

0120424



DECRETO N° 290  
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 de Cesda Monseñor Valech año 2015.-
- 4.- Res. Exta. N° 3524 del 10.07.2015 que aprueba Convenio "Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria 2015" (Cesda Monseñor Valech), 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 32.69.00), 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 Ariel Lizama Contreras, Director del Establecimiento Cesda Monseñor Valech.
- 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 indicato
- Of. de Partes Municipales
- Departamento de Salud



MIGUEL BECKER ALVEAR  
ALCALDE



R	M	V	W



**MUNICIPALIDAD DE TEMUCO**  
**Oficina de Partes**  
 N° 4970  
 FECHA ENTRADA 15 JUL 2015  
 SERVICIO de Chile 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 N° **3524**

**MMK/FPH/MLTA**

TEMUCO, **17 0 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. N°110, de 1963, del Ministerio de Salud, modificado por el D.S. N°908, de 1991, del mismo Ministerio.
- 4.- Decreto N° 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 N° 969, representado por su Director T y P, Dr. **MILTON MOYA KRAUSE**, del mismo domicilio, en

adelante el "Servicio" y la **ILUSTRE 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 **\$1.070.000 (un millón 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 Cesda Monseñor Valech.

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 el 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.

**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 Servicio 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.

- 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:

<b>Porcentaje de cumplimiento de Metas de Programa</b>	<b>Porcentaje de Descuento de recursos 2ª cuota del 30%</b>
--	---

≥ 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.	<b>Numerador</b> N  de Centros de salud evaluados conforme instrumento definido  <b>Denominador</b> 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%
<b>Componente 2</b> Elaborar propuesta e implementar plan de mejora.	Mejoras implementadas en los establecimientos de atención primaria, conforme a cronograma.	<b>Numerador</b> N° de actividades del cronograma plan de mejora realizadas.	100% de cumplimiento de actividades comprometidas según cronograma de plan de mejora.	Informe de avances cuali-cauantitativos de establecimiento, común, emitido por Servicio de Salud	50%

		Denominador			
		N° actividades comprometidas según cronograma en 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](http://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 1º 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**

10.07.2015N°1091  
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 **ILUSTRE 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 **\$1.070.000 (un millón 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 Nº 1.220, de 2014, en el Cesda Monseñor Valech.

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 el 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.



03 JUL. 2015

\* 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 Servicio 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.	<b>Numerador</b> N  de Centros de salud evaluados conforme instrumento definido <b>Denominador</b> 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

<b>Componente 2</b> Elaborar propuesta e implementar plan de mejora.	Mejoras implementadas en los establecimientos de atención primaria, conforme a cronograma.	<b>Numerador</b> N° de actividades del cronograma plan de mejora realizadas.  <b>Denominador</b> 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-cauantitativos 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](http://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



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

## RESUMEN DE PUNTAJES EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL DESARROLLO DEL MODELO

EJE	PUNTAJE OBTENIDO	% LOGRO EJE	PUNTAJE PONDERADO
<u>PROMOCION</u>	6	42,86	1,12
<u>PREVENCION</u>	11	78,57	2,05
<u>ENFOQUE FAMILIAR</u>	1	16,67	0,08
<u>CALIDAD</u>	1	12,50	0,11
<u>INTERSECTORIALIDAD</u>	0	0,00	0,00
<u>CENTRADO EN ATENCION ABIERTA</u>	3	42,86	0,28
<u>TECNOLOGIA</u>	5	83,33	0,40
<u>PARTICIPACION</u>	0	0,00	0,00
<u>DESARROLLO DE LAS PERSONAS</u>	5	55,56	0,60
<b>% LOGRO GLOBAL</b>	<b>48</b>		<b>4,6</b>
			<b>9,6</b>



**DE SALUD INTEGRAL CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO**

<b>TOTAL PTJE. PONDERADO GLOBAL OBTENIDO</b>
<b>TOTAL PTJE. PONDERADO GLOBAL INSTRUMENTO</b>

**PAUTA DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL COMPONENTE**  
 finalizada la aplicación, asigne el puntaje que corresponda; 1

Principio	OBJETIVO	Codigo componente
<b>CONTINUIDAD</b>	<b>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.</b>	PS 1.1
		PS 1.2
		PS 1.3
		PS 1.4
<b>INTEGRALIDAD</b>		PS 2.1
<b>CENTRADO EN LAS PERSONAS</b>		PS 3.1

**VENTE DE PARTICIPACIÓN:** marque con una X en el espacio asignado, según punto para cada requerimiento mínimo cumplido y 0 punto cuando no este cum

<b>Medio de Verificación</b>
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.
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.
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
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
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
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

**RECOMENDACIONES DE LOS EVALUADORES/AS**

**EVALUADORES/AS RESPONSABLES**

**Fecha de la autoevaluación**  
**Fecha de la evaluación de certificación**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Blank rectangular box for drawing or illustration.

**Nombre**

Blank lines for writing the name.

si el establecimiento cumple o no cumple con el requerimiento mínimo establecido. Una vez plido. En el rubro observaciones, registre los comentarios que permitan dar cuenta de los

Requerimientos mínimos	CUMPLE	NO CUMPLE
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
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
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
Las agendas de profesionales y administrativos cuentan con tiempos protegidos para realizar trabajo en participación social en salud.		X
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
El establecimiento usa, al menos, dos mecanismos para asegurar la satisfacción de las personas que acceden a sus servicios: encuesta de satisfacción usuaria y protocolo de atención al usuario.		X

Puntaje obtenido	0
Puntaje total Eje	6
% de logro del Eje	0

---

---

**Firma**

---

---

---

---

---

### Brecha Identificada

Ausencia de plan anual de participacion social /  
Inexistencia de encargado de participacion social

Ausencia de plan anual de participacion social /  
Inexistencia de encargado de participacion social

Establecimiento no realiza un trabajo planificado y  
coordinado con el intersector

Establecimiento no realiza un trabajo planificado y  
coordinado con el intersector

Ausencia de encargado de participacion social  
capacitado para dicha funcion

No hay tiempos asignados ni programados para  
trabajar en participacion social en el establecimiento

No hay tiempos asignados ni programados para  
trabajar en participacion social en el establecimiento

Establecimiento no cuenta con diagnostico de salud  
participativo

Ausencia de Plan de Mejora Continua y de  
aplicación de instrumentos destinados a la  
medicion y mejora de satisfaccion usuaria

Ausencia de Plan de Mejora Continua y de  
aplicación de instrumentos destinados a la  
medicion y mejora de satisfaccion usuaria



<b>Solución Planteada</b>	<b>Fecha de Resolución</b>	<b>Recursos Involucrados</b>
Designar encargado de participación; articulación con organizaciones territoriales para el diseño de un plan de trabajo conjunto para la elaboración de un plan de participación social basado en diagnóstico de determinantes sociales	31/12/2016	RRHH
Elaboración y aplicación de pauta de evaluación del plan de participación social	31/12/2016	RRHH
Establecimiento de instancia de trabajo con instituciones que puedan ser un aporte a mejorar el nivel de salud del territorio de boyeco	31/12/2016	
Registrar actividades realizadas con intersector a través de medios de verificación válidos (fotografías, listados de asistencia, etc.)	31/12/2016	
Designación de encargado de Participación Social en Salud, por 22 hrs.	31/03/2016	RRHH
Asignar a equipo colaborador tiempos adecuados para trabajar en actividades de participación social con la comunidad y organizaciones territoriales	31/03/2016	RRHH
Asignar a encargado tiempos adecuados para trabajar en actividades de participación social con la comunidad y organizaciones territoriales		RRHH
Construcción de diagnóstico participativo en salud.	31/12/2016	RRHH
Diseñar mecanismo de evaluación de protocolo de buen trato al usuario / Difundir a equipo de trabajo plan de mejora del trato al usuario y su mecanismo de evaluación	31/12/2016	RRHH / Recursos convenio Salud Familiar 2016
A partir de los resultados de la encuesta de trato al usuario se gestionará un plan de mejora con participación del consejo de salud, equipo y comunidades del sector boyeco.	31/12/2016	RRHH / Recursos convenio Salud Familiar 2016

<b>Equipo Ejecutor</b>
Encargado de Participacion Social / Equipo Gestor
Encargado de Participacion Social / Equipo Gestor
Direccion / equipo de promocion /Encargado de participacion social
Direccion / equipo de promocion /Encargado de participacion social
DSM
Direccion CESDA
Direccion CESDA
Equipo Gestor
Comité de Calidad
Comité de Calidad

CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES	Brecha Identificada
X			
X			
X			
X			
	X		No existe certeza del numero exacto de familias inscritas en el CESDA por errores en proceso de inscripcion (Existe protocolo de evaluacion de familias inscritas)
	X		No existe certeza del numero exacto de familias inscritas en el CESDA por errores en proceso de inscripcion
X			
X			
X			
X			
X			

X			
		NO APLICA	
X			
	X		Existen estrategias orientadas al cuidado del cuidador, sin embargo estas no se encuentran formalizadas en un plan de trabajo anual ni documento de trabajo

11
14
78,571429

Solución Planteada	Fecha de Resolución
<p>Identificación de familias unipersonales inscritas en el CESDA y posterior contacto para determinar si se encuentra insertas en algún grupo familiar / Indagar en atención clínica sobre grupo familiar del usuario y agrupar según corresponda /capacitación interna a fin de ejecutar lo antes mencionado</p>	<p>31 de diciembre 2016</p>
<p>Aplicación de instrumento de evaluación familiar intrabox o en domicilio</p>	<p>31 de diciembre 2016</p>

Diseño de plan, revisión, aprobación por equipo y ejecución de las estrategias con registro en ficha clínica electrónica.	31 de diciembre 2015

Recursos Involucrados	Equipo Ejecutor
RRHH	SOME / Direccion del CESDA / Equipo de Salud
RRHH / movilizacion aportada por recursos convenio plan araucania 2016, UFRO o convenio salud familiar 2016 (solicitar opcion de arriendo de movil en convenio)	SOME / Direccion del CESDA / Equipo de Salud

RRHH	Equipo de Postrados CESDA Ms. Valech



**PAUTA DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL COMPO**  
 finalizada la aplicación, asigne el puntaje que corresponda; 1

Principio	OBJETIVO	Codigo componente
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*
		SF 1.2*
INTEGRALIDAD	Proporcionar apoyo y abordaje a familias con factores de riesgo leve a moderado, con el fin de mejorar sus condiciones de vida, a través de sus capacidades instaladas	SF 2.1*
		SF 2.2
CENTRADO EN LAS PERSONAS	Promover el abordaje familiar en el tratamiento de personas con patología crónica y no crónica	SF 3.1
		SF 3.2

\* asigne 0,5 puntos por cada requerimiento mínimo cumplido.

**NENTE DE SALUD FAMILIAR:** marque con una X en el espacio asignado, según punto para cada requerimiento mínimo cumplido y 0 punto cuando no este cump

Medio de Verificación
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
Existencia de guía o protocolo para asistir a familias que atraviesan crisis no normativas
Revisión de 5 fichas clínicas de personas que hayan atravesado crisis no normativas, donde se evidencia el abordaje de la situación de crisis por parte del personal del establecimiento de salud
Documento donde se evidencia que existe un sistema/protocolo de estudio de familia abreviado y plan de abordaje integral, elaborado a nivel local.
Revisión de 5 Fichas clínicas de personas inscritas cuyas familias hayan sido objeto de estudio de familia abreviado y plan de abordaje integral.
Documento donde se evidencia que existe una pauta de visita domiciliaria, elaborada por el establecimiento o por la entidad administradora de salud.
Listado con firma y RUT de participantes de talleres para personas con patología no crónica, inscritos en el establecimiento.
Listado con firma y RUT de participantes de talleres para personas con patología crónica, inscritos en el establecimiento.

Si cumple ambos, tendrá 1 punto.

1 si el establecimiento cumple o no cumple con el requerimiento mínimo establecido. Una vez lido. En el rubro observaciones, registre los comentarios que permitan dar cuenta de los argumentos

Requerimientos mínimos	CUMPLE	NO CUMPLE
El establecimiento cuenta con un documento, guía de abordaje o protocolo para asistir a familias que estén atravesando alguna crisis normativa. <b>Al menos, se espera que tengan 2 protocolos de crisis normativas</b> (de mayor prevalencia en el establecimiento, detectado mediante diagnóstico participativo, epidemiológico u otro) con guías de abordaje o protocolo en funcionamiento.		X
En la auditoria de 5 fichas clínicas, <b>al menos 3 evidencian la aplicación del protocolo respectivo</b> por miembros del equipo de salud		
<b>El establecimiento cuenta con un documento, guía de abordaje o protocolo para asistir a familias</b> con algún integrante, que haya sido hospitalizado o que lo esté aún, u otra <b>crisis no normativa</b> a definir.		X
En la auditoria de 5 fichas clínicas, <b>al menos 3 evidencian la aplicación del protocolo</b> respectivo por miembros del equipo de salud		
<b>El establecimiento cuenta con protocolos instalados para realizar estudios de familia abreviados</b> para familias con riesgo leve o moderado que requieren intervención		X
En la auditoria de 5 fichas clínicas, <b>al menos 3 evidencian registro de los planes de abordaje familiar integral aplicados según protocolo</b> local		
El establecimiento cuenta con una <b>pauta de visita domiciliaria integral para las familias y protocolo de uso</b>	X	
El establecimiento realiza talleres de, <b>mínimo, 3 sesiones para personas con patología crónica no cardiovascular que estimula la participación de adultos significativos</b> (se constata la asistencia del acompañante al menos a un taller)		X
El establecimiento realiza talleres de, <b>mínimo, 3 sesiones para personas con patología crónica cardiovascular que estimula la participación de adultos significativos</b> (se constata la asistencia del acompañante al menos a un taller)		X

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

brecha Identificada	Solución planteada
No existe protocolo para el abordaje de crisis normativas /no existe diagnostico participativo finalizado a la fecha	Elaboracion de protocolos de abordaje para crisis normativas de mayor prevalencia /finalizar diagnostico de salud participativo
	Registro de aplicación de protocolo en ficha clinica electronica
No existe protocolo para el abordaje de usuarios que rpresenten crisis no normativas	Elaboracion de protocolos de abordaje para crisis no nomrativas
	Registro de aplicación de protocolo en ficha clinica electronica
Existe protocolo para la realizacion de estudiosde familia pero orientado a familias con riesgo mayor	Identificar numero real de familias inscritas en el CESDA; elaboracion de protocolo de estudios de familia con riesgo leve y moderado y posterior aplicación de protocolo
	Registro de aplicación de protocolo en ficha clinica electronica
No se realizan talleres de manera sistematica, planificada e inserta en un programa de trabajo.	Elaboracion de programa educativo según necesidades detectadas por equipo / registrar participacion en talleres en ficha clinica electronica y otros medios de verificacion (fotografias, listas de asistencia, etc.)
No se realizan talleres de manera sistematica, planificada e inserta en un programa de trabajo.	Elaboracion de programa educativo según necesidades detectadas por equipo / registrar participacion en talleres en ficha clinica electronica y otros medios de verificacion (fotografias, listas de asistencia, etc.)

Fecha de Resolución	Recursos Involucrados	Equipo Ejecutor
30 de junio 2016	RRHH /Recursos aportados por convenio Salud Familiar 2016	Equipo Gestor
31 de junio 2016	RRHH	Equipo de Salud
30 de junio 2016	RRHH	Equipo Gestor
31 de junio 2016	RRHH	Equipo de Salud
31 de diciembre 2016	RRHH	Equipo Gestor
31 de diciembre 2016		
31 de diciembre 2015	RRHH	Equipo Gestor
31 de diciembre 2015	RRHH	Equipo PSCV

**PAUTA DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL COMPONENTE**  
 aplicación, asigne el puntaje que corresponda; 1 punto para cada rec

Principio	OBJETIVO	Codigo componente
CONTINUIDAD	Asegurar el acceso y la oportunidad de atención a los usuarios de los establecimientos de atención primaria	CAL 1.1
		CAL 1.2.
		CAL 1.3.
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.
		CAL 2.2.
CENTRADO EN LAS PERSONAS	Procurar la entrega de servicios de salud de calidad a la población inscrita en el establecimiento.	CAL 3.1.
		CAL 3.2.

**DE CALIDAD:** marque con una X en el espacio asignado, según si el establecimiento cumple el requerimiento mínimo cumplido y 0 punto cuando no este cumplido. En el rubro ot

<b>Medio de Verificación</b>
Reporte de inscritos por sector elaborado por el mismo establecimiento, con el cálculo de inscritos por equipo de cabecera.
Listas de consultas de SAPU o Servicio de Urgencia rutificada en el plazo de 1 mes y Lista de inscritos rutificada en el establecimiento de atención primaria.
Documento donde se explicita el plan de gestión de la demanda del establecimiento
Informe desde el nivel secundario, solicitado por el establecimiento de atención primaria de salud.
<b>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)</b> 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
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
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.
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 observaciones, registre los comentarios que permitan dar cuenta de los argumentos que justifiquen su

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	1
Puntaje total Eje	8
% de logro del Eje	12,5



Brecha Identificada	Solución Planteada
No existe sectorización equipo de cabecera con documento que la respalde /ausencia plan de acción que resguarde la calidad de la atención de la población inscrita	<b>Elaborar reporte de inscritos en el establecimiento con calculo de inscritos por equipo de cabecera</b>
No se ha efectuado identificación de pacientes policonsultantes en SAPU ni tampoco determinado sus motivos de consulta	Cruce de base de datos inscritos vs atenciones realizadas en sapu's de la comuna durante 2015
No existe protocolo de gestion de demanda orientado a todas las prestaciones otorgadas en el Centro de Salud	Diseñar, ejecutar y evaluar protocolo de gestion de demanda para los servicios otorgados en el
No existe retroalimentación desde el nivel secundario de las atenciones realizadas a usuarios del CESDA (IC P1)	<b>Coordinación con nivel secundario y SSAS</b>
Ausencia de protocolo destinado a generar instancias de mejora continua para los procesos que se desarrollan en el establecimiento	Diseñar, ejecutar y evaluar protocolo
No existe documento, ni articulación para éste propósito	Diseñar, ejecutar y evaluar plan de acción destinado a disminuir hospitalizaciones en población menor
Ausencia de Plan de Mejora Continua y de aplicación de instrumentos destinados a la medición de satisfacción usuaria	Realizar plan de de mejora contiuna en el trato al usuario que involucre medición semestra de satisfacción

Fecha de Resolución	Recursos Involucrados	Equipo Ejecutor
30 de agosto 2015	RRHH	Equipo Gestor / Comité de Calidad
30 de agosto 2015	RRHH / Agenda Medica	Direccion / Comité de Calidad
30 de junio 2016	RRHH	Direccion / Equipo de Salud
31 de diciembre 2015	RRHH	Comité Local de gestion de Listas de Espera
31 de diciembre 2015	RRHH	Comité de Calidad
31 de Diciembre 2016	RRHH	Equipo Gestor / Comité de Calidad
<b>31 de diciembre 2015</b>	RRHH	Equipo Gestor / Comité de Calidad

**PAUTA DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL COMPON**  
 mínimo establecido. Una vez finalizada la aplicación, asigne el

Principio	OBJETIVO	Codigo componente
<b>CONTINUIDAD</b>	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
<b>INTEGRALIDAD</b>	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
<b>CENTRADO EN LAS PERSONAS</b>	Coordinar acciones con el Intersector con el fin de mejorar las perspectivas de desarrollo y bienestar de población infantojuvenil vulnerable.	I y T 3.1

**IENTE INTERSECTORIALIDAD Y TERRITORIO:** marque con una X  
puntaje que corresponda; un punto para cada requerimiento mínimo

<b>Medio de Verificación</b>
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.
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.
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 cumplido y 0 punto cuando no este cumplido. En el rubro observaciones, registre los

Requerimientos mínimos	CUMPLE	NO CUMPLE
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
El establecimiento cuenta con un mapa del territorio local donde se inserta en el cual identifica las instituciones que operan en éste.		X
Existencia de protocolos o flujogramas de articulación para el abordaje integral de casos con la Red identificada (al menos 2)		X
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
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
Puntaje obtenido	0	
Puntaje total Eje	5	
% de logro del Eje	0	

Brecha Identificada	Solución Planteada	Fecha de Resolución
Si bien se realiza un trabajo con el intersector, no existe formalización de dicha relación.	Articular convenios con dideco (Programas: Ayuda social, Discapacidad, Adulto mayor, CHCC, otras) /CONIN/ Tribunales de Familias/JUNAEB/otras	31 de diciembre 2015
Existe Mapa, pero falta agregar información solicitada.	Confeccion de mapa en donde se identifiquen organizaciones territoriales y agentes de medicina tradicional del sector boyeco	30 de agosto 2015
Ausencia de protocolos de articulación con instituciones relacionadas que operan en el territorio de boyeco	Se realizará un trabajo de articulación con instituciones, diseño de protocolos y socialización de ellos.	30 de junio 2016
No existe plan de trabajo.	Se realizará un trabajo de articulación con instituciones, según se determine desde Equipo Gestor.	30 de junio 2016
No existe plan de trabajo.	Se realizará un trabajo de articulación con instituciones, según se determine desde Equipo Gestor.	30 de junio 2016

Recursos Involucrados	Equipo Ejecutor
RRHH	Dirección/Asistente social/nutricionista
RRHH / Recursos convenio Salud Familiar para impresión	Facilitadora intercultural/Asistente Social/Nutricionista
RRHH	Dirección/Equipo Gestor
RRHH	Dirección/Equipo Gestor
RRHH	DIRECCION/equipo Gestor

**PAUTA DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL COMPON**  
 mínimo establecido. Una vez finalizada la aplicación, asigne el

Principio	OBJETIVO	Codigo componente
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
		C.A.A. 1.2
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
CENTRADO EN LAS PERSONAS	Favorecer el abordaje ambulatorio y con enfoque familiar y comunitario a personas que tienen alto riesgo de agravar su situación de salud	C.A.A. 3.1
		C.A.A. 3.2



**ENTE DE CENTRADO EN ATENCIÓN ABIERTA:** marque con una )  
puntaje que corresponda; un punto para cada requerimiento mínimo

<b>Medio de Verificación</b>
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
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.
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)
REM P04
REM P04
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

X en el espacio asignado, según si el establecimiento cumple o no cumple con el requerimiento cumplido y 0 punto cuando no este cumplido. En el rubro observaciones, registre los

Requerimientos mínimos	CUMPLE	NO CUMPLE
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
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
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		X
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
Al menos 3 de las 5 fichas auditadas cuenta con el plan de cuidados, según protocolo local.		X
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	
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	
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
Existencia de protocolo para realizar visitas domiciliarias a pacientes con dependencia severa	X	
El establecimiento realiza visitas domiciliarias a personas con dependencia severa, de acuerdo a protocolo establecido		

Puntaje obtenido 3

Puntaje total Eje 7

% de logro del Eje 42,8571429

Brecha Identificada	Solución Planteada
Falta de Contra referencia para trabajo en red.	Coordinación con Centros de mediana y alta complejidad mas servicio de salud para envío de solicitudes y contrarreferencia oportuna
Falta de Protocolo IAM-AVE	Elaboracion y socializacion de Protocolos IAM/AVE; Impresión y entrega a equipo de salud relacionado a esta tematica
Falta de Protocolo IAM-AVE	Registro en Ficha Clinia Electronica
Falta de Plan establecido-Protocolo-Formulario en ficha clínica	Identificar grupos objetivo; elaborar y socializar Protocolo de acompañamiento; Impresión y entrega a equipo de salud relacionado a esta tematica
Falta de Plan establecido-Protocolo-Formulario en ficha clínica	Registro en Ficha Clinia Electronica
Ausencia de plan de trabajo y falta de Calendario anual de talleres y registro de cada participante en ficha clínica	Realización de plan de trabajo que incluya calendario anual de capacitación a cuidadores y su cumplimiento con lista de asistencia y registro en raven por cada participante

Fecha de Resolución	Recursos Involucrados	Equipo Ejecutor
ago-15	RRHH	Equipo Gestor
ago-15	RRHH / Recursos convenio Salud Familiar 2015	Equipo Gestor
30 de junio 2016	RRHH	Equipo de Salud
30 de junio 2016	RRHH / Recursos convenio Salud Familiar 2016	Equipo Gestor
30 de junio 2016	RRHH	Equipo de Salud
dic-15	RRHH / Recursos convenio Salud Familiar 2015	Equipo Postrados Local

**PAUTA DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL COMPI**  
 finalizada la aplicación, asigne el puntaje que corresponda;

Principio	OBJETIVO	Codigo componente
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
INTEGRALIDAD		TECNO 1.2
CENTRADO EN LAS PERSONAS		TECNO 2.1
		TECNO 3.1
		TECNO 3.2

**CRITERIO DE CALIFICACIÓN:** marque con una X en el espacio asignado, según 1 punto para cada requerimiento mínimo cumplido y 0 punto cuando no este cu

<b>Medio de Verificación</b>
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
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 símil (al menos 3 tres reportes)
El establecimiento evidencia la existencia de una instancia de difusión del cumplimiento de sus indicadores de gestión (IAAPS, metas sanitarias y/o programas de ciclo vital), ya sea a través de actas de reuniones, correos electrónicos, fotografía de paneles u otro mecanismo por el cual el establecimiento difunde sus resultados de gestión.
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)
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.
El establecimiento evidencia en terreno la existencia de algún tipo de tecnología aplicada a la resolutivez (incluye telemedicina, equipamiento u otro)

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

Requerimientos mínimos	CUMPLE	NO CUMPLE
El establecimiento cuenta con software o plataforma Microsoft Office para registrar atenciones en ficha clínica y para el despacho de recetas en farmacia.	X	
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	
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	
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	
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
El establecimiento cuenta con algún tipo de tecnología aplicada a la resolutivez del mismo; incluye telemedicina, equipamiento, base de datos u otro.	X	
Puntaje obtenido	5	
Puntaje total Eje	6	
% de logro del Eje	83,33333	

Brecha Identificada	Solución Planteada	Fecha de Resolución	Recursos Involucrados
El Centro de Salud carece de aplicación de TIC's orientadas a la prevención y promoción de la salud	Elaboracion de fan page en facebook, elaboración de flujograma.	31 de agosto 2015	RRHH



Equipo  
Ejecutor

Equipo de  
Salud /  
Direccion

**PAUTA DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL COMPONENTE**  
 finalizada la aplicación, asigne el puntaje que corresponda; 1

Principio	OBJETIVO	Codigo componente
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
		PS 1.2
		PS 1.3
		PS 1.4
INTEGRALIDAD		PS 2.1
CENTRADO EN LAS PERSONAS		PS 3.1

**VENTE DE PARTICIPACIÓN:** marque con una X en el espacio asignado, según punto para cada requerimiento mínimo cumplido y 0 punto cuando no este cum

<b>Medio de Verificación</b>
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.
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.
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
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
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
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 plido. En el rubro observaciones, registre los comentarios que permitan dar cuenta de los

Requerimientos mínimos	CUMPLE	NO CUMPLE
El establecimiento cuenta con <b>Plan Anual de Participación Social</b> , 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 <b>sistematización de las actividades que realiza con la comunidad (incluye actas de reuniones con CDL) y con la evaluación de éstas</b>		X
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
El establecimiento cuenta con un Encargad@ de Participación Social en Salud con <b>al menos 22 horas semanales</b> 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
Las agendas de profesionales y administrativos cuentan con tiempos protegidos para realizar trabajo en participación social en salud.		X
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
El establecimiento usa, al menos, dos mecanismos para asegurar la satisfacción de las personas que acceden a sus servicios: encuesta de satisfacción usuaria y protocolo de atención al usuario.		X
<b>Puntaje obtenido</b>	0	
<b>Puntaje total Eje</b>	6	
<b>% de logro del Eje</b>	0	

## Brecha Identificada

Ausencia de plan anual de participacion social /  
Inexistencia de encargado de participacion social

Ausencia de plan anual de participacion social /  
Inexistencia de encargado de participacion social

Establecimiento no realiza un trabajo planificado y  
coordinado con el intersector

Establecimiento no realiza un trabajo planificado y  
coordinado con el intersector

Ausencia de encargado de participacion social  
capacitado para dicha funcion

No hay tiempos asignados ni programados para  
trabajar en participacion social en el establecimiento

No hay tiempos asignados ni programados para  
trabajar en participacion social en el establecimiento

Establecimiento no cuenta con diagnostico de salud  
participativo

Ausencia de Plan de Mejora Continua y de  
aplicación de instrumentos destinados a la  
medicion y mejora de satisfaccion usuaria

Ausencia de Plan de Mejora Continua y de  
aplicación de instrumentos destinados a la  
medicion y mejora de satisfaccion usuaria

Solución Planteada	Fecha de Resolución	Recursos Involucrados
Designar encargado de participación; articulación con organizaciones territoriales para el diseño de un plan de trabajo conjunto para la elaboración de un plan de participación social basado en diagnóstico de determinantes sociales	31/12/2016	RRHH
Elaboración y aplicación de pauta de evaluación del plan de participación social	31/12/2016	RRHH
Establecimiento de instancia de trabajo con instituciones que puedan ser un aporte a mejorar el nivel de salud del territorio de boyeco	31/12/2016	
Registrar actividades realizadas con intersector a través de medios de verificación válidos (fotografías, listados de asistencia, etc.)	31/12/2016	
Designación de encargado de Participación Social en Salud, por 22 hrs.	31/03/2016	RRHH
Asignar a equipo colaborador tiempos adecuados para trabajar en actividades de participación social con la comunidad y organizaciones territoriales	31/03/2016	RRHH
Asignar a encargado tiempos adecuados para trabajar en actividades de participación social con la comunidad y organizaciones territoriales		RRHH
Construcción de diagnóstico participativo en salud.	31/12/2016	RRHH
Diseñar mecanismo de evaluación de protocolo de buen trato al usuario / Difundir a equipo de trabajo plan de mejora del trato al usuario y su mecanismo de evaluación	31/12/2016	RRHH / Recursos convenio Salud Familiar 2016
A partir de los resultados de la encuesta de trato al usuario se gestionará un plan de mejora con participación del consejo de salud, equipo y comunidades del sector boyeco.	31/12/2016	RRHH / Recursos convenio Salud Familiar 2016

<b>Equipo Ejecutor</b>
Encargado de Participacion Social / Equipo Gestor
Encargado de Participacion Social / Equipo Gestor
Direccion / equipo de promocion /Encargado de participacion social
Direccion / equipo de promocion /Encargado de participacion social
DSM
Direccion CESDA
Direccion CESDA
Equipo Gestor
Comité de Calidad
Comité de Calidad

**PAUTA DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL COMPONENTE**  
 aplicación, asigne el puntaje que corresponda; 1 punto para cada

Principio	OBJETIVO	Codigo componente
<b>CONTINUIDAD,                      INTEGRALIDAD Y                      CENTRADO EN                      LAS PERSONAS</b>	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
		RR.HH 1.2
		RR.HH 1.3
		RR.HH 1.4
		RR.HH 1.5

\* Elaborar información en base a formato proporcionado por S:



**ENTE DE DESARROLLO DE LAS PERSONAS:** marque con una X en el espacio asignado requerimiento mínimo cumplido y 0 punto cuando no este cumplido. En el rubro observe

<b>Medio de Verificación</b>
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.
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
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*
Documento o Informe con diagnóstico 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
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

servicio de Salud

o, según si el establecimiento cumple o no cumple con el requerimiento mínimo establecido. Una vez finalizada la /aciones, registre los comentarios que permitan dar cuenta de los argumentos que justifiquen su evaluación cuando

Requerimientos mínimos	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
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	
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		
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		
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		
El establecimiento cuenta con un plan de capacitación continua y ha realizado la evaluación del mismo	X		
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	
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	
El establecimiento cuenta con documentación para certificar como Lugar de trabajo promotor de la salud		X	
El establecimiento o la entidad administradora de salud cuenta con una carrera funcionaria definida (mediante reglamento) tomando en consideración la ley vigente.	X		

Puntaje obtenido	5
Puntaje total Eje	9
% de logro del Eje	55,55556

Brecha Identificada	Solución Planteada	Fecha de Resolución	Recursos Involucrados
Contamos con el 78,5% de funcionarios capacitados en salud familiar.	Fomentar y facilitar instancias de capacitación en relación al modelo para los funcionarios del CESDA Ms. Valech	31 de diciembre 2015	RRHH
Inexistencia de diagnostico de clima laboral y plan de mejora	Realización de diagnostico de clima laboral y plan de mejora via compra de servicios (recursos humanos, salud)	31 de diciembre 2015	
Inexistencia de diagnostico de clima laboral y plan de mejora	Aplicar a estrategia LTPS para certificación	30 de junio 2016	

**Equipo Ejecutor**

Departamento de Salud  
Municipal (RRHH)

Comité Comunal y local de  
capacitacion

Equipo Gestor/Direccion

Direccion