



Depto. Asesoría Jurídica: 0368  
MRL/DVF/CST/cst

335318



**CONVENIO**  
**PROGRAMA ESPACIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES EN ATENCION PRIMARIA**  
**MUNICIPAL - AÑO 2019**

**SERVICIO DE SALUD VALDIVIA - I. MUNICIPALIDAD DE RÍO BUENO**

En Valdivia, a 20 MAR. 2019 entre el Servicio de Salud Valdivia, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Chacabuco N° 700, Valdivia, representado por su Director Sr. Víctor Hugo Jaramillo Salgado, del mismo domicilio, en adelante el "**Servicio**" y la Ilustre Municipalidad de Río Bueno, Registro Persona Jurídica N° 2, del 27 de enero de 2004, domiciliada en Comercio N° 603, Río Bueno, representada por su Alcalde Don Luis Reyes Álvarez de ese 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 Decreto Supremo N° 60 de 25 de enero de 2019, 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 "**Espacios Amigables para Adolescentes**", en Centros de Salud de Atención Primaria Municipal, con el objeto de mejorar la situación de salud de las personas beneficiarias de la Ley N° 18.469 adolescentes, especialmente en comunas con altas tasas de embarazo adolescente, a través de estrategias de mejoren la oportunidad, el acceso, la continuidad y la calidad en la gestión de las atenciones a la población de mujeres y hombres entre 10 y 19 años, especialmente en comunas con altas tasas de embarazo adolescente, incremento progresivo en la tasa de suicidio y de consumo de sustancias en adolescentes.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N°1274 de fecha 28 de diciembre de 2018, del Ministerio de Salud, anexo al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

**TERCERA:**

El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar las siguientes estrategias del Programa:

1. Contratación de al menos 11 horas semanales de profesional del área de salud sexual y reproductiva: matrona o matrona, idealmente con formación en adolescencia (para comunas con Espacio Amigable)
2. Contratación de al menos 8 horas semanales de profesional del área psicosocial: asistente o trabajador/a social, psicólogo/a, con formación en adolescencia (para comunas con espacio amigable).
3. **Actividades promocionales**; principalmente en coordinación con establecimientos educacionales, y/o otros espacios como centros comunitarios y centros SENAME, de su jurisdicción.
4. **Control de Salud Integral de Adolescentes 15 a 19 años** en los espacios amigables y en otros espacios del centro de salud, establecimientos educacionales (priorizando aquellos que cuentan con Aula de Bienestar) y otros (centros comunitarios y centros SENAME de su jurisdicción).





5. **Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva** realizadas por la matrona del EA, se abordan temas específicos protocolizados en Guía práctica de consejería Salud Sexual y Reproductiva: prevención del embarazo no planificado, prevención VIH/ e ITS, uso y empoderamiento del preservativo y diversidad sexual.

6. **Consultas e intervenciones motivacionales**, realizadas por profesional psicosocial, para la prevención del consumo de alcohol y otras drogas y manejo inicial de problemas de salud mental (incluye pesquisa y derivación a niveles de mayor complejidad).

Se deja constancia que la Municipalidad podrá adecuar la distribución de horas para la implementación local del programa, según las necesidades o requerimientos del diagnóstico local, para la realización de las estrategias señaladas en los puntos anteriores.

**CUARTA:**

Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de **\$8.431.955.-(ocho millones cuatrocientos treinta y un mil novecientos cincuenta y cinco pesos)**, para alcanzar los propósitos y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior.

**QUINTA:**

El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes objetivos:

1. Desarrollar actividades orientadas a fortalecer los factores protectores en los ámbitos de salud sexual y reproductiva, salud mental, estilos de vida saludable y autocuidado.
2. Evaluar y promover un crecimiento y desarrollo biopsicosocial saludable, pesquisando y otorgando manejo inicial en los EA, establecimientos educacionales u otros espacios comunitarios, asegurando la continuidad de la atención y derivando a los y las adolescentes oportunamente, según corresponda.
3. Desarrollar actividades orientadas a la prevención de conductas de riesgo en adolescentes en los ámbitos de la salud sexual y reproductiva y salud mental
4. Promover la participación de adolescentes y jóvenes, a nivel local incentivando y fortaleciendo la conformación de Consejos Consultivos de Adolescentes y su participación en la evaluación de los espacios amigables.

**SEXTA:**

Se deberán estimar las siguientes recomendaciones para efectos de la Programación, distribuyendo las horas asignadas semanalmente para las acciones priorizadas en los Espacios Amigables.

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	RECURSO	RENDIMIENTO	CONCENTRACION
Consejería en ASSTRA (1 hora semanal)	Hora Matrán/a	30 minutos (por consejería)	(2 - 3)
Consejería en ASSTRA (1 hora semanal)	Hora Matrán/a/ Asistente social/psicólogo(a)	30 minutos (por consejería)	(2 - 3)
Consultas	Hora Matrán/a	30 minutos	ENTRE 1 A 4
	Asistente social/psicólogo(a)	30 minutos (x Prog. Salud Mental)	ENTRE 1 A 4
	Otro profesional	30 minutos	ENTRE 1 A 4
Control de Salud (13 a 19 años)	Hora Matrán/a	30 minutos (con apoyo de TENS) 45 min (sin apoyo de TENS)	1
Intervenciones Motivacionales	Hora Matrán/a	30 minutos (sugerencia salud mental)	4
	Asistente social/psicólogo(a)	30 minutos (sugerencia salud mental)	4
Taller	Hora Matrán/a	1 a 2	Lo programado
	Asistente social/psicólogo(a)	1 a 2	Lo programado
	Otro profesional	1 a 2	Lo programado
Aplicación CRAPIT a adolescentes con riesgo de consumo de sustancias	Hora Matrán/a	15 minutos (sugerencia de salud mental, puede ser hasta 3 por hora)	1



Asistente social/psicólogo(a)	15 minutos (sugerencia de salud mental, puede ser hasta 3 por hora)	1
Otro profesional	15 minutos (sugerencia de salud mental, puede ser hasta 3 por hora)	1

PROYECTO	CENTRO DE SALUD	ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL
Control Salud Integral de Adolescentes	40 % de los Controles	60 % de los Controles

#### SÉPTIMA:

El cumplimiento de las metas del Programa se evalúa en relación a sus componentes técnicos y administrativo-financieros.

Dicho monitoreo y evaluación tendrá como primera instancia de control y supervisión, los respectivos Servicios de Salud y será canalizado y analizado por el equipo técnico de Adolescentes en APS, en conjunto con los referentes técnicos de cada Servicio de Salud.

La evaluación del programa se efectuará en tres etapas:

- **La primera evaluación**, se efectuará con corte al **30 de abril**, a fin de constatar el estado de avance de la ejecución del convenio y pesquisar dificultades para que la comuna pueda corregirlas oportunamente.

Además, se deberá informar en planilla Anexo 1 los denominadores correspondientes a los indicadores 1 y 2 (N° de Talleres Grupales y N° de Controles de Salud Integral programados año 2019).

- **Segundo Evaluación**: se efectuará con corte al **31 de agosto** y, de acuerdo con 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 40%, de acuerdo al siguiente cuadro.

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2° CUOTA DEL 30%
40%	0%
Entre 30% y 39,9%	50%
Entre 20% y 29,9%	75%
Menos del 20%	100%
0%	

En incumplimiento de las metas comprometidas dará lugar a la reliquidación del Programa.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento, la comuna podrá solicitar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, la no reliquidación del Programa, adjuntando los antecedentes de respaldo y un Plan de Trabajo que incluya un cronograma para el cumplimiento de las metas. El Servicio de Salud, una vez analizada la solicitud, remitirá ésta y los antecedentes al Ministerio de Salud, que resolverá la petición.

- **Tercera Evaluación**: Se efectuará con corte al **31 de diciembre** la rendición financiera y evaluación de las metas. El no cumplimiento de las actividades y metas anuales, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista la continuidad de este programa.

#### Indicadores y Medios de Verificación

Componente	Objetivo Específico	Indicador	Numerador	Denominador	Fuente Numerador	Fuente Denominador	Meta	Peso Relativo
Estrategias de promoción de la salud y participación Juvenil	Desarrollar actividades orientadas a fortalecer los factores en los ámbitos de la salud sexual y reproductiva, salud mental, estilos de vida saludable y autocuidado	Porcentaje de cumplimiento Talleres Grupales, según temática por Programa de Espacio Amigable	N° de talleres grupales según temática por Programa de Espacio Amigable realizados	N° de Talleres grupales por temática por Programa de Espacio Amigable programados* 100	REM 19A	Informe 1° Corte Programa de Reforzamiento Espacios Amigables al 30 de Abril	Al menos 3 talleres (4 sesiones semestrales)	30%
	Promover la participación de adolescentes y jóvenes	Porcentaje de actividades comunitarias realizadas por consejos Consultivos e Adolescentes y Jóvenes	N° de actividades comunitarias realizadas por Consejos Consultivos de Adolescentes y Jóvenes	N° total de actividades programadas por Consejos Consultivos de Adolescentes y Jóvenes * 100	REM 19b	REM 19b	Al menos 2 actividades semestrales	10%

	Evaluar y promover un crecimiento y desarrollo biopsicosocial saludable, pesquisando y otorgando manejo inicial en los EA, establecimientos educacionales u otros espacios comunitarios, asegurando la continuidad de la atención y derivando a las y los adolescentes	Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años, según sexo, con Control de Salud Integral	N° de Adolescentes de 15 a 19 años, según sexo, con Control de Salud Integral realizado	N° de Adolescentes de 15 a 19 años, según sexo, con Control de Salud Integral programado * 100	REM A01	Informe 1° Corte Programa de Reforzamiento Espacios Amigables al 30 de Abril	100%	30%
Atención de Salud Integral	Desarrollar actividades orientadas a la prevención de conductas o prácticas de riesgo en adolescentes en los ámbitos de la salud sexual y reproductiva y salud mental	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años bajo control que reciben consejerías en prevención del VIH e ITS en Espacio Amigable	N° de adolescentes de 10 a 19 años bajo control que reciben consejerías en prevención del VIH e ITS en Espacio Amigable	N° total de adolescentes de 10 a 19 años bajo control que reciben consejerías en prevención del VIH e ITS *100	REM P9	REM P9	50%	15%
		Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años bajo control que reciben consejerías en prevención consumo de drogas en espacio amigable	N° de adolescentes de 10 a 19 años bajo control que reciben consejerías en prevención consumo de drogas realizadas en espacio amigable	N° de adolescentes de 10 a 19 años bajo control que reciben consejerías en prevención consumo de drogas * 100	REM P9	REM P9	30%	15%
		Porcentaje de adolescentes menor de 15 años y de 15 a 19 años que ingresan a Programa de Regulación de la Fertilidad desde espacio amigable	N° total de adolescentes menor de 15 años y de 15 a 19 años que ingresan a Programa de Regulación de la Fertilidad desde espacio amigable	N° de adolescentes menor de 15 años y de 15 a 19 años que ingresan a Programa de Regulación de la Fertilidad * 100	REM A05	REM A05	25%	Línea Base
Calidad	Avanzar en el mejoramiento de la calidad de los Espacios Amigables	Porcentaje de establecimientos de salud que cuentan con espacio amigable con autoevaluación de calidad (Ver Anexo N°2)	N° de establecimientos de salud que cuentan con espacio amigable con autoevaluación de calidad	N° de establecimientos de salud que cuentan con espacio amigable	Informe Servicio de Salud	Informe Servicio de Salud	Sin medición	

COMUNAS	N° Controles salud integral de Adolescentes de 15 a 19 años
RÍO BUENO	290

\* En aquellas comunas que no cuentan con recursos para la implementación de espacios amigables se evaluará solo la realización del Control de Salud Integral de adolescentes de 15 a 19 años.

## COMPONENTES

### 1. Estrategias promoción de la Salud y Participación Juvenil

Implementar estrategias promocionales preventivas en establecimientos educacionales (priorizando aquellos que cuenten con la estrategia Aulas de Bienestar y/o Escuelas Promotoras), que potencien el autocuidado y desarrollo saludable de los y las adolescentes.

Relevar la participación y conformación de Consejos Consultivos de Adolescentes y Jóvenes, participación en mesas intersectoriales para la promoción de los derechos de los NNA, CDL, centro de alumnos etc.



## 2. Atención de Salud Integral



### 2.1- En Establecimientos de Salud:

- Control de Salud Integral a adolescentes de 15 a 19 años: identificación oportuna de factores y conductas protectoras y de riesgo, evaluar y promover un crecimiento y desarrollo biopsicosocial saludable, según orientación técnica.
- Atención de la demanda espontánea y/o programada
- Atención en el Ámbito de la Salud Sexual y reproductiva
  - Consejería en el ámbito de la Salud Sexual Reproductiva SSR (prevención del embarazo, prevención ITS/VIH/SIDA, uso del condón, consejería en Regulación de la Fertilidad,
  - Consejería prevención VIH e ITS (se sugiere profundizar en consejería en uso del condón masculino), - Consulta por anticoncepción de emergencia.
  - Ingreso Regulación de la Fertilidad.
- Atenciones psicosociales:
  - Intervenciones motivacionales preventivas de uso de sustancias en adolescentes
  - Consulta Salud Mental.
  - Consejería en prevención consumo de drogas

### 2.2 En Establecimientos Educativos:

- Control de Salud Integral a adolescentes de 15 a 19 años; identificación oportuna de factores y conductas protectoras y de riesgo, evaluar y promover un crecimiento y desarrollo biopsicosocial saludable.
- Consejería en Salud Sexual Reproductiva SSR (prevención del embarazo, prevención de infecciones de transmisión sexual, uso del condón masculino, consejería en Regulación de la Fertilidad, consejería prevención VIH e ITS (se sugiere profundizar en consejería en uso del condón masculino)
- Consejería en prevención consumo de drogas

## 3. Mejoramiento de la Calidad: Autoevaluación de los Espacios Amigables

- Aplicación entre 10 a 20 encuestas dirigidas a adolescentes usuarios del Espacio Amigable, las cuales deberán traspasarse a un Excel para el vaciamiento de datos, posterior análisis y plan de mejora. (Ver: Anexo 2: Protocolo de Autoevaluación; Anexo 3: Encuesta Autoevaluación Adolescentes Usuarios atendidos en servicios de salud amigables).

### OCTAVA:

Los recursos asociados a este Programa se entregarán en dos cuotas, según se indica, los cuales permitirán financiar los gastos ejecutados desde el **01 de enero al 31 de diciembre del año en curso**:

- La primera cuota, correspondiente al **70%** de los fondos por un monto de **\$ 5.902.369.- (cinco millones novecientos dos mil trescientos sesenta y nueve pesos)**, una vez que se encuentre totalmente tramitado el acto administrativo que aprueba el convenio entre el Servicio de Salud y la Municipalidad que ejecuta el programa, se entregue dicho documento en el Ministerio de Salud y se recepcione la transferencia de recursos.
- La segunda cuota correspondiente al **30%** de los fondos por un monto de **\$ 2.529.586.- (dos millones quinientos veintinueve mil quinientos ochenta y seis pesos)**, se traspasará en el mes de octubre conforme al grado de cumplimiento del Programa, de acuerdo a la evaluación señalada en la cláusula séptima. Asimismo, el grado de cumplimiento de los indicadores, deberá ser oportunamente informado en forma consolidada por los respectivos Servicios al Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales y se recepcione transferencia de recursos desde el Ministerio de Salud, siendo condición necesaria para la transferencia, la entrega oportuna de los informes financieros y comprobantes de ingreso, lo anterior, de acuerdo a los requerimientos establecidos en Resolución N°30 del 11 de marzo de 2015 de la Contraloría General de la República, que se detallan en la cláusula novena del presente instrumento.

Cabe mencionar, que para las cuotas establecidas en la presente cláusula, el Servicio de Salud se compromete a transferir los recursos en el mismo mes que son recepcionados desde el Ministerio de Salud.

El cumplimiento general mínimo exigido para transferir íntegramente la segunda cuota, será del 40%, en caso de lograr resultados inferiores a los esperados, la rebaja de la segunda se realizará conforme al siguiente cuadro:

Porcentaje de cumplimiento	Porcentaje de Descuento de recursos a partir de 40%
40,00%	0%



Faint, illegible text or markings in the lower center of the page.



Entre 30,00% y 39,99%	50%
Entre 20,00% y 29,99%	75%
Menos del 20%	100%
0%	

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento, la comuna podrá apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un Plan de Trabajo que incluya un cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez, el Servicio de Salud, una vez analizada y avalada la solicitud, podría solicitar al Minsal la no reliquidación del Programa.

No obstante, la situación excepcional indicada, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del Programa al 31 de diciembre y las comunas mantienen en toda circunstancia, la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período. El no cumplimiento de las actividades y metas anuales, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

Finalmente, los recursos (producto de la reliquidación) que provengan de aquellas comunas y establecimientos que no cumplan con las prestaciones y metas proyectadas, podrán ser reasignados por el Servicio de Salud, a comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación a la fecha del corte del año en curso, en el mismo Programa.

#### **NOVENA:**

Se deja constancia que la glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público, contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 de la Ley N° 19.378, la Entidad Administradora de Salud Municipal, podrá contratar personal conforme la normativa establecida en esa ley, o bien a honorarios acorde a lo dispuesto en el artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

#### **DÉCIMA:**

La Municipalidad deberá dar cumplimiento a las normas y procedimientos establecidos por la Contraloría General de la República en Resolución N° 30 del 11 de marzo de 2015, sobre rendición de cuentas, es decir:

1. Remitir Informe Financiero Mensual de gastos al Servicio de Salud, incluso respecto de aquellos meses en que no exista inversión de los fondos traspasados, dentro de los primeros quince (15) días hábiles del mes siguiente al de ejecución, el que deberá señalar, el monto total de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de los gastos e inversiones realizadas, y el saldo disponible del período.
2. Al finalizar la vigencia y en caso de existir saldo, éste se deberá depositar en cuenta corriente del Servicio de Salud Valdivia N° 72109121054 Banco Estado y adjuntar a Rendición de Cuenta Final el comprobante de dicho depósito, salvo que en los convenios celebrados quede reflejado expresa y excepcionalmente la posibilidad que los saldos de dichos recursos serán utilizados para dar continuidad a los programas de salud, efecto para el cual se deberá celebrar el convenio modificadorio respectivo.
3. Remitir en un plazo máximo de 15 días a contar de la fecha de realización de la transferencia, al Subdepartamento de Recursos Financieros del Servicio de Salud Valdivia, copia del comprobante de ingreso mediante el cual, la Municipalidad recepcionó la entrega de los fondos señalados en este convenio. Por lo anterior, y con el fin de monitorear, controlar y asegurar la oportuna entrega de recursos a la Entidad Administradora de Salud Municipal (Departamento de Salud), la Municipalidad deberá adjuntar al documento anterior, copia de: Decreto de Pago Municipal y Comprobante de Ingresos del Departamento de Salud Municipal.

La Municipalidad deberá utilizar formato de "informe financiero" señalado en Resolución Exenta N° 3332 de fecha 20 de agosto de 2015, a través del cual podrán presentar únicamente gastos pertinentes, de acuerdo a los objetivos, estrategias y/o actividades contempladas en el programa y que previo a su ejecución, hayan sido validados por el Referente Técnico del Servicio de Salud.

Sin perjuicio de lo anterior y con el objeto de velar por la correcta utilización de los recursos públicos, la Unidad de Recursos Financieros APS, del Subdepartamento de Recursos Financieros del Servicio de Salud Valdivia, podrá realizar revisiones mensuales en terreno de forma aleatoria por programa y por municipio, de acuerdo a planificaciones trimestrales, las cuales deberán contemplar los doce municipios de la Región de Los Ríos, además podrá solicitar documentación de respaldo adicional que sustente los gastos, en soporte papel o soporte electrónico.

**DÉCIMA PRIMERA:**

El "Servicio" podrá requerir a la "Municipalidad", los datos e informes relativos a la ejecución del "Programa" y sus estrategias, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo, sea por instancias de línea operativa como de Asesoría y Control Interno, para cuyos efectos el Municipio y establecimientos de salud relacionados deberán prestar su más amplia y oportuna colaboración.

Asimismo, el "Servicio" deberá impartir pautas técnicas y financieras para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos, estrategias y/o actividades del presente convenio.

Los Referentes Técnicos del programa, a nivel de Servicio, se reservan el derecho de rechazar todo aquel gasto que no tenga relación directa con las actividades contempladas en el convenio, o que no hayan sido previamente autorizados por el Referente Técnico del Servicio de Salud, acorde a lo estipulado en la cláusula décima.

**DÉCIMA SEGUNDA:**

Será responsabilidad de la Municipalidad, velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en las diferentes unidades de salud. Lo anterior, independiente de las atribuciones que le competen al Servicio de Salud Valdivia, en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de las revisiones que pudiese efectuar, en términos aleatorios el departamento que para tales efectos se designe, instancia que contará con plenas facultades para llevar a cabo dicha fiscalización.

**DÉCIMA TERCERA:**

El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este convenio se señala. Por ello, en caso que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados para los efectos de este convenio, esta deberá asumir el mayor gasto que involucre su ejecución.

**DÉCIMA CUARTA:**

Finalizado el periodo de vigencia anual del presente convenio y en el caso que la comuna no haya cumplido con el 100% de la ejecución de los fondos del programa para el año respectivo, la Municipalidad procederá a reintegrar al Servicio de Salud dichos saldos, en los términos señalados en la cláusula décima.

Sin perjuicio de lo anterior, excepcionalmente y en forma fundada, las partes podrán de común acuerdo – mediante la suscripción de los actos administrativos correspondientes – previo al término de vigencia del presente convenio, dar continuidad por una vez durante la anualidad siguiente al cumplimiento de las metas del programa de salud materia de este convenio, el que no deberá superar a 6 meses. La petición de la utilización de estos saldos por parte de la Municipalidad para los fines antes previstos se debe realizar hasta el día 01 de octubre del año respectivo, considerándose éste, como último día de recepción de solicitudes formales.

**DÉCIMA QUINTA:**

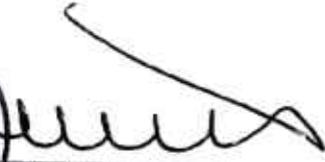
El presente convenio tendrá vigencia para su ejecución, desde el 01 de enero al 31 de diciembre de 2019 y para la entrega del informe financiero final, los primeros quince (15) días hábiles del mes siguiente.

**DÉCIMA SEXTA:**

El presente convenio se firma en tres ejemplares, quedando uno en poder Oficina de Partes del Servicio de Salud, un ejemplar en la Unidad de Gestión de Recursos - Depto de Administración y Gestión de la Información y un ejemplar al Depto APS y Redes Ambulatorias ambas de la División de Integración de Redes - Subsecretaría de Redes Asistenciales. Por su parte, el Servicio de Salud se compromete a enviar copia de este documento a la Municipalidad respectiva.

En comprobante firman:



  
LUIS REYES ÁLVAREZ  
ALCALDE  
MUNICIPALIDAD DE RÍO BUENO

  
VÍCTOR HUGO JARAMILLO SALGADO  
DIRECTOR  
SERVICIO DE SALUD VALDIVIA









ANEXO N°2



### Protocolo autoevaluación de Calidad y Cobertura con Énfasis en Salud Sexual y Reproductiva en Centros de Atención de Salud Integral de Adolescentes

#### Objetivo

Mantener evaluaciones y planes de mejora continua de los servicios amigables para adolescentes (Espacios Amigables) con énfasis en salud sexual y reproductiva, en base a los protocolos de evaluación propuestos por el Fondo de Poblaciones de Naciones Unidas (UNFPA) y validados por MINSAL para la población chilena.

Este tipo de medición no requiere el desarrollo de un marco muestral, dado que es una autoevaluación y su fin es mejorar la calidad y avanzar hacia el cumplimiento de los estándares. Por lo tanto, se recomienda recolectar los datos de manera paulatina y en base a las disponibilidades de los equipos, al menos una vez al año.

Se sugiere realizar 1 a 2 encuestas diarias hasta completar un mes y en lo posible entre 10 a 20 adolescentes por cada Espacio Amigable.

Se debe usar sólo en formato físico el que se traspasará a un Excel para el vaciamiento de datos, y análisis por preguntas, buscando aquellos aspectos con mayores dificultades. Esta medición tiene el propósito de que los equipos adopten los estándares de calidad, por ello considera procesos de autoevaluación continua. La información obtenida sirve de insumo

al equipo de salud para el desarrollo de planes locales de mejoramiento de la calidad de la atención de salud de adolescentes.

Si algunos estándares, criterios o preguntas resultan con bajo nivel de calidad, se deben reevaluar, considerando un período máximo de 6 meses desde la primera evaluación, siempre y cuando se hayan realizado los planes de mejora internos.

Sólo se debe aplicar el instrumento Encuesta a Usuario Adolescente atendido en el Espacio Amigable y de ser necesario el instrumento de Observación y Lista de Control.

#### Ingreso de datos en planillas de resultados

- Se enviarán vía correo electrónico planillas Excel donde se deben ingresar los resultados de las encuestas de forma correlativa, según número de pregunta. (encuesta adolescentes y observación).
- Se solicita no realizar modificaciones en las planillas.



**ANEXO 3**  
**Encuesta Autoevaluación Adolescentes Usuarios atendidos en servicios de salud amigables**

**Encuesta a Usuario Adolescente Atendido en Servicio de Salud para Adolescentes**

Queremos evaluar si conoces y utilizas los servicios de salud amigables para los jóvenes. Te gustaría conocer tu opinión sobre estos servicios de salud para ello te pedimos que respondas estas preguntas. Toda esta información ayudará a mejorar la calidad de la atención a la salud de los adolescentes. Para nosotros es muy importante que contestes esta encuesta con sinceridad, ya que tus respuestas servirán para desarrollar planes de acción y servicios dirigidos a atender tus necesidades y las de otras/os jóvenes como tú.

No existen respuestas buenas o malas, no es una prueba. El cuestionario es absolutamente confidencial.

Gracias por tu ayuda.

Tu participación en esta encuesta depende totalmente de ti (y/o de tus padres/tutores/adulto responsable, en caso de ser menor de 14 años).

No es obligatorio responder, si no quieres participar, esto no afectará de ninguna manera tu acceso a los servicios de salud.

¿Estás de acuerdo en participar?

SI   
 NO

He entendido y estoy de acuerdo en dar consentimiento para la entrevista.

Fecha:

Fecha / Hora  /  /  /

**Encuesta a Usuario Adolescente Atendido en Servicio de Salud para Adolescentes**

Si hay aspectos que no entiendas, no dudes en consultar al encargado de esta encuesta. Además aquí encontrarás más claro lo que significan algunas acciones en salud:

**DEFINICIONES:**

**Control de Salud:** Atención de salud en adolescentes hombres y mujeres, de 10 a 19 años. Se realiza una vez al año.

**Consejería:** Atención en salud para las/os adolescentes, con el fin de orientar, acompañar y facilitar la toma de decisiones en salud.

**Pruebas y consejería VIH:** Examen de sangre para detectar el virus que provoca el SIDA, con entrega de información y la autorización para la toma de examen.

**Consejería en Salud Sexual:** Atención orientada a las/os, con el objetivo de apoyar sus decisiones sobre su sexualidad, actividad y métodos anticonceptivos.

**Tratamiento para Infecciones de transmisión sexual:** Atención de salud para tratar infecciones adquiridas por relaciones sexuales.

**Salud Mental:** Actividades dirigidas a las/os adolescentes que presentan algún problema ó requieren apoyo para su bienestar emocional.

**Salud Nutricional:** Actividad dirigida a las/os adolescentes para evaluar crecimiento, peso, talla.

**Encuesta a Usuario Adolescente Atendido en Servicio de Salud para Adolescentes**

I. Identificación del Servicio de Salud para Adolescente



Nombre Centro de Salud:

Numero de folio: (fecha y hora de atención)

Dirección:

Región:

Ciudad:

Comuna:

### Encuesta a Usuario Adolescente Atendido en Servicio de Salud para Adolescentes

Respecto a la atención que recibiste en el servicio de salud para adolescentes:

Indicaciones para responder la Encuesta:

1. Marca con un círculo la alternativa que consideres como respuesta (SI/NO, No sabe o los números).
2. Si quieres cambiar una respuesta, remarca encima del círculo con una X y elige tu nueva respuesta con un círculo.
3. Hay algunas preguntas que deberás contestar con letra clara.
4. No escribas fuera de los espacios asignados.

3



1.- ¿Es la primera vez que vienes a este servicio de salud?

- Si  
 No

2.- ¿Viste algún aviso en un cartel o letrero que explicara claramente las horas de atención de este servicio?

- Si  
 No

3.- ¿Con quién viniste a este servicio?

1. Vine solo  
 2. Padre/adulto responsable  
 3. Hermano(s)  
 4. Pareja  
 5. Amigo(s)  
 Otro (quien):

4.- Si viniste acompañado, ¿pudiste quedarte solo/a con la persona que te atendió?

- Si  
 No

5.- ¿Tus padres/tutores/adultos responsables, están de acuerdo en que vengas a este servicio de salud?

- Si  
 No  
 No sabe

4



6.- ¿Qué tipo de atención recibiste hoy en este servicio de salud?

7.- ¿Recibiste la atención por la cual viniste hoy?

- Sí  
 No

8.- ¿Conoces qué otras atenciones puedes recibir en este servicio de salud para adolescentes?

- Sí  
 No

9.- ¿Puedes identificar qué otras atenciones se ofrecen a los adolescentes en este servicio de salud?

- |   | Si                    | No                    |
|---|-----------------------|-----------------------|
| a) Control de salud                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Consejería   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Métodos anticonceptivos                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Condones   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) Anticoncepción de emergencia                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f) Tratamiento para infecciones de transmisión sexual | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g) Pruebas y consejería VIH                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h) Consejería en Salud Sexual                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| i) Salud Menstrual                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| j) Alcohol y drogas                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| k) Salud Nutricional                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Otras atenciones ¿Cuál? (especificar)

Encuesta a Usuario Adolescente Atendido en Servicio de Salud para Adolescentes





10.- Si algún día necesitas una atención que no se ofrece en este servicio de salud, ¿sabes dónde ir o a quién preguntarle?

- Sí
- No
- No sabe

11a.- ¿En la sala de espera viste información específica para adolescentes, incluyendo material en video o televisión?

- Sí
- No

11b.- ¿Te gustó la información que viste?

- Sí
- No

12.- En el día de hoy, cuándo visitaste el Centro de Salud, te pareció que tenía:

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) ¿Un horario de atención que es conveniente para ti?  | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| b) ¿Un tiempo de espera adecuado?   | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| c) ¿Sala de atendimientos con puertas y ventanas con cortinas, de manera que nadie pudiera verse durante el examen? | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| d) ¿Sillas apropiadas en la sala de espera?   | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| e) ¿Agua potable disponible?  | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |

12b.- ¿Cuánto tiempo esperaste?







15.- ¿Viste algún letero que dijera que los servicios serán proporcionados a todos los adolescentes sin discriminación?

Si

No

16.- ¿Viste algún letero que dijera que tu atención es confidencial?

Si

No

**Encuesta a Usuario Adolescente Atendido en Servicio de Salud para Adolescentes**

17.- Hoy, durante tu consulta o sesión de consejería:

	Si	No
a) ¿Te ha sido algún profesional de cómo prevenir enfermedades y qué hacer para mantenerse sano?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) ¿El profesional te informó sobre las alternativas disponibles?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) ¿El profesional te hizo preguntas sobre tu familia y tu relación con tus padres?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) ¿El profesional te hizo preguntas sobre la escuela?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) ¿El profesional te hizo preguntas sobre tus hábitos de comida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) ¿El profesional te hizo preguntas sobre la práctica de deportes y las actividades físicas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13.- Los siguientes sitios estaban lo suficientemente limpios:

	Si	No
a) ¿Los alrededores?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) ¿Los lugares de atención?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) ¿Los baños funcionaban bien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14a.- ¿Encontraste un sitio visible en que se mencionen cuáles son tus derechos como usuario?

Si

No

14b.- ¿Puedes identificar cuáles son tus derechos como usuario?

	Si	No
a) Una actitud considerada, respetuosa y sin prejuicios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Respeto por la privacidad durante las consultas, exámenes y tratamientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Confidencialidad de la información	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) No discriminación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Participación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Información adecuada y clara	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



- SI  No
- o) ¿El profesional te hizo preguntas sobre tu sexualidad?
- p) ¿El profesional te hizo preguntas sobre el cigarrillo, el alcohol o el uso de otras drogas?
- q) ¿El profesional te hizo preguntas acerca de tu estado de ánimo o salud mental?
- r) ¿El profesional te trató de manera amigable?
- s) ¿El profesional fue respetuoso de tus necesidades?
- t) ¿Alguien más entró o interrumpió durante la consulta?
- u) ¿El profesional te aseguró desde el principio de la consulta que la información no será compartida con nadie sin tu consentimiento, salvo en situaciones de riesgo vital?
- v) ¿Sentiste confianza de que la información que compartiste con el profesional no será usada a nadie más sin tu consentimiento, salvo en situaciones de riesgo vital?
- w) ¿Sentiste que la información sobre salud que se te dio durante la consulta fue clara y que entendías bien?
- x) ¿El profesional te preguntó al estar de acuerdo con el tratamiento/procedimiento/situación que se propuso?
- y) En términos generales, ¿tuviste la oportunidad de expresar tu opinión y fuiste escuchado con interés?

**Encuesta a Usuario Adolescente Atendido en Servicio de Salud para Adolescentes**



**18.- En el día de hoy**

- a) ¿Tuviste algún contacto con alguien del personal de apoyo? (receptorista, personal de limpieza u otro)  SI  No
- b) ¿Sentiste que el personal de apoyo era amigable y te trataba con respeto?  SI  No

**19.- En el día de hoy, ¿no recibiste los servicios que querías por falta de equipos o porque los equipos no estaban funcionando?**

- SI  No

**20.- En el día de hoy, ¿no recibiste los servicios que querías por falta de medicamentos o de otros insumos anticonceptivos?**

- SI  No



21a.- En el día de hoy ¿se te negó algún tipo de atención?  
Si la respuesta es NO, pasar a pregunta 22a

- Sí  
 No

21b.- Si ocurrió así, ¿Cuál piensas que fue la razón para la negativa?

- Ser menor de 14 años  
 No ir acompañado por adulto  
 No estar inscrito(a)  
 Llegar atrasado(a)  
 Falta de Insumos  
 No haber disponibilidad de horas

13



21c.- ¿Que atenciones se te negaron?

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) Control de salud                                   | Si <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> |
| b) Consejería   | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    |
| c) Métodos anticonceptivos                            | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    |
| d) Condones   | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    |
| e) Atención de emergencia                             | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    |
| f) Tratamiento para infecciones de transmisión sexual | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    |
| g) Prueba de embarazo                                 | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    |
| h) Pruebas y consejería VIH                           | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    |
| i) Sesualidad   | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    |
| j) Salud Mental                                       | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    |
| k) Alcohol y drogas                                   | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>    |
| Otras atenciones (cuál)                               | <input type="text"/>     |                          |

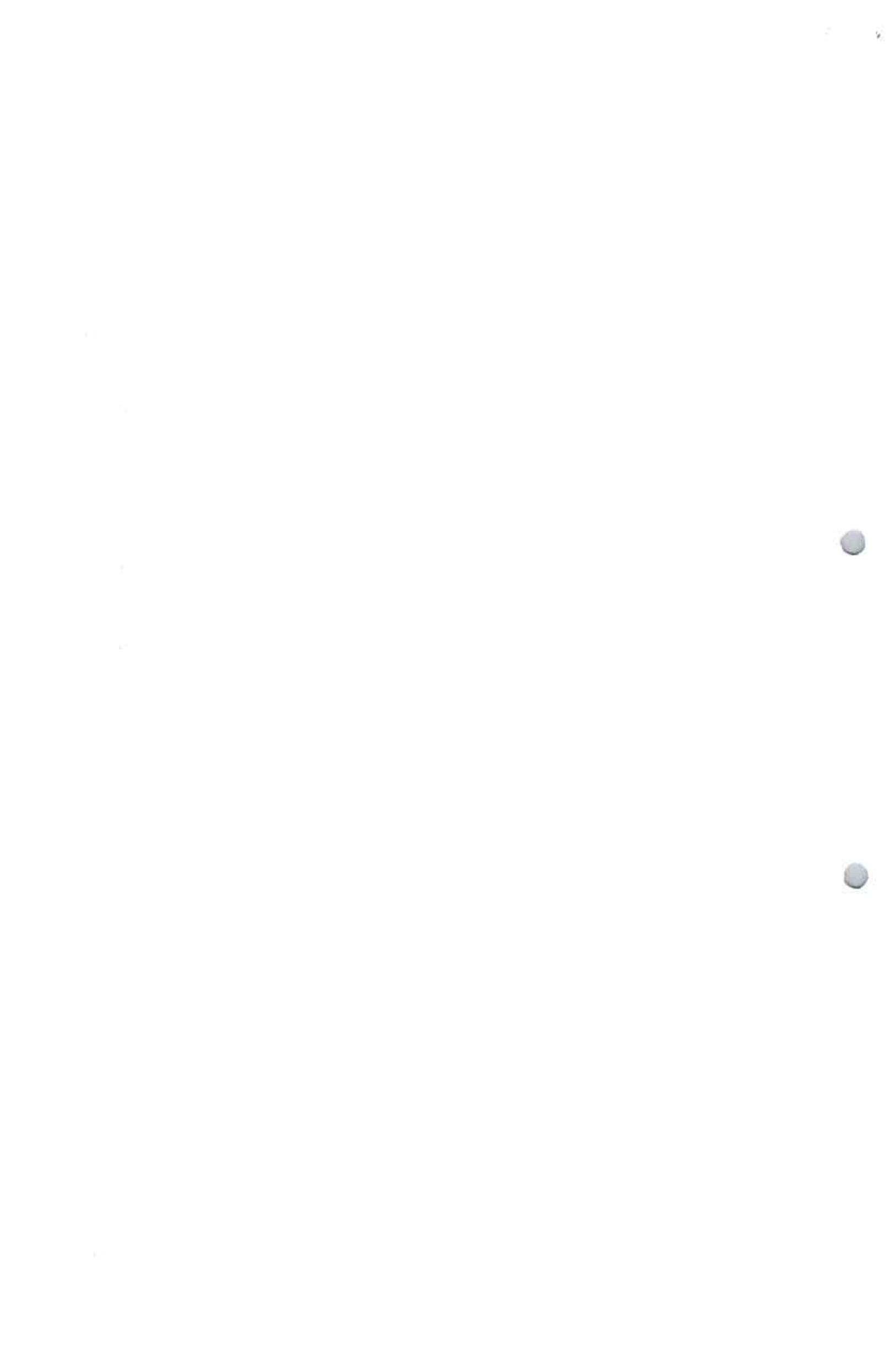
22a.- ¿En el día de hoy, te derivaron a otro centro por atenciones que no se entregaron aquí?

- Sí  
 No

22b.- ¿El profesional que te atendió te dio una orden de derivación o interconsulta escrita?

- Sí  
 No

14



23a.- Hoy, o en otras ocasiones, ¿alguien te pidió a ti o tus amigos ayuda para trabajar con otros adolescentes en este servicio de salud?

- Sí  
 No

23b.- Hoy, o en otras ocasiones, ¿Alguien te pidió a ti o tus amigos ayudar al personal del servicio de salud para mejorar la calidad de este? ¿Participar en encuestas, reuniones u otra actividad?

- Sí  
 No

**Encuesta a Usuario Adolescente Atendido en Servicio de Salud para Adolescentes**

24.- ¿Has recibido información, consejería o atención fuera del servicio de salud (por ejemplo en la escuela, clubes, reuniones comunitarias u otro lugar)?

- Sí  
 No

25.- Consideras que el embarazo en la adolescencia es un problema

- Sí  
 No

Si contestas Sí, ¿Por qué?

15

26a.- ¿Cuáles de estos métodos anticonceptivos conoces?

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| Si  | No                    |
| <input type="radio"/>                     | <input type="radio"/> |
| a) Dispositivo Intrauterino (DIU)         | <input type="radio"/> |
| b) Implantes                              | <input type="radio"/> |
| c) Inyectables                            | <input type="radio"/> |
| d) Píldoras anticonceptivas de emergencia | <input type="radio"/> |
| e) Condón                                 | <input type="radio"/> |
| f) Píldoras anticonceptivas orales        | <input type="radio"/> |

26b.- ¿Crees que puedes conseguir un anticonceptivo si lo necesitas?

- Sí  
 No

26c.- ¿Has oído hablar de las píldoras anticonceptivas de emergencia?

- Sí  
 No

26d.- ¿Sabes para que se usan?

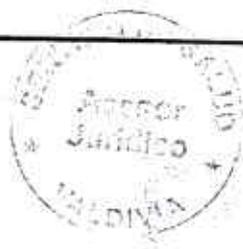
- Evitar que ocurra un embarazo

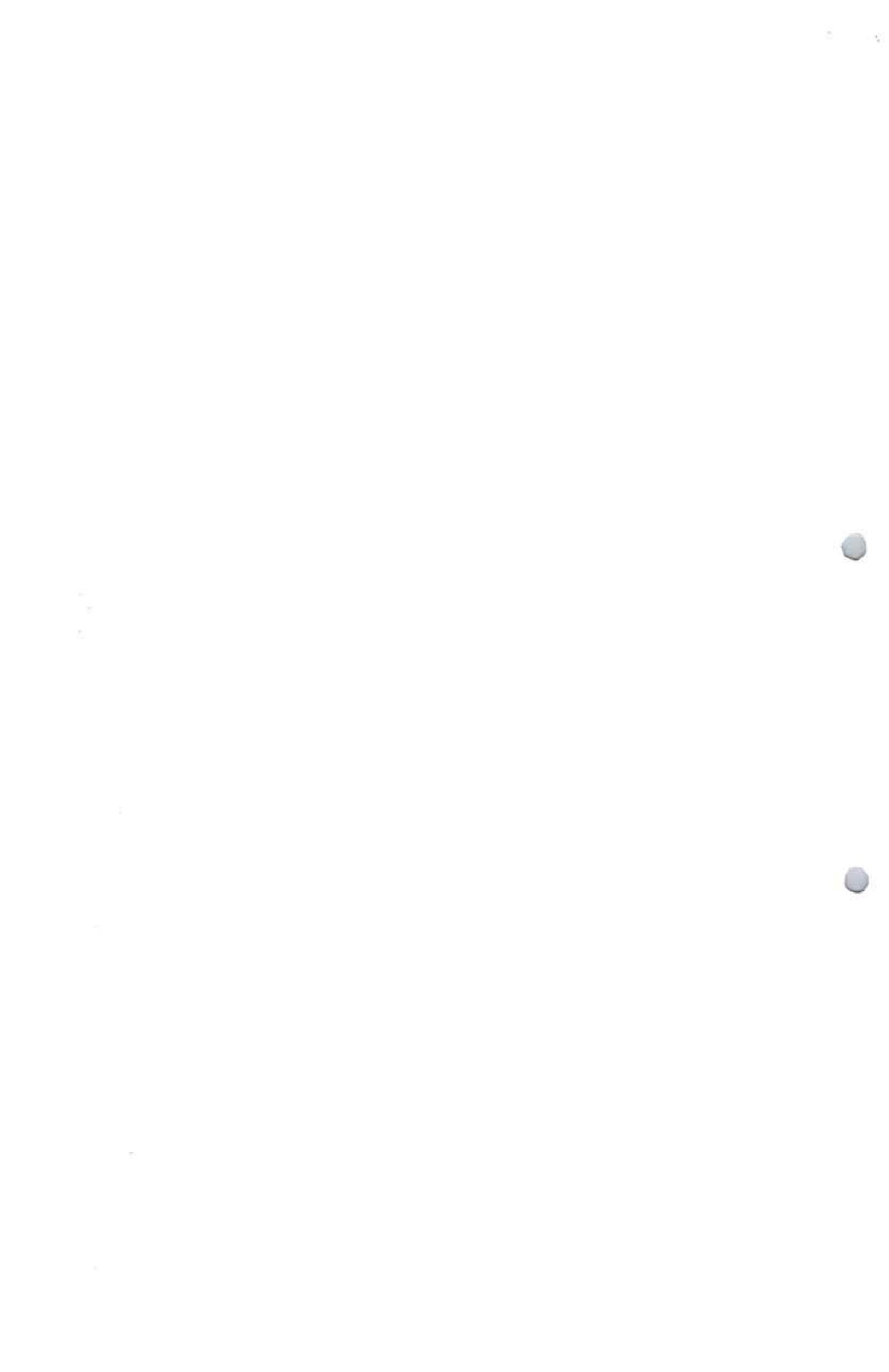
Otro (cuál)

26e.- ¿Crees que puedes conseguirlos si las necesitas?

- Sí  
 No

16







28a.- ¿Has escuchado hablar del VIH/SIDA?  
 Sí  No

**Encuesta a Usuario Adolescente Atendido en Servicio de Salud para Adolescentes**

28b.- ¿Puedes responder por favor las siguientes preguntas sobre VIH?  
 Sí  No

- ¿Se puede reducir el riesgo de VIH teniendo relaciones sexuales con solo una pareja (unica, ambos) que no está infectada y que no tiene relaciones con otros o con otras?  Sí  No
- ¿Se puede reducir el riesgo de VIH usando un condón cada vez que se tiene sexo?  Sí  No
- ¿Puede una persona de aspecto sano tener VIH?  Sí  No
- ¿Puede una persona contraer el VIH por picadura de mosquito?  Sí  No
- ¿Puede una persona contraer el VIH por compartir comida con alguien que está infectado?  Sí  No

27a.- ¿Has oído hablar de los condones?  
 Sí  No

27b.- ¿Puedes decirme por qué se usan los condones?  
 Sí  No

Evitar que ocure un embarazo  Sí  No

Prevenir el VIH y otras infecciones de transmisión sexual  Sí  No

Otro (cuál)

27c.- ¿Crees que puedes conseguir un condón si lo necesitas?  
 Sí  No

27d.- Si tú o tus amigos necesitan un condón, ¿puedes indicar dónde conseguirlo?

- a) Tienda  Sí  No
- b) Farmacia  Sí  No
- c) Hospital  Sí  No
- d) Consultorio  Sí  No
- e) Servicio de salud para adolescentes  Sí  No
- f) Dispensador  Sí  No

Otro (cuál)







28c.- ¿Si quisieras hacerle la prueba del VIH le sería posible?

- Sí  
 No

o responde NO, ¿podría decirnos por qué?

29a.- ¿Has oído hablar de las infecciones que pueden ser transmitidas durante las relaciones sexuales?

- Sí  
 No

¿Cuáles?

29b.- Identifica cuáles corresponden a síndromes de infecciones de transmisión sexual:

- |                                   | Sí                    | No                    |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Dolor abdominal (solo en mujeres) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fiebre general                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pico con mal olor                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ardor al orinar                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Úlceras/úlceras genitales         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Infección en la zona de la ingle  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Otro (cómo)

19

29c.- Si tú o alguien de tu edad presentara estos problemas, ¿Sabes que hacer y dónde acudir?

- |   | Sí                    | No                    |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Tomar algún medicamento sin consultar en un servicio de salud | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Acudir al hospital  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Acudir al Consultorio   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Acudir Servicio de salud para adolescentes                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tratamiento con medicina indígena                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tratamiento medicina alternativa                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Otro (cómo)

30a.- ¿Crees que se puede lograr una mayor participación de los adolescentes para mejorar la calidad de atención?

- Sí  
 No

30b.- ¿Podrías por favor, compartir tus ideas con nosotros?

Su opinión es muy valiosa, gracias por contestar la Encuesta a Usuarios Adolescentes de Servicio de Salud para Adolescentes.

20

