

DECRETO ALCALDICIO Nº 1028

Casablanca, 12 FEB. 2018

VISTOS:



- 1.- Lo solicitado por Dirección de Salud Municipal.
- 2.- Convención denominada Convenio entre el Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio y la Ilustre Municipalidad de Casablanca, "Programa Acompañamiento Psicosocial en Atención Primaria de Salud año 2018".
- 3.- Lo instruido por la Directora del Subdepartamento de Atención Primaria del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio.
- 4.- Las facultades que me confieren la Ley 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

CONSIDERANDO:



- 1.- La conveniencia de celebrar Convención denominada Convenio entre el Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio y la Ilustre Municipalidad de Casablanca, "Programa Acompañamiento Psicosocial en Atención Primaria de Salud año 2018".
- 2.- Que dicho convenio reporta un beneficio inmediato y directo a usuarios y pacientes que son atendidos mediante el Departamento de Salud Municipal.
- 3.- Que la Directora del Subdepartamento de Atención Primaria del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio, en orden a consignar personerías en el presente acto administrativo.

DECRETO:

- I.- Apruébese Convención denominada Convenio entre el Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio y la Ilustre Municipalidad de Casablanca, "Programa Acompañamiento Psicosocial en Atención Primaria de Salud año 2018".
- II.- Se deja constancia, al tenor de lo instruido por la Directora del Subdepartamento de Atención Primaria del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio, que la personería de don Dagoberto Duarte Quapper, c.i. 6.490.681-k, para representar al Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio, rut 61.606.500-9 consta de Decreto Supremo Nº 144 de 2015 del Ministerio de Salud; y que la personería de don Juan Alfonso Barros Díez, c.i. 9.159.228-2, para actuar como alcalde subrogante, en nombre y representación de la I. Municipalidad de Casablanca, rut Nº 69.061.400-6, consta de Decreto Alcaldicio Nº 427 de fecha 18 de enero de 2018, los que no se insertan por ser conocidos de las partes y a su expresa solicitud.
- III.- La Dirección de Salud Municipal estará a cargo de la fiscalización del cumplimiento del presente convenio.

IV.- ANÓTESE, COMUNÍQUESE, Y ARCHÍVESE.

Leonel Bastamante González
Secretario Municipal
I. Municipalidad de Casablanca

Rodrigo Martínez Roca
Alcalde
I. Municipalidad de Casablanca

Distribución:
D. Salud
RMR/JABD/jrr





**SERVICIO DE SALUD
VALPARAÍSO SAN ANTONIO
SUBDEPARTAMENTO APOYO TRANSVERSAL Y ARTICULACIÓN DE LA RED
SECCIÓN SALUD MENTAL**
Int. N° 6 FECHA: 08/02/2018
Dr.DDQ/LZR/PLM/PVO/PLA/MGA/FMM/fmm

CONVENIO ENTRE I. MUNICIPALIDAD DE CASABLANCA Y SERVICIO DE SALUD VALPARAÍSO - SAN ANTONIO.

PROGRAMA ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL EN APS 2018

En Valparaíso, a 05 DE FEBRERO DE 2018 entre el **Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio**, persona jurídica de derecho público Rut: 61.606.500-9, domiciliado en Avenida Brasil 1435, Valparaíso, representado por su Director don **Dagoberto Duarte Quapper**, RUT 6.490.681-k, del mismo domicilio, en adelante "el Servicio" y la **Ilustre Municipalidad de Casablanca**, persona jurídica de derecho público Rut: **69.061.400-6** domiciliada **Constitución 111, Casablanca**, representada por su Alcalde don **Rodrigo Martínez Roca**, Rut: **9.901.641-8**, 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.

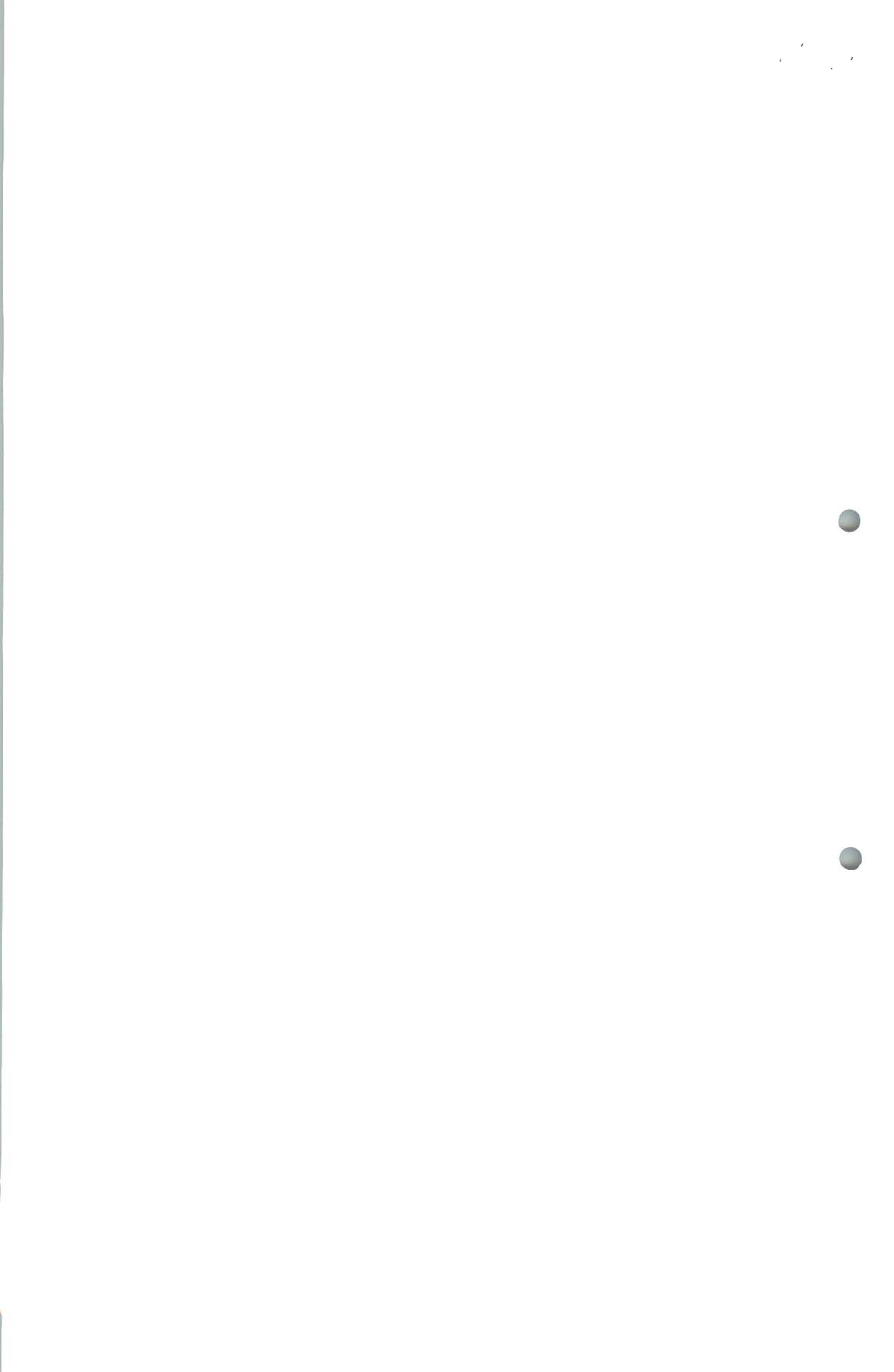
SEGUNDA: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud, en adelante MINSAL y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa de Acompañamiento Psicosocial en APS que es de ejecución anual y debe ser implementado íntegramente dentro del período establecido en el presente convenio.

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N° 1352/29.11.2017 del MINSAL**, asimismo, el Ministerio de Salud ha informado al Servicio, los recursos susceptibles de ser utilizados para la ejecución del programa a través de **Resolución Exenta N° 126/24.01.2018 del MINSAL**, documentos que las partes declaran conocer en todas sus partes con sus respectivas especificaciones técnicas y componentes.

El Programa tiene tres componentes principales. El primer componente contiene acciones de vinculación de las personas de familias con alto riesgo psicosocial con los servicios de salud basados en la APS. El segundo componente tiene 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. Finalmente, el tercer componente comprende acciones de acompañamiento y seguimiento a las personas.

El Programa, contempla la participación de las personas y sus familias en los distintos componentes del programa, ya sea en las acciones comunitarias de vinculación, de articulación, y en el acompañamiento y seguimiento.

Este Programa incorpora nuevas funciones en la gestión y atención de las personas con alto riesgo psicosocial en la APS, principalmente estas funciones son de un monitoreo intensivo, detección de casos de alto riesgo para disminuir las brechas de acceso y la prevención indicada en población específica. A su vez, incorpora recursos para el desarrollo de las



funciones específicas de vinculación, articulación, acompañamiento y seguimiento a través de un profesional y recursos para el desarrollo de funciones de detección de problemas psicosociales en la comunidad, seguimiento telefónico y visitas domiciliarias, a realizar por un Gestor Comunitario capacitado en estas funciones. Para la gestión del Programa y según el modelo de implementación local, las funciones pueden ser asumidas por funcionarios ya integrados en equipo de salud y/o por funcionarios contratados para estos fines. Asimismo, las funciones pueden ser distribuidas entre algunos funcionarios del equipo de salud, según la realidad local.

El Programa tendrá una alta interacción con los programas existentes en la APS como: Salud Mental en APS, Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial del Chile Crece Contigo, del Adolescente, Habilidades para la Vida de JUNAEB, y NNA con vulneración de derechos que deben ser integrados a la Red de Salud, entre otros. Con excepción del programa de JUNAEB, el resto de los programas está implementado en toda la APS del país. Por otro lado, se debe vincular a la familia con el servicio "Salud Responde" como una herramienta de soporte y consultas.

Las nuevas funciones profesionales deben ser asumidas preferentemente por profesionales de Trabajo Social y las funciones de detección comunitaria y seguimiento deben ser efectuadas por un Gestor Comunitario, el cual tendrá una capacitación acorde a las necesidades del Programa.

Cada establecimiento de APS que desarrolle el Programa debe facilitar la inserción de la estrategia dentro de la cartera de prestaciones asociadas a la atención de la población, integrado con el Modelo de Atención. Para lograr lo anterior resulta fundamental las actividades de difusión y coordinación al interior del Centro de Salud, como la coordinación y difusión con el resto de los dispositivos de la red a nivel local, esto es, los establecimientos de especialidad comunitaria de salud mental, como también los dispositivos de otros sectores, tales como educación, SENDA, SERNAM, SENAME, OPD, entre otros.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA Y POBLACIÓN

PROPÓSITO

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.

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.

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

POBLACIÓN OBJETIVO

Niños, niñas, adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, en establecimientos de Atención Primaria. Se entenderá por familias de alto riesgo psicosocial aquellas con integrantes que presenten alguna de 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 NNA 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 Trastornos del Desarrollo)
8. NNA y jóvenes con vulneración de derechos (Incluye población de NNA con atención en SENAME).
9. NNA y jóvenes migrantes en situación de vulnerabilidad (refugiados, víctimas de trata de personas, entre otros).
10. NNA y jóvenes con condiciones priorizadas según diagnóstico local.

Las acciones del programa con usuarios/as con atenciones en el nivel de especialidad, deben ser consideradas en el Programa cuando presentan dificultades de adherencia a su plan de tratamiento, así como también aquellos que han sido detectados desde el intersector, u otra vía distinta a la APS.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través "del Servicio", conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a 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, y para el cumplimiento de los siguientes componentes y estrategias:

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 manera en que se realizará el 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 un 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 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 también 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 Comunitaria, 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 al 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. Finalmente,

es igualmente importante considerar la realización de un mapa de red y un plan de trabajo en red.

Productos esperados del desarrollo del Componente:

- 1) Elaboración o actualización del 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 de 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 Nº 3: ACCIONES DE ACOMPAÑAMIENTO

El tiempo de intervención total del acompañamiento psicosocial será en promedio de 9 meses, según las necesidades de cada uno de los usuarios y familias ingresadas al Programa, considerando un rango mínimo de 6 y un máximo de 12 meses, según sea el caso. En este periodo, se debe llevar a cabo el plan de prestaciones mensuales que incluyen visitas, contactos telefónicos regulares, actividades de coordinación y participación con el equipo de salud, reuniones de sector, reuniones clínicas, consultorías integrales de salud mental, entre otros.

El programa entrega los recursos para la contratación de horas de profesional, de preferencia Trabajador Social, y para la contratación de horas de Gestor 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 las 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.

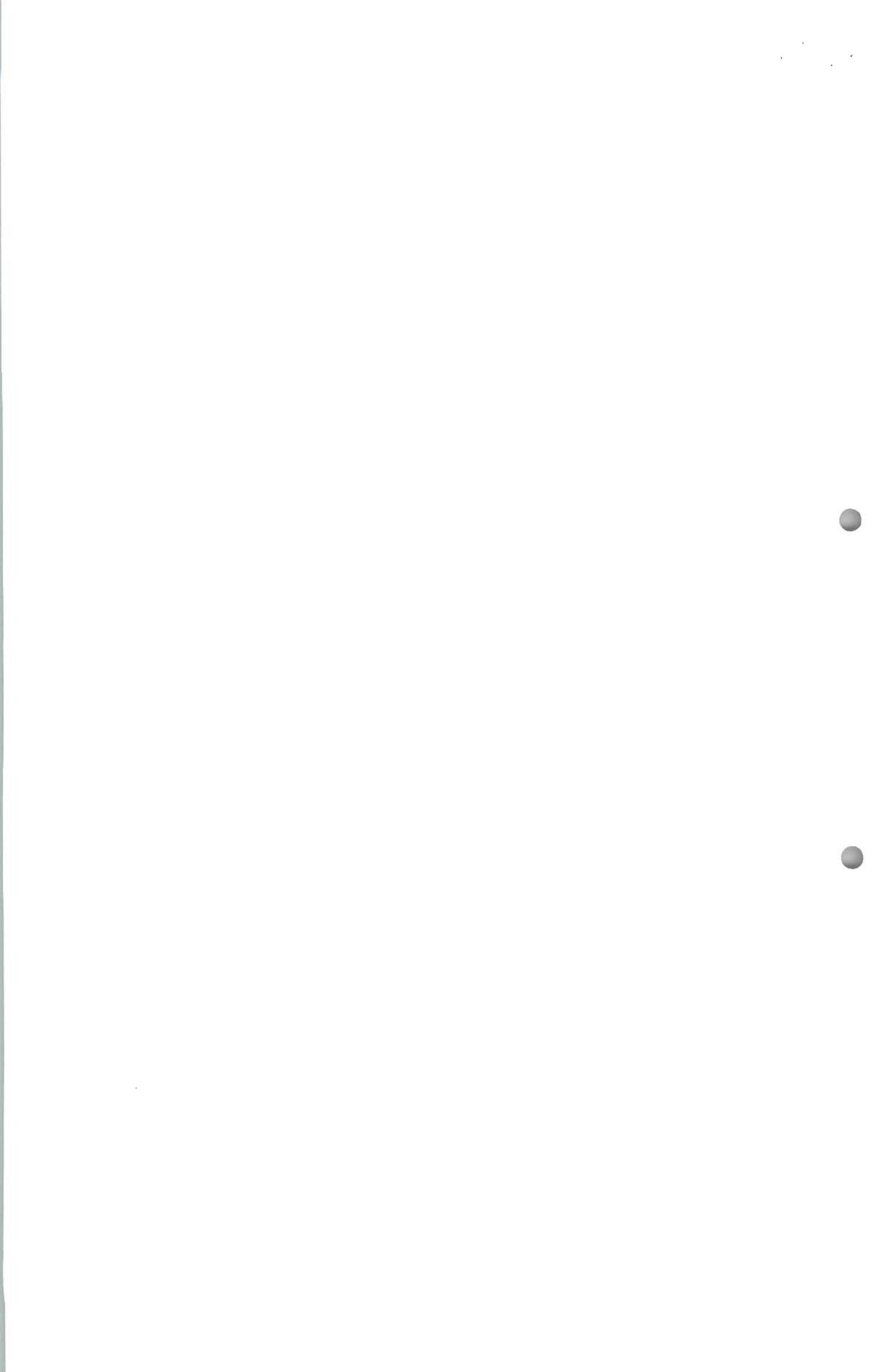
Las acciones de este componente se deben realizar en el contexto de la comunidad, esto es en el espacio domiciliario, establecimientos educacionales, espacios laborales, comunitarios y territoriales (junta de vecinos, centros comunitarios, etc.). El número de familias que tendrá a su cargo el Profesional y el Gestor Comunitario dependerá de la población asignada, resguardando que se cumplan criterios de cobertura establecidos entre el Servicio y la Municipalidad, y, de calidad respecto de las prestaciones que especifica el Programa

Tanto el profesional como el Gestor Comunitario que llevarán a cabo las acciones de acompañamiento deberán 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 Gestor Comunitario sea, en lo posible, reclutado entre las personas de la comunidad, de preferencia personas que sean parte de agrupaciones de autoayuda o de organizaciones comunitarias del sector.

Tanto el Profesional como el Gestor Comunitario deben interactuar constantemente en cada uno de los sectores del Centro de Salud, bajo la coordinación de los Jefes de Sector en cada CESFAM, con el fin de que las acciones del Programa cumplan con los lineamientos de cada Equipo Territorial. Las especificidades de las labores desarrolladas en este componente serán desarrolladas en las Orientaciones Técnicas del Programa de Acompañamiento Psicosocial y en el Manual del Gestor Comunitario, documentos que serán publicados por la División de Atención Primaria del MINSAL.

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) Realización de Acciones de Supervisión y Meta supervisión al interior de los Equipos de Sector.
- 5) Evaluación participativa con usuarios y familias.

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través "del Servicio", conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria de este convenio, la suma anual y única de **\$ 11.772.276 (Once Millones Setecientos Setenta y Dos Mil Doscientos Setenta y Seis pesos)** para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en el programa.

La Municipalidad se obliga a utilizar los recursos entregados para financiar y cumplir con los siguientes productos según cada componente:

Componente	Productos
ACCIONES DE VINCULACIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 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 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.
ACCIONES DE ARTICULACIÓN CON LA RED ATENCIÓN DE SALUD, INTERSECTORIAL Y COMUNITARIA	<ol style="list-style-type: none"> 1) Elaboración o actualización del 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 de 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.
ACCIONES DE ACOMPAÑAMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 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.

La "Municipalidad", se obliga a enviar al referente técnico del Subdepto. de Apoyo Transversal y Art. de la Red, la programación de los recursos transferidos por "El Servicio", en concordancia con la cláusula quinta del presente convenio, de acuerdo a los siguientes ítems:

ITEM	GLOSA
RECURSO HUMANO	Profesionales de las ciencias sociales (Trabajador Social, Psicólogo u otro afín) Técnico (Psicoeducación, Psicosocial, Social u otro afín) o Agente Comunitario.
MOVILIZACIÓN	Realización de visitas de acompañamiento a domicilio, a otros espacios de la comunidad y en las redes de salud y sociales
TELEFONÍA	Plan de voz para contactos telefónicos continuos con los usuarios y

	usuarias
MATERIALES DE OFICINA	Para el correcto resguardo de la información y documentación del programa y sus usuarios y usuarias

"La Municipalidad" se obliga a otorgar la cobertura definida en conjunto con "el Servicio", que corresponde en este caso **ingresar 35 niños, niñas, adolescentes y/o jóvenes** al programa, así como a cumplir las acciones señaladas por éste para estrategias específicas a implementar y otorgar las prestaciones señaladas para las personas válidamente inscritas en el establecimiento, de acuerdo a las metas fijadas en la cláusula sexta para cada componente del programa, como a mantener los recursos transferidos por "el Servicio" en una cuenta especial única para salud, cuyos movimientos podrán ser auditados permanentemente por parte de éste.

Los recursos serán transferidos en 2 cuotas (70% - 30%), la 1ª cuota contra total tramitación de la resolución que apruebe este convenio y la 2ª cuota contra el grado de cumplimiento especificado en la cláusula sexta.

QUINTA: En específico, la implementación del programa consistirá en la realización de las siguientes acciones y actividades, tanto en el ámbito de gestión y coordinación como en el asistencial,

PRIMERA EVALUACIÓN MES DE ABRIL:

INFORME DE PLANIFICACIÓN PRESUPUESTARIA Y DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LAS REDES DE APOYO DEL TERRITORIO ATENDIDO.

Deberá enviarse información consolidada por la "Municipalidad" al "Servicio" con fecha de corte 30 de abril de 2018, 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. Debe incorporar el currículo de las personas que ejecutan el programa, informando la remuneración mensual y el periodo de contratación.
- b. Servicios de apoyo de movilización necesarios para el desarrollo del programa. Debe incorporar orden de compra del servicio de Movilización, contrato u otro medio que permita conocer la disponibilidad de móvil que tendrá el equipo para el desarrollo de sus actividades. (de cancelarse bono de movilización debe quedar expresado y descrito)
- 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
- d. Servicios o adquisición de implementos, materiales o bienes, afines al desarrollo del Programa, previa autorización del Servicio de Salud correspondiente, de acuerdo a la normativa vigente.

2. Informe de Diagnóstico Situacional, que incluya el **Mapa de Redes** actualizado mencionado en el Componente N° 2. Este debe incorporar las redes sectoriales, intersectoriales y comunitarias que pueden ser objeto de articulación por parte del programa con las personas beneficiarias.

Estos documentos deben estar en poder de Servicio (Sección Salud Mental, Subdepto. Apoyo Transversal y Articulación de la Red) con fecha tope 7 de mayo de 2018, para su revisión, aprobación y envío a MINSAL.

SEGUNDA EVALUACIÓN: MES DE AGOSTO:

"La Municipalidad" deberá informar al "Servicio" respecto del desarrollo del Programa a través de un informe parcial de avances con corte al 31 de agosto de 2018, **Este documento debe estar en poder de Servicio (Sección Salud Mental, Subdepto. Apoyo Transversal y Articulación de la Red) con fecha tope Viernes 07 de**

septiembre de 2018, para su revisión, aprobación y envío a MINSAL. Este informe debe analizar por parte del equipo local su desempeño en relación a los cumplimientos de acciones y metas requeridos por el programa, dificultades para la implementación del programa en la interacción con las redes de salud, intersectoriales y comunitarias, así como otros elementos relevados por el equipo local, junto con el análisis local de los indicadores de cumplimiento de los distintos componentes, así como las estrategias locales y/o innovaciones incorporadas en la implementación del programa.

No obstante lo anterior, de acuerdo a los resultados obtenidos por el municipio, 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 50%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje de cumplimiento de metas del Programa	Porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos (30%)
≥ 50%	0%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Entre 20,00% y 29,99%	85%
Menos del 20%	100%

Excepcionalmente, y solo cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, la "Municipalidad" podría apelar al "Servicio", acompañando un **PLAN DE TRABAJO** que comprometa acciones y el cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez el "Servicio", 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" debe realizar la evaluación del Programa al 31 de diciembre de 2018, y las comunas mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período.

TERCERA EVALUACIÓN: MES DE DICIEMBRE

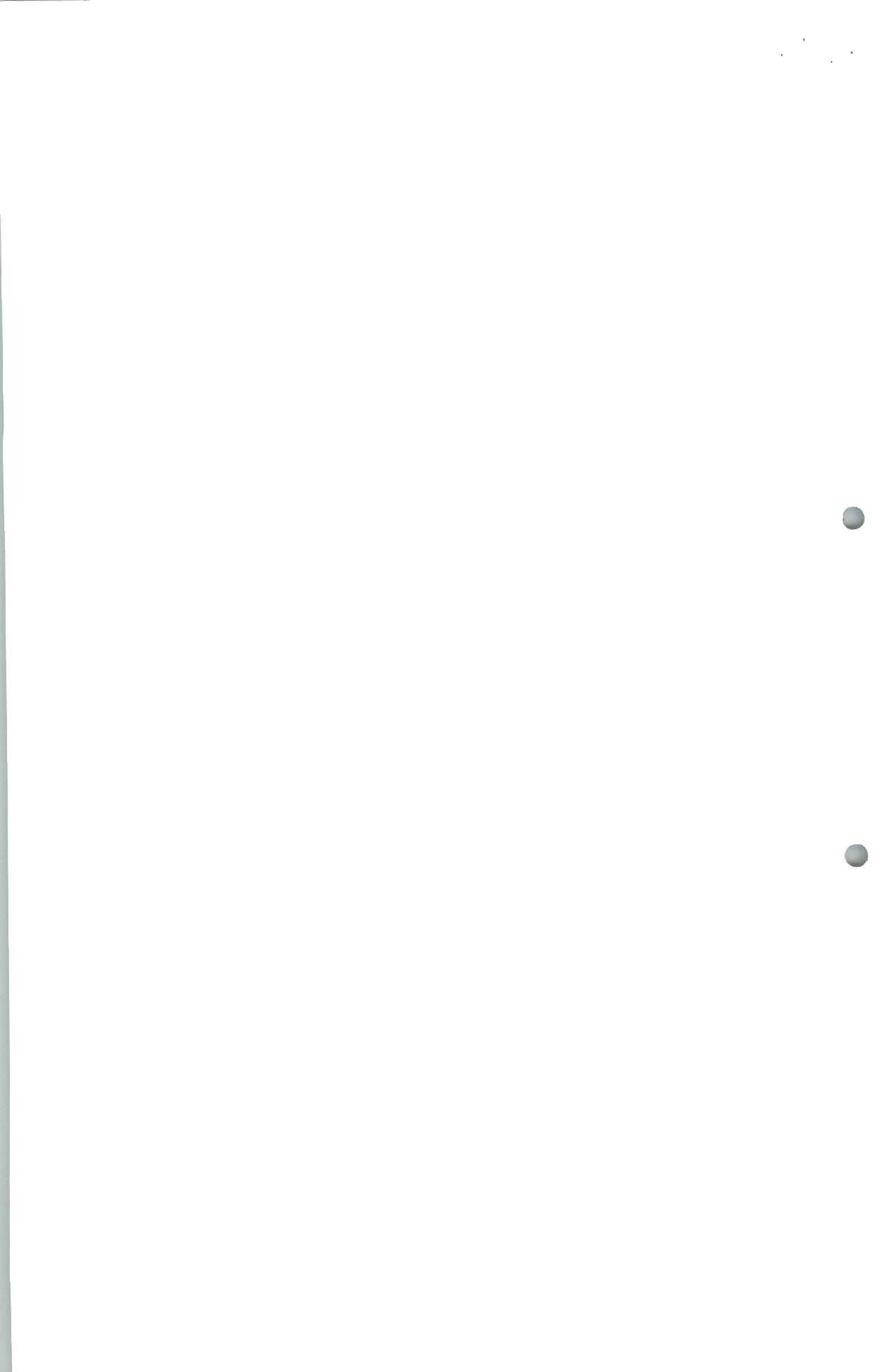
Se realizará con corte al 31 de diciembre de 2018, fecha en que los establecimientos deberán tener el 100% de las prestaciones comprometidas por componente ejecutadas. Los establecimientos y municipios deberán informar del cierre anual del programa y del desarrollo final obtenido en el informe final del programa, que deberá ser enviado a la Sección Salud Mental del Subdepto. de Apoyo transversal y Articulación de la Red, al día **Viernes 05 de Enero de 2019**. Adicionalmente de las evaluaciones descritas, se podrá requerir el envío de informes de avance a la "Municipalidad" que podrán ser solicitados por el "Servicio" de acuerdo a los requerimientos técnicos de MINSAL.

SEXTA: PLAN DE MONITOREO Y METAS

El Servicio 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:

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	$\{(N^{\circ} \text{ Reuniones con Equipos Sector Salud realizadas} + \text{Reuniones con Equipos Intersector realizadas}) / 5 \times N^{\circ} \text{ de NNA, y jóvenes bajo control} \times 0,5 + (N^{\circ} \text{ Reuniones con Organizaciones Comunitarias realizadas} / 4 \times N^{\circ} \text{ de NNA, y jóvenes bajo control}) \times 0,5\} \times 100$	REM A-06 REM P-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	$\{(N^{\circ} \text{ Visitas Realizadas} / 7 \times N^{\circ} \text{ de NNA, y jóvenes bajo control}) \times 0,8 + (N^{\circ} \text{ Acciones Telefónicas Realizadas} / 36 \times N^{\circ} \text{ de NNA, y jóvenes bajo control}) \times 0,2\} \times 100$	REM A-26 REM P-06	80,00%	30%

*Cada indicador tiene como cumplimiento máximo un 100%.

Finalmente, el no cumplimiento de las actividades y metas anuales (o al corte de Agosto), podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

Informe de cumplimiento y de reliquidación

Se hace presente para aquellas comunas que administren Salud Municipal, que no alcancen a cumplir con sus prestaciones proyectadas, el excedente de recursos podrá redistribuirse en el mes de Octubre hacia a aquellas comunas y establecimientos dependientes de mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de Agosto del año correspondiente.

En el caso de comunas, que reciben recursos adicionales, como parte de la redistribución que se realice en octubre, tendrán plazo hasta el 31 de diciembre del año en curso, para finalizar su ejecución.

SÉPTIMA: "El Servicio" a través de la Sección Salud Mental el Subdepartamento de Apoyo Transversal y Articulación de la Red, evaluará el grado de cumplimiento del Programa, efectuando un seguimiento y monitoreo periódico y regular, mediante los registros estadísticos mensuales (REM) y otros medios disponibles, de manera tal de fortalecer y fomentar el cumplimiento del Programa, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar un constante monitoreo y visitas técnicas, control y evaluación del mismo conforme a las metas definidas por la División de Atención Primaria del Minsal y el propio "Servicio". Lo anterior, sin perjuicio que "el Servicio" podrá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

OCTAVA: "El Servicio" requerirá a "la Municipalidad" los datos e informes relativos a la ejecución del Programa de acuerdo a lo suscrito en este instrumento, con los detalles y especificaciones que estime del caso, efectuando una constante supervisión, control y evaluación del mismo, velando bajo toda circunstancia por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de la Función de Auditoría. Sin perjuicio de lo anterior, estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 del 11 de marzo del 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos dentro de los quince primeros días hábiles administrativos del mes siguiente al que se informa, a fin de determinar la correcta inversión de los fondos otorgados y el cumplimiento de los objetivos previstos en la ley o en el acto que ordena la transferencia, lo que debe ser fiscalizado por "el Servicio".

NOVENA: Para el procedimiento de rendición de los fondos traspasados, se establece:

- a) "La Municipalidad" asume la obligación exclusiva e indelegable de rendir los fondos transferidos, en su calidad de receptora de los mismos.
- b) Los documentos originales de respaldo de los gastos deben ser inutilizados con una breve reseña que indique el programa de salud con el cual se financia el respectivo desembolso, y en el caso de boletas o facturas electrónicas, "la Municipalidad" debe solicitar a los proveedores que indiquen en ellos el nombre del programa con el cual se financia la adquisición.
- c) En las rendiciones de cuentas gastos, sólo se deben incluir los documentos pagados.
- d) El pago a los proveedores de los bienes y servicios adquiridos con los recursos entregados por "el Servicio" debe ser oportuno, no pudiendo exceder el plazo de 30 días.
- e) "La municipalidad" debe controlar la custodia de las fichas clínicas y el registro oportuno en ellas de las acciones de salud que se han otorgado a los pacientes

DÉCIMA: Finalizado el período de vigencia del presente convenio, los fondos transferidos pero no utilizados en el programa objeto de este instrumento, que son aquellos recursos no rendidos, observados y/o no ejecutados, deberán ser restituidos "al Servicio", lo que deberá realizarse a más tardar dentro de los 60 días hábiles posteriores a la expiración del presente instrumento.

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

DÉCIMA SEGUNDA: El presente convenio tendrá vigencia desde que se encuentre totalmente tramitada la resolución exenta que lo apruebe, hasta el 31 de diciembre del año 2018.

Las partes dejan constancia que por tratarse de un programa ministerial que se ejecuta durante todo el año en forma continua, las prestaciones descritas en éste se comienzan a otorgar desde el 1 de enero del año 2018, razón por la cual dichas atenciones se imputarán a los recursos que se transfieren en conformidad a lo señalado en el presente convenio y que el pago del costo de las atenciones efectuadas con anterioridad a la celebración del respectivo convenio, sólo procederá una vez que éste se encuentre totalmente tramitado.

DÉCIMA TERCERA: El presente convenio se firma en 3 ejemplares, quedando dos en poder "del Servicio", uno de "la Municipalidad".



DAGOBERTO DUARTE QUAPPER
DIRECTOR SERVICIO DE SALUD
VALPARAISO SAN ANTONIO

