tengan 2 protocolos de crisis normativas (de mayor prevalencia en el establecimiento, detectado mediante diagnóstico participativo, epidemiológico u otro) con guías de abordaje o protocolo en funcionamiento.		X	Existe protocolo para cada una de las crisis normativas y guías anticipadoras pero no para las no normativas. Necesidades de actualización en capacitación al personal respecto a la forma de realizar estas intervenciones
En la auditoria de 5 fichas clínicas, al menos 3 evidencian la aplicación del protocolo respectivo por miembros del equipo de salud			No existe protocolo
El establecimiento cuenta con un documento, guía de abordaje o protocolo para asistir a familias con algún integrante, que haya sido hospitalizado o que lo esté aún, u otra crisis no normativa a definir.		X	Existe protocolo, pero no esta siendo aplicado en su totalidad por problemas de doble registro en Rayen. No se esta llevando acuerdo de que estudio de familia y protocolo de VDI estén junto a tarjeta de familiar. Fichas de Rayen son individuales genograma están en las tarjetas
En la auditoria de 5 fichas clínicas, al menos 3 evidencian la aplicación del protocolo respectivo por miembros del equipo de salud			No se registra en ficha clínica electrónica
El establecimiento cuenta con protocolos instalados para realizar estudios de familia abreviados para familias con riesgo leve o moderado que requieren intervención		X	Existe protocolo, pero no esta siendo aplicado en su totalidad por problemas de doble registro en Rayen. No se esta llevando acuerdo de que estudio de familia y protocolo de VDI estén junto a tarjeta familiar. Fichas de Rayen son individuales, genograma están en las tarjetas

En la auditoria de 5 fichas clínicas, al menos 3 evidencian registro de los planes de abordaje familiar integral aplicados según protocolo local			No se registra en ficha clínica electrónica , si en las tarjetas familiares pero no están siendo usadas por todos los profesionales
El establecimiento cuenta con una pauta de visita domiciliaria integral para las familias y protocolo de uso	X		Existe y no se aplica todas las veces por doble registro en Rayen
El establecimiento realiza talleres de, mínimo, 3 sesiones para personas con patología crónica no cardiovascular que estimula la participación de adultos significativos (se constata la asistencia del acompañante al menos a un taller)		X	No están programados años 2015
El establecimiento realiza talleres de, mínimo, 3 sesiones para personas con patología crónica cardiovascular que estimula la participación de adultos significativos (se constata la asistencia del acompañante al menos a un taller)		X	No están programados años 2015

Puntaje obtenido	1
Puntaje total Eje	6
% de logro del Eje	16,666667

ACCIONES	RECURSOS	AÑO	
<p>1.-a Elaboración de protocolo de intervención en crisis normativas.</p> <p>1.-b Elaboración de guías anticipatorias y protocolo de crisis no normativas.</p> <p>2.- Unificar perfiles en rayen para el registro de estas actividades (respecto a errores en ficha familiar rayén no es posible intervenir dado que viene dado de nivel central Saydex)</p> <p>3.- Capacitación para el personal en intervención en crisis</p>	<p>1 y 2 Recursos Financieros.</p> <p>3 Recursos Humano</p>	<p>1.a Agosto 2015</p> <p>1.b diciembre 2015 2.- Agosto 2015 3.- Diciembre 2015</p>	<p>Horas Extras: 400.000</p> <p>Capacitación: \$2.500.000</p> <p>Impresión: \$ 250.000</p>
<p>Elaborar protocolo y flujograma de aplicación integral por los equipos de cada sector Definir medio de registro y verificación de estas actividades</p>	<p>Recurso humano Financiero para elaboración de material de apoyo para la actividad.</p>	<p>Diciembre del 2016</p>	
<p>Se revisara protocolo de estudio de familia , tarjeta familiar y protocolo de VDI . Compatibilizar sistemas de registro a la realidad del Cefam . Facilitar el uso de la información . Incentivar el seguimiento de los estudios y afiatar el rol del coordinador de equipo de cabecera en la adecuada implementación del modelo de salud familiar</p>	<p>Recurso humano y tiempo de reuniones de trabajo</p>	<p>Diciembre del 2016</p>	
<p>Implementar y socializar registro de acuerdo a lo que el sistema digital tiene disponible e incentivar uso y accesibilidad de tarjeta familiar y evaluación de riesgo</p>	<p>Recurso humano y tiempo de reuniones de trabajo</p>	<p>Diciembre del 2016</p>	<p>Sin gasto</p>
<p>Se revisara protocolo para readecuar a las condiciones de ficha digital Definir sistema de registro acorde a la realidad del establecimiento</p>	<p>Recurso humano</p>	<p>Diciembre 2015.</p>	<p>Sin gasto</p>

Implementar y socializar registro de acuerdo a lo que sistema digital tiene disponible e incentivar uso y accesibilidad de tarjeta familiar y evaluación de riesgo	Recurso humano y tiempo de reuniones de trabajo	Diciembre 2016.	Sin gasto
Revisar pauta de VDI y compatibilizar con registro rayén.	Recurso humano	Diciembre 2015.	Sin gasto
Incluir en la programación año 2016 otras patologías además del sda/ha , según diagnóstico participativo	Recurso humano	2016	
Incluir en la programación año 2016, en las patologías más prevalentes	Recurso humano y material para talleres y material educativo	2016	

PAUTA DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL COMPONENTE DE CALIDAD: marque con una X en el espacio asignado, según si el establecimiento cumplió y 0 punto cuando no este cumplido. En el rubro observaciones, registre los comentarios que permitan dar cuenta de los argumentos que justifican

Principio	OBJETIVO	Codigo componente	Medio de Verificación
CONTINUIDAD	Asegurar el acceso y la oportunidad de atención a los usuarios de los establecimientos de atención primaria	CAL 1.1	Reporte de inscritos por sector elaborado por el mismo establecimiento, con el cálculo de inscritos por equipo de cabecera.
		CAL 1.2.	Listas de consultas de SAPU o Servicio de Urgencia rufificada en el plazo de 1 mes y Lista de Inscritos rufificada en el establecimiento de atención primaria.
			Documento donde se explicite el plan de gestión de la demanda del establecimiento
		CAL 1.3.	Informe desde el nivel secundario, solicitado por el establecimiento de atención primaria de salud.
INTEGRALIDAD	Desarrollar una cultura de calidad y mejora continua en el establecimiento de salud, con el fin de abordar los constantes nuevos desafíos que exige la salud pública hoy	CAL 2.1.	REM A07 y REM A04, celda C10+D10+E10+F10 (para menores de 15 años) y celdas de la G10:T10 (para mayores de 15 años) Proporción de interconsultas emitidas en menores de 15 años y mayores de 15 años para las especialidades básicas no quirúrgicas y/o a Neurología, Broncopulmonar, Reumatología, Dermatología, Cardiología, Diabetes, Medicina Interna
		CAL 2.2.	Documento de plan de mejora continua elaborado localmente en el establecimiento y/o en la entidad administradora de salud, que incorpore las necesidades de los usuarios del establecimiento
CENTRADO EN LAS PERSONAS	Procurar la entrega de servicios de salud de calidad a la población inscrita en el establecimiento.	CAL 3.1.	Documento de plan de acción para la disminución de hospitalizaciones de población inscrita menor de 65 años desarrollado localmente o a nivel de entidad administradora de salud.
		CAL 3.2.	Documento de plan de mejoramiento continuo, en base a resultados de encuestas de satisfacción usuaria realizadas por externos, desarrollados a nivel local o a nivel de entidad administradora de salud.

miento cumple o no cumple con el requerimiento mínimo establecido. Una vez finalizada la aplicación, justifiquen su evaluación cuando así corresponda.

Requerimientos mínimos	CUMPLE	NO CUMPLE
El establecimiento cuenta con menos de 5.000 inscritos por sector, o en su defecto cuenta con plan de acción que resguarde la calidad de la atención de la población inscrita.		X
El establecimiento identifica a sus usuarios inscritos y policonsultantes (más de 7 consultas anuales) en SAPU o Servicio de Urgencia hospitalaria.	X	
El establecimiento de atención primaria cuenta con planificación para gestionar su demanda de atención		X
El establecimiento solicita al nivel secundario el reporte de las interconsultas prioridad 1 (P1) emitidas por éste, que hayan sido evaluadas antes de 10 días.		X
Tasa de derivación de APS al nivel Secundario es igual o menor al 10% para las especialidades trazadoras definidas y según rangos étareos (menor de 15 años y mayores de 15 años)	X	
El establecimiento cuenta con un plan de mejora encaminado a fortalecer una cultura de calidad que enfrente problemas pesquisados en Diagnósticos Participativos, OIRS, en estudios de satisfacción usuaria, análisis de coberturas, resultados, entre otros.		X
El establecimiento articula acciones destinadas a disminuir gradualmente la hospitalización de su población inscrita menor de 65 años.		X
El establecimiento desarrolla acciones de mejora continua en base a resultados de encuestas de satisfacción usuaria, implementadas periódicamente.		X

Puntaje obtenido	2
Puntaje total Eje	8
% de logro del Eje	25

asigne el puntaje que corresponda; 1 punto para cada requerimiento mínimo

BRECHA	ACCIONES	RECURSOS
Brecha. Existe sectorización y equipos de cabecera, pero la población por cada sector es de aprox. 15.000 personas y no existe plan de acción que resguarde la calidad de atención para la población.	Elaborar plan de acción para resguardar la calidad de atención	Horas profesionales
Brecha. Se cuenta con listado mensual de pacientes rutificadas que consultan en sapu Amanecer / Lista de personas inscritas rutificados en el establecimiento de atención primaria. Falta análisis de casos por los equipos de cabecera	Entrega de informe de policonsultantes a equipos de cabecera. Determinar criterios para definir que usuarios intervenir. Plan de intervención.	Horas profesionales. Movilización.
Brecha. No se cuenta con documento en dónde se explicita resolución de la demanda	Elaborar documento que de cuenta del plan de gestión de demanda del establecimiento	Horas profesionales
No hay brecha. Informe de interconsultas por grupo etáreo con evaluación trimestral y derivaciones menores al 10%.		
Brecha, No se cuenta con un plan de de respuesta a lo exigido como mínimo requerido	Elaborar plan cuatrienal de satisfacción Usuaría.	
Brecha. Se cuenta con la información de los egresos hospitalarios de la comuna de Temuco, no así del Cesfam Amanecer	Definir patología a abordar Plan de trabajo	Horas profesionales
Brecha: No existe documento de plan de mejoramiento actualizado.	1.- Se aplicará encuesta de trato localmente una vez al año y se efectuara análisis. 2.- Elaborar plan de mejora. 3.- Evaluación del plan (*)	Horas profesionales y material de escritorio

AÑO	Monto Aprox.
Diciembre del 2015	Horas extras:\$100.00 0
Diciembre del 2015	Sin gasto
Diciembre del 2016	
Diciembre del 2016	
Diciembre del 2015	Sin gasto
1.- Agosto del 2015 2.- Diciembre del 2015 3.- Diciembre 2016	Horas extras:\$100.00 0 Material de escritorio: \$ 50. 000

PAUTA DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL COMPONENTE INTERSECTORIALIDAD Y TERRITORIO: marque con una X e corresponda; un punto para cada requerimiento mínimo cumplido y 0 punto cuando no este cumplido. En el rubro observaciones, reg

Principio	OBJETIVO	Código componente	Medio de Verificación
CONTINUIDAD	Abordar, desde un enfoque intersectorial, el estado de salud y bienestar de la población inscrita, en el marco de la Estrategia Nacional de Salud	I y T 1.1	Existencia de protocolo de derivación y auditoría de 5 Fichas clínica de personas inscritas en el establecimiento, donde conste que hayan recibido algún tipo de intervención desde el Intersector.
INTEGRALIDAD	Identificar las instituciones que componen el Intersector del establecimiento de salud, con el fin de coordinar acciones efectivas con éste	I y T 2.1	Documento y/o diagrama donde se indiquen las instituciones operativas en el territorio, separadas por cada sector y/o equipo de cabecera.
			Flujograma o documento donde se indiquen direcciones de relación del establecimiento con las instituciones que operan en su territorio local
			Documento del plan de trabajo anual con las instituciones del territorio donde se inserta el establecimiento, elaborado localmente.
CENTRADO EN LAS PERSONAS	Coordinar acciones con el Intersector con el fin de mejorar las perspectivas de desarrollo y bienestar de población infantojuvenil	I y T 3.1	Documento de plan de manejo intersectorial para la prevención del daño en población infantojuvenil, elaborado localmente.

En el espacio asignado, según si el establecimiento cumple o no cumple con el requerimiento mínimo establecido. Una vez finalizada la aplicación, asigne el puntaje que registre los comentarios que permitan dar cuenta de los argumentos que justifiquen su evaluación cuando así corresponda.

Requerimientos mínimos	CUMPLE	NO CUMPLE	BRECHA
El establecimiento trabaja en Red para abordar el bienestar de las personas inscritas. Al menos, se espera demostrar que trabajan con 1 institución definida localmente, mediante la definición de protocolos locales para la derivación de pacientes que requieran intervenciones intersectoriales y que en auditoría de fichas clínicas, al menos 3 evidencias registro de derivación al Intersector		X	Brecha: No existe la opción de registro en ficha clínica de atenciones recibidas desde el intersector en el sistema informático RAYEN
El establecimiento cuenta con un mapa del territorio local donde se inserta en el cual identifica las instituciones que operan en éste.		X	Brecha: No existe un mapa con el registro de las instituciones que operan con el Centro de Salud
Existencia de protocolos o flujogramas de articulación para el abordaje integral de casos con la Red identificada (al menos 2)		X	Brecha: No existe Flujograma ni documento que de cuenta de las direcciones y relaciones del establecimiento de salud con las instituciones que operan en su territorio local.
El establecimiento desarrolla un plan de trabajo anual con las instituciones (al menos, 2 instituciones) que operan en su territorio, a través del cual se determinan alianzas de trabajo colaborativo.		X	Brecha. Existe un documento, pero no da cuenta de todas las acciones desarrolladas en conjunto con el intersector, ni de las instituciones en su totalidad
El establecimiento cuenta con un plan de manejo intersectorial para la prevención del daño en la población infantojuvenil, demostrado a través de alianzas estratégicas (ejemplo convenios de colaboración conjunta, mesas formales de trabajo) entre éste y alguna instancia (educación, deportes, instituciones religiosas, fundaciones, programas de dependencia entre otros)		X	Brecha. No existe un plan de manejo intersectorial para la prevención del daño en la población infanto juvenil elaborado localmente
Puntaje obtenido	0		

Puntaje total Eje	5
% de logro del Eje	0

ACCIONES	RECURSOS	AÑO	Gasto Aprox.
<p>Conseguir y elaboración de mapas del territorio local donde estén identificadas las instituciones y organizaciones del intersector que operan con el Centro de Salud.</p>	<p>Horas profesionales. Movilización y Enmarcado</p>	<p>Agosto 2015.</p>	<p>Enmarcado \$160.000</p>
<p>Elaborar un Flujograma en conjunto con las Instituciones del Intersector con las que existe una relación de cooperación en la actualidad, de manera coordinada. Privilegiar a Jardines infantiles y Escuelas que actualmente trabajan con el equipo de Promoción, integrando además a la Cuarta Compañía de Bomberos.</p>	<p>Horas profesionales. Movilización. Material de escritorio y colaciones</p>	<p>Agosto del 2015 (reuniones de coordinación necesarias con cada uno de las instituciones enunciadas) Diciembre 2015: Elaboración del flujograma con el Intersector definido.</p>	<p>Colaciones \$100.000</p>
<p>Reuniones de coordinación para elaboración conjunta con el intersector del plan de trabajo anual. Elaboración de un Plan de Trabajo anual que de cuenta de toda las acciones con el intersector involucrado con el Centro de Salud. (Cronograma</p>	<p>Horas profesionales. Movilización</p>	<p>Diciembre 2016 .</p>	
<p>Generar un plan de manejo intersectorial para la prevención del daño en la población infanto juvenil perteneciente al Programa de Déficit Atencional del establecimiento y sus redes.</p>			

PAUTA DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL COMPONENTE DE CENTRADO EN ATENCIÓN ABIERTA: marque con una X finalizada la aplicación, asigne el puntaje que corresponda; un punto para cada requerimiento mínimo cumplido y 0 punto cuando no justifiquen su evaluación cuando así corresponda.

Principio	OBJETIVO	Código componente	Medio de Verificación
CONTINUIDAD	Fomentar la relación y tránsito de los usuarios de la Red de Salud, desde el modelo hospitalario hacia el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria.	C.A.A. 1.1	Solicitud de Informe mensual de egresos hospitalarios por NM, DM2, amputaciones por DM2, IAM, articulado por el Servicio de Salud. Actas de reuniones de coordinación de la Red
		C.A.A. 1.2	Revisión de 5 fichas de usuarios inscritos, seleccionados aleatoriamente, que hayan sido dados de alta del Hospital por causa de IAM y/o AVE, donde se constate la existencia del plan de cuidado y que el centro de salud ha dado seguimiento a dicho plan.
INTEGRALIDAD	Promover el fortalecimiento de la atención primaria poniendo énfasis en las acciones de promoción y prevención en personas con alto riesgo de hospitalización	C.A.A. 2.1	El establecimiento cuenta con protocolo de acompañamiento y en revisión de 5 fichas de personas a los que les haya sido aplicado y ejecutado el plan de cuidado ambulatorio (se espera encontrar objetivos, acciones y responsables de la ejecución de ese plan)
CENTRADO EN	Favorecer el abordaje ambulatorio y con enfoque familiar y	C.A.A. 3.1	REM P04
			REM P04

CENTRADO EN LAS PERSONAS	enfoque familiar y comunitario a personas que tienen alto riesgo de agravar su situación de salud	C.A.A. 3.2	REM P03, Sección B, celda E40 y Programa de capacitación a cuidadores, con objetivos, actividades, listados de asistencia, evaluación
			Existencia de protocolo de visita domiciliaria a personas con dependencia severa
			REM A26, Sección A, celda I31

en el espacio asignado, según si el establecimiento cumple o no cumple con el requerimiento mínimo establecido. Una vez este cumplido. En el rubro observaciones, registre los comentarios que permitan dar cuenta de los argumentos que

Requerimientos mínimos	CUMPLE	NO CUMPLE	BRECHA	ACCIONES
Presentación de al menos 4 informes o solicitud de informes de egresos hospitalarios por las causas indicadas y/o actas de reuniones de coordinación de la red, articuladas por el Servicio de Salud, donde se aborde esta temática		X	Brecha. No se cuenta con esta información.	Elaborar carta de solicitud de informes. Una vez obtenida la información filtrarla por sector y entregar a equipos de cabecera.
El establecimiento cuenta con un protocolo de acompañamiento y rehabilitación para sus usuarios inscritos que hayan sido dados de alta, principalmente por diagnóstico de IAM y AVE, desarrollado en red.		X	Brecha. No existe plan	Elaboración protocolo de acompañamiento
Al menos 3 de las 5 fichas auditadas cuenta con el plan de cuidados y se evidencia seguimiento de las acciones contempladas, en base a protocolo definido por la red				
El establecimiento cuenta con protocolo para plan de cuidados ambulatorios para usuarios con problemas de salud de alto riesgo de hospitalización, como mínimo en aquellos adultos mayores que, por lo menos, han tenido un episodio de NM, durante un año calendario y personas con 5 o más patologías		X	Brecha. No existe plan	Solicitar información a Saydex Elaborar protocolo de identificación de pacientes con riesgo de hospitalización. Elaborar Plan de cuidados para usuarios que corren riesgo de hospitalización (iniciar con EPOC)
Al menos 3 de las 5 fichas auditadas cuenta con el plan de cuidados, según protocolo local.				
El establecimiento alcanza, al menos, el 50% de compensación efectiva de las personas inscritas mayores de 15 años y menores de 65 años, con diagnóstico de HTA.	X		Sacar la información	Elaborar reporte, semestral
El establecimiento alcanza, al menos, el 24% de compensación efectiva de las personas inscritas mayores de 15 años y menores de 65 años, con diagnóstico de DM2.	X		Sacar la información	Elaborar reporte, semestral

El establecimiento evidencia que los cuidadores de personas con dependencia severa reciben capacitación en prevención de daño del cuidador y de la personas con dependencia severa	X		Se realizan educaciones en domicilio	Cotejar REM P 03 Elaborar informe
Existencia de protocolo para realizar visitas domiciliarias a pacientes con dependencia severa		X	Al ingreso al programa corresponde VDI, las demás son atenciones en domicilio	Elaboración protocolo VD a paciente con dependencia severa
El establecimiento realiza <u>visitas domiciliarias</u> a personas con dependencia severa, de acuerdo a protocolo establecido		X	Falta protocolo	

Puntaje obtenido	3
Puntaje total Eje	7
% de logro del Eje	42,8571429

RECURSOS	AÑO	Gasto Aprox.
Horas Profesionales	Diciembre del 2015	Sin gasto
Horas Profesionales	Diciembre del 2016	
Horas Profesionales Equipo Saydex Internet	2016	
Horas Profesionales		
Horas Profesionales		

Horas Profesionales		
Horas Profesionales	Diciembre 2015.	Horas extras \$100.000

PAUTA DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL COMPONENTE DE TECNOLOGÍA: marque con una X en el espacio asignado, según si cada requerimiento mínimo cumplido y 0 punto cuando no este cumplido. En el rubro observaciones, registre los comentarios que permitan d

Principio	OBJETIVO	Codigo componente	Medio de Verificación
CONTINUIDAD	Utilizar la tecnología en la promoción de la salud, prevención, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, rehabilitación o cuidados de largo plazo. Se incluyen los medicamentos, los dispositivos médicos, los procedimientos médicos y quirúrgicos, así como los sistemas organizativos dentro de los cuales se proporciona dicha atención sanitaria.	TECNO 1.1	Demostración en terreno del uso del registro clínico electrónico y del despacho de recetas en farmacia, a través de la visualización in situ del uso de las plataformas informáticas
		TECNO 1.2	El establecimiento evidencia la existencia de informes de reportes de monitoreo de sus indicadores de gestión (IAAPS, metas sanitarias y/o programas de ciclo vital) que demuestren periodicidad y extracción mediante uso de software o simil (al menos 3 tres reportes)
INTEGRALIDAD	Utilizar la tecnología en la promoción de la salud, prevención, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, rehabilitación o cuidados de largo plazo. Se incluyen los medicamentos, los dispositivos médicos, los procedimientos médicos y quirúrgicos, así como los sistemas organizativos dentro de los cuales se proporciona dicha atención sanitaria.		TECNO 1.2
		TECNO 2.1	El establecimiento demuestra la existencia de plataforma informática que permita la coordinación del establecimiento con su red local y/o con la red del Servicio de Salud, a través de la demostración in situ y una muestra de fotografías de pantalla (que demuestre uso de software por cada fase)
CENTRADO EN LAS PERSONAS	Utilizar la tecnología en la promoción de la salud, prevención, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, rehabilitación o cuidados de largo plazo. Se incluyen los medicamentos, los dispositivos médicos, los procedimientos médicos y quirúrgicos, así como los sistemas organizativos dentro de los cuales se proporciona dicha atención sanitaria.	TECNO 3.1	El establecimiento in situ evidencia la existencia de TICs aplicadas al trabajo en prevención y promoción de salud, a nivel individual o comunitario tales como: página web, blog, Facebook, Twitter, mensajería a celulares.
		TECNO 3.2	El establecimiento evidencia en terreno la existencia de algún tipo de tecnología aplicada a la resolutiveidad (incluye telemedicina, equipamiento u otro)

¿ el establecimiento cumple o no cumple con el requerimiento mínimo establecido. Una vez finalizada la aplicación, asigne el puntaje que corresponda; 1 punto para cada cuenta de los argumentos que justifiquen su evaluación cuando así corresponda.

Requerimientos mínimos	CUMPLE	NO CUMPLE	BRECHA
El establecimiento cuenta con software o plataforma Microsoft Office para registrar atenciones en ficha clínica y para el despacho de recetas en farmacia.	X		No hay Brecha. Existe software o para registro clínico electrónico y despacho de receta de farmacia
El establecimiento demuestra que extrae reportes periódicos de sus resultados IAAPS, metas sanitarias y/o programas de ciclo vital con el fin de ir monitoreando los resultados de su gestión (al menos tres reporte en el año calendario)	X		No hay Brecha. Se realizan reportes periódicos al CTA, y equipos de cabecera
El establecimiento comparte los reportes periódicos con sus equipos mediante reuniones de equipo, email u otro mecanismo, asegurándose de involucrar a todos en la consecución de sus objetivos.	X		No hay brecha. Se realizan reportes periódicos
El establecimiento cuenta con una plataforma informática (propia o utiliza las del servicio de salud) que le permite estar coordinado y comunicado con otras instancias a nivel comunal y/u otras instancias a nivel de Servicio de Salud (con hospitales, por ejemplo) En ese sentido, se espera que coordine, bajo esas características, al menos una de las siguientes dimensiones: gestión de lista de espera, referencia y contra referencia, GES, gestión clínica y /o gestión financiera, gestión de compras, gestión de información, etc.	X		No hay Brecha: Instalación de Rayen en equipo computacional del CECOSAM Existencia de agenda médica SIGGES
El establecimiento utiliza al menos una estrategia con apoyo de TICs aplicada para la prevención y promoción de salud (incluye uso de redes sociales) a nivel individual, familiar y/o comunitario	X		No hay brecha. Facebook y correo electrónico con dirigentes de la comunidad, Facebook de Amanecer
El establecimiento cuenta con algún tipo de tecnología aplicada a la resolutivez del mismo; incluye telemedicina, equipamiento, base de datos u otro.	X		No hay Brecha. Sólo Electrocardiograma en SAPU
Puntaje obtenido	6		

Puntaje total Eje	6
% de logro del Eje	100

ACCIONES	RECURSOS	AÑO	Gasto Aprox.
Fotografiar pantalla que evidencie la existencia del software	Horas profesionales	Permanente	
Acta de reuniones, que evidencie el reporte de cumplimiento.	Horas profesionales Sala de reuniones	Agosto y Diciembre del 2015	
Se envían correos electrónicos a jefe de programas, coordinadores de equipo y jefes de servicios. Se envían a correos electrónicos de los funcionarios avance de IAAPS y metas sanitarias. Publicar en diario mural las fechas de cortes	Horas profesionales	Permanente	
Fotografiar pantalla que evidencie la existencia del software	Horas profesionales	Permanente	
Mantener comunicación	Horas profesionales	Permanente	Tablet: \$250.000
Mantener uso tecnología	Horas profesionales	Permanente	

PAUTA DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL COMPONENTE DE PARTICIPACIÓN: marque con una X en el espacio asignado, según 1 punto para cada requerimiento mínimo cumplido y 0 punto cuando no este cumplido. En el rubro observaciones, registre los comentarios que

Principio	OBJETIVO	Codigo componente	Medio de Verificación
CONTINUIDAD	Comprometer y desarrollar todos los esfuerzos necesarios para promover la participación social en salud como práctica habitual, reconociendo la importancia de su fomento y del trabajo colaborativo con la comunidad.	PS 1.1	Documento de informes de avance cualitativo en relación al plan de participación social, indicando la periodicidad de las actividades y contenido de las mismas.
			Pauta de evaluación (completada) del plan de participación social en salud, donde se incluyan los ejes definidos y sus componentes. Lo fundamental es ver que contenga elementos medibles.
		PS 1.2	Listado de las actividades participativas realizadas y listado de actividades programadas, ya sea a nivel del establecimiento como a nivel de entidad administradora de salud.
			Listados de asistencia y registro fotográfico de las actividades realizadas.
		PS 1.3	Informe del establecimiento donde describa: Identificación, Profesión, Rol dentro del equipo de cabecera u otro, Acreditación de cursos afines y Perfil de cargo del Encargado de Participación social, Destinación de horas semanales para labor de Participación social
PS 1.4	Presentación de cuaderno o pantallazo de la agenda del profesional encargado de participación social que refleje tiempos protegidos para trabajo en participación social		
	Presentación de cuaderno o pantallazo de la agenda de, al menos, 2 profesionales que refleje tiempos protegidos para trabajo en participación social		
INTEGRALIDAD		PS 2.1	Informe de avance que incluya la ejecución de actividades que abordan los problemas priorizados por la comunidad. Asimismo, se solicitará que demuestren los mecanismos de difusión de las mejoras implementadas a partir de los problemas priorizados de la población

CENTRADO EN LAS PERSONAS	PS 3.1	Informe de uso y cumplimiento de protocolos de Buen trato al usuario (Ley de derechos y deberes), por parte de las personas que otorgan servicios de salud (ya sean administrativos y/o clínicos). Además, se solicitará que demuestren mecanismos usados para la difusión y toma de conocimiento de todos los miembros del establecimiento
		Informe de análisis de los resultados de la encuesta de satisfacción usuaria, con participación del equipo de salud, gremios y comunidad

si el establecimiento cumple o no cumple con el requerimiento mínimo establecido. Una vez finalizada la aplicación, asigne el puntaje que corresponda; permitan dar cuenta de los argumentos que justifiquen su evaluación cuando así corresponda.

Requerimientos mínimos	CUMPLE	NO CUMPLE	BRECHA
El establecimiento cuenta con Plan Anual de Participación Social , donde se incluyen, al menos, 3 organizaciones distintas al CDL y que se base en un diagnóstico de determinantes sociales de la salud que operan en el territorio. Asimismo, cuenta con sistematización de las actividades que realiza con la comunidad (incluye actas de reuniones con CDL) y con la evaluación de éstas		X	Brecha Sólo existe Codelo
El establecimiento desarrolla actividades participativas, en conjunto con el Intersector y sus equipos de cabecera y/u otros definidos por él mismo, buscando la participación social en salud de su territorio. Incluye diálogos ciudadanos en salud, cabildos u otro con la inclusión y participación de autoridades locales zonales de salud y comunidad organizada y no organizada.		X	Brecha. No existe catastro unificado de las actividades comunitarias realizadas en el establecimiento Brecha. No existe base de datos ni formato para standarizar la evidencia
El establecimiento cuenta con un Encargad@ de Participación Social en Salud con al menos 22 horas semanales dedicadas a esta tarea, el/la cual requiere tener certificación de, al menos, un curso de 40 hrs en: participación social, educación popular, derechos humanos y/o trabajo comunitario . Asimismo, el encargado de Participación Social en Salud se ajusta a perfil de cargo definido.		X	Brecha. No hay encargado
Las agendas de profesionales y administrativos cuentan con tiempos protegidos para realizar trabajo en participación social en salud.		X	Se realizan actividades comunitarias
El establecimiento cuenta con diagnóstico participativo, por cada sector y/o equipo de cabecera, con participación comunitaria que incluye el análisis de problemas de salud y otros (medioambientales por ej.), identificados por la comunidad, en el sector. Todo esto, debe estar incluido en el Plan de Salud Comunal, indicando un eje de Participación Social en Salud		X	Diagnóstico participativo

ACCIONES	Recursos	Año	Gasto Aprox.
Invitar organizaciones a formar parte del Plan de Participación del Cesfam. Elaborar plan de acción.	Horas profesionales , material de escritorio , audiovisuales, movilización.	Diciembre del 2016	
Elaborar pauta y evaluar	Horas profesionales.	Diciembre del 2016	
Elaborar informe dando cuenta de todas las actividades comunitarias del cesfam programadas y realizadas	Horas profesionales.	Diciembre del 2016	
Elaborar archivo de evidencias	Horas profesionales.	Diciembre del 2016	
Definir Roles y perfil de cargo	Horas profesionales.	Diciembre del 2016	
Registro de evidencia Pantallazo del as agendas de estos profesionales	Horas profesionales.	Diciembre del 2015	Sin gasto
Se realizó 2014, corresponde realizar 2016	Horas profesionales , material de escritorio , audiovisuales, movilización	Diciembre del 2016	

<p>Revisión de Protocolo del buen trato al usuario. Entregar protocolo de buen trato al usuario al personal cuando se incorporar a trabajar en el Cesfam Entregar a cada funcionario un documento de Ley de derechos y deberes.</p>	<p>Horas profesionales, material de escritorio .</p>	<p>Diciembre del 2015</p>	<p>Impresión:\$10 0.000</p>
<p>Se aplicará encuesta de trato localmente una vez al año y se efectuará análisis. Elaborar plan de mejora en conjunto con el equipo, gremios y comunidad. Evaluación del plan.(*)</p>	<p>Horas profesionales y material de escritorio.</p>	<p>2015</p>	<p>Sin gasto</p>

PAUTA DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL COMPONENTE DE DESARROLLO DE LAS PERSONAS: marque con una X en el espacio asignado. Este cumplido. En el rubro observaciones, registre los comentarios que permitan dar cuenta de los argumentos que justifiquen su evaluación cuando así c

Principio	OBJETIVO	Código componente	Medio de Verificación
CONTINUIDAD, INTEGRALIDAD Y CENTRADO EN LAS PERSONAS	Trabajar en pos de la organización de las personas, su desempeño y desarrollo de competencias con énfasis en el fomento del capital humano y en la construcción de ambientes laborales orientados a la obtención de impacto sanitario, con visión de salud pública.	RR.HH 1.1	El establecimiento dispone de un documento actualizado con perfiles y roles de cargos directivos (director comunal de salud, director de establecimientos, equipo gestor, jefe del SOME, entre otros) Los perfiles indicados han sido difundidos (email, memo, ordinario, circulares, diario mural, entre otros) internamente y son conocidos por el equipo.
		RR.HH 1.2	Documento de dotación esperada para el establecimiento en base a las definiciones del Plan de Salud Comunal, autorizada por consejo municipal y servicio de salud para el establecimiento
			Resolución de nombramiento del último concurso público realizado.
			Revisión de la dotación en el Plan de Salud Comunal y la Programación de actividades del año en curso para ver concordancia en la definición de horas y calcular razón de horas
		RR.HH 1.3	Documento que demuestre la planificación de educación continua para todos los funcionarios y la evaluación de ésta (incluye Plan de Capacitación Comunal)
			Listado de todos/as los/as funcionarios/as del establecimiento, donde se describa las capacitaciones que han recibido en temáticas del Modelo de Salud Familiar en los últimos dos años, emitido por la Unidad de RR.HH (nómina debe indicar al menos Nombre y Apellidos del personal, Rut, Estamento, Temática de capacitación recibida, Horas de la capacitación). Indique todas las capacitaciones relacionadas con modelo que ha recibido cada funcionario/a para el período señalado*

		RR.HH 1.4	Documento o Informe con diagnostico de clima laboral y plan anual de mejoramiento (incluye planes de autocuidado, cuidado del equipo y preventivo laboral)
			El establecimiento cuenta con carta de compromiso LTPS o Acta de cumplimiento LTPS o Certificado de reconocimiento LTPS
		RR.HH 1.5	El establecimiento dispone del Reglamento de carrera funcionaria local y Nómina con resultados del re-encasillamiento de los funcionarios/as o Informe elaborado por RR.HH de la Dirección de Salud que de cuenta del proceso

* Elaborar información en base a formato proporcionado por Servicio de Salud

, según si el establecimiento cumple o no cumple con el requerimiento mínimo establecido. Una vez finalizada la aplicación, asigne el correspondiente.

Requerimientos mínimos	CUMPLE	NO CUMPLE	BRECHA
La entidad administradora de salud o el establecimiento cuenta con roles y perfiles de cargo definidos para, al menos, los siguientes cargos: director comunal de salud, director de establecimientos, equipo gestor, jefe del SOME, entre otros). Éstos son difundidos y conocidos por los equipos.		X	Brecha: No se cuenta con documentación solicitada
El establecimiento presenta dotación comunal autorizada mediante documento formal por consejo municipal y servicio de salud para el año en curso, y esta es concordante con las definiciones realizadas en el Plan de Salud Comunal	X		Acta de concejo municipal no existe
El establecimiento cuenta con dotación adecuada para poder llevar a cabo todas las prestaciones que se incluyen en el Plan de Salud Comunal, mediante mecanismos de concurso público (al menos, el 80% de la dotación debe haber ingresado por concurso público).	X		No Hay brecha
Dotación real acorde al plan comunal para el año en curso (Número del total de horas de dotación real por categoría/Total de horas dotación definida en el plan de salud)		X	Falta informe descriptivo dotación
El establecimiento cuenta con un plan de capacitación continua y ha realizado la evaluación del mismo	X		No Hay brecha
El 90% del equipo del establecimiento recibe capacitación continua en contenidos y desarrollo de habilidades relacionados con el Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario		X	% funcionarios con capacitación básica en salud familiar: 17,6

El establecimiento cuenta con mecanismos para mejorar continuamente el clima laboral de las personas que trabajan en él. En ese sentido, al menos, evalúa el clima laboral cada dos años.		X	Brecha: no existe diagnóstico actualizado de clima laboral
El establecimiento cuenta con documentación para certificar como Lugar de trabajo promotor de la salud		X	Brecha: No se cuenta con documentación.
El establecimiento o la entidad administradora de salud cuenta con una carrera funcionaria definida (mediante reglamento) tomando en consideración la ley vigente.		X	Brecha: Existe carrera funcionaria, no existe reglamento actualizado

Puntaje obtenido	3
Puntaje total Eje	9
% de logro del Eje	33,333333

puntaje que corresponda; 1 punto para cada requerimiento mínimo cumplido y 0 punto cuando no

DOCUMENTOS	LA COMUNA ENVIA DOCUMENTO ESCANEADO (SI o NO)	ACCIONES	Recurso
1. Decreto de aprueba documento o Manual de perfiles y roles de cargos. 2. Documento o Manual de perfiles o roles definidos para, al menos, los cargos: Director comunal de Salud, Director de Establecimientos, Equipo Gestor, Jefe de SOME, entre otros) 3. Documentos de difusión (e mail, memo, ordinario, circulares, diario mural, entre otros) internos y son conocidos por el equipo.	1. No 2. No 3. No		Horas profesionales
1. Ordinario que envía propuesta al Servicio de Salud. 2. Acta de Concejo Municipal. 3. Resolución de Aprobación. 4. Informe referido a que Dotación se encuentra inserta en Plan de Salud Comunal.	1.- Si 2.- No existe. 3.- Si 4.- Si		Horas profesionales
1. Decreto de Nombramiento del último concurso publico realizado. 2. Planilla de Proporcionalidad de la Dotación con corte al 31.03.15, debidamente firmada por el Director de Depto., Director de Consultorio y Encargada/o de Personal.	1. Si 2. Si		Horas profesionales
1. Fotocopia de la 1era. Página o portada y de las páginas en donde se encuentra inserta la dotación vigente en el Plan de Salud Comunal. 2. Informe Descriptivo de la Dotación real o contratada versus la autorizada por categoría y definida en el Plan de Salud, en base al resumen de la proporcionalidad al 31.03.15.	1. Si 2. Pendiente DSM	Obtener documento	Horas profesionales
1. PAC de Capacitación vigente. 2. Informe Descriptivo de Evaluación del cumplimiento del PAC de Capacitación.	1. Si 2. Si		
1. Listado o Nómina de todos los Funcionarios del establecimiento, donde se describa las capacitaciones que han recibido en temáticas del modelo de salud Familiar en los últimos dos años con corte al 31.12.14 (Indicar al menos: Nombre, apellidos del personal, Rut, estamento, temática de capacitación recibida, horas de capacitación). 2. Nómina de funcionarios contratados al 31 de Diciembre del 2014 (Planilla proporcionalidad de la dotación). 3. Informe de Porcentaje de funcionarios capacitados al 31 de Diciembre 2014 versus dotación contratada al 31.12.14.	1. Si 2. Si 3. Si	Capacitación al equipo en salud familiar.	Recursos Financieros

Año	Gasto Aprox.
Diciembre 2016.	
Permanente	
Permanente	
Agosto 2015.	
Diciembre 2015.	\$5.000.000

Clima Laboral Diciembre 2016. Autocuidado Diciembre 2015	\$500.000
Diciembre 2016.	

Planilla Gastos

Item	Promoción	Prevención	Enfoque Familiar	Calidad	Intersectorial	Centrado en la atención Abierta	Tecnología	Participación	Desarrollo de las personas	Total
Horas Extras	\$300.000	\$760.000	\$400.000	\$200.000		\$100.000				\$1.760.000
Capacitación			\$2.500.000						\$5.000.000	\$7.500.000
Material escritorio				\$50.000						\$50.000
Impresión	\$250.000		\$250.000					\$100.000		\$600.000
Equipos		\$100.000					\$300.000			\$400.000
Enmarcado*					\$160.000					\$160.000
Colaciones saludables**					\$100.000					\$100.000
Alimentos***									\$500.000	\$500.000
Total \$	\$550.000	\$860.000	\$3.150.000	\$250.000	\$260.000	\$100.000	\$300.000	\$100.000	\$5.500.000	\$11.070.000

* Enmarcado mapas territoriales con identificación de organizaciones sociales e instituciones área del influencia.

** Colaciones saludables para el trabajo intersectorial con instituciones del sector

***Actividad de Autocuidado: compra de alimentos para demostración de parte de nutricionistas del cesfam, de cocina saludable para funcionarios (hipertensos, diabéticos, insulino resistentes, dislipidémicos, sobrepeso, obesidad, y con otros factores de riesgo)