



SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
SUBDIRECCIÓN GESTIÓN ASISTENCIAL  
DEPTO ASESORIA JURIDICA  
DEPTO. FINANZAS  
DEPTO. ATENCIÓN PRIMARIA  
MVZ/JCT/CHD/CCA/AML/CE/ACT

RESOLUCIÓN EXENTA N° 0588.

IQUIQUE, 17 MAR. 2017

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; Artículo 8, 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 N° 22, de 2016, del Ministerio de Salud; Resolución Exenta N° 17 de 2017, del Ministerio de Salud; Ordinario N° 570 de 2017 que aprueba recursos, del Ministerio de Salud; Resolución N° 1600 de 2008, de la Contraloría General de la República.

CONSIDERANDO:

1.- Que, por resolución Exenta N° 17 del 9 de enero de 2017, del Ministerio de Salud se aprobó el "Programa de Salud Mental en la Atención Primaria de Salud", buscando reforzar la Atención Primaria brindando atención de salud mental integral con enfoque familiar y comunitario a la población, con acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, para su pronta recuperación, en términos de acceso, oportuno y de calidad de la atención, mediante el desarrollo de actividades de grupo de autoayuda y en el ámbito comunitario.

2.- Que, el Consultorio General Urbano Dr. Héctor Reyno integra la Red Asistencial del Servicio de Salud Iquique con un nivel de resolutivez definida como un establecimiento de atención primaria.

3.- Que, el Servicio de Salud Iquique ha convenido en asignar recursos al Consultorio General Urbano Dr. Héctor Reyno, dependiente del Servicio de Salud de Iquique, para la ejecución del "Programa de Apoyo a la Gestión en el Nivel Primario de Salud en Establecimientos Dependientes de los Servicios de Salud".

RESUELVO:

1.-APRUÉBASE la transferencia de recursos al Consultorio General Urbano Dr. Héctor Reyno, establecimiento dependiente del Servicio de Salud Iquique, para la ejecución del "Programa Salud Mental en la Atención Primaria de Salud", en la forma y condiciones que a continuación se detallan:

**Componente 1: Promoción de la Salud Mental.**

Productos esperados del desarrollo del componente

- 1) realización de talleres de promoción de la salud mental.

**Componente 2: Prevención de los factores de riesgo de la salud mental y de los trastornos mentales.**

Productos esperados del desarrollo del componente

- 1) Realización de talleres de prevención de la salud mental, y/o uso de sustancias, y/o violencia.
- 2) Realización de un plan de trabajo y colaboración con los grupos de autoayuda.

**Componente 3: Atención integral a personas con trastornos mentales.**

Productos esperados del desarrollo del componente

1) Brindar atención por trastorno mentales en (Cobertura)

- Trastornos depresivos
- Trastornos por consumo de sustancias
- Trastornos Hiperkinéticos
- Trastornos del Comportamiento y Emociones de inicio en la infancia y adolescencia.
- Otros trastornos mentales en niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores.

2) Altas terapéuticas

3) Desarrollo de un plan de trabajo de las consultorías planificadas en APS en coordinación con los centros de salud mental comunitaria especializados.

Todos los componentes antes descritos se deben implementar bajo las Orientaciones Técnicas Administrativas de Salud Mental vigentes y elaboradas por la División de Atención Primaria, las cuales además entregan mayores especificaciones para la implementación.

2.- Conforme a lo señalado en los números precedentes el Ministerio de Salud, a través del "SERVICIO", conviene asignar al "Consultorio General Urbano Dr. Héctor Reyno", desde la fecha de total tramitación de la resolución aprobatoria, la suma anual y única de **\$23.256.180 (Veintitrés millones doscientos cincuenta y seis mil ciento ochenta pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de los componentes señalados en la cláusula anterior. Los recursos tienen el siguiente detalle:

Subtítulo 21: Con un monto de \$17.696.652 (diecisiete millones seiscientos noventa y seis mil seiscientos cincuenta y dos)

Trabajador(a) Social o Psicólogo(a)	\$ 6.254	33	Enero a Febrero	\$ 825.528	\$ 1.651.056
Trabajador(a) Social o Psicólogo(a)	\$ 6.500	44	Marzo a Diciembre	\$ 1.144.000	\$ 11.440.000
Trabajador(a) Social o Psicólogo(a)			Total Aguinaldo Septiembre y Diciembre	\$ 0	\$ 91.596
Monitor(a) Terapias Complementarias	\$ 3.700	9	Abril a Diciembre	\$ 133.200	\$ 1.198.800
Monitor(a) Terapias Complementarias	\$ 3.700	8	Abril a Diciembre	\$ 118.400	\$ 1.065.600
Monitor(a) Terapias Complementarias	\$ 3.700	8	Abril a Diciembre	\$ 118.400	\$ 1.065.600
Extensión Médica	\$ 18.500	2	Abril a Noviembre	\$ 148.000	\$ 1.184.000
<b>Total</b>					<b>\$ 17.696.652</b>

Subtítulo 22: Con un monto de \$5.559.528 (cinco millones quinientos cincuenta y nueve mil quinientos veintiocho pesos), para la compra de la menos dos servicios de capacitación al equipo de salud para fortalecer competencias en prevención en salud mental, acordes al Modelo de Atención Integral en Salud con Enfoque Familiar y Comunitario. Así como también para la adquisición de materiales específicos para la realización de los talleres de promoción de la salud mental; y talleres preventivos salud mental, apoyo y colaboración con grupos de autoayuda.

Insumos	\$3.059.528
Capacitación Equipo de Salud Mental	\$2.500.000
<b>Total</b>	<b>\$5.559.528</b>

3.- El "Consultorio General Urbano Dr. Héctor Reyno", está obligado a cumplir las coberturas definidas en la presente resolución, 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".

El "Consultorio General Urbano Dr. Héctor Reyno" está obligado a utilizar los recursos obtenidos para el logro de las actividades y metas específicas, determinadas por el "PROGRAMA".

4.- El proceso de fiscalización y evaluación del presente convenio por parte del "SERVICIO", se realizará tres veces en el año según el siguiente detalle:

- La primera evaluación, se efectuará con fecha 05 en el mes de Mayo de 2017 con corte al 30 de Abril del año 2017. Con el fin de pesquisar dificultades y corregirlas oportunamente, dando cuenta de:
  1. Contratación de los recursos humanos para el desarrollo del programa.
  2. Acta de la primera reunión de trabajo de coordinación de salud mental de la red de establecimientos de la red de salud.
  3. Informe plan de trabajo con los grupos de autoayuda y planificación de consultorías.
- La segunda evaluación, se efectuará con fecha 05 en el mes de Septiembre de 2017 con corte al 31 de Agosto del año 2017. Conforme los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre de 2017, si es que su cumplimiento es inferior al 60% de acuerdo al siguiente cuadro:

PORCENTAJE CUMPLIMIENTO METAS DEL PROGRAMA	PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2ª CUOTA 30%
≥ 60%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	25%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%

- La tercera evaluación, se efectuará con fecha 09 en el mes de Enero 2018 con corte al 31 de Diciembre del año 2017. Fecha en que el "PROGRAMA" deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas por componente ejecutadas.

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

#### INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Nombre Indicador	Numerador	Denominador	Medio verificación	Meta (cumplimiento máximo 100%)	%
Talleres de promoción de salud mental	Nº de personas que ingresan a educación grupal año 2017  Menos  Nº de personas que ingresan a educación grupal año 2016	Nº de personas que ingresaron a educación grupal 2016	REM año 2017 - REM año 2016  REM año 2016	Aumentar los ingresos. Cumplimiento: Aumento mayor a 0,00% indica 100% cumplimiento. Ingresos se mantienen en 0,00% indica 50% cumplimiento. Disminución menor a 0,00% (negativo) indica 0% cumplimiento.	15%
Talleres preventivos/ educativos de salud mental	Nº de personas que ingresan a educación grupal año 2017  Menos  Nº de personas que ingresan a educación grupal año 2016	Nº de personas que ingresan a educación grupal 2016	REM año 2017 - REM año 2016  REM año 2016	Aumentar los ingresos. Cumplimiento: Aumento mayor a 0,00% indica 100% cumplimiento. Ingresos se mantienen en 0,00% indica 50% cumplimiento. Disminución menor a 0,00% (negativo) indica 0% cumplimiento.	15%
Cobertura de atención integral de trastornos mentales en personas de 5 años y más.	Nº de personas con diagnóstico de trastorno mental en tratamiento (bajo control)	Nº de personas de 5 y más años esperados según prevalencia* x 100  * Prevalencia estimada de trastornos mentales de 22% de las personas de 5 y más años.	REM año 2017	Meta de cobertura comprometida 10% - 17%	20%
Altas terapéuticas de personas con diagnósticos de trastornos mentales	Nº de personas egresadas por alta terapéutica.	Nº de personas egresadas por alta terapéutica periodo anterior	REM año 2017 - REM año 2016  REM año 2016	Aumentar las altas. Cumplimiento: Aumento mayor a 0,00% indica 100% cumplimiento. Ingresos se mantienen en 0,00% indica 50% cumplimiento. Disminución menor a 0,00% (negativo) indica 0%	20%

				cumplimiento.	
Concentración de controles de Salud Mental	Nº de controles de salud mental totales realizadas (incluye psicoterapia, Psicodiagnóstico e ingreso)	Número de personas bajo control en el programa por trastornos mentales a la fecha de la evaluación	REM año 2017 - REM año 2016 REM año 2016	Aumentar los controles respecto del al año anterior. Cumplimiento: Aumento mayor a 0,00% indica 100% cumplimiento. Ingresos se mantienen en 0,00% indica 50% cumplimiento. Disminución menor a 0,00% (negativo) indica 0% cumplimiento.	10%
Plan de trabajo de consultorías y de colaboración con grupos de autoayuda	Informe de Plan de trabajo de consultorías y de colaboración con grupos de autoayuda entregados	Dos informes de Plan de trabajo de consultorías y de colaboración con grupo de autoayuda:  Informe Nº1: Entrega el 30 de abril con lo planificado.  Informe Nº2: Entrega evaluación el 31 diciembre con lo ejecutado	Informes entregados Informe Nº1 y Nº2.  (Los informes son de elaboración local y entregados al referente de salud mental APS del SSI.	Cumplimiento del 100% al entregar los informes correspondientes según fecha de corte evaluación del programa. 50% entrega de un solo informe, 0% cumplimiento sin entrega de informes.	20%

Los datos considerados en ambas evaluaciones del "PROGRAMA" serán recopilados por el Departamento de Atención Primaria del Servicio de Salud Iquique, mediante solicitud de informes y visitas inspectivas por parte de referentes técnicos del "SERVICIO".

Referido a los registros de información, para efectos de prestaciones y solicitud u órdenes de atención, éstas deberán ser registradas en REM, RAYEN, SIGGES, según corresponda, único medio de verificación de atención de pacientes FONASA.

El "SERVICIO" evaluará el cumplimiento de las actividades del "PROGRAMA" y realizará recomendaciones para su correcta ejecución. Deberá efectuar, a través del Departamento de Auditoría, la fiscalización del uso correcto y adecuado de los recursos, mediante visitas inspectivas, solicitud de informes de avances mensuales y demás medios previstos por las normas y procedimientos de auditoría de conformidad con la normativa vigente.

5.- Los recursos mencionados en el numeral cuatro financian exclusivamente las actividades relacionadas al "PROGRAMA", teniendo presente la definición de objetivos, estrategias, metas e indicadores. Los recursos se entregarán en dos cuotas, de acuerdo a la siguiente manera y condiciones:

- La primera cuota, \$16.279.330 (Dieciséis millones doscientos setenta y nueve mil trescientos treinta pesos) correspondiente al 70% del total de los recursos del convenio una vez tramitada la resolución exenta que aprueba el presente instrumento y recibidos los recursos desde el Ministerio de Salud.
- La segunda cuota, \$6.976850 (Seis millones novecientos setenta y seis mil ochocientos cincuenta pesos) corresponderá al 30% restante del total de recursos y se enviará en el mes de octubre. Según resultados obtenidos en la segunda evaluación definida en la cláusula anterior.

6.- El "SERVICIO", requerirá al "Consultorio General Urbano Dr. Héctor Reyno", el envío de un informe financiero mensual respecto de los gastos ejecutados que deberá ser remitido el décimo quinto día hábil del mes siguiente al Departamento de recursos Financieros del "SERVICIO" así mismo, el "Consultorio General Urbano Dr. Héctor Reyno" deberá preparar un informe financiero final en las siguientes fechas:

- 1° informe final: Fecha límite 30 de enero de 2018, el que deberá señalar, el monto total de los recursos recibidos, el monto detallado de la inversión realizada y el saldo disponible al 31 de diciembre del 2017, y en consecuencia de existir remanente, proceder a su reintegro al "SERVICIO".



Dicho informe Financiero Final, deberá ser presentado a través de los formularios de Rendición de Cuentas que se adjuntan en los Anexos N° 3 y Anexo N° 4, los cuales deberán informar sólo gastos que tengan documentación de respaldo, y que se encuentren en estado devengado y pagado. Asimismo toda la documentación de respaldo deberá estar disponible toda vez que el "SERVICIO" así lo requiera para su auditoría en caso de ser necesario.

Sin perjuicio de lo anterior el "SERVICIO" implementará una plataforma electrónica para facilitar el sistema de rendiciones el cual será informado oportunamente, que reemplazará el actual sistema y será obligatorio desde el momento en que se formalice, de acuerdo al procedimiento que el servicio determine.

Ambos anexos deberán remitirse al Departamento de Recursos Financieros del "SERVICIO", en las fechas definidas en el párrafo anterior.

Este formulario contiene varias secciones para el registro de datos:
 

- 1. IDENTIFICACIÓN DEL SERVIDOR O SERVIDORA QUE PRESENTA LOS GASTOS:** Incluye campos para nombre, cargo, y departamento.
- 2. INFORMACIÓN DEL SERVIDOR O SERVIDORA QUE PRESENTA LOS GASTOS:** Incluye datos de contacto y laboral.
- 3. DATOS DE TRANSFERENCIAS DE GASTOS EFECTUADOS EN PERÍODO:** Una tabla para registrar transferencias.
- 4. DATOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS RESPONSABLES Y QUE PARTICIPAN EN EL PROYECTO:** Campos para nombre, tipo, y dirección de los establecimientos.

Tabla de rendición de cuentas con 10 columnas y 20 filas. El encabezado de la tabla no es legible debido a la calidad de la imagen, pero la estructura es típica de un detalle de gastos.

\* Este formulario debe ser presentado en el momento de la entrega de los gastos y debe ser acompañado de la documentación de respaldo correspondiente.

7.-Será de responsabilidad del Director del **Consultorio General Urbano Héctor Reyno**, dar cumplimiento a las formalidades y plazos para la entrega del informe financiero, rendición de gastos y el cumplimiento de los componentes, coberturas y objetivos del Programa, para lo cual deberá adoptar todas las medidas que correspondan.

8.-IMPÚTESE el gasto que irrogue la presente resolución al ítem N° 11 403 04 "Anticipo a Establecimientos" de la Dirección del "SERVICIO". A su vez el "Consultorio General Urbano Héctor Reyno" deberá cargar el gasto al subtítulo 21 y subtítulo 22 con cargo de ese establecimiento.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, ARCHÍVESE

**DRA. MARIA VERA ZAMORA**  
 DIRECTORA (T Y P)  
 SERVICIO DE SALUD DE IQUIQUE

**Distribución:**

- C.G.U. Héctor Reyno
- ☒ División de Atención Primaria MINSAL
- ☒ Subdirección de Gestión Asistencial
- ☒ Departamento Jurídica, SSI
- ☒ Departamento de Finanza SSI
- ☒ claudio.barraza@redsalud.gov.cl
- ☒ natalia.rivera@redsalud.gov.cl
- Oficina de Partes SSI de Partes.

Lo que transcribo a Ud. Para su conocimiento y fines pertinentes

**Sr. Jofre Rojas**  
 MINISTRO DE FE(S)

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

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 en \$ o US\$\*

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 \_\_\_\_\_

	Subtítulo	Item	Asignación
Item Presupuestario			
O 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) **Total Transferencias a rendir** **0** (a+b) = c

**2. RENDICIÓN DE CUENTA DEL PERÍODO**

- d) Gastos de Operación 0
- e) Gastos de Personal 0
- f) Gastos de Inversión 0
- g) **Total recursos rendidos** **0** (d+e+f) = g
- h) **SALDO PENDIENTE POR RENDIR PARA EL PERÍODO SIGUIENTE** **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.

