



**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**  
**SUBDIRECCION DE GESTIÓN ASISTENCIAL**  
**DEPTO. DE FINANZAS SSI**  
**DEPTO. ASESORÍA JURIDICA**  
**DEPTO. ATENCIÓN PRIMARIA Y REDES**  
**PQR/FRM/OPR/CHO/ICT**

RESOLUCIÓN EXENTA N° 0975 /.

IQUIQUE,

**02 ABR. 2018**

**VISTOS,**

Lo dispuesto en el Decreto con Fuerza de Ley N° 01 del año 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, publicado en el Diario Oficial del 17/11/2001, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; D.F.L. N° 01/2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763 de 1979 y de las Leyes Nos. 18.933 y 18.469; Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria; Art.9 del Decreto N° 140/04, del Ministerio de Salud que aprobó el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud ; lo dispuesto en el artículo 55 bis, 56 y 57 inciso segundo de la Ley N° 19.378; artículo 6 del Decreto Supremo N°118 del 2007, del Ministerio de Salud; Decreto Exento N° 38/2018 del Ministerio de Salud, Resolución Exenta RA N° 425/64/2017 del Servicio de Salud Iquique, Resolución Exenta N° 1451/2017 el Ministerio de Salud, que aprueba Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil 2018, Resolución Exenta N° 235/2018 del Ministerio de Salud; que distribuye los recursos del citado Programa, Resolución N° 1600 de 2008, de la Contraloría General de la República.

**CONSIDERANDO:**

1.-Que, por Resolución Exenta N° 1451 del 15 de diciembre de 2017, el Ministerio de Salud aprobó el **“Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil 2018”**.

2.- Que, por resolución Exenta N° 235 del 28 de febrero de 2018, el Ministerio de Salud aprobó los recursos que financian el **“Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil 2018”**.

3.- Que, mediante convenio de fecha 28 de febrero de 2018, suscrito entre el Servicio de Salud de Iquique y la Municipalidad de Alto Hospicio, el Servicio le asignó a la Entidad Edilicia la suma de \$ **53.691.924.- (Cincuenta y tres millones seiscientos noventa y un mil novecientos veinticuatro pesos)** para realizar las acciones de apoyo relativas al **“Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil 2018”**.

**RESUELVO:**

1.-**APRUÉBASE** el convenio de ejecución del **“Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil 2018”**, suscrito entre el Servicio de Salud de Iquique, y la Municipalidad de Alto Hospicio.

2.-El convenio que se aprueba en virtud de este acto administrativo, se expresa en un documento de doce páginas, cuyo ejemplares suscritos por la Directora (T y P) del Servicio de Salud Iquique, Dra. María Vera Zamora y el Alcalde de la Municipalidad de Alto Hospicio D. Patricio Elías Ferreira Rivera, se distribuirán de conformidad a lo establecido en el referido convenio, una copia que, se mantendrá en Oficina de Partes del Servicio.

Todos los ejemplares del presente convenio deberán guardar estricta concordancia y ser consignados en los mismos términos.

3.-**IMPÚTESE** el gasto que irrogue el presente Convenio al ítem 24-03 298-002 “Reforzamiento Municipal del Presupuesto del Servicio de Salud de Iquique vigente”.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE, ARCHÍVESE.**



**DIRECTOR  
SRA. PATRICIA QUINTARD ROJAS  
DIRECTORA (S)  
SERVICIO DE SALUD DE IQUIQUE**

**RESUELVO:**


1.-**APRUÉBASE** el convenio de ejecución del “Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil 2018”, suscrito entre el Servicio de Salud de Iquique, y la Municipalidad de Alto Hospicio.

2.-El convenio que se aprueba en virtud de este acto administrativo, se expresa en un documento de doce páginas, cuyo ejemplares suscritos por la Directora (T y P) del Servicio de Salud Iquique, Dra. María Vera Zamora y el Alcalde de la Municipalidad de Alto Hospicio D. Patricio Elías Ferreira Rivera, se distribuirán de conformidad a lo establecido en el referido convenio, una copia que, se mantendrá en Oficina de Partes del Servicio.

Todos los ejemplares del presente convenio deberán guardar estricta concordancia y ser consignados en los mismos términos.

3.-**IMPÚTESE** el gasto que irrogue el presente Convenio al ítem 24-03 298-002 “Reforzamiento Municipal del Presupuesto del Servicio de Salud de Iquique vigente”.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE, ARCHÍVESE.**

  
DIRECTOR  
SRA. PATRICIA QUINTARD ROJAS  
DIRECTORA (S)  
SERVICIO DE SALUD DE IQUIQUE

Distribución:

Municipalidad de Alto Hospicio.  
División de Atención Primaria MINSAL  
- sdga.ssi@redsalud.gov.cl  
- jurídica.ssi@redsalud.gov.cl  
- pablo.morenor@redsalud.gov.cl  
- aps.ssi@redsalud.gov.cl  
- natalia.rivera.a@redsalud.gov.cl  
- macarena.parada@redsalud.gov.cl  
- Oficina de Partes SSI

Lo que transcribo a Ud. para conocimiento y fines pertinentes

  
MINISTRO DE FE  
MANDRA SEPÚLVEDA PADILLA  
MINISTRO DE FE



SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
 SUBDIRECCION DE GESTIÓN ASISTENCIAL  
 DEPTO. ASESORÍA JURIDICA  
 DEPTO. FINANZAS  
 DEPTO DE SALUD MENTAL  
 DEPTO. ATENCIÓN PRIMARIA Y REDES  
 MVZ/ICF/URV/CPH/CBC/HBI/MPS

**CONVENIO DE EJECUCIÓN  
 "PROGRAMA DE APOYO A LA SALUD MENTAL INFANTIL 2018"  
 ENTRE SERVICIO DE SALUD IQUIQUE Y LA MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO.**

En Iquique a 28 de febrero de 2018, entre el **SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**, persona jurídica de derecho público, RUT. 61.606.100-3 con domicilio en calle Aníbal Pinto Nº 815 de Iquique, representado por su Directora (T y P) **DRA. MARIA VERA ZAMORA**, chilena, Cédula Nacional de Identidad Nº 10.696.299-5, del mismo domicilio del servicio público que representa, en adelante el **"SERVICIO"**, por una parte, y por la otra, la **MUNICIPALIDAD DE ALTO HOSPICIO**, persona jurídica de derecho público, RUT 69.265.100-6, representada por su Alcalde **DON PATRICIO ELIAS FERREIRA RIVERA**, chileno, Cedula Nacional de Identidad Nº 10.481.059-4, ambos domiciliados en Ramón Pérez Opazo Nº 3125 de Alto Hospicio, en adelante el **"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 Nº 19.378, en su artículo 56 inciso final, 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 Nº 118 del 2007, 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:** El presente convenio se suscribe conforme a lo establecido en el decreto con fuerza ley Nº 1-3063, de 1980, del Ministerio de Interior y sus normas complementarias; a lo acordado en los convenios celebrados en virtud de dichas normas entre el **"SERVICIO"** y la **"MUNICIPALIDAD"**, especialmente el denominado convenio per cápita, aprobado por los correspondientes decretos supremos del Ministerio de Salud; y a lo dispuesto en la ley Nº 19.378, que aprueba el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

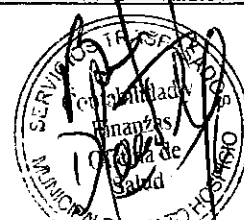
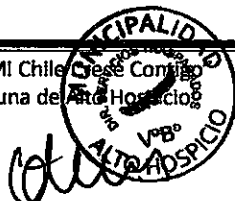
En septiembre del año 2009 se promulga la ley Nº 20.379 que crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza el Subsistema Chile Crece Contigo en el marco del Sistema de Protección Integral a la Infancia, denominado "Chile Crece Contigo", cuyo objeto es ofrecer a la población infantil un sistema integrado de intervenciones y servicios sociales que apoyen al niño, niña y su familia desde la gestación, entregándoles las herramientas necesarias para que desarrollen el máximo de sus potencialidades y capacidades, considerando el rol que desempeñan los padres, la comunidad y las instituciones públicas en la provisión de oportunidades y apoyos, se suscribió con fecha 01 de abril de 2011 un Convenio de Transferencia de Recursos entre el Ministerio de Planificación, el Ministerio de Salud y el Fondo Nacional de Salud, aprobado por decreto supremo Nº 41 y modificado por decreto supremo Nº 108 de 2011, del Ministerio de Planificación.

**TERCERA:** En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el **"Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil" (PASMI)** que forma parte del componente Salud del Subsistema Chile Crece Contigo; en adelante el **"PROGRAMA"**, a fin de contribuir a mejorar la salud de la población beneficiaria legal del Sector Público de Salud, aumentando la capacidad de respuesta oportuna de la atención primaria, a los problemas de salud por los cuales consultan las personas, para lograr una red de atención primaria más eficaz y cercana a éstas, contribuyendo de tal forma a mejorar los problemas de acceso y resolutiveidad de la atención de salud a la comunidad en el que participarán las partes, en conformidad a lo establecido en el presente convenio.

El referido **"PROGRAMA"** ha sido aprobado por Resolución Exenta Nº 1451 de 15 de diciembre de 2017, del Ministerio de Salud, anexo al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la **"MUNICIPALIDAD"** se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.



"PASMI Chile Crece Contigo  
 Comuna de Alto Hospicio



Se deja establecido que para los fines del presente convenio, la "MUNICIPALIDAD" administra entre otros establecimientos asistenciales de atención primaria, los siguientes dispositivos de salud: CESFAM Dr. Pedro Pulgar Melgarejo, CECOSF El Boro, CECOSF La Tortuga y los establecimientos que entrarán en funcionamiento durante este año.

**CUARTA:** El Ministerio de Salud, a través del "SERVICIO", conviene en asignar a la "MUNICIPALIDAD" recursos destinados a financiar todos o algunos de los siguientes componentes del "PROGRAMA":

**Componente N° 1: Atención integral a niñas y niños de entre 5 a 9 años, que presenten trastornos mentales.**

Este componente tiene como objetivo realizar una evaluación diagnóstica y proporcionar un tratamiento integral a niñas y niños que presenten trastornos mentales. El modelo de atención se profundiza en la Orientación Técnica de Gestión Intersectorial del "PROGRAMA" y en la Orientación Técnica de Salud Mental Infantil para los equipos de APS.

De forma complementaria, se pueden consultar los módulos de las guías de manejo de trastornos conductuales y trastornos del desarrollo del manual mhGAP (OPS/OMS) y acceder a los cursos online del MINSAL: "Instrucción a la Salud Mental Infantil y Atención Integral de Salud Mental Infantil de 5 a 9 años.

El presente "PROGRAMA" es componente de la extensión del Subsistema Chile Crece Contigo y se implementa en la APS, resultando importante consignar que el "SERVICIO" se adscribe al "Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitario" en toda la red asistencial, el cual releva la organización estratégica de la APS y su lugar en la red.

En este contexto, el presente "PROGRAMA" se integra, refuerza y apoya las acciones para la atención de las niñas y los niños que desarrolla el "Programa de Salud Mental Integral en la APS" ya implementado en la APS, y en interacción con los otros programas intersectoriales como el "Programa Habilidades para la Vida de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas" y la Red Intersectorial Chile Crece Contigo. Además de lo anterior, el "PROGRAMA", interactúa con el "Programa Vida Sana" y "Programa Piloto de Acompañamiento a niñas, niños y adolescentes con alto riesgo psicosocial en APS", el cual entrega herramientas que permiten hacer efectiva la labor de vinculación, monitoreo y seguimiento efectivo de la población más vulnerable que se atiende en un establecimiento de atención primaria, entre ellos, aquellos que han sufrido alguna vulneración de sus derechos.

El "PROGRAMA" refuerza los equipos de salud mediante la entrega de recursos para reforzar el componente de atención integral de salud. La "MUNICIPALIDAD", debe facilitar la inserción de la estrategia dentro de la cartera de prestaciones, por lo que es fundamental realizar actividades de difusión y coordinación al interior del centro de salud como 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 la Oficina de Protección de Derechos del Niño (OPD) y toda la Red comunal del "Chile Crece Contigo". Asimismo, Convivencia Escolar del Ministerio de Educación y el "Programa Habilidades para la Vida de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas" son los programas principales con los que se debe articular y coordinar el presente programa, debido a las intervenciones de salud mental que desarrolla en la escuela, tanto en promoción, prevención y detección de los problemas de salud mental de las niñas y los niños. Esta coordinación en el nivel local permitirá asegurar los mecanismos de comunicación, derivación y contra referencia en particular a la Unidad de Derivación del "Programa Habilidades para la Vida" que está enfocada en ejecutar la referencia hacia la red de salud. La descripción detallada de la articulación y coordinación con el "Programa Habilidades para la Vida", se describe en las Orientaciones Técnicas del presente "PROGRAMA".

**Estrategias para la Atención Integral del "PROGRAMA":**

**a) Evaluación Diagnóstica Integral:** Antes de poder planificar un plan de tratamiento, debe realizarse un adecuado diagnóstico para dirigir las intervenciones futuras y que sean atingentes. Por ello, el diagnóstico debe considerar todas las áreas de la vida del niño/a, incluyendo lo contextual, factores protectores y de riesgo basados en el modelo ecológico. Se espera que esto sea efectuado por los siguientes integrantes del equipo de salud: médico, psicólogo/a y trabajadora social. Este proceso de evaluación diagnóstica integral puede ser realizado en más de una sesión; por tanto, es necesario que esté incorporada en la programación del establecimiento.

Al ingresar al programa se deberá elaborar, en conjunto y en colaboración con los padres y/o cuidadores del paciente, un Plan de Tratamiento Individualizado, el que deberá ser efectuado por médico, psicólogo/a y asistente social. El Plan de Tratamiento Individualizado debe incluir: motivo de consulta co-construido entre él/la/los consultantes/s y el equipo de salud, objetivos del tratamiento, actividades, plazos (número de sesiones proyectada y frecuencia) y consentimiento informado.

Se espera que se efectúen consultas de salud mental semanales, al menos los tres primeros meses de iniciado el tratamiento, con el fin de favorecer la adherencia y aumentar la efectividad de las prestaciones.

**b) Tratamiento Integral:** Las prestaciones a desarrollar en el contexto del tratamiento son:

- I.- Consultas de salud mental individuales e Intervenciones Familiares.
- II.- Intervenciones psicosociales de grupo.
- III.- Intervención psicosocial en el contexto comunitario (barrio, colegio, trabajo, etc.).
- IV.- Visitas domiciliarias integrales (VDI)
- V.- Visitas a establecimientos educacionales.
- VI.- Trabajo con redes institucionales comunales (DIDECO, OPD, JUNAEB, etc.).

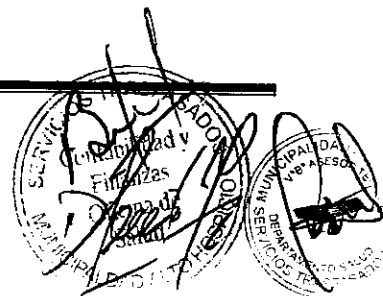


"PASMI Chile Crece Contigo"

Comuna de



Página 2



VII.- *Uso de herramientas diagnósticas con enfoque familiar, tales como genograma, eco-mapa, círculo familiar entre otras.*

*c) Derivación o referencia asistida:* entendida como continuidad de cuidados, donde se efectúan articulaciones entre establecimientos de distintos niveles de la red, a fin de obtener una atención de salud coherente y conectada en el tiempo.

*d) Alta terapéutica integral:* se deben cumplir los objetivos planteados en el Plan de Tratamiento Individualizado.

*e) Seguimiento:* en los casos que se requiera establecer contacto con los pacientes y/o sus familias, a fin de monitorear la evolución de la sintomatología del trastorno y los factores psicosociales a través del tiempo.

*f) Acceso a consultoría de salud mental:* el equipo de salud actúa en el rol de consultantes y el equipo de especialidad en salud mental comunitaria como consultor. La consultoría involucra también una importante responsabilidad del nivel primario, ya que en la práctica se constituye una meta-equipo, en el cual, a través del componente de enlace continuado y de la inclusión de aspectos de administración de los procesos clínicos, el nivel especializado se articula con éste para brindar continuidad e integralidad de cuidados a los usuarios.

*g) Coordinación intersectorial:* El programa forma parte de la extensión del Subsistema Chile Crece contigo con lo cual se espera mejorar la coordinación intersectorial entre los establecimientos educacionales, la red comunal y la APS, a través de un trabajo en red y de gestión integrada de casos.

**QUINTA:** Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del "SERVICIO", conviene en asignar a la "MUNICIPALIDAD", a partir de la fecha de total tramitación de la resolución aprobatoria del presente convenio, la suma única de **\$53.691.924 pesos (cincuenta y tres millones seiscientos noventa y un mil novecientos veinticuatro pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de los componentes señalados en la cláusula anterior, financiamiento que será proporcionado por el Ministerio de Salud para cubrir el periodo desde el 1 de abril de 2018 y hasta el 31 de marzo de 2019.

El gasto según el siguiente detalle:

GASTO	FINANCIAMIENTO PERIODO ABRIL 2018-MARZO 2019
Recurso Humano para atención directa de usuarios del "PROGRAMA": Psicólogo/a; Trabajador/a Social; Médico. Se debe considerar el ingreso al programa de niños/as que ya están en tratamiento bajo la atención regular del "Programa de Salud Mental Integral de APS" con el fin de mejorar la calidad de su tratamiento.	
Visitas Domiciliarias Integrales; Visitas a Establecimientos Educacionales; Otra salidas a terreno según Plan de Tratamiento: Incluye gastos de recursos humanos para: profesionales del "PROGRAMA" en extensión horaria según estrategia; chofer para movilización; combustible para móviles u otros servicios de movilización.	
Protección de horas profesionales para: Presentación de casos en reuniones de equipo de cabecera y articulación con la red comunal Chile Crece Contigo. Consultorías de Salud Mental.	
Impresión de Material: Incluye Anexo N°3 del presente convenio y otros instrumentos creados por el equipo ejecutor para el funcionamiento del "PROGRAMA"	
Otros: Según validación del Servicio de Salud Iquique mediante correo electrónico a: macarena.parada@redsdalud.gov.cl	
<b>TOTAL DE LA ESTRATEGIA</b>	<b>\$ 53.691.924</b>

**SEXTA:** La "MUNICIPALIDAD" está obligada a cumplir las coberturas definidas en este convenio, así como también se compromete a cumplir las acciones señaladas para las estrategias específicas.

Asimismo, está obligado a implementar y otorgar las prestaciones que correspondan a la atención primaria, señaladas en el "PROGRAMA".

La "MUNICIPALIDAD" está obligada a utilizar los recursos obtenidos según el siguiente detalle de objetivo, productos y metas específicos de cada componente, las que deberán ser ejecutadas en el periodo de tiempo de abril del año 2018 a marzo del año 2019, en el total de los establecimientos señalados en la cláusula tercera del presente convenio:



OBJETIVO	PRODUCTOS	Meta
Contribuir a elevar el nivel de salud mental de niños y niñas, mejorando su capacidad individual y colectiva para prevenir los trastornos mentales, como entregar la atención para su pronta recuperación, esto en términos de acceso, oportunidad y calidad de atención.	Niñas y niños ingresados a tratamiento por trastornos mentales.	525 ingresos de niños y niñas de entre 5 a 9 años en el periodo de abril a diciembre 2018
	Niñas y niños tratados por trastornos mentales. (Bajo control)	Población Bajo Control a diciembre 2018 de 873 niños y niñas de entre 5 a 9 años.
	Niñas y niños en tratamiento reciben continuidad de cuidados a través de un mayor número de controles de salud mental.	Población bajo control de 5 a 9 años con 6 controles de tratamiento.

**SEPTIMA:** El proceso de monitoreo y evaluación del cumplimiento del presente convenio por parte del "SERVICIO", se orienta a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del "PROGRAMA", con el propósito de mejorar la eficiencia y efectividad de sus objetivos.

Se realizarán dos evaluaciones durante la ejecución del "PROGRAMA," en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación.

- La primera **evaluación**, se efectuará en el mes de septiembre de 2018, y evaluará el corte de actividades al 31 de agosto de 2018, donde se deberá dar cuenta de los indicadores del presente convenio (ANEXO N°4) y de los recursos transferidos en razón del "PROGRAMA". El ANEXO N°4 deberá ser enviado al correo electrónico de Referente del Servicio de Salud Macarena Parada Soto, correo: macarena.parada@redsalud.gov.cl.

**Programa**  
**EL COMPLEMENTO FINANCIERO QUE SE REQUIERE DEL MONITOREO DE ACTIVIDADES**

Indicador	Unidad	Valor	Valor
...	...	...	...

**DESCUENTO DE RECURSOS SEGUNDO CATEGORIA:**

Indicador	Valor	Valor	Valor
...	...	...	...

**DESCUENTO DE RECURSOS SEGUNDO CATEGORIA POR LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA:**

Indicador	Valor	Valor	Valor
...	...	...	...

**DESCUENTO DE RECURSOS SEGUNDO CATEGORIA POR LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA:**

Indicador	Valor	Valor	Valor
...	...	...	...

**PLAN DE MONITOREO:**

Indicador	Valor	Valor	Valor
...	...	...	...

Según Compromiso de Trabajo

Conforme los resultados obtenidos en esta evaluación se harán efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre de 2018, si es que su cumplimiento es inferior a 40%, de acuerdo al siguiente cuadro:

PORCENTAJE CUMPLIMIENTO METAS DEL PROGRAMA	PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2ª CUOTA 30%
Mayor o igual a 40%	0%
Entre 30.00% y 39.99%	50%
Entre 20.00% y 29.99%	75%
Menos del 20%	100%

Excepcionalmente cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento inferior al 40%, la "MUNICIPALIDAD" podría apelar a la Dirección del "SERVICIO" enviando un Plan de Mejoras, el cual se encuentra integrado en el ANEXO N°4.

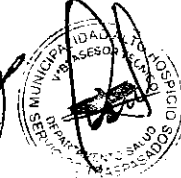
- La **segunda evaluación** se efectuará en el mes de enero de 2019, siendo el corte al 31 de diciembre de 2018. La evaluación comprenderá la entrega de un informe preliminar que dará cuenta del cumplimiento de las metas, en que el "PROGRAMA" deberá tener ejecutado el 100 % de las acciones comprometidas.
- La **tercera evaluación y final** será en el mes de abril, siendo el corte al 31 de marzo de 2019. Esta evaluación podrá determinar la devolución de recursos no ejecutados .la evaluación deberá dar cuentas de la continuidad del "PROGRAMA"

El "SERVICIO", podrá requerir el envío de informes de avances técnicos de carácter mensual y final. El resultado de los indicadores al mes de diciembre podrá tener incidencia en los criterios de asignación de recursos del año siguiente.

La evaluación del cumplimiento se realizará en forma global para el "PROGRAMA", por tanto, según el siguiente detalle:



ASMI Chile Crece contigo  
Comuna de









**DÉCIMO 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, independientemente de las atribuciones que le competen al "SERVICIO", 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 de Auditoría del "SERVICIO".

Por su parte, la "MUNICIPALIDAD" se compromete a proporcionar al "SERVICIO" todas las facilidades, informes y datos que sean requeridos para la evaluación del cumplimiento de las actividades y ejecución de los recursos en su formato original. El incumplimiento de la entrega de cualquier documento a que se refiere esta cláusula, requerido por el "SERVICIO", se pondrá en conocimiento de las autoridades de control, tanto interno como externo de la Administración del Estado, para que adopten las medidas consignadas en la normativa vigente.

**DÉCIMO TERCERA:** El presente convenio tendrá vigencia a partir de la total tramitación del acto administrativo aprobatorio del mismo y hasta el 31 de marzo de 2019 para la ejecución de las actividades comprendidas en este convenio, siendo el 22 de abril del 2019 la fecha límite para envío del informe final por parte de la "MUNICIPALIDAD." Sin perjuicio de lo anterior, podrá prorrogarse en forma automática en la medida que el presente programa cuente con disponibilidad presupuestaria según la ley de presupuestos del sector público del año respectivo. Para formalizar esta prórroga, el "SERVICIO" deberá dictar una resolución en la cual señale las metas y recursos disponibles para el nuevo periodo la que será notificada a la "MUNICIPALIDAD" para que manifieste por escrito su voluntad de aceptar las nuevas metas y presupuesto como asimismo prorrogar el convenio en dichos términos todo ello en un plazo de 10 días hábiles contados desde la recepción de la respectiva resolución; solo en tal caso se entenderá prorrogado automáticamente el convenio"

Considerando la necesidad de asegurar la continuidad de la atención y prestaciones de salud, las partes dejan constancia que por tratarse de un "PROGRAMA" ministerial que se ejecuta todos los años, las prestaciones descritas en éste se comenzaron a otorgar desde el 01 de enero de 2018, razón por la cual dichas atenciones se imputarán a los recursos que se transferirán en conformidad a lo señalado en el presente convenio. Lo anterior según se establece en la Ley de Bases N°19.880 artículo 52.

**DÉCIMO CUARTA:** Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el valor correspondiente a la parte transferida y no ejecutada, observada, no rendida o con incumplimiento de metas incluidas en el "PROGRAMA", objeto de este instrumento, deberá ser reintegrado por la "MUNICIPALIDAD" al "SERVICIO" dentro del mes de mayo de 2019.

Los fondos transferidos a la "MUNICIPALIDAD", solo podrán ser destinados a los objetivos y actividades que determine el programa en las cláusulas sexta y séptima del presente convenio.

**DÉCIMO QUINTA:** El registro de información, para efectos de prestaciones y solicitud u órdenes de atención, deberá realizarse en sistema de registro REM, RAYEN, SDRM y planillas normadas según corresponda, único medio de verificación de atención de pacientes FONASA.

**DÉCIMO SEXTA:** Las partes fijan su domicilio en la comuna de Iquique, sometiéndose a la competencia de sus tribunales de Justicia.

**DÉCIMO SÉPTIMA:** El gasto que irroque el presente convenio se imputará al ítem N° 11-40 50-602 "otros montos en administración".

**DÉCIMO OCTAVA:** La personería de la Dra. María Vera Zamora para representar al Servicio de Salud de Iquique, consta en el Decreto del Ministerio de Salud N° 18 del 31 de agosto de 2017, del Ministerio de Salud. La representación de Don Patricio Elías Ferreira Rivera para actuar en nombre de la Municipalidad de Alto Hospicio, emana del Decreto Alcaldicio N° 4322 del 6 de diciembre de 2016 de la Municipalidad de Alto Hospicio.

Dichos documentos no se insertan por ser conocidos de las partes.

**DÉCIMO NOVENA:** El presente Convenio se firma en tres ejemplares quedando uno en el poder del "SERVICIO", uno en poder de la "MUNICIPALIDAD", y otro en la División de Atención Primaria del MINSAL.

DON PATRICIO ELÍAS FERREIRA RIVERA  
ALCALDE  
MUNICIPALIDAD ALTO HOSPICIO

MINISTERIO DE SALUD  
DRA. MARÍA VERA ZAMORA  
DIRECTORA (T Y P)  
SERVICIO SALUD IQUIQUE



**Anexo 1: TITULO III Rendición de Fondos Entregados a Terceros Públicos**

**I.- IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO O ENTIDAD QUE TRANSFIRIÓ LOS RECURSOS**

DÍA	MES	AÑO
XX	XX	20XX

a) Nombre del servicio o entidad otorgante: \_\_\_\_\_

**II.- IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO O ENTIDAD QUE RECIBIÓ Y EJECUTÓ LOS RECURSOS**

b) Nombre del servicio o entidad receptora: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

Monto total transferido moneda nacional (o extranjera) a la fecha \_\_\_\_\_  
 Banco o Institución Financiera donde se depositaron los recursos \_\_\_\_\_  
 N° Cuenta Bancaria \_\_\_\_\_  
 Comprobante de Ingreso \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ N° comprobante \_\_\_\_\_

Objetivo de la Transferencia \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

N° de identificación del proyecto o Programa \_\_\_\_\_

Antecedentes del acto administrativo que lo aprueba: N° \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Servicio \_\_\_\_\_  
 Modificaciones N° \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Servicio \_\_\_\_\_

	Subtitulo	Item	Asignación
Item Presupuestario			
Cuenta contable			

Fecha de inicio del Programa o proyecto	XX	XX	20XX
Fecha de término	XX	XX	20XX
Período de rendición		XX	20XX

**III.- DETALLE DE TRANSFERENCIAS RECIBIDAS Y GASTOS RENDIDOS DEL PERÍODO**

MONTOS EN \$

a) Saldo pendiente por rendir del período anterior	0
b) Transferencias recibidas en el período de la rendición	0
c) <b>Total Transferencias a rendir</b>	0 (a + b) = c
<b>2. RENDICIÓN DE CUENTA DEL PERÍODO</b>	
d) Gastos de Operación	0
e) Gastos de Personal	0
f) Gastos de Inversión	0
g) <b>Total recursos rendidos</b>	0 (d + e + f) = g
h) <b>SALDO PENDIENTE POR RENDIR PARA EL PERÍODO SIGUIENTE</b>	0 (c - g)

**IV.- DATOS DE LOS FUNCIONARIOS RESPONSABLES Y QUE PARTICIPARON EN EL PROCESO**

Nombre del Funcionario _____	Nombre del Funcionario _____
RUT _____	RUT _____
Cargo _____	Cargo _____
Dependencia _____	Dependencia _____

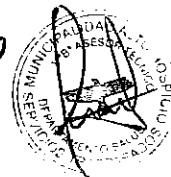
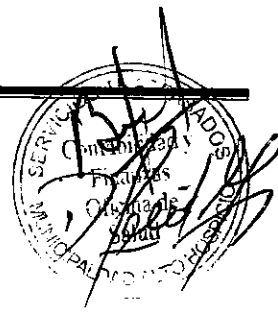
Firma y nombre del responsable de la Rendición

\* Cuando corresponda determinar el valor del tipo de cambio, se estará a aquel vigente al momento de realizarse la respectiva operación.

\*\*\*\* Anexo a este formato de rendición de cuentas se deberá acompañar en el mismo orden los antecedentes que respaldan las operaciones de la presente rendición de cuentas.



"PASMI Chile Crece Contigo"  
Comuna de Alto Hospicio







**ANEXO N°3**  
**TARJETON DE REGISTRO DE USUARIOS DEL PROGRAMA DE APOYO A LA SALUD MENTAL INFANTIL 2018**

Este instrumento es modificable. Su objetivo es contar con una herramienta para la identificación y seguimiento del usuario PASMI; poder evaluar el Plan de Intervención Individual, identificando inasistencias para el oportuno rescate del usuario. El Plan debe tener como mínimo: motivo de consulta co-construido entre él/la/los consultantes/s y el equipo de salud, objetivos del tratamiento, actividades, plazos (número de sesiones proyectada y frecuencia) y consentimiento informado



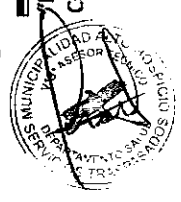
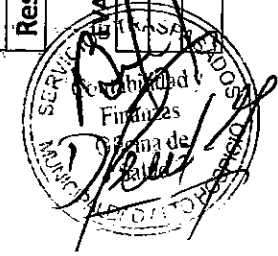
NOMBRE USUARIO		MOTIVO DE CONSULTA	
RUT			
FECHA DE NACIMIENTO			
USUARIO NUEVO	Si /No	USUARIO BAJO CONTROL PARA CONTINUIDAD	Si /No

**PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL:**

PROBLEMA A ABORDAR	OBJETIVO	ACTIVIDAD	PLAZOS

**SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES: Ingresar actividades programadas, registrar fecha y asistencia:**

ACTIVIDADES				Consultas de tratamiento: N° de consultas programadas: (indicar número)																	
Ej: Consulta de Ingreso Psicólogo/a	Ej: Psicodiagnóstico	Ej: Consulta Médico en dupla con Psicólogo/a	Ej: VDI de Ingreso	Fechas programadas: Asistencia marcar con X																	
Rescate por inasistencia	fecha	Observaciones																			



**EVALUACIÓN:**

ACTIVIDAD	LOGROS	NUEVA ACTIVIDAD

PASMI Chile Crece Contigo®  
 Comuna de Alto Hospicio

**ANEXO N°4**

**EL FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DEL PROGRAMA DE APOYO A LA SALUD MENTAL INFANTIL 2018**

Nº	Nombre indicador	Numerador	Denominador
1	Niñas y niños que ingresan a tratamiento	Nº de niñas y niños ingresados	Nº de niñas y niños comprometidos a ingresar
2	Niñas y niños en tratamiento por trastornos mentales (Bajo control)	Nº de niñas y niños en tratamiento por trastornos mentales	Nº de niñas y niños comprometidos a tratar por trastornos mentales
3	Concentración de controles de salud mental	Nº de controles de salud mental realizados a niños y niñas	Nº de niños y niñas en tratamiento por trastornos mentales

**DESCRIPCIÓN DE RECURSO HUMANO CONTRATADO:**

Identificación de Profesional	Nombre del profesional	Horas semanales contratadas	Valor mensual

**DESCRIPCIÓN DE ESTRATEGIAS DESARROLLADAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA:**

---



---



---



---



---

**DESCRIPCIÓN DE DIFICULTADES IDENTIFICADAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA:**

---



---



---



---

**\*PLAN DE MEJORAS:**

PROBLEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	META

**\*adjuntar cronograma de mejoras**



"PASMI Chile  
Comuna de Alto Hospicio"



