



RIO BUENO, 16 DE JUNIO DE 2017.-

IDDOC N^º 24767
EXENTO N^º 2378

VISTOS:

1.- Fallo del Tribunal Electoral de la XIV Región de Los Ríos de fecha 30 de Noviembre de 2012, Rol N^º 1649-2016, Artículo 127 inciso primero de Ley Orgánica Constitucional, y acta de sesión de Instalación del Concejo Municipal de Río Bueno, celebrada el día 06 de Diciembre de 2016.-

TENIENDO PRESENTE:

1.- Las facultades de la Ley N^º 18.695, Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades, en su texto refundido en el D.F.L. N^º1 de la Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativa, artículos números 83 y 127, publicado en el Diario Oficial del 26 de Julio 2006.-

2.- La Resolución Exenta N^º 3067 del 07 de Junio del 2017, del Servicio de Salud Valdivia.-

CONSIDERANDO:

1.- La necesidad de aprobar el "PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD AÑO 2017".

D E C R E T O:

1.- **APRUEBASE**, el convenio de fecha 02 de Junio de 2017, suscrito entre el **Servicio de Salud Valdivia**, representado por su Director Dr. **PATRICIO ROSAS BARRIENTOS** y la **Ilustre Municipalidad de Río Bueno**, representada por su Alcalde Don **LUIS ROBERTO REYES ALVAREZ**.-

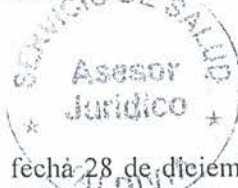
ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.


ANA MARLENE LOPEZ MONTECINOS
SECRETARIA MUNICIPAL


LUIS ROBERTO REYES ALVAREZ
ALCALDE



SERVICIO DE SALUD VALDIVIA
Departamento Jurídico: 1305
CPA/DVP/CST/cst



1077018
Sr. Decret. Depto. Salud
(Decreto)

1F.T.

RESOLUCION EXENTA N° 3067 *07.06.2017
VALDIVIA,

VISTOS: estos antecedentes: Resolución Exenta N° 7049 de fecha 28 de diciembre de 2016; Resolución Exenta N° 19 de fecha 09 de enero de 2017, del Ministerio de Salud, que aprueba Programa de Acompañamiento Psicosocial en la Atención Primaria de Salud; Resolución Exenta N° 513 de fecha 10 de febrero de 2017, de Ministra de Salud que asigna recursos al Programa de Acompañamiento Psicosocial en la Atención Primaria de Salud año 2017; Ordinario N° 149 de fecha 31 de marzo de 2017 de Jefe (S) Subdepartamento Recursos Financieros del Servicio de Salud, dirigido a Asesor Jurídico para solicitar la elaboración de convenios Programa de Acompañamiento Psicosocial en la Atención Primaria de Salud – año 2017; Convenio suscrito con fecha 02 de junio de 2017, entre el Servicio de Salud Valdivia y la I. Municipalidad de Río Bueno; y **TENIENDO PRESENTE:** lo dispuesto en el D.F.L. N° 01 del año 2005 del Ministerio de Salud, el cual fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N° 2763, de 1979; la Ley N° 19.800 Sobre Bases de los Procedimiento Administrativos que rigen los Actos de los órganos de la Administración del Estado; los Decretos Supremos N°s 140 de 2004 y 01 de 2015, ambos del Ministerio de Salud, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

1º) APRUÉBASE el convenio suscrito con fecha 02 de junio de 2017, entre el Servicio de Salud Valdivia y la I. Municipalidad de Río Bueno, relativo al Programa de Acompañamiento Psicosocial en la Atención Primaria de Salud año 2017, el cual es del siguiente tenor:

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 6º del Decreto Supremo N° 35 de fecha 26 de diciembre de 2016 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 esta última 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 Acompañamiento psicosocial en Atención Primaria de Salud” cuyo propósito es Mejorar el nivel de salud mental de niños, niñas, adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, asegurando el acceso, oportunidad y calidad de la atención de salud mental.

Corresponde a un Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria, orientado brindar atención de acompañamiento psicosocial a familias con integrantes de alto riesgo psicosocial en el marco del Modelo de atención con enfoque familiar y comunitario, esto principalmente con acciones de prevención, detección, monitoreo y seguimiento. Esta iniciativa tiene relación con los Objetivos Estratégicos para la década 2010-2020.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 19 del 09 de enero de 2017, del Ministerio de Salud. La difusión de dicho documento será de responsabilidad del Referente Técnico del Servicio de Salud, quien deberá hacer llegar copia del mismo, al Jefe del Departamento de Salud Municipal, para su posterior distribución en los Establecimientos de su administración.

TERCERA:

Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, recursos destinados a implementar el Programa Piloto Acompañamiento

psicosocial en la atención primaria, desde la fecha de total tramitación de la resolución aprobatoria, la suma total y única de \$ 11.054.216.- (once millones cincuenta y cuatro mil doscientos dieciséis pesos).

Los fondos serán distribuidos de la siguiente forma:

Detalle	Monto Anual (\$)
22 horas Trabajador Social	6.591.885
22 horas Agente Comunitario	2.755.637
Movilización y Telefonía	1.706.695
Total	11.054.216

CUARTA:

El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes propósitos, objetivos, componentes y productos esperados.

a. PROPOSITO

Mejorar el nivel de salud mental de niños, niñas, adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, asegurando el acceso, oportunidad y calidad de la atención de salud mental.

b. OBJETIVO GENERAL

Contribuir a elevar el nivel de salud mental de niños, niñas, adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, asegurando su acceso, oportunidad y calidad de la atención de salud mental, a través de un programa de acompañamiento centrado en la vinculación, articulación, seguimiento y monitoreo, en el contexto del modelo de atención de salud integral con enfoque familiar y comunitario.

c. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Desarrollar acciones de vinculación de niños, niñas, adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, con los servicios de atención integral de salud mental del establecimiento de atención primaria, los establecimientos y dispositivos de la red de salud y comunitaria, según corresponda su nivel de compromiso y complejidad.

Coordinar acciones de articulación dentro del establecimiento, con los dispositivos de la red de salud y atención psicosocial de la red local, e intersectorial, con foco en la continuidad de los cuidados del usuario.

Realizar acciones de seguimiento, monitoreo y evaluación de niños, niñas, adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial.

d. POBLACIÓN OBJETIVO

Niños, niñas, adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial entre 0 a 24 años de edad, en establecimientos de Atención Primaria de Salud.

Se entenderá por familias de alto riesgo psicosocial aquellas con integrantes con las siguientes condiciones en la Atención Primaria de Salud:

1. Depresión perinatal; esto es mujeres adolescentes y jóvenes gestantes, y puérperas con hijos menores de 1 año.
2. Situaciones de violencia; esto es niños, niñas y adolescentes, y jóvenes, víctimas de violencia, y/o maltrato.
3. Situaciones abuso sexual; esto es en NNA, y jóvenes, víctimas de abuso sexual.
4. Intentos de suicidio; NNA y jóvenes que consultan en urgencias, morbilidad médica, consultas y controles en general en el centro de salud de APS.
5. Accidentes debido al consumo problemático y/o dependencia de Alcohol y/o drogas vistos en las urgencias de APS.
6. Adolescentes gestantes.
7. NNA con trastornos psiquiátricos severos (Incluye Tr. Desarrollo)
8. NNA y jóvenes con vulneración de derechos
9. NNA y jóvenes con condiciones priorizadas según diagnostico local.

Las acciones de acompañamiento de usuarios con atenciones en el nivel de especialidad deben ser consideradas en el programa cuando presentan dificultades de adherencia a su plan de tratamiento.

e. COMPONENTES DEL PROGRAMA Y ESTRATEGIAS

El programa tiene tres componentes principales, el primer componente contiene acciones de vinculación de las personas de familia con alto riesgo psicosocial con los servicios de salud basados en la atención primaria, el segundo componente acciones de articulación y coordinación de los distintos dispositivos disponibles para la atención de la persona con alto riesgo psicosocial con un enfoque de redes integradas de servicios de salud, y el tercer componente de seguimiento y monitoreo de las personas.



Componente N° 1: Acciones de vinculación con la atención de salud mental, de salud y la red comunitaria

Las estrategias de intervención en primera instancia deben desarrollar acciones de detección e identificación de las familias con integrantes de alto riesgo psicosocial, para su posterior evaluación, la cual debe definir la pertinencia del ingreso al programa, y la modalidad de acompañamiento.

El ingreso al programa tiene como propósito favorecer la vinculación con los servicios de atención de salud mental del propio establecimiento de APS como del resto de la red, según la complejidad. **Para ser considerado ingreso efectivo al programa, deberá contar con plan de Acompañamiento Psicosocial.**

Productos esperados del desarrollo del Componente:

- 1) Detección e identificación de NNA y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial.
- 2) Realización de evaluación de ingreso a aquellas que cumplen con los criterios de ingreso o inclusión según la modalidad correspondiente (según lo definido en el componente N° 3).
- 3) Evaluación de la situación al ingreso y egreso del estado de salud mental y el funcionamiento familiar.

Componente N° 2: Acciones de articulación

Las estrategias de intervención se concentran en acciones de articulación con los dispositivos de la red de salud como con los dispositivos de la red psicosocial ampliada e intersectorial. Los dispositivos de vinculación de la red de salud en el contexto de las Redes integradas de salud (RISS) son los dispositivos de especialidad como los Centros de Salud Mental Comunitarios, COSAM, CESAM, Servicios de Psiquiatría ambulatoria, entre otros. Los dispositivos de vinculación de la red intersectorial son las Oficinas de Protección de Derechos de Infancia y Adolescencia (OPD) vinculadas a las comunas y SENAME, los **Centros de la Mujer** que están centrados en contribuir en el ámbito local, a reducir la violencia contra la mujer, los centros están vinculados a las comunas y SERNAM, Escuelas y colegios, Programas Habilidades para la vida de JUNAEB, SENADIS, JUNJI, entre otros dispositivos y programas. También es importante realizar acciones de vinculación con organizaciones comunitarias, de familiares y de usuarios con el propósito de articulación y tener la oportunidad de indagar y explorar con la comunidad espacios de detección de familias con integrantes con alto riesgo que no han consultado con los dispositivos de salud.

Es importante considerar la realización de un mapa de red y un plan de trabajo red.

Productos esperados del desarrollo del Componente:

- 1) Elaboración o actualización de Mapa de Red comunal, con las instituciones y organizaciones vinculadas a la atención de NNA y jóvenes que presentan riesgo psicosocial. Este mapa debe detallar las Instituciones y Organizaciones Comunitarias que se encuentran en el territorio cercano al Centro de Salud.
- 2) Realización derivaciones efectivas con los dispositivos de la red de salud relacionados con la trayectoria de las personas y familias ingresadas a programa.
- 3) Realización de reuniones con equipos pertenecientes a dispositivos del sector e intersector relacionadas con la trayectoria de las personas y familias ingresadas a programa, con el propósito de efectuar la continuidad de la atención de la persona y su familia.
- 4) Realización de reuniones con organizaciones comunitarias relacionadas con las personas ingresadas y familias ingresadas a programa.

Componente N° 3: Acciones de acompañamiento

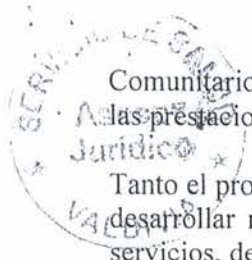
El tiempo de intervención es de 9 a 12 meses, según las necesidades de cada uno de los usuarios y familias ingresadas al programa.

En este período, se debe llevar a cabo el plan de prestaciones mensual que incluyen visitas domiciliarias, contactos telefónicos regulares, actividades de coordinación y participación con el equipo de salud, reuniones de sector, reuniones clínicas, consultorías de salud mental, entre otros.

El programa entrega los recursos para la contratación de 22 horas de un/a profesional (idealmente Trabajador/a social), y para la contratación de 22 horas de Agente Comunitario. También incluye recursos para el financiamiento de la movilización, equipo telefónico y plan telefónico de al menos 1000 minutos para cumplir con los objetivos del componente.

Los criterios de ingreso o inclusión al Acompañamiento Psicosocial son NNA y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, según condiciones especificadas en la población objetivo del programa, y que no asisten al Centro de Salud o presentan problemas de adherencia al tratamiento otorgado por el Establecimiento.

Las acciones de éste componente se deben realizar en el contexto de la comunidad, esto es en el espacio domiciliario, establecimientos educacionales, espacios laborales, comunitarios y territoriales (junta de vecinos, centros comunitarios, etc.). el número de familias que tendrá a su cargo el profesional y el Agente



Comunitario dependerá de la población a cargo que posee el Centro de Salud, resguardando que se cumplan las prestaciones que especifica el programa.

Tanto el profesional como el Agente Comunitario que llevará a cabo las acciones de acompañamiento deberá desarrollar múltiples competencias y mantener un amplio conocimiento del sistema local de provisión de servicios, de los programas, de los requisitos de acceso a cada uno de ellos, exige habilidades de valoración y capacidad de planificación y resolución de problemas flexible y creativa, y confidencialidad. Por lo anterior, ambos deberán participar de todas las acciones de capacitación generadas por el Servicio de Salud, con el fin de realizar adecuadamente su propósito.

Es importante que el Agente comunitario sea, en lo posible, reclutado entre las personas de la comunidad, de preferencia personas que sean parte de agrupaciones o de organizaciones comunitarias del sector.

Productos esperados del desarrollo del Componente:

- 1) Elaboración de un plan de acompañamiento conjunto con el equipo de sector.
- 2) Realización de visitas en domicilio y/o en el ámbito educacional, y/o laboral.
- 3) Capacitación al equipo de salud del establecimiento (Jornadas).
- 4) Evaluación participativa con usuarios y familias.

Comuna	Meta año 2017		TOTAL	25% Rural del total
	Nº Acompañamiento	Nº Acompañamiento Niños/as de 0 a 9 años (28%)		
Río Bueno	24	10	34	09

QUINTA:

El Servicio de Salud respectivo, evaluará el grado de desarrollo y cumplimiento del programa, conforme las metas contenidas en éste y en concordancia a los pesos relativos para cada componente, indicador y meta asociada. Las metas y el cumplimiento anual esperado del programa, con sus pesos relativos, se muestran en la siguiente tabla:

INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

1. Cumplimiento del Componente Vinculación a la atención de salud mental

Nº	Objetivo	Actividad	Indicador	Medio verificación	Meta	Ponderador
1	Brindar atención integral y oportuna a niños, niñas, adolescentes y jóvenes con problemas y trastornos mentales	Población en control en Programa de Acompañamiento Psicosocial	(Nº de NNA, y jóvenes bajo control en el Programa de Acompañamiento Psicosocial con Plan de Acompañamiento/ Nº de NNA, y jóvenes comprometidos a ingresar) x 100	REM P-06	80,00%	40%

2. Cumplimiento del Componente de Articulación:

Nº	Objetivo	Actividad	Indicador	Medio verificación	Meta	Ponderador
2	Brindar atención integral y oportuna a niños, niñas, adolescentes y jóvenes con problemas y trastornos mentales	Coordinación sectorial, intersectorial y comunitaria	((Nº Reuniones con Equipos Sector Salud realizadas/3 x Nº de NNA, y jóvenes comprometidos a ingresar) x 0,2 + (Nº Reuniones con Equipos Intersectoriales realizadas/ 2 x Nº de NNA, y jóvenes comprometidos a ingresar) x 0,3 + (Nº Reuniones con Organizaciones Comunitarias realizadas/ 6 x Nº de NNA, y jóvenes comprometidos a ingresar) x 0,5) x 100	REM A-06	80,00%	30%

3. Cumplimiento del Componente de Acompañamiento:

Nº	Objetivo	Actividad	Indicador	Medio verificación	Meta	Ponderador
3	Brindar atención integral y oportuna a niños, niñas, adolescentes y jóvenes con problemas y trastornos mentales	Acciones de Acompañamiento Psicosocial	$((N^{\circ} \text{ Visitas Realizadas}/8 \times N^{\circ} \text{ de NNA, y jóvenes comprometidos a ingresar}) \times 0,8) + (N^{\circ} \text{ Acciones Telefónicas Realizadas}/48 \times N^{\circ} \text{ de NNA, y jóvenes comprometidos a ingresar}) \times 0,2) \times 100$	REM A-26	80.00%	30%

*Cada indicador tiene como cumplimiento máximo un 100%.

SEXTA:

Desde la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, se realizarán evaluaciones del desarrollo del Programa en los meses de abril, agosto y diciembre. En estas evaluaciones se solicitará la información del desarrollo de los componentes y se evaluará además en función de los indicadores y sus medios de verificación.

El Servicio de Salud a través de su referente técnico Andrea Santana Sánchez, del Sub-departamento de Salud Mental solicitará información respecto a la ejecución del programa en cada establecimiento. Así también, los equipos podrán tomar contacto con la referente técnica para solicitar información a través del correo electrónico andrea.santana@redsalud.gov.cl o teléfono 63 22685976- 63 22685977.

Primera Evaluación: Mes de Abril

Se efectuará con corte al **30 de abril**. La información deberá enviarse consolidada desde los Servicios de Salud a la División de Atención Primaria con fecha tope 12 de mayo, con el fin de pesquisar dificultades y corregirlas oportunamente, dando cuenta de:

1. Informe de recursos asignados para la contratación de:
 - a. Recursos humanos para el desarrollo del programa.
 - b. Servicios de apoyo de movilización necesarios para el desarrollo del programa.
 - c. Servicios de apoyo de telefonía necesarios para el desarrollo del programa, como por ejemplo:
 - i. Compra y/o arriendo de equipos.
 - ii. Contrato de minutos y plan de datos.
2. Informe de Diagnóstico Situacional, que incluya el Mapa de Red mencionado en el Componente N°2.

Segunda Evaluación: Mes de Agosto

Se efectuará con corte al **31 de agosto** del año en curso. De acuerdo a los resultados alcanzados por el programa se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si el cumplimiento de las metas del programa es inferior al 40% de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento global del Programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2° cuota del 30%
$\geq 40\%$	0%
Entre 30 y 39,99 %	50%
Entre 20 y 29,99 %	75%
Menos de 20%	100%

Los municipios y establecimientos deberán informar al Servicio de Salud el desarrollo del programa a través de un informe parcial de avances emitido con fecha tope 05 de septiembre.

En relación a los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos anuales, entendido que el no cumplimiento a la fecha de corte definido resulta en la reliquidación del programa, excepcionalmente cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, la comuna podría apelar a la dirección del Servicio de Salud Valdivia, acompañado de un plan de trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez el Servicio de Salud, una vez analizada y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar al MINSAL la no reliquidación del programa.

No obstante, la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del programa al 31 de diciembre y las comunas mantiene en toda circunstancias la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período.

Tercera Evaluación: Mes de Diciembre

Se realizará con corte al **31 de diciembre**, fecha en que los establecimientos deberán tener el 100% de las prestaciones comprometidas por componente ejecutadas.

Los establecimientos y municipios deberán informar del cierre anual del programa y del desarrollo final obtenido en el informe final del programa.

Adicionalmente de las evaluaciones descritas, se podrá requerir el envío de informes de avances mensuales a los respectivos Servicios de Salud, y de éste, a la subsecretaría de Redes Asistenciales, del Ministerio de Salud, conforme instrucciones Ministeriales.

SÉPTIMA:

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación.

El Servicio de Salud determinará la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades del Programa y de acuerdo a la normativa vigente.

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 de 2017**:

- La primera cuota, correspondiente al **70%** de los fondos por un monto de **\$ 7.737.951.- (siete millones setecientos treinta y siete mil novecientos cincuenta y un 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, los cuales serán utilizados para la debida implementación de las actividades destinadas al cumplimiento de los objetivos señalados en el convenio.
- La segunda cuota correspondiente al **30%** de los fondos por un monto de **\$ 3.316.265.- (tres millones trescientos dieciséis mil doscientos sesenta y cinco pesos)**, se traspasará en el mes de octubre conforme al grado de cumplimiento del Programa, de acuerdo a la evaluación con corte al 31 de agosto del 2017, señalada en la cláusula sexta 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 décima 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.

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 periodo.
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 2017** 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.

2) **DÉJESE SIN EFECTO** la Resolución Exenta N° 7049 de fecha 28 de diciembre de 2016, de esta Dirección, que aprueba Programa de Acompañamiento Psicosocial en la Atención Primaria de Salud para Adolescentes año 2017, a contar de la fecha dictación de la presente Resolución.

3º) **IMPÚTESE** el gasto que se origina del presente convenio al ítem presupuestario 24-03-298 "Atención Primaria, Ley N° 19.378" del Presupuesto de Gastos – año 2017 del Servicio de Salud Valdivia.



ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.

A handwritten signature in black ink, appearing to be "PR" or similar, written over a large, loopy flourish.

DR. PATRICIO ROSAS BARRIENTOS
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD VALDIVIA

INCL.: Antec.

DISTRIBUCIÓN:

- U. de Gestión de Recursos _ Departamento de Administración y Gestión de la Información, División de Integración de Redes, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
- Departamento de APS y Redes Ambulatorias, División de Integración de Redes, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud
- I. Municipalidad de Río Bueno ✓
- Subdirección de Gestión Asistencial, SSV.
- Subdepto. Recursos Financieros – U. Recursos Financieros de la APS, SSV. (1 copia)
- Departamento Jurídico – Convenios APS, SSV. (copia sistema)
- Oficina de Partes, SSV



SERVICIO SALUD VALDIVIA
DEPTO JURÍDICO N°: 1296
CPA/DVF/CST/cst

244390

CONVENIO

PROGRAMA ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD AÑO 2017

SERVICIO DE SALUD VALDIVIA – I. MUNICIPALIDAD DE RÍO BUENO

En Valdivia, a.....entre el Servicio de Salud Valdivia, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Chacabuco N° 700, Valdivia, representado por su Director Dr. Patricio Rosas Barrientos, 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 artículo 6° del Decreto Supremo N° 35 de fecha 26 de diciembre de 2016 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 esta última 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 Acompañamiento psicosocial en Atención Primaria de Salud” cuyo propósito es Mejorar el nivel de salud mental de niños, niñas, adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, asegurando el acceso, oportunidad y calidad de la atención de salud mental.

Corresponde a un Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria, orientado brindar atención de acompañamiento psicosocial a familias con integrantes de alto riesgo psicosocial en el marco del Modelo de atención con enfoque familiar y comunitario, esto principalmente con acciones de prevención, detección, monitoreo y seguimiento. Esta iniciativa tiene relación con los Objetivos Estratégicos para la década 2010-2020.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 19 del 09 de enero de 2017, del Ministerio de Salud. La difusión de dicho documento será de responsabilidad del Referente Técnico del Servicio de Salud, quien deberá hacer llegar copia del mismo, al Jefe del Departamento de Salud Municipal, para su posterior distribución en los Establecimientos de su administración.

TERCERA:

Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, recursos destinados a implementar el Programa Piloto Acompañamiento psicosocial en la atención primaria, desde la fecha de total tramitación de la resolución aprobatoria, la suma total y única de \$ 11.054.216.- (once millones cincuenta y cuatro mil doscientos dieciséis pesos).

Los fondos serán distribuidos de la siguiente forma:

Detalle	Monto Anual (\$)
22 horas Trabajador Social	6.591.885
22 horas Agente Comunitario	2.755.637
Movilización y Telefonía	1.706.695
Total	11.054.216

CUARTA:

El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes propósitos, objetivos, componentes y productos esperados.

a. PROPOSITO

Mejorar el nivel de salud mental de niños, niñas, adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, asegurando el acceso, oportunidad y calidad de la atención de salud mental.

b. OBJETIVO GENERAL

Contribuir a elevar el nivel de salud mental de niños, niñas, adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, asegurando su acceso, oportunidad y calidad de la atención de salud mental, a través de un programa de acompañamiento centrado en la vinculación, articulación, seguimiento y monitoreo, en el contexto del modelo de atención de salud integral con enfoque familiar y comunitario.

c. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Desarrollar acciones de vinculación de niños, niñas, adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, con los servicios de atención integral de salud mental del establecimiento de atención primaria, los establecimientos y dispositivos de la red de salud y comunitaria, según corresponda su nivel de compromiso y complejidad.

Coordinar acciones de articulación dentro del establecimiento, con los dispositivos de la red de salud y atención psicosocial de la red local, e intersectorial, con foco en la continuidad de los cuidados del usuario.

Realizar acciones de seguimiento, monitoreo y evaluación de niños, niñas, adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial.

d. POBLACIÓN OBJETIVO

Niños, niñas, adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial entre 0 a 24 años de edad, en establecimientos de Atención Primaria de Salud.

Se entenderá por familias de alto riesgo psicosocial aquellas con integrantes con las siguientes condiciones en la Atención Primaria de Salud:

1. Depresión perinatal; esto es mujeres adolescentes y jóvenes gestantes, y púerperas con hijos menores de 1 año.
2. Situaciones de violencia; esto es niños, niñas y adolescentes, y jóvenes, víctimas de violencia, y/o maltrato.
3. Situaciones abuso sexual; esto es en NNA, y jóvenes, víctimas de abuso sexual.
4. Intentos de suicidio; NNA y jóvenes que consultan en urgencias, morbilidad médica, consultas y controles en general en el centro de salud de APS.
5. Accidentes debido al consumo problemático y/o dependencia de Alcohol y/o drogas vistos en las urgencias de APS.
6. Adolescentes gestantes.
7. NNA con trastornos psiquiátricos severos (Incluye Tr. Desarrollo)
8. NNA y jóvenes con vulneración de derechos
9. NNA y jóvenes con condiciones priorizadas según diagnóstico local.

Las acciones de acompañamiento de usuarios con atenciones en el nivel de especialidad deben ser consideradas en el programa cuando presentan dificultades de adherencia a su plan de tratamiento.

e. COMPONENTES DEL PROGRAMA Y ESTRATEGIAS

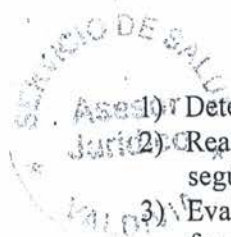
El programa tiene tres componentes principales, el primer componente contiene acciones de vinculación de las personas de familia con alto riesgo psicosocial con los servicios de salud basados en la atención primaria, el segundo componente acciones de articulación y coordinación de los distintos dispositivos disponibles para la atención de la persona con alto riesgo psicosocial con un enfoque de redes integradas de servicios de salud, y el tercer componente de seguimiento y monitoreo de las personas.

Componente N° 1: Acciones de vinculación con la atención de salud mental, de salud y la red comunitaria

Las estrategias de intervención en primera instancia deben desarrollar acciones de detección e identificación de las familias con integrantes de alto riesgo psicosocial, para su posterior evaluación, la cual debe definir la pertinencia del ingreso al programa, y la modalidad de acompañamiento.

El ingreso al programa tiene como propósito favorecer la vinculación con los servicios de atención de salud mental del propio establecimiento de APS como del resto de la red, según la complejidad. **Para ser considerado ingreso efectivo al programa, deberá contar con plan de Acompañamiento Psicosocial.**

Productos esperados del desarrollo del Componente:



- 1) Detección e identificación de NNA y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial.
- 2) Realización de evaluación de ingreso a aquellas que cumplen con los criterios de ingreso o inclusión según la modalidad correspondiente (según lo definido en el componente N° 3).
- 3) Evaluación de la situación al ingreso y egreso del estado de salud mental y el funcionamiento familiar.

Componente N° 2: Acciones de articulación

Las estrategias de intervención se concentran en acciones de articulación con los dispositivos de la red de salud como con los dispositivos de la red psicosocial ampliada e intersectorial. Los dispositivos de vinculación de la red de salud en el contexto de las Redes integradas de salud (RISS) son los dispositivos de especialidad como los Centros de Salud Mental Comunitarios, COSAM, CESAM, Servicios de Psiquiatría ambulatoria, entre otros. Los dispositivos de vinculación de la red intersectorial son las Oficinas de Protección de Derechos de Infancia y Adolescencia (OPD) vinculadas a las comunas y SENAME, los **Centros de la Mujer** que están centrados en contribuir en el ámbito local, a reducir la violencia contra la mujer, los centros están vinculados a las comunas y SERNAM, Escuelas y colegios, Programas Habilidades para la vida de JUNAEB, SENADIS, JUNJI, entre otros dispositivos y programas. También es importante realizar acciones de vinculación con organizaciones comunitarias, de familiares y de usuarios con el propósito de articulación y tener la oportunidad de indagar y explorar con la comunidad espacios de detección de familias con integrantes con alto riesgo que no han consultado con los dispositivos de salud. Es importante considerar la realización de un mapa de red y un plan de trabajo red.

Productos esperados del desarrollo del Componente:

- 1) Elaboración o actualización de Mapa de Red comunal, con las instituciones y organizaciones vinculadas a la atención de NNA y jóvenes que presentan riesgo psicosocial. Este mapa debe detallar las Instituciones y Organizaciones Comunitarias que se encuentran en el territorio cercano al Centro de Salud.
- 2) Realización derivaciones efectivas con los dispositivos de la red de salud relacionados con la trayectoria de las personas y familias ingresadas a programa.
- 3) Realización de reuniones con equipos pertenecientes a dispositivos del sector e intersector relacionadas con la trayectoria de las personas y familias ingresadas a programa, con el propósito de efectuar la continuidad de la atención de la persona y su familia.
- 4) Realización de reuniones con organizaciones comunitarias relacionadas con las personas ingresadas y familias ingresadas a programa.

Componente N° 3: Acciones de acompañamiento

El tiempo de intervención es de 9 a 12 meses, según las necesidades de cada uno de los usuarios y familias ingresadas al programa.

En este período, se debe llevar a cabo el plan de prestaciones mensual que incluyen visitas domiciliarias, contactos telefónicos regulares, actividades de coordinación y participación con el equipo de salud, reuniones de sector, reuniones clínicas, consultorías de salud mental, entre otros.

El programa entrega los recursos para la contratación de 22 horas de un/a profesional (idealmente Trabajador/a social), y para la contratación de 22 horas de Agente Comunitario. También incluye recursos para el financiamiento de la movilización, equipo telefónico y plan telefónico de al menos 1000 minutos para cumplir con los objetivos del componente.

Los criterios de ingreso o inclusión al Acompañamiento Psicosocial son NNA y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, según condiciones especificadas en la población objetivo del programa, y que no asisten al Centro de Salud o presentan problemas de adherencia al tratamiento otorgado por el Establecimiento.

Las acciones de éste componente se deben realizar en el contexto de la comunidad, esto es en el espacio domiciliario, establecimientos educacionales, espacios laborales, comunitarios y territoriales (junta de vecinos, centros comunitarios, etc.). el número de familias que tendrá a su cargo el profesional y el Agente Comunitario dependerá de la población a cargo que posee el Centro de Salud, resguardando que se cumplan las prestaciones que especifica el programa.

Tanto el profesional como el Agente Comunitario que llevará a cabo las acciones de acompañamiento deberá desarrollar múltiples competencias y mantener un amplio conocimiento del sistema local de provisión de servicios, de los programas, de los requisitos de acceso a cada uno de ellos, exige habilidades de valoración y capacidad de planificación y resolución de problemas flexible y creativa, y confidencialidad. Por lo anterior, ambos deberán participar de todas las acciones de capacitación generadas por el Servicio de Salud, con el fin de realizar adecuadamente su propósito.

Es importante que el Agente comunitario sea, en lo posible, reclutado entre las personas de la comunidad, de preferencia personas que sean parte de agrupaciones o de organizaciones comunitarias del sector.

Productos esperados del desarrollo del Componente:

- 1) Elaboración de un plan de acompañamiento conjunto con el equipo de sector.
- 2) Realización de visitas en domicilio y/o en el ámbito educacional, y/o laboral.
- 3) Capacitación al equipo de salud del establecimiento (Jornadas).
- 4) Evaluación participativa con usuarios y familias.

Comuna	Meta año 2017		TOTAL	25% Rural del total
	Nº Acompañamiento	Nº Acompañamiento Niños/as de 0 a 9 años (28%)		
Río Bueno	24	10	34	09

QUINTA:

El Servicio de Salud respectivo, evaluará el grado de desarrollo y cumplimiento del programa, conforme las metas contenidas en éste y en concordancia a los pesos relativos para cada componente, indicador y meta asociada. Las metas y el cumplimiento anual esperado del programa, con sus pesos relativos, se muestran en la siguiente tabla:

INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

1. Cumplimiento del Componente Vinculación a la atención de salud mental

Nº	Objetivo	Actividad	Indicador	Medio verificación	Meta	Ponderador
1	Brindar atención integral y oportuna a niños, niñas, adolescentes y jóvenes con problemas y trastornos mentales	Población en control en Programa de Acompañamiento Psicosocial	(Nº de NNA, y jóvenes bajo control en el Programa de Acompañamiento Psicosocial con Plan de Acompañamiento/ Nº de NNA, y jóvenes comprometidos a ingresar) x 100	REM P-06	80,00%	40%

2. Cumplimiento del Componente de Articulación:

Nº	Objetivo	Actividad	Indicador	Medio verificación	Meta	Ponderador
2	Brindar atención integral y oportuna a niños, niñas, adolescentes y jóvenes con problemas y trastornos mentales	Coordinación sectorial, intersectorial y comunitaria	((Nº Reuniones con Equipos Sector Salud realizadas/3 x Nº de NNA, y jóvenes comprometidos a ingresar) x 0,2 + (Nº Reuniones con Equipos Intersectoriales realizadas/ 2 x Nº de NNA, y jóvenes comprometidos a ingresar) x 0,3 + (Nº Reuniones con Organizaciones Comunitarias realizadas/ 6 x Nº de NNA, y jóvenes comprometidos a ingresar) x 0,5) x 100	REM A-06	80,00%	30%

3. Cumplimiento del Componente de Acompañamiento:

Nº	Objetivo	Actividad	Indicador	Medio verificación	Meta	Ponderador
3	Brindar atención integral y oportuna a niños, niñas, adolescentes y jóvenes con problemas y trastornos mentales	Acciones de Acompañamiento Psicosocial	((Nº Visitas Realizadas/8 x Nº de NNA, y jóvenes comprometidos a ingresar) x 0,8) + (Nº Acciones Telefónicas Realizadas/48 x Nº de NNA, y jóvenes comprometidos a ingresar) x 0,2) x 100	REM A-26	80,00%	30%

*Cada indicador tiene como cumplimiento máximo un 100%.



SEXTA:

Desde la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, se realizarán evaluaciones del desarrollo del Programa en los meses de abril, agosto y diciembre. En estas evaluaciones se solicitará la información del desarrollo de los componentes y se evaluará además en función de los indicadores y sus medios de verificación.

El Servicio de Salud a través de su referente técnico Andrea Santana Sánchez, del Sub-departamento de Salud Mental solicitará información respecto a la ejecución del programa en cada establecimiento. Así también, los equipos podrán tomar contacto con la referente técnico para solicitar información a través del correo electrónico andrea.santana@redsalud.gov.cl o teléfono 63 22685976- 63 22685977.

Primera Evaluación: Mes de Abril

Se efectuará con corte al **30 de abril**. La información deberá enviarse consolidada desde los Servicios de Salud a la División de Atención Primaria con fecha tope 12 de mayo, con el fin de pesquisar dificultades y corregirlas oportunamente, dando cuenta de:

- 1. Informe de recursos asignados para la contratación de:
 - a. Recursos humanos para el desarrollo del programa.
 - b. Servicios de apoyo de movilización necesarios para el desarrollo del programa.
 - c. Servicios de apoyo de telefonía necesarios para el desarrollo del programa, como por ejemplo:
 - i. Compra y/o arriendo de equipos.
 - ii. Contrato de minutos y plan de datos.
- 2. Informe de Diagnóstico Situacional, que incluya el Mapa de Red mencionado en el Componente N°2.

Segunda Evaluación: Mes de Agosto

Se efectuará con corte al **31 de agosto** del año en curso. De acuerdo a los resultados alcanzados por el programa se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si el cumplimiento de las metas del programa es inferior al 40% de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento global del Programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2° cuota del 30%
≥40%	0%
Entre 30 y 39,99 %	50%
Entre 20 y 29,99 %	75%
Menos de 20%	100%

Los municipios y establecimientos deberán informar al Servicio de Salud el desarrollo del programa a través de un informe parcial de avances emitido con fecha tope 05 de septiembre.

En relación a los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos anuales, entendido que el no cumplimiento a la fecha de corte definido resulta en la reliquidación del programa, excepcionalmente cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, la comuna podría apelar a la dirección del Servicio de Salud Valdivia, acompañado de un plan de trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez el Servicio de Salud, una vez analizada y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar al MINSAL la no reliquidación del programa.

No obstante, la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del programa al 31 de diciembre y las comunas mantiene en toda circunstancias la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período.

Tercera Evaluación: Mes de Diciembre

Se realizará con corte al **31 de diciembre**, fecha en que los establecimientos deberán tener el 100% de las prestaciones comprometidas por componente ejecutadas.

Los establecimientos y municipios deberán informar del cierre anual del programa y del desarrollo final obtenido en el informe final del programa.

Adicionalmente de las evaluaciones descritas, se podrá requerir el envío de informes de avances mensuales a los respectivos Servicios de Salud, y de éste, a la subsecretaría de Redes Asistenciales, del Ministerio de Salud, conforme instrucciones Ministeriales.

SÉPTIMA:

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación.



El Servicio de Salud determinará la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades del Programa y de acuerdo a la normativa vigente.

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 de 2017:**

- La primera cuota, correspondiente al **70%** de los fondos por un monto de **\$ 7.737.951.- (siete millones setecientos treinta y siete mil novecientos cincuenta y un 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, los cuales serán utilizados para la debida implementación de las actividades destinadas al cumplimiento de los objetivos señalados en el convenio.
- La segunda cuota correspondiente al **30%** de los fondos por un monto de **\$ 3.316.265.- (tres millones trescientos dieciséis mil doscientos sesenta y cinco pesos)**, se traspasará en el mes de octubre conforme al grado de cumplimiento del Programa, de acuerdo a la evaluación con corte al 31 de agosto del 2017, señalada en la cláusula sexta 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 décima 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.

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 periodo.
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 modificatorio 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 2017** 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
I. MUNICIPALIDAD DE RÍO BUENO

DR. PATRICIO ROSAS BARRIENTOS
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD VALDIVIA