ILUSTRE MUNICIPALIDAD
COMUNA DE
LA LIGUA

SECRETARÍA MUNICIPAL

DECRETO ALCALDICIO N° 1290

LA LIGUA, 04 JUN 2026

MAT.: Convenio Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en la Red Asistencial – PADBP (Chile Crece Contigo)

VISTOS:

1. Las facultades contenidas en la Ley N° 18.695, "Orgánica Constitucional de Municipalidades", y sus modificaciones posteriores.
2. La Resolución N° 36, del 2024, y N° 8, del 2025, de la Contraloría General de la República, que fija normas sobre exención del trámite de toma de razón.
3. La Sentencia de Proclamación, de fecha 30 de noviembre de 2024, del Tribunal Electoral Regional de Valparaíso, que proclama como Alcalde de la Ilustre Municipalidad de La Ligua al Sr. Patricio Pallares Valenzuela.
4. Decreto Alcaldicio N° 10121, de fecha 31 de diciembre de 2025, que designa subrogancia del Sr. Alcalde.
5. Decreto Alcaldicio N° 1135, de fecha 31 de enero de 2024, que designa subrogancia en la Secretaría Municipal.
6. Resolución Exenta N° 2160, de fecha 13 de marzo de 2026.
7. Convenio Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en la Red Asistencial – PADBP (Chile Crece Contigo), de fecha 24 de febrero de 2026.

CONSIDERANDO:

1. Que, con fecha 24 de febrero de 2026, la Ilustre Municipalidad de La Ligua y el Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota suscribieron Convenio Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en la Red Asistencial – PADBP (Chile Crece Contigo).

2. Que, dicho Convenio fue aprobado por Resolución Exenta N° 2160, de fecha 13 de marzo de 2026, del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota.

Por tanto, y en atención a las consideraciones pretéritamente expuestas,

DECRETO:

1. APRUÉBESE Y RATIFÍQUESE el Convenio Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en la Red Asistencial – PADBP (Chile Crece Contigo), de fecha 24 de febrero de 2026, suscrito entre la Ilustre Municipalidad de La Ligua y el Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota.

2. DÉJESE CONSTANCIA que el texto del convenio forma parte integrante del presente Decreto.

3. IMPÚTESE el gasto que pueda generar el presente Decreto al ítem que corresponda del presupuesto vigente del Departamento de Salud Municipal.

4. TÉNGASE PRESENTE que, en virtud del artículo 52 de la Ley N° 19.880, lo dispuesto en el punto 1 del presente acto administrativo rige con efecto retroactivo ya que produce consecuencias favorables para los interesados y no lesiona derechos de terceros.

ANÓTESE, REGÍSTRESE Y ARCHÍVESE.

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LA LIGUA
SECRETARIA MUNICIPAL

María Ignacia Ibacache Gallardo
SECRETARIA(O) MUNICIPAL

I. MUNICIPALIDAD DE LA LIGUA
ALCALDE

Patricio Pallares Valenzuela
ALCALDE

DISTRIBUCIÓN:
- DESAM
- DAF
- Oficina de Partes
- Correlativo

PPV/MIG.-

RECIBIDO
28 MAY 2026
13:50
A.M. P.M.

RECIBIDO
15:30
29 MAY 2026
ALCALDIA
A.M. PM.

RECIBIDO
09:45
04 JUN 2026
SECRETARIA MUNICIPAL
A.M. P.M.

EXAMINADO
29 MAY 2026
CONTRALORIA
LALIGUA

I. MUNICIPALIDAD
CONTRALOR MUNICIPAL
LA LIGUA

INT. 146-2026 LA LIGUA

Correlativo: 2160 / 13-03-2026

Documento firmado por:

Nombre	Establecimiento	Cargo
Andrea Pilar Quiero Gelmi	DIRECCIÓN SSVQ	Director Servicio Salud

Documento visado por:

Nombre	Establecimiento	Cargo
Nicolás Alberto Guzmán Mora	DIRECCIÓN SSVQ	Abogado
Hernan Alberto Montiel Peralta	DIRECCIÓN SSVQ	Profesional Y Técnico Universitario
Rodrigo Alexis Fernández Navarrete	DIRECCIÓN SSVQ	Director Aps
Javiera Paz Arriagada Pfaff	DIRECCIÓN SSVQ	Enfermera

I. MUNICIPALIDAD DE LA LIGUA
OFICINA DE PARTES
19 MAR 2026
Folio: 3 N°: 013
Func.:

Verificar: https://verificar.ssvq.cl/

Folio: 1JJ-KDF-R6G

Código de verificación: QTD-S5T-JJE

Documento Firmado Digitalmente SSVQ



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD
VIÑA DEL MAR - QUILLOTA - PETORCA
DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA
INT. N°146 de fecha 12.03.2026

RESOLUCION EXENTA N° (E)

VIÑA DEL MAR,

VISTOS:

- Lo dispuesto en la Ley N°18.575 sobre Bases de la Administración del Estado, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N°1/19.653, publicado con fecha 17 de noviembre de 2001. Lo dispuesto en el DFL N°29 (Hacienda), publicado con fecha 16 de marzo de 2005, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N°18.834, sobre Estatuto Administrativo. Lo dispuesto en la Ley N°19.880 que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado. Lo dispuesto en la Ley N°19.378 de 1995 que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, y el Decreto Supremo N°118 de 2007, del Ministerio de Salud. La Resolución N°36/2024 de la Contraloría General de la República, que fija Normas sobre Exención del Trámite de Toma de Razón. Las facultades que al suscrito otorgan el D.F.L. N°1/2005 (Salud), publicado en el Diario Oficial con fecha 24 de abril de 2006, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2763, de 1979 y de las Leyes N°18.933 y N°18.469; DL N°1.263, del año 1975; Ley N°21.796 de fecha 12 de diciembre de 2025, que fija el presupuesto nacional para el año 2026; conjuntamente con los Decretos Supremos N°140/2004, N°52/2022 y N°26/2025, del Ministerio de Salud. Ley N°21.784/2025 que modifica la denominación del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca.

CONSIDERANDO:

1. Que, 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, emana 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 de cambio a un nuevo modelo de atención; el Ministerio de Salud ha decidido impulsar el **Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en la Red Asistencial – PADBP (Chile Crece Contigo).**

2. Que, el referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N° 176 del 19 de febrero de 2025, y Oficio CP N°28081/2025** que indica vigencia del mismo para el año 2026, ambos documentos del Ministerio de Salud. La asignación de recursos fue aprobada por **Resolución Exenta N° 239 del 24 de febrero de 2026**, del Ministerio de Salud, la cual distribuye los recursos financieros del programa en base a la Ley de presupuesto vigente del año 2026, y que la municipalidad declara conocerlos y se compromete a ejecutar conforme a sus componentes.

3. Que, conforme con lo señalado precedentemente, el Ministerio de Salud a través del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca, conviene en transferir a la **I. Municipalidad de La Ligua** como entidad administradora de salud municipalizada,

los recursos destinados a implementar el **Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en la Red Asistencial – PADBP.**

4. El Convenio suscrito con fecha 24 de febrero de 2026, entre el Servicio de Salud Viñadel Mar-Quillota-Petorca y la **I. Municipalidad de La Ligua**, en virtud del cual la I. Municipalidad se compromete a desarrollar el **Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en la Red Asistencial – PADBP.**

RESUELVO:

1. **APRUÉBESE,** el convenio celebrado con fecha 24 de febrero de 2026, entre el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca y la **I. Municipalidad de La Ligua** en virtud del cual ésta se compromete a desarrollar el **Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en la Red Asistencial – PADBP.**

2. **CÚMPLASE,** de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución N°36/2024 de la Contraloría General de la República, con la transcripción íntegra del Convenio que se aprueba en este acto y cuyo tenor es el siguiente:

En Viña del Mar, a 24 de febrero de 2026, entre, por una parte, el **SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA-PETORCA**, RUT 61.606.600-5, persona jurídica de derecho público, representado por su Directora doña **ANDREA QUIERO GELMI**, chilena, matrona, C.I N° ambos con domicilio en calle Von Schröeders N°392, ciudad y comuna de Viña del Mar, en adelante el "Servicio"; y, por la otra, la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LA LIGUA**, RUT 69.050.100-7, persona jurídica de derecho público, domiciliada en calle Diego Portales N°555, comuna y ciudad de La Ligua, representada por su Alcalde don **PATRICIO PALLARES VALENZUELA,** chileno, funcionario público, C.I. N° de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar el siguiente convenio:

ANTECEDENTES:

El Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca es un órgano de la Administración del Estado, funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio que, coordinadamente tiene a su cargo la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial de su jurisdicción, para la ejecución de acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas. Tiene como misión ser una red integrada y continua, que brinda servicios asistenciales, de prevención de la enfermedad y de promoción de hábitos saludables; enfocada en satisfacer las demandas en salud de su población, con la atención profesional y humana de sus funcionarios, con eficiencia y calidad, incorporando la participación vinculante de los usuarios, en la mejor gestión de los recursos disponibles.

La Ilustre Municipalidad de La Ligua es una corporación autónoma de derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio; es el organismo encargado de la administración local de la comuna de La Ligua, en la Región de Valparaíso, Chile. Su principal objetivo es velar por el desarrollo y bienestar de sus habitantes, así como la gestión de los recursos y servicios públicos de la ciudad, pero también, busca como visión institucional desarrollar una comuna más inclusiva, solidaria y cohesionada, disminuyendo las desigualdades, brechas e inequidades por motivos asociados al estrato económico, étnicos y raciales, territoriales, de género y aquellos relacionadas con las diferentes etapas del ciclo de vida de las personas, así como la discapacidad, el estatus migratorio, la orientación sexual y la identidad de género.

PRIMERO: 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 4° del Decreto Supremo N°21 del 24 abril 2025, 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".

SEGUNDO: 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, emana 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 de cambio a un nuevo modelo de atención; el Ministerio de Salud ha decidido impulsar el **PROGRAMA DE APOYO AL DESARROLLO BIOPSICOSOCIAL – PADBP, Chile Crece Contigo.**

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N° 176 del 19 de febrero de 2025, y Oficio CP N°28081/2025** que indica vigencia del mismo para el año 2026, ambos documentos del Ministerio de Salud. La asignación de recursos fue aprobada por **Resolución Exenta N° 239 del 24 de febrero de 2026**, del Ministerio de Salud, y que la municipalidad declara conocerlos y se compromete a ejecutar conforme a sus componentes.

TERCERO: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar el **"Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en la Red Asistencial – PADBP".**

1. PROPÓSITO

Los niños y niñas menores de 5 años que se atienden en la red pública de salud, logran un desarrollo integral optimo mediante la consolidación de un sistema de protección integral, de cobertura nacional y expresión comunal.

2. DESCRIPCIÓN

El Subsistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo, se ha definido como una red integrada de intervenciones y servicios sociales que apoyan 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. Esta red integra oportunamente una serie de prestaciones y servicios sociales relevantes, que actúan de manera simultánea y sincronizada sobre el conjunto de dimensiones del propio niño o niña en los períodos cruciales de su desarrollo y sobre las condiciones del entorno socio afectivo emocional y físico en el cual crecen.

El PADBP es el eje del Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo y se sustenta en la idea de que el seguimiento personalizado a la trayectoria del desarrollo de los niños y niñas desde su gestación hasta los 4 años 11 meses 29 días de edad, permitirá mejorar la calidad de vida de cada niño, niña y familia en función de sus necesidades particulares, ello implica la coordinación de los equipos de APS como del nivel secundarios, particularmente aquellos que trabajan en los servicios de maternidad, neonatología y pediatría para el seguimiento y continuidad del cuidado.

En el marco de este programa, se considerarán acciones complementarias al Plan de Salud Familiar, relacionadas con el fortalecimiento de los cuidados prenatales enfatizando la detección del riesgo psicosocial, el desarrollo de planes de cuidado integral con enfoque familiar, la atención personalizada del proceso de nacimiento, la atención integral al niño o niña hospitalizada que enfatiza los cuidados para el desarrollo, el fortalecimiento del control de salud del niño o niña con énfasis en el logro de un desarrollo integral y el fortalecimiento de las intervenciones en la población infantil en riesgo y/o rezagos en su desarrollo.

Por ello, el PADBP aumenta la cobertura de prestaciones promocionales y preventivas desde el período de gestación hasta los 4 años 11 meses 29 días de edad en el ámbito de salud integral y desarrollo biopsicosocial; fortaleciendo prestaciones existentes e instalando otras nuevas, en diferentes niveles de promoción y la prevención:

a) Promoción de acciones dirigidas al fortalecimiento de factores protectores del desarrollo integral.
b) Prevención primaria para la detección precoz de factores de riesgos durante el período de gestación hasta los 5 años.
c) Prevención secundaria para el diagnóstico precoz, primera respuesta y derivación oportuna a sector salud y/o red comunal.

Ello se traduce en otorgar al control de salud (prenatal o infantil), un rendimiento mayor que permita el acompañamiento al desarrollo psicosocial complementario, pero, además, complementa los exámenes biomédicos con la mirada psicosocial. De esta forma, aumentará la complementariedad y articulación entre el control de salud y otras prestaciones, tanto en el mismo sector salud como con otras prestaciones sociales del intersector según oferta local.

Por último, es importante señalar la importancia de resguardar el principio de la dignidad humana y el buen trato en los procesos de atención, ya que es esencial para crear un sistema de salud más humano y efectivo, particularmente en familias con niños y niñas. Este enfoque no solo mejora la experiencia del niño o niña (usuario/a) y su familia, sino que también promueve resultados clínicos más positivos y una mejor organización de los servicios dirigidos a esta población. La atención centrada en la persona debe ser una prioridad en todos los niveles del sistema de salud, garantizando que cada individuo sea tratado con el respeto y dignidad que merece.

3. POBLACIÓN

POBLACIÓN OBJETIVO: Niños y niñas desde la gestación hasta los 4 años 11 meses y 29 días de edad, inscritos en un establecimiento de Atención Primaria de Salud (APS) y validados por FONASA, que asisten a los controles regulares de salud en APS.

Cuantificación de la población objetivo: 639.483 niños y niñas distribuidos en establecimientos de APS municipales (612.967), dependientes de Servicios de Salud (20.490) y en ONG (6.026).

Fuente de información: Base datos de población inscrita validada por FONASA y disponible en MINSAL (PIV, 2024). Corresponde al resultado del proceso de certificación de la población inscrita en los establecimientos de atención primaria de salud, base para el cálculo del aporte fiscal a la APS del año 2024 del art. 49° de la Ley N°19.378. Se consideran las inscripciones validadas al 30.09.2023, conforme a lo indicado en el párrafo V de la Norma Técnica N°185, aprobada por Decreto N°45 del 29.01.2016.

4. COMPLEMENTARIEDADES

4.1 COMPLEMENTARIEDAD A NIVEL INTERNO

El PADBP se complementa con seis programas: Programa de Apoyo al Recién Nacido/a, Programa de Salud Infantil, Programa de Salud Mental de APS, Programa de Acompañamiento Psicosocial, Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil y Programa de Reforzamiento de la Atención de Salud Integral de niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ) vinculados a la red de Programas del Servicio de Protección Especializada, Servicio Nacional de Menores y Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil.

a) **Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN):** Con la entrega del set de implementos básicos para el recién nacido/a (ajuar) (del componente 1 instrumental) en los hospitales de la red asistencial de los Servicios de Salud del país y del componente 2 de educación y fortalecimiento de la atención integral a las familias; el PARN se complementa con el componente 1 del PADBP (fortalecimiento del desarrollo prenatal), otorgando educación e información en APS durante los controles de gestación y talleres prenatales previos al parto. Además, se refuerzan los controles de salud infantil y talleres de habilidades parentales con el uso de los implementos (entregados en el ajuar) y contenidos de crianza respetuosa.

b) **Programa Nacional de Salud Infantil**: a través del control de salud infantil, promueve la supervisión de salud de los niños y niñas entre 0 y 9 años en forma integral, para que cuenten con las condiciones que favorezcan el máximo desarrollo de sus potencialidades y capacidades. Para ello, se detecta de forma precoz y oportuna cualquier condición o riesgo que pudiera presentarse, con la finalidad de promover un desarrollo infantil óptimo en la infancia, prevenir y reducir la carga de morbilidad y avanzar en la reducción de la mortalidad. La complementariedad con el Subsistema ChCC ocurre en la lógica de acompañamiento a la trayectoria, que se concretiza a través de diversas acciones para que los niños y niñas alcancen su máximo potencial, especialmente favoreciendo las condiciones para su desarrollo a nivel individual, familiar y comunitario.

c) **Programa de Salud Mental de APS**: Fortalece las acciones de promoción, prevención, detección precoz y tratamiento de las personas con problemas de salud mental, durante el curso de vida desde el nacimiento, en una relación de continuidad de cuidados; a través de su componente de promoción y prevención se vincula con el PADBP, ya que todos los integrantes del equipo de salud de sector, es decir, matron/a, enfermero/a, médico/a, nutricionista, trabajador/a social, psicólogo/a, terapeuta ocupacional, kinesiólogo/a u otros, pueden realizar acciones de prevención primaria a través de: 1) la participación en los talleres de autocuidado, preparación para del parto y apoyo a la crianza; 2) screening para detectar riesgos psicosociales durante el embarazo (EPsA) y sintomatología depresiva con la Pauta de Edimburgo, derivando a salud mental para evaluación y confirmación diagnóstica oportuna. Asimismo, se vincula también con las acciones de prevención secundaria con la pesquisa temprana de problemas psicosociales de preocupación clínica en la infancia y trastornos del desarrollo, con la aplicación del Cuestionario Modificado de Detección Temprana de Autismo y su pauta de seguimiento M-CHAT R/F, el cual se aplica a niños y niñas de 18 a 23 meses con alteración (riesgo o retraso) en el área de lenguaje y/o social en la Pauta de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP). Por último, aquellas madres, padres y/o cuidadores que se encuentran en tratamiento por algún trastorno de salud mental.

d) **Programa de Acompañamiento Psicosocial:** se vincula con aquellas familias que poseen dificultades de adherencia a la intervención de APS, asegurando su acceso, oportunidad y calidad de la atención de salud mental a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes con dificultades de adherencia y factores de riesgo psicosocial tales como, depresión perinatal, violencia, abuso sexual, intentos de suicidio, vulneración de derechos, entre otras condiciones establecidas por el Programa. Entrega herramientas que permiten realizar acciones para la vinculación, articulación, seguimiento y monitoreo efectivo de la población más vulnerable de 0 a 24 años y sus familias, que se atienden en los establecimientos de APS.

e) **Programa de Reforzamiento de la Atención de Salud Integral de niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ) vinculados a la red de programas del Servicio Nacional de Protección Especializada, Servicio Nacional de Menores y Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil**, el cual se enmarca en el Sistema Intersectorial de Salud Integral con énfasis en salud mental (SISI) dirigido a la misma población. Su objetivo es fortalecer y mejorar las condiciones de salud general y de salud mental de los NNAJ, asegurando el acceso, oportunidad y calidad de la atención en APS en los ámbitos de salud general y salud mental APS.

f) **Programa de Salud Mental Infantil (PASMI)**: Integra, refuerza y apoya las acciones de atención dirigidas a niños/as que desarrolla el Programa Salud Mental ya implementado en la APS y a los equipos de salud, mediante la entrega de recursos para robustecer el componente de atención integral de salud mental, focalizando el tratamiento de niño/as entre 3 y 9 años. Dicho refuerzo se traduce en un aumento de cobertura, acceso, cantidad y calidad de las atenciones en este grupo etario.

4.2 COMPLEMENTARIEDAD A NIVEL EXTERNO

A nivel externo se complementa con la oferta de la Subsecretaría de la Niñez del Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF), tanto del Subsistema de Protección Integral a la Infancia como del Sistema de Garantías que se implementan a través de la Subsecretaría de la Niñez.

a) **Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil (FIADI) – ChCC:** Las Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil (MADIS) que son financiadas por el Fondo (FIADI) se vinculan con el PADB por medio de un flujo definido de referencia y contrarreferencia según las necesidades detectadas en los controles de salud de los niños/as. En los controles de salud infantil establecidos por Norma Técnica se aplican los test de evaluación del desarrollo y de riesgos biopsicosociales (EEDP, TESPI, Pauta de Riesgo Biopsicosocial), con las cuales se detecta rezago o riesgo o retraso en el desarrollo del niño/a y/o riesgo biopsicosocial. Al detectar algún rezago o riesgo, el/la profesional encargado del control de salud deriva de forma oportuna al niño/a y su familia, a la sala de estimulación o alguna otra modalidad de apoyo de las MADIS. Es por ello que la complementariedad con PADB, ocurre durante todo el tránsito del niño/a con el Programa FIADI, comenzando con el ingreso del niño/a a MADIs (financiada por FIADI), pasando por el plan de intervención hasta su egreso de la intervención.

b) **Programa Educativo - ChCC:** Existe coordinación entre referentes del nivel central de la MINSAL y MDSF para acordar y/o consensuar los contenidos técnicos de los materiales, criterios y prestación de entrega, mecanismos de información a familias, equipos regionales y comunales. En base a estos acuerdos, MINSAL instruye a los Servicios de Salud para el seguimiento de las indicaciones emanadas desde nivel central en cuanto a los criterios de entrega de los materiales, uso esperado por las familias, mecanismos de reclamación en caso de existir dificultades con las entregas. Asimismo, existen contrapartes definidas en cada Ministerio, para monitorear el estado de entregas a nivel nacional, resolver problemas puntuales en algún territorio y/o establecer acciones prioritarias de entrega en situaciones de emergencias y/o desastres, tales como, catástrofe natural que haya afectado el stock de materiales.

c) **Programa Fortalecimiento Municipal (PFM) – CHCC**: El PADB se complementa con el PFM, a través del acompañamiento a la trayectoria que se realiza en los controles de salud para monitorear el desarrollo de los niños/as. En ese acompañamiento, se aplica la pauta de riesgo biopsicosocial en los controles de salud infantil definidos en la Norma Técnica con la finalidad de pesquisar tempranamente factores de riesgo biopsicosocial en los niños y niñas. Esta información se registra en la plataforma del SRDM y queda disponible para que el PFM gestione las alertas psicosociales, por medio de la activación de la Mesa de Articulación Interinstitucional comunal (o la red comunal del Chile Crece Contigo en aquellas comunas donde aún no se implementan las OLN).

d) **Oficinas Locales de la Niñez (OLN):** En el marco del Sistema de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, se requiere una coordinación intersectorial efectiva con los equipos de las OLN a nivel comunal. Para ello, desde salud se continuará con la pesquisa y registro de las alertas biopsicosociales en la plataforma del SRDM de Chile Crece Contigo la cual estará integrada con GSL Niñez, inicialmente con el traspaso de planillas y en el corto plazo en interoperabilidad con dicho sistema, el cual es utilizado para la gestión integrada de casos por parte de la OLN. La pesquisa de estas alertas permitirá un intervención oportuna y efectiva de aquellas alertas que tengan un curso de acción desde la OLN, para las cuáles puede considerar un trabajo articulado en red, para lograr resultados positivos en los niños,

niñas y familias atendidos/as por el programa. Asimismo, como parte de las atenciones que se brindan desde el PADBP, se encuentran los talleres de habilidades parentales Nadie es Perfecto, cuyo objetivo es entregar herramientas que fomenten competencias parentales en cuidadores de niños y niñas para promover su desarrollo integral que pueden potenciar su ejecución con la difusión, coordinación y/o difusión con el componente de promoción territorial de la OLN.

5. **OBJETIVO GENERAL** Fortalecer el desarrollo de niños/as desde su primer control de gestación hasta su ingreso al sistema escolar, a través de la promoción de factores protectores y prevención de alteraciones y/o riesgos psicosociales, con prestaciones complementarias al actual control prenatal, parto, puerperio, salud infantil y atención hospitalaria de niños/as; en los establecimientos públicos (CESFAM, maternidades, neonatología y pediatría).

5.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1) Fortalecer los cuidados prenatales enfatizando en la educación prenatal, detección del riesgo biopsicosocial y el desarrollo de planes de cuidado integral con enfoque familiar.
2) Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral.
3) Fortalecer las intervenciones dirigidas a la población infantil en situación de vulnerabilidad y/o rezagos o déficit en su desarrollo integral.
4) Otorgar atención personalizada en el proceso de nacimiento.
5) Otorgar una atención integral al niño o niña hospitalizado(a), enfatizando los cuidados para el desarrollo integral.
6) Fortalecer la gestión del Componente Salud, a través de la Gerencia ChCC en los Servicios de Salud, mediante la integración programática, asesoría técnica y articulación sectorial e intersectorial.

6. COMPONENTES

Los componentes del programa se vinculan al disponerse longitudinalmente para acompañar el desarrollo del niño/a con una mirada de curso de vida, fortaleciendo las prestaciones para la atención integral de la gestación, nacimiento y la vigilancia de la salud y del desarrollo durante la infancia, lo cual implica la coordinación y articulación de los equipos de APS y hospital de referencia (maternidad, neonatología y pediatría).

Nombre Componente	Descripción
1) Fortalecimiento del desarrollo prenatal	Atención integral, sistemática y periódica con un enfoque biopsicosocial que se otorga a la gestante con la participación de su pareja u otra persona significativa. Se inicia con el ingreso al control prenatal en el cual se consideran esenciales, tanto el establecimiento de una relación de ayuda entre la gestante y la matrona/matrón, como la evaluación del riesgo biopsicosocial. Luego, con estos antecedentes se diseña el plan de cuidado integral (PCI) y se priorizan las acciones según las necesidades y riesgos de cada gestante, focalizando en: • Fortalecimiento de los cuidados prenatales. • Atención integral a familias de gestantes en situación de vulnerabilidad. • Educación a la gestante y su pareja o acompañante significativo/a • Visita domiciliaria integral a gestantes con más de 3 riesgos psicosociales. • Gestión de alertas en Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SRDM): Ingreso de gestantes, y de los riesgos detectados, así como el registro de la resolución de las acciones que competen al

	sector salud respecto del abordaje de los riesgos psicosociales pesquisados.
2) Atención personalizada del proceso de nacimiento	Atención integral y personalizada a la mujer gestante y la pareja o acompañante significativo/a en los diferentes momentos del proceso de nacimiento desde el preparto, parto y posparto inmediato; atendiendo a sus necesidades emocionales y físicas durante el proceso, alternativas para el manejo oportuno del dolor y prácticas de salud con pertinencia cultural. El componente focaliza la atención: • Personalizada del parto, a través de la entrega de información necesaria para una toma de decisiones consensuada de la mujer gestante, favorecer la evolución fisiológica del proceso de parto (minimizando intervenciones innecesarias), respetar las decisiones de la mujer gestante en el proceso de nacimiento, entre otras. • Integral en el puerperio de la madre, padre, hijo/a; que incorpora elementos de atención y promoción de salud en los ámbitos de salud física y mental y detección de sintomatología depresiva y dificultades en el vínculo de apego.
3) Atención del al desarrollo integral del niño y niña hospitalizado/a	Atención que considera favorecer el desarrollo integral durante el periodo de hospitalización, con énfasis en la entrega de cuidados acordes a las necesidades de cada niño o niña y su familia, mediante la adecuación del ambiente físico, la detección de riesgo psicosocial, las intervenciones psicosociales y de estimulación del desarrollo integral, a través de actividades educativas dirigidas a las familias. Este componente brinda atención integral a: • Recién nacido/a hospitalizado/a en neonatología. Niño y niña hospitalizado/a en pediatría.
4) Fortalecimiento del desarrollo integral del niño y niña	Seguimiento a la trayectoria del desarrollo de los niños y niñas el cual se inicia con la atención integral proporcionada a la madre, al padre y a su hijo o hija en el control de la díada para evaluar el estado de salud, las condiciones familiares para el apoyo a la madre y cuidado del niño/a, el proceso de ajuste inicial y fomentar la lactancia materna. Se continua con los controles de salud infantil para evaluar el estado de salud integral, el logro de los hitos del desarrollo esperables para la edad, el contexto familiar del crecimiento, la calidad de relación vincular con la figura principal de cuidados, las intervenciones psicoeducativas que fomentan las habilidades parentales en la crianza y la promoción temprana del desarrollo del lenguaje y psicomotor. • Fortalecimiento del control de salud del niño y niña para el desarrollo integral. • Intervenciones educativas de apoyo a la crianza con énfasis en el fortalecimiento de las competencias parentales. • Gestión de alertas en Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SRDM): Ingreso de los controles de salud del niño y niña, de los riesgos detectados, así como el registro de la resolución de las acciones que competen al sector salud respecto del abordaje de los riesgos psicosociales pesquisados.
5) Atención de niños y niñas en situación de vulnerabilidad	Prestaciones diferenciadas establecidas para los niños y niñas que presentan alguna situación de vulnerabilidad en su desarrollo, con énfasis en los niños y niñas con diagnóstico de rezago o déficit (riesgos, retraso) en su desarrollo físico, emocional y/o cognitivo y también en aquellos con riesgos psicosociales. Por lo tanto, se despliegan acciones para el: • Fortalecimiento de las intervenciones en niños y niñas en situación de vulnerabilidad, rezago o déficit en su desarrollo integral, tales como, detección de riesgo psicosocial y/o alteración al desarrollo integral; derivación, ingreso y egreso de MADIS; visita domiciliaria integral, talleres promocionales y NEP, entre otras.

	• Gestión de alertas en Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SRDM): Registro de los riesgos pesquisados, así como el registro de la resolución de las acciones que competen al sector salud respecto del abordaje de los riesgos psicosociales pesquisados.

CUARTO: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud y para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en las cláusulas sucesivas, conviene en asignar a la Municipalidad, desde la fecha de total tramitación de la resolución aprobatoria, la suma de **$40.147.234.- (Cuarenta millones, ciento cuarenta y siete mil, doscientos treinta y cuatro pesos),** para gastos en recursos humanos (incluido traslados) y/o insumos, materiales, implementos o bienes que sean acordes a las necesidades del Programa, previa consulta al Servicio de Salud. A su vez, la Municipalidad acepta la referida suma y se obliga a aplicarla y ejecutarla únicamente en el **"Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en la Red Asistencial – PADBP".**

a) La Municipalidad se obliga al mes siguiente de la total tramitación del convenio, a presentar informe que detalle cómo implementará localmente este Programa; así como, a seguir las indicaciones u orientaciones señaladas por el Servicio durante esta implementación. También el Municipio se obliga a implementar, contratar personal y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento, como también, a mantener los recursos transferidos por el Servicio en una cuenta especial única para salud, cuyos movimientos podrán ser auditados permanentemente por parte de este.

   La Municipalidad deberá asegurar la dotación del personal para dar cumplimiento al objeto del presente convenio, a través de contratación a plazo fijo o indefinido según lo regulado en la Ley 19.378 sobre Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal o, en su caso, a través de un contrato de honorarios cuando correspondiere conforme a lo establecido en el artículo 4 de la Ley 18.883 sobre Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales aplicable en forma supletoria en salud primaria según lo dispuesto en el artículo 4 de la Ley 19.378, ya citada.

   La Información deberá ser enviada al referente de Programa del Servicio de Salud **EU. Javiera Arriagada Pfaff** al correo electrónico javiera.arriagada@redsalud.gob.cl y vía formal por escrito.

b) Los recursos serán transferidos por el Servicio, en representación del Ministerio de Salud, en **dos (2) cuotas**, cuyo valor individual asciende a **$20.073.617.**

   - **Requisito para transferencia de la Cuota 1:** correspondiente al 50% del total una vez tramitada la resolución aprobatoria de este convenio, y bajo la condición se hayan recepcionado los recursos financieros en el Servicio.

   - **Requisito para transferencia de la Cuota 2:** correspondiente al 50% del total, que se transferirá en el mes de octubre de la presente anualidad y estará sujeta a la presentación de las rendiciones en SISREC por parte de la Municipalidad y a la evaluación de cumplimiento de metas correspondiente al corte del 31 de agosto del 2026.

QUINTO: MONITOREO Y EVALUACIÓN

El monitoreo y evaluación se orienta a conocer la ejecución en el tiempo de este Programa, acotado al año presupuestario, con el propósito de mejorar su efectividad y eficiencia, realizando las mejoras que sean necesarias. Dicho monitoreo y evaluación tendrá como primera instancia a los respectivos Servicios de Salud y, en segunda instancia, al Departamento de Control de Gestión y Calidad, junto al equipo Chile Crece Contigo del Departamento de Gestión de los Cuidados, ambos de la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud.

El cumplimiento del programa se determinará a través de indicadores centinelas y del registro de la entrega de materiales en los controles de salud de la gestante y del niño/a, los cuales están contenidos en el Catálogo de Prestaciones vigente del Programa Eje.

En conformidad a lo establecido en el Reglamento de la Ley N°20.379, artículos, 10, 11 y 18 del Decreto Supremo N°14 de 2017, del MDSF, todas las acciones y prestaciones que en el marco del PADBP, se entreguen o implementen respecto de los niños, niñas y gestantes beneficiarias del subsistema, deberán ser registradas en el Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SRDM).

Existen dos tipos de indicadores:

a. **Indicadores obligatorios Regionales (total 6)** conformados por 4 indicadores que serán comunes para todo el país, fijados por MINSAL, cuyo peso corresponde al 70% de la ponderación total más 2 indicadores optativos elegidos en forma regional que corresponderán al 30% de la ponderación total del convenio

b. **Indicadores optativos**, Se mantendrán en monitoreo por el Servicio de Salud.

EVALUACIÓN

Se efectuarán dos evaluaciones durante el año:

a. **Primera evaluación:** se realizará con el corte DEIS y SRDM al 31 de agosto; incluye las actividades acumuladas desde enero a agosto. MINSAL informará los resultados de este primer corte, durante el mes de octubre.

   En el caso de indicadores que tengan como medio de verificación el REM P, se utilizarán los datos del año en curso y la meta mantiene su forma progresiva proporcional al periodo del año.

   De acuerdo con los resultados obtenidos de DEIS y SRDM en esta evaluación, para los casos de incumplimiento de la meta, se efectuará la **reliquidación** de la segunda remesa del Programa.

b. **Segunda evaluación:** se realizará con el corte DEIS y SDRM al 31 de diciembre; incluye las actividades acumuladas de enero a diciembre. Esta evaluación final tendrá implicancias en la asignación de recursos del año siguiente.

   Los datos de ambas evaluaciones del programa serán recolectados por: el Departamento de Información y Estadística de Salud mediante los "Resúmenes Estadísticos Mensuales" (REM) y "Población bajo control" (REM P); Departamento de Control de Gestión y Calidad mediante la información disponible del Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SDRM) del MDSF y desde la plataforma de gestión del Componente de Salud del Chile Crece Contigo.

   La fecha de extracción de datos queda supeditada a la entrega de las correspondientes bases por parte del DEIS y del MDSF. Dicha información reflejará las actividades realizadas por los equipos locales y servirá como respaldo para las evaluaciones, con los respectivos ajustes señalados por los Servicios de Salud. Tanto los referentes de los Servicios de Salud como los referentes ministeriales deberán velar por el oportuno envío de los datos REM y población bajo control, junto con la solicitud oportuna a MDSF de los datos del SRDM, considerados en la evaluación del programa.

METODOLOGÍA DE CÁLCULO DEL CUMPLIMIENTO

El cumplimiento del programa se determinará a través de los indicadores obligatorios, comunes para todo el país, que tienen un peso de 70% de la ponderación total y los indicadores optativos, comunes para la región que ponderan el 30% restante. Los indicadores regionales optativos, deberán ser informados en el primer corte evaluativo.

La ponderación de cada indicador está señalada en la tabla siguiente y no podrá ser modificada por los Servicios de Salud ni por las entidades administrativas, a menos que en el contexto de alerta sanitaria, la Subsecretaría de Redes Asistenciales, previa resolución así lo determine.

SEXTO: INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

INDICADORES REGIONALES OBLIGATORIOS

Las metas y el cumplimiento anual esperado del Programa, con sus pesos relativos, se muestran en la siguiente tabla.

INDICADORES OBLIGATORIOS ATENCIÓN PRIMARIA

Id	Componente	Subcomponente	Indicador	Numerador / Denominador	Meta	Ponderación	Medio de verificación
A1.1	I. Fortalecimiento del Desarrollo Prenatal	B. Atención integral a familias en situación de vulnerabilidad psicosocial	Promedio de Visitas domiciliaria integrales (VDI) realizadas a familias con gestantes en situación de riesgo psicosocial según EPSA que presentan al menos 3 riesgos psicosociales	Número de visitas domiciliaria integrales (VDI) realizadas a familias con gestantes que presentan 3 o más riesgos psicosociales según EPsA	Ago: 3	7%	SRDM VDI
				Número de gestantes que presentan 3 o más riesgos psicosociales según EPsA	Dic.: 4		
A6	IV. Fortalecimiento del desarrollo integral del niño y la niña	B. Intervenciones educativas de apoyo a la crianza	Porcentaje de niños(as) menores de 5 años cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan a talleres Nadie es Perfecto de forma presencial o remoto	Número niños y niñas menores de 5 años cuyas madres, padres o cuidadores/as ingresan a talleres Nadie es Perfecto presencial y remoto A	Ago: 5%	18%	REM A27 Sección A: Personas que ingresan a educación grupal según áreas temáticas y edad
							REM A32 Sección L: Educación Grupal Remota según áreas temáticas y edad
				Población bajo control de niños y niñas menores de 5 años	Dic.: 10%		REM P02 Sección A: Población en control según estado nutricional para niños menores de 1 mes - 59 meses
A9	V. Atención de niños y niñas en situación de vulnerabilidad	A. Fortalecimiento de las intervenciones en niñosy niñas en situación de vulnerabilidad, rezago y/o déficit en su desarrollo integral	Porcentaje de niños y niñas menores de 4 años con resultado de déficit (alteración de riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor (*) ingresados a modalidades de apoyo al desarrollo infantil (MADIS)	Número de niños y niñas menores de 4 años con resultado de déficit en el desarrollo psicomotor ingresados a MADIS	80%	30%	REM A05 Sección F: Ingresos y egresos a sala de estimulación, servicio itinerante y atención domiciliaria
				Número de niños y niñas menores de 4 años con resultado de déficit en su desarrollo psicomotor			REM A03 Seccion A.2 Resultados de la aplación de escala de evaluación del desarrollo psicomotor
							SRDM
A11	V. Atención de niños y niñas en situación de vulnerabilidad	A. Fortalecimiento de las intervenciones en niñosy niñas en situación de vulnerabilidad, rezago y déficit en su desarrollo integral	Porcentaje de niños y niñas de 7 a 11 meses con alteraciones en el DSM recuperados (categoría normal y/o normal con rezago)	Número de niños y niñas de 7 a 11 con resultado 'Normal' (sin rezago y excluyendo la categoría de origen de retraso) en la reevaluación y que en la primera aplicación obtuvieron resultado de "normal con rezago" o "riesgo"	80%	15%	REM A03 Seccion A.2: Resultados de la aplación de escala de evaluación del desarrollo psicomotor
				Número de niños y niñas de 7 a 11 meses detectados con alteraciones del desarrollo psicomotor (excluyendo categoría retraso)			SRDM
A2	I. Fortalecimiento del Desarrollo Prenatal	C. Educación a la gestante y su pareja o acompañante significativo(a)	Porcentaje de gestantes que ingresan a educación grupal presencial o remota en la atención primaria en temáticas de autocuidado, preparación para el parto y apoyo a la crianza	Número de gestantes que ingresan a educación grupal presencial o remota: temáticas de autocuidado, preparación para el parto y apoyo a la crianza en la atención primaria	80%	15%	REM A27 Sección A: Personas que ingresan a educación grupal según áreas temáticas y edad
				Total de gestantes ingresadas a control prenatal			REM A05 Sección A: Ingreso de gestantes a programa prenatal
							SRDM
A4	IV. Fortalecimiento del desarrollo integral del niño y la niña	A. Fortalecimiento del control de salud del niño y niña para el desarrollo integral	Porcentaje de controles de salud entregados a diadas dentro de los 10 días de vida del recién nacido o nacida	Número de diadas controladas dentro de los 10 días de vida del recién nacido/a	70%	15%	REM A01 Sección A: Controles de salud sexual y reproductiva
				Número de recién nacidos ingresados a control salud			REM A05 Sección E: Ingreso a control de salud de recién nacidos
							SRDM

(*) Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo de Chile Crece Contigo (SRDM)

INDICADORES OPTATIVOS ATENCIÓN PRIMARIA

Id	Componente	Subcomponente	Indicador	Numerador / Denominador	Meta	Medio de verificación
A1.2	I. Fortalecimiento del Desarrollo Prenatal	B. Atención integral a familias en situación de vulnerabilidad psicosocial	Porcentaje de gestantes con 3 o más riesgos psicosociales pesquisados que cuenta con Plan de Cuidado Integral formulado	Número de gestantes con 3 o más riesgos psicosociales pesquisados que cuenta con Plan de Cuidado Integral	80%	REM A03 Sección B2
				Número de gestantes con 3 o más riesgos psicosociales pesquisados		
A3	I. Fortalecimiento del Desarrollo Prenatal	A. Fortalecimiento de cuidados prenatales	Porcentaje de controles de salud realizados en presencia de pareja, familiar u otra figura significativa de la gestante	Número de controles de salud realizados en presencia de pareja, familiar u otra figura significativa de la gestante	30%	REM A01 Sección A: Controles de salud sexual y reproductiva
				Número de controles prenatales realizados		
A5	IV. Fortalecimiento del desarrollo integral del niño y la niña	A. Fortalecimiento del control de salud del niño y niña para el desarrollo integral	Porcentaje de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en el que participa el padre	Número de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre	25%	REM A01 Sección B: Controles de salud según ciclo vital
				Número de controles de salud entregados a niños(as) menores de 4 años		
A7	IV. Fortalecimiento del desarrollo integral del niño y la niña	B. Intervenciones educativas de apoyo a la crianza	Promedio de talleres Nadie es Perfecto iniciados por facilitadores vigentes a la fecha de corte	Número de talleres Nadie es Perfecto iniciado por facilitadores vigentes a la fecha de corte	Ago: 1,7	SRDM TNEP
				Número de facilitadores Nadie es Perfecto vigentes a la fecha de corte	Dic.: 3,4	
A8	IV. Fortalecimiento del desarrollo integral del niño y la niña	B. Intervenciones educativas de apoyo a la crianza	Porcentaje de niños y niñas menores de 1 año cuyas madres, padres o cuidadores/as ingresan a talleres presenciales o remotos de Promoción del desarrollo: motor y lenguaje	Número niños y niñas menores de 1 año cuyas madres, padres o cuidadores/as ingresan a talleres presenciales o remotos de Promoción del desarrollo: motor y lenguaje	Ago: 22%	REM A27 Sección A: Personas que ingresan a educación grupal según áreas temáticas y edad
				Número de niños y niñas bajo control menores de 1 año	Dic.25%	REM P02 Sección A
A10	V. Atención de niños y niñas en situación de vulnerabilidad	A. Fortalecimiento de las intervenciones en niñosy niñas en situación de vulnerabilidad, rezago y déficit en su desarrollo integral	Porcentaje de niños y niñas menores de 4 años con evaluación normal con rezago en el control de salud infantil (*) ingresados a modalidades de apoyo al desarrollo infantil (MADIS)	Número de niños y niñas menores de 4 años con resultado de normal con rezago ingresados a MADIS	60%	REM A05 Sección F: Ingresos y egresos a sala de estimulación, servicio itinerante y atención domiciliaria
				Número de niños y niñas menores de 4 años con evaluación de normal con rezago derivados a MADIS		REM A03 Sección A.2: Resultados de la aplicación de escala de evaluación del desarrollo psicomotor
A12	V. Atención de niños y niñas en situación de vulnerabilidad	A. Fortalecimiento de las intervenciones en niñosy niñas en situación de vulnerabilidad, rezago y déficit en su desarrollo integral	Promedio de Visitas Domiciliarias Integrales realizadas a familias de niños(as) con resultado de déficit en el desarrollo psicomotor según EEDP y TEPSI en la primera evaluación	Número de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias de niños y niñas con déficit en el desarrollo psicomotor según EEDP y TEPSI en la primera evaluación, ingresados a MADIS	1,5	REM A26 Sección A: Visitas domiciliarias integrales a familias
				Número de niños y niñas evaluados en categoría de déficit del desarrollo (en EEDP y TEPSI) en la primera evaluación, ingresados a MADIS		REM A03 Sección A.2: Resultados de la aplicación de escala de evaluación del desarrollo psicomotor

(*) Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo de Chile Crece Contigo (SRDM)

La fórmula de cálculo para cada indicador será: RP = ((N/D)/M) * P, donde RP es el resultando ponderado, N el numerador, D el denominador, M la Meta, y P el ponderador. El detalle de los ponderadores se detalla en la tabla

Si una unidad administrativa no posee población beneficiaria o no provee la intervención en cuestión, el peso ponderado de ese indicador se distribuirá proporcionalmente para

efectuar su evaluación.

Las unidades administrativas que no ingresen los datos de cumplimiento del Programa, según los plazos establecidos se consideraran con cumplimiento mínimo.

Este set de indicadores contempla como medios de verificación, en el caso de las prestaciones contenidas en el Catálogo los registros agregados e innominados provistos por el Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS) a través de los Registros Estadísticos Mensuales y de Población Bajo Control, en sus series A y P respectivamente y como segunda fuente de información como medio de verificación los datos contenidos en el Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SDRM) del Ministerio de Desarrollo Social. Estos datos serán utilizados para calcular en detalle el resultado de los talleres de Competencias Parentales "Nadie es Perfecto", las Visitas Domiciliarias Integrales realizadas a gestantes y la entrega del set de implementos del Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN).

La inclusión de este sistema de registro como medio de verificación de indicadores, se enmarca en el reglamento de la Ley 20.379, aprobado por Decreto Supremo N°14 de 2017, del Ministerio de Desarrollo Social, y en el Convenio de Transferencias con MIDESO y FONASA, Decreto Supremo N° 41 del año 2011 de MIDESO y sus modificaciones.

Para los indicadores de gestión se considerarán los registros incorporados en la Plataforma de Gestión del Componente de Salud del Chile Crece Contigo y en el formulario de carga de respaldo.

El Servicio a través de la Gerenta Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial - Chile Crece Contigo evaluará el grado de cumplimiento del Programa, de manera tal de fortalecer y fomentar el cumplimiento de los objetivos establecidos, 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.

SÉPTIMO: FINANCIAMIENTO

Establecimientos de Dependencia Municipal:

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley N° 21.796 Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 01, Subtítulo 05 Ítem 02 Asig.015, Sistema de Protección Integral a la Infancia, y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de enero a diciembre de cada año, de acuerdo al marco presupuestario asignado.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos, metas e indicadores, las prestaciones garantizadas por ley en establecimientos de atención primaria y hospitalaria involucrados, así como las actividades a realizar por el Servicio de Salud que apoyen y/o favorezcan el cumplimiento de los objetivos del programa. 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, de acuerdo a la normativa vigente y en el marco del Catálogo de Prestaciones del Subsistema ChCC.
Los recursos asignados a cada establecimiento y/o servicio de salud, se calculan considerando los siguientes criterios:

1) Población a atender:

a) Gestantes bajo control proyectadas, según datos disponibles a diciembre del año anterior.

b) Nº de partos atendidos proyectados, según datos disponibles a diciembre del año anterior.
c) Niños y niñas bajo control según grupo etario: menores de 1 año, mayores de 1 año y menores de 2 años, niños/as entre 2 y 3 años, niños/as entre 3 y 4 años, según censo semestral realizado por el establecimiento el año anterior.
d) Egresos hospitalarios de los Servicios de Neonatología, Pediatría y otras especialidades pediátricas destinadas a niños y niñas menores de 5 años.

2) Condiciones de vulnerabilidad:

a) Porcentaje de gestantes con riesgo psicosocial según EPSA.
b) Porcentaje de mujeres gestantes con escolaridad inferior a sexto básico, según EPsA.
c) Porcentaje de Violencia de Género, según EPsA.
d) Aislamiento y dispersión geográfica, según categorización de riesgo de los establecimientos de APS.
e) Niños y niñas detectados con rezago, riesgo y retraso del desarrollo proyectado/as, según datos disponibles a diciembre del año anterior.
f) Familias con gestantes, niños y niñas con más de 3 factores de riesgo psicosocial.

3) Prestaciones a otorgar:

a) Tiempo y concentración asignados a la prestación fortalecida.
b) En atención Primaria, valor hora del profesional y/o técnico que realiza la prestación, según promedio de la categoría funcionaria de la carrera referencial municipal.
c) En atención hospitalaria, valor hora del profesional y/o técnico que realiza la prestación, según escala del sector público.
d) Transferencia técnica realizada por los Servicios de Salud en temáticas locales que refuercen el desarrollo de estrategias para el cumplimiento del programa.

Los Servicios de Salud, podrán a su vez determinar otros criterios de distribución de los recursos destinados a los establecimientos de su territorio, que desarrollan las prestaciones del Programa, atendiendo a criterios de equidad y de acortamiento de brechas en el otorgamiento de las prestaciones, sin sobrepasar los recursos totales asignados al Servicio de Salud.

Los bienes, equipos y equipamiento menor adquiridos o sujetos a mantención con los fondos del presente convenio, deberán estar inventariados e identificados y deberán mantener su destino conforme a los objetivos del presente programa, no pudiendo destinarse a otros fines.

RELIQUIDACIÓN

Para recibir el total de recursos anuales señalados en el convenio respectivo, se deberá dar cumplimiento a las acciones y metas comprometidas a la fecha del corte, en caso contrario, se realizará la reliquidación del programa.

La reliquidación de los convenios de reforzamiento en Atención Primaria de Salud corresponde al proceso administrativo y financiero mediante el cual se revisan, ajustan y regularizan los montos transferidos a los municipios u organismos ejecutores, en función de la ejecución real del programa, el gasto efectivamente rendido y validado, y las condiciones establecidas en el respectivo convenio y normativa vigente.

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

a la no reliquidación, mediante Oficio a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, adjuntando los antecedentes respectivos, que resolverá la petición.

Lo anterior, no obsta a que Servicio de Salud deba evaluar el Programa al 31 de diciembre y las unidades administrativas tengan la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período. Con todo, el cumplimiento de las actividades y metas anuales podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

En circunstancias de fuerza mayor, las evaluaciones (agosto y diciembre) podrán ser modificadas por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, previa resolución que así lo determine, pudiendo redefinirse el cumplimiento de metas y suspenderse la reliquidación de la segunda cuota del Programa durante el período en curso, manteniendo el monitoreo de su ejecución. En este contexto la evaluación no tendría implicancias en la asignación de recursos del año siguiente, sin embargo, conforme a las prioridades sanitarias y realidad territorial se podrán reasignar los recursos en el marco del mismo Programa. No obstante, el Servicio de Salud deberá velar por la adecuada ejecución y verificar la existencia de razones fundadas en caso de incumplimiento.

OCTAVO: La Municipalidad se obliga a autorizar a sus funcionarios a participar en todas las acciones de orientación y capacitación del referido Programa, definidos tanto por el Ministerio de Salud como por el Servicio.

NOVENO: El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. En el caso de que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados por el Servicio para los efectos de este convenio, ésta deberá asumir el mayor gasto que involucre su ejecución.

DÉCIMO: El Servicio de Salud en este acto designa como administrador y coordinador del programa a **EU. Javiera Arriagada Pfaff,** correo electrónico: javiera.arriagada@redsalud.gob.cl, quien tendrá como función principal actuar como referente técnico, y podrá requerir a la Municipalidad los datos e informes relativos a la ejecución del Programa y sus componentes específicos en la cláusula sexta de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

También será responsabilidad del referente, elaborar un certificado técnico para ingresar, a la plataforma SISREC, como respaldo del cumplimiento de las actividades del convenio.

La "Municipalidad" nombra en este acto como referente técnico comunal del Programa a **EU. María Valentina Fernández Lazcano**, correo electrónico vfernandezlazcano@gmail.com

DÉCIMO PRIMERO: El Servicio, requerirá a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus estrategias señaladas en la cláusula tercera de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo, en conformidad con lo establecido en la Resolución N°30 de 2015 y Resolución N° 2 de 2026 de la Contraloría General de la República, esta última con vigencia a partir del 01 de julio de 2026. Igualmente, el Servicio podrá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

DÉCIMO SEGUNDO: El Servicio deberá velar por la correcta utilización de los fondos traspasados, acto que fiscalizará a través de la Unidad de Rendiciones de la Dirección de Atención Primaria y por el Departamento de Auditoría del Servicio de ser requerido.

Sin perjuicio de lo anterior, la Municipalidad deberá rendir los gastos del Programa, únicamente utilizando el Sistema de Rendición Electrónica de cuentas de la Contraloría General de la República, en adelante, "SISREC", de conformidad con lo establecido en la

Resoluciones N°30/2015, N°1858/2023 y N°2/2026, todas de la Contraloría General de la República, o de las resoluciones que las modifiquen o las reemplacen.

En plataforma "SISREC", la rendición debe presentar documentos auténticos digitalizados y documentos electrónicos, previa validación del ministro de fe de la Municipalidad, que justifiquen cada uno de los gastos realizados en el mes correspondiente.

Por lo anterior, la Municipalidad se obliga a rendir cuenta mensual de las actividades efectuadas en cumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente convenio, manteniendo los plazos establecidos por la Contraloría General de la República, correspondiente al día 15 hábil del mes siguiente a la recepción de la remesa.

El no cumplimiento de los plazos, sin previa autorización, generará automáticamente validar la rendición como no rendida, lo que generará la obligación de restituir esos recursos a la Tesorería General de la República, en virtud de la Resolución N°30, de 2015, ya citada.

Los funcionarios que la Municipalidad designe para desempeñar los roles de ministro de fe, encargado, analista y administrador del SISREC, deberán tener responsabilidad administrativa. En caso de cambios de las personas que desempeñen estos perfiles, el Municipio se compromete a informar formalmente y de manera oportuna al Servicio de Salud. En el caso de las Corporaciones Municipales, al menos el ministro de fe deberá tener responsabilidad administrativa.

En casos excepcionales y fundados, en que el ejecutor se vea imposibilitado de rendir a través del SISREC, el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca dispondrá de un procedimiento alternativo para la rendición de los recursos, dichos casos serán Informados a la Contraloria para su conocimiento. No obstante, dichas rendiciones deberán ser regularizadas en el SISREC una vez superados los Inconvenientes.

En cuanto al periodo a rendir del mes de enero 2027, corresponde únicamente a boletas de honorarios y liquidaciones de remuneraciones cuyos montos líquidos son devengados o pagados antes del 31 de diciembre de 2026 y que sus pagos de impuestos e imposiciones son efectuados en enero de 2027, considerando que, por proceso tributario, éstos últimos terminan siendo enterados al fisco al mes siguiente. Esto no implica, bajo ningún aspecto, que la ejecución del programa sea hasta el mes de enero de 2027, por lo que no se aceptará la rendición de otros gastos efectuados.

Cabe hacer presente que, conforme a lo dispuesto en dictamen N° 51.246 de 2016 de la Contraloría General de la República, en tanto no se haya rendido cuenta de la utilización de la transferencia anterior, no corresponde que se otorguen nuevos recursos, tal como lo señala el inciso segundo del artículo 18, de la referida Resolución N° 30, de 2015 del órgano de control y el Ordinario C73, N° 2969 de 16 de agosto 2023 del Ministerio de Salud que instruye sobre rendiciones de cuentas municipal y de los Servicios de Salud.

Por otro lado, conforme a lo establecido en la Ley N°21.796, Art. 26, de fecha 12 de diciembre de 2025, que fija el presupuesto nacional y sus mecanismos de rendición y reintegro fiscal para el año 2026, en concordancia con el DFL N°1.263, del año 1975, y lo dispuesto en el artículo 31 de la resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General, la Municipalidad tiene la obligación de reintegrar los saldos no ejecutados, no rendidos u observados a la Tesorería General de la República, una vez terminado el periodo de vigencia del convenio.

DÉCIMO TERCERO: El presente convenio tendrá vigencia desde el **01 de enero de 2026 hasta el 31 de diciembre de 2026.** Debiendo ser ejecutado técnica y financieramente en su totalidad conforme a los componentes del programa. Lo anterior, conforme a la Ley N°21.796, de fecha 12 de diciembre de 2025, que fija el gasto público para el año 2026.

La vigencia del presente convenio, comenzará a regir una vez sea totalmente tramitado el

acto administrativo que lo apruebe y se extenderá hasta la aprobación de la rendición de cuentas o la restitución de los saldos no ejecutados, rendidos u observados, que realice la Municipalidad, la que no podrá excederse del 31 de diciembre de 2026, conforme a lo dispuesto en dictamen N°92.578 de 2016 de la Contraloría General de la República.

Sin perjuicio de lo anterior, y por razones de buen servicio, las prestaciones del presente programa se ejecutarán desde al 01 de enero, y hasta el 31 de diciembre de 2026, esto es con anterioridad a la fecha de vigencia del presente convenio, en los términos de lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley 19.880.

Cabe señalar que conforme a lo dispuesto en dictamen N° 43.604 de 2015, en relación con dictamen N°31.241 de 2013, ambos de la Contraloría General de la República, la obligación de restituir los saldos no ejecutados, no rendidos u observados debe cumplirse dentro de un plazo prudencial, correspondiéndole a la respectiva autoridad ejercer todas las acciones que resulten necesarias al efecto, a fin de resguardar la correcta utilización de los recursos fiscales cuya transferencia se autoriza.

Que, no obstante, lo indicado, se hace presente que la vigencia del presente acuerdo de voluntades se extenderá hasta la aprobación de la rendición de cuentas o bien hasta la restitución de los saldos no ejecutados, no rendidos u observados de acuerdo a lo dispuesto en el dictamen N°92.578 del 2016 de la Contraloría General de la República, por un plazo máximo de 60 días corridos contados desde el 31 de enero de 2027.

El proceso de rendición de cuenta no podrá extenderse por más de seis meses contados desde la finalización de la ejecución del convenio, según lo señalado en el artículo 26 de la Ley 21.796.

DÉCIMO CUARTO: La municipalidad, mediante la presente cláusula se obliga y acepta ejecutar la totalidad del gasto presupuestario dentro del año 2026. A su turno, todo presupuesto del programa no utilizados del mismo, que se conviene por el presente instrumento, deberán ser reintegrados a la Tesorería General de la República, conforme lo estable el Decreto Ley N°1.263, del año 1975, en concordancia con el artículo 26 de la Ley N°21.796, de fecha 12 de diciembre de 2025.

DÉCIMO QUINTO: Las partes dejan establecido que, mediante acuerdos complementarios podrán introducirse modificaciones al presente convenio, siempre que se ajusten a los lineamientos técnicos y objetivos del programa, cumpliéndose a demás con los siguientes requisitos:

1. Solicitud por escrito de la Municipalidad.
2. Relación de gastos al día.
3. Evaluación técnica y financiera favorable.
4. Si se produce modificación del convenio debe ser formalizado mediante el adendum y el acto administrativo correspondiente.

DÉCIMO SEXTO: Para todos los efectos legales derivados del presente convenio, las partes prorrogan competencia para ante los Tribunales de Justicia de la ciudad de Viña del Mar.

DÉCIMO SÉPTIMO: El presente convenio se firma en 2 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, y otro en el de la Municipalidad.

PERSONERÍAS: La facultad y personería de **ANDREA QUIERO GELMI**, Directora del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca, para celebrar convenios están contenidos en el Decreto con Fuerza de Ley Nº 1/2005, que fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley Nº 2763/79 y de las Leyes Nº18.469 y Nº18.933, conjuntamente, con los Decretos Supremos N°140/2004, N°52/2022 y N°26/2025, todos del Ministerio de Salud.

La personería de **PATRICIO PALLARES VALENZUELA**, Alcalde de la Ilustre Municipalidad de La Ligua, consta en Sentencia de Proclamación N°280-2024 del Tribunal Electoral de Valparaíso de fecha 30/11/2024.

3. **ASÍGNESE,** a la **I. Municipalidad de La Ligua**, recursos por un monto total de **$40.147.234.- (Cuarenta millones, ciento cuarenta y siete mil, doscientos treinta y cuatro pesos).** Estos recursos serán transferidos a la "Municipalidad", en **dos (2) cuotas**, distribuidas de la siguiente manera:

   a) **La primera cuota:** correspondiente al 50% del total una vez tramitada la resolución aprobatoria de este convenio, y bajo la condición se hayan recepcionado los recursos financieros en el Servicio.

   b) **La segunda cuota:** correspondiente al 50% del total, la que se transferirá en octubre y estará sujeta a la rendición de cuentas de la cuota anterior por parte de la Municipalidad y, a la evaluación de cumplimiento de metas.

4. **DECLÁRESE**, La vigencia del presente convenio, comenzará a regir una vez sea totalmente tramitado el acto administrativo que lo apruebe y se extenderá hasta la aprobación de la rendición de cuentas o la restitución de los saldos no ejecutados, rendidos u observados, que realice la Municipalidad, la que no podrá excederse del **31 de diciembre de 2026**, conforme a lo dispuesto en dictamen N°92.578 de 2016 de la Contraloría General de la República.

   Sin perjuicio de lo anterior, y por razones de buen servicio, las prestaciones del presente programa se ejecutarán desde al 01 de enero, y hasta el 31 de diciembre de 2026, esto es con anterioridad a la fecha de vigencia del presente convenio, en los términos de lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley 19.880.

5. **DECLÁRESE,** en caso de que la "Municipalidad" se exceda de los fondos por el Servicio para los efectos de este convenio, deberá asumir el mayor gasto que involucre su ejecución, sin perjuicio de lo indicado en la cláusula primera del presente convenio.

6. **REQUIÉRASE,** a la I. Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del Convenio, con los detalles y especificaciones que se estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

7. **REQUIÉRASE,** a la I. Municipalidad dar cuenta de las sumas recibidas por este Programa o su inversión, conforme a lo establecido en la Resolución N°30/2015, Resolución Exenta N°1858/2023 y Resolución N°2/2026 (vigente a contar del 01 de julio de 2026 y que deroga la Resolución N°30/2015), todas de la Contraloría General de la República.

8. **ESTABLÉCESE,** como administradora y coordinadora del Servicio de Salud de Viña del Mar-Quillota-Petorca, a la **EU. Javiera Arriagada Pfaff,** correo electrónico: javiera.arriagada@redsalud.gob.cl, quien tendrá como función principal actuar como referente técnico de este Servicio respecto de la Municipalidad y del Ministerio de Salud, además de velar por la correcta ejecución y adecuado cumplimiento de las obligaciones asumidas por las partes. También será responsabilidad del referente, elaborar un certificado técnico que tramitará para ser adjuntado a la plataforma SISREC, como respaldo del cumplimiento de las actividades del convenio.

9. **ESTABLÉCESE,** que la Ilustre Municipalidad a designado como administradora y coordinadora a la **EU. María Valentina Fernández Lazcano**, correo electrónico vfernandezlazcano@gmail.com , quien actuará como referente técnico comunal para el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en la Red Asistencial – PADBP.

10. **FISCALÍCESE,** la correcta utilización de los fondos traspasados por el Servicio de

Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca.

11. **IMPÚTESE,** el gasto que genere el cumplimiento de la presente Resolución a los recursos contemplados en la Ley N°21.796 de Presupuesto del Sector Público para el año 2026, específicamente al subtítulo 24 ítem 03 298 "Reforzamiento Municipal" del presupuesto del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca.

12. **DISPÓNGASE,** la publicación del presente acto administrativo en el sitio de Gobierno Transparente de este Servicio de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 7 de la Ley N° 20.285, sobre acceso a la información pública.

13. **COMUNÍQUESE,** la presente resolución a todas las Unidades y Departamentos correspondientes para su debido conocimiento y aplicación.

ANÓTESE, REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE,

ANDREA QUIERO GELMI
DIRECTORA
S.S. VIÑA DEL MAR-QUILLOTA-PETORCA

KLGO.RFN/ABG.NGM/MAT.HMP/EU.JAP/cha.
DISTRIBUCIÓN:
- Municipalidad.
- Subdirección de RRFF. y Financieros S.S.V.Q.P.
- Dirección de Atención Primaria S.S.V.Q.P.
- Dpto. Jurídico S.S.V.Q.P.
- Of. de Partes S.S.V.Q.P.

DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA

CONVENIO

SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA-PETORCA

E

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LA LIGUA

(Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en la Red Asistencial - PADBP)

En Viña del Mar, a 24 de febrero de 2026, entre, por una parte, el **SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA-PETORCA**, RUT 61.606.600-5, persona jurídica de derecho público, representado por su Directora doña **ANDREA QUIERO GELMI**, chilena, matrona, C.I N° ambos con domicilio en calle Von Schröeders N°392, ciudad y comuna de Viña del Mar, en adelante el "Servicio"; y, por la otra, la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LA LIGUA**, RUT 69.050.100-7, persona jurídica de derecho público, domiciliada en calle Diego Portales N°555, comuna y ciudad de La Ligua, representada por su Alcalde don **PATRICIO PALLARES VALENZUELA,** chileno, funcionario público, C.I. N° de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar el siguiente convenio:

ANTECEDENTES:

El Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca es un órgano de la Administración del Estado, funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio que, coordinadamente tiene a su cargo la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial de su jurisdicción, para la ejecución de acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas. Tiene como misión ser una red integrada y continua, que brinda servicios asistenciales, de prevención de la enfermedad y de promoción de hábitos saludables; enfocada en satisfacer las demandas en salud de su población, con la atención profesional y humana de sus funcionarios, con eficiencia y calidad, incorporando la participación vinculante de los usuarios, en la mejor gestión de los recursos disponibles.

La Ilustre Municipalidad de La Ligua es una corporación autónoma de derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio; es el organismo encargado de la administración local de la comuna de La Ligua, en la Región de Valparaíso, Chile. Su principal objetivo es velar por el desarrollo y bienestar de sus habitantes, así como la gestión de los recursos y servicios públicos de la ciudad, pero también, busca como visión institucional desarrollar una comuna más inclusiva, solidaria y cohesionada, disminuyendo las desigualdades, brechas e inequidades por motivos asociados al estrato económico, étnicos y raciales, territoriales, de género y aquellos relacionadas con las diferentes etapas del ciclo de vida

de las personas, así como la discapacidad, el estatus migratorio, la orientación sexual y la identidad de género.

PRIMERO: 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 4° del Decreto Supremo N°21 del 24 abril 2025, 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".

SEGUNDO: 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, emana 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 de cambio a un nuevo modelo de atención; el Ministerio de Salud ha decidido impulsar el **PROGRAMA DE APOYO AL DESARROLLO BIOPSICOSOCIAL – PADBP, Chile Crece Contigo.**

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N° 176 del 19 de febrero de 2025, y Oficio CP N°28081/2025** que indica vigencia del mismo para el año 2026, ambos documentos del Ministerio de Salud. La asignación de recursos fue aprobada por **Resolución Exenta N° 239 del 24 de febrero de 2026**, del Ministerio de Salud, y que la municipalidad declara conocerlos y se compromete a ejecutar conforme a sus componentes.

TERCERO: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar el **"Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en la Red Asistencial – PADBP".**

1. PROPÓSITO

Los niños y niñas menores de 5 años que se atienden en la red pública de salud, logran un desarrollo integral optimo mediante la consolidación de un sistema de protección integral, de cobertura nacional y expresión comunal.

2. DESCRIPCIÓN

El Subsistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo, se ha definido como una red integrada de intervenciones y servicios sociales que apoyan 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. Esta red integra oportunamente una serie de prestaciones y servicios sociales relevantes, que actúan de manera simultánea y sincronizada sobre el conjunto de dimensiones del

propio niño o niña en los períodos cruciales de su desarrollo y sobre las condiciones del entorno socio afectivo emocional y físico en el cual crecen.

El PADBP es el eje del Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo y se sustenta en la idea de que el seguimiento personalizado a la trayectoria del desarrollo de los niños y niñas desde su gestación hasta los 4 años 11 meses 29 días de edad, permitirá mejorar la calidad de vida de cada niño, niña y familia en función de sus necesidades particulares, ello implica la coordinación de los equipos de APS como del nivel secundarios, particularmente aquellos que trabajan en los servicios de maternidad, neonatología y pediatría para el seguimiento y continuidad del cuidado.

En el marco de este programa, se considerarán acciones complementarias al Plan de Salud Familiar, relacionadas con el fortalecimiento de los cuidados prenatales enfatizando la detección del riesgo psicosocial, el desarrollo de planes de cuidado integral con enfoque familiar, la atención personalizada del proceso de nacimiento, la atención integral al niño o niña hospitalizada que enfatiza los cuidados para el desarrollo, el fortalecimiento del control de salud del niño o niña con énfasis en el logro de un desarrollo integral y el fortalecimiento de las intervenciones en la población infantil en riesgo y/o rezagos en su desarrollo.

Por ello, el PADBP aumenta la cobertura de prestaciones promocionales y preventivas desde el período de gestación hasta los 4 años 11 meses 29 días de edad en el ámbito de salud integral y desarrollo biopsicosocial; fortaleciendo prestaciones existentes e instalando otras nuevas, en diferentes niveles de promoción y la prevención:

a) Promoción de acciones dirigidas al fortalecimiento de factores protectores del desarrollo integral.
b) Prevención primaria para la detección precoz de factores de riesgos durante el período de gestación hasta los 5 años.
c) Prevención secundaria para el diagnóstico precoz, primera respuesta y derivación oportuna a sector salud y/o red comunal.

Ello se traduce en otorgar al control de salud (prenatal o infantil), un rendimiento mayor que permita el acompañamiento al desarrollo psicosocial complementario, pero, además, complementa los exámenes biomédicos con la mirada psicosocial. De esta forma, aumentará la complementariedad y articulación entre el control de salud y otras prestaciones, tanto en el mismo sector salud como con otras prestaciones sociales del intersector según oferta local.

Por último, es importante señalar la importancia de resguardar el principio de la dignidad humana y el buen trato en los procesos de atención, ya que es esencial para crear un sistema de salud más humano y efectivo, particularmente en familias con niños y niñas. Este enfoque no solo mejora la experiencia del niño o niña (usuario/a) y su familia, sino que también promueve resultados clínicos más positivos y una mejor organización de los servicios dirigidos a esta población. La atención centrada en la persona debe ser una prioridad en todos los niveles del sistema de salud, garantizando que cada individuo sea tratado con el respeto y dignidad que merece.

3. POBLACIÓN

POBLACIÓN OBJETIVO: Niños y niñas desde la gestación hasta los 4 años 11 meses y 29 días de edad, inscritos en un establecimiento de Atención Primaria de Salud (APS) y validados por FONASA, que asisten a los controles regulares de salud en APS.

Cuantificación de la población objetivo: 639.483 niños y niñas distribuidos en establecimientos de APS municipales (612.967), dependientes de Servicios de Salud (20.490) y en ONG (6.026).

Fuente de información: Base datos de población inscrita validada por FONASA y disponible en MINSAL (PIV, 2024). Corresponde al resultado del proceso de certificación de la población inscrita en los establecimientos de atención primaria de salud, base para el cálculo del aporte fiscal a la APS del año 2024 del art. 49° de la Ley N°19.378. Se consideran las inscripciones validadas al 30.09.2023, conforme a lo indicado en el párrafo V de la Norma Técnica N°185, aprobada por Decreto N°45 del 29.01.2016.

4. COMPLEMENTARIEDADES

4.1 COMPLEMENTARIEDAD A NIVEL INTERNO

El PADBP se complementa con seis programas: Programa de Apoyo al Recién Nacido/a, Programa de Salud Infantil, Programa de Salud Mental de APS, Programa de Acompañamiento Psicosocial, Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil y Programa de Reforzamiento de la Atención de Salud Integral de niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ) vinculados a la red de Programas del Servicio de Protección Especializada, Servicio Nacional de Menores y Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil.

a) **Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN):** Con la entrega del set de implementos básicos para el recién nacido/a (ajuar) (del componente 1 instrumental) en los hospitales de la red asistencial de los Servicios de Salud del país y del componente 2 de educación y fortalecimiento de la atención integral a las familias; el PARN se complementa con el componente 1 del PADBP (fortalecimiento del desarrollo prenatal), otorgando educación e información en APS durante los controles de gestación y talleres prenatales previos al parto. Además, se refuerzan los controles de salud infantil y talleres de habilidades parentales con el uso de los implementos (entregados en el ajuar) y contenidos de crianza respetuosa.

b) **Programa Nacional de Salud Infantil**: a través del control de salud infantil, promueve la supervisión de salud de los niños y niñas entre 0 y 9 años en forma integral, para que cuenten con las condiciones que favorezcan el máximo desarrollo de sus potencialidades y capacidades. Para ello, se detecta de forma precoz y oportuna cualquier condición o riesgo que pudiera presentarse, con la finalidad de promover un desarrollo infantil óptimo en la infancia, prevenir y reducir la carga de morbilidad y avanzar en la reducción de la mortalidad. La complementariedad con el Subsistema ChCC ocurre en la lógica de acompañamiento a la trayectoria, que se concretiza a través de diversas acciones para que los niños y niñas alcancen su máximo potencial, especialmente favoreciendo las condiciones para su desarrollo a nivel individual, familiar y comunitario.

c) **Programa de Salud Mental de APS**: Fortalece las acciones de promoción, prevención, detección precoz y tratamiento de las personas con problemas de salud mental, durante el curso de vida desde el nacimiento, en una relación de continuidad de cuidados; a través de su componente de promoción y prevención se vincula con el PADBP, ya que todos los integrantes del equipo de salud de sector, es decir, matron/a, enfermero/a, médico/a, nutricionista, trabajador/a social, psicólogo/a, terapeuta ocupacional, kinesiólogo/a u otros, pueden realizar acciones de prevención primaria a través de: 1) la participación en los talleres de autocuidado, preparación para del parto y apoyo a la crianza; 2) screening para detectar riesgos psicosociales durante el embarazo (EPsA) y sintomatología depresiva con la Pauta de Edimburgo, derivando a salud mental para evaluación y confirmación diagnóstica oportuna. Asimismo, se vincula también con las acciones de prevención secundaria con la pesquisa temprana de problemas psicosociales de preocupación clínica en la infancia y trastornos del desarrollo, con la aplicación del Cuestionario Modificado de Detección Temprana de Autismo y su pauta de seguimiento M-CHAT R/F, el cual se aplica a niños y niñas de 18 a 23 meses con alteración (riesgo o retraso) en el área de lenguaje y/o social en la Pauta de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP). Por último, aquellas madres, padres y/o cuidadores que se encuentran en tratamiento por algún trastorno de salud mental.

d) **Programa de Acompañamiento Psicosocial:** se vincula con aquellas familias que poseen dificultades de adherencia a la intervención de APS, asegurando su acceso, oportunidad y calidad de la atención de salud mental a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes con dificultades de adherencia y factores de riesgo psicosocial tales como, depresión perinatal, violencia, abuso sexual, intentos de suicidio, vulneración de derechos, entre otras condiciones establecidas por el Programa. Entrega herramientas que permiten realizar acciones para la vinculación, articulación, seguimiento y monitoreo efectivo de la población más vulnerable de 0 a 24 años y sus familias, que se atienden en los establecimientos de APS.

e) **Programa de Reforzamiento de la Atención de Salud Integral de niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ) vinculados a la red de programas del Servicio Nacional de Protección Especializada, Servicio Nacional de Menores y Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil**, el cual se enmarca en el Sistema Intersectorial de Salud Integral con énfasis en salud mental (SISI) dirigido a la misma población. Su objetivo es fortalecer y mejorar las condiciones de salud general y de salud mental de los NNAJ, asegurando el acceso, oportunidad y calidad de la atención en APS en los ámbitos de salud general y salud mental APS.

f) **Programa de Salud Mental Infantil (PASMI)**: Integra, refuerza y apoya las acciones de atención dirigidas a niños/as que desarrolla el Programa Salud Mental ya implementado en la APS y a los equipos de salud, mediante la entrega de recursos para robustecer el componente de atención integral de salud mental, focalizando el tratamiento de niño/as entre 3 y 9 años. Dicho refuerzo se traduce en un aumento de cobertura, acceso, cantidad y calidad de las atenciones en este grupo etario.

4.2 COMPLEMENTARIEDAD A NIVEL EXTERNO

A nivel externo se complementa con la oferta de la Subsecretaría de la Niñez del Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF), tanto del Subsistema de Protección Integral a la Infancia como del Sistema de Garantías que se implementan a través de la Subsecretaría de la Niñez.

a) **Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil (FIADI) – ChCC:** Las Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil (MADIS) que son financiadas por el Fondo (FIADI) se vinculan con el PADB por medio de un flujo definido de referencia y contrarreferencia según las necesidades detectadas en los controles de salud de los niños/as. En los controles de salud infantil establecidos por Norma Técnica se aplican los test de evaluación del desarrollo y de riesgos biopsicosociales (EEDP, TESPI, Pauta de Riesgo Biopsicosocial), con las cuales se detecta rezago o riesgo o retraso en el desarrollo del niño/a y/o riesgo biopsicosocial. Al detectar algún rezago o riesgo, el/la profesional encargado del control de salud deriva de forma oportuna al niño/a y su familia, a la sala de estimulación o alguna otra modalidad de apoyo de las MADIS. Es por ello que la complementariedad con PADB, ocurre durante todo el tránsito del niño/a con el Programa FIADI, comenzando con el ingreso del niño/a a MADIs (financiada por FIADI), pasando por el plan de intervención hasta su egreso de la intervención.

b) **Programa Educativo - ChCC:** Existe coordinación entre referentes del nivel central de la MINSAL y MDSF para acordar y/o consensuar los contenidos técnicos de los materiales, criterios y prestación de entrega, mecanismos de información a familias, equipos regionales y comunales. En base a estos acuerdos, MINSAL instruye a los Servicios de Salud para el seguimiento de las indicaciones emanadas desde nivel central en cuanto a los criterios de entrega de los materiales, uso esperado por las familias, mecanismos de reclamación en caso de existir dificultades con las entregas. Asimismo, existen contrapartes definidas en cada Ministerio, para monitorear el estado de entregas a nivel nacional, resolver problemas puntuales en algún territorio y/o establecer acciones prioritarias de entrega en situaciones de emergencias y/o desastres, tales como, catástrofe natural que haya afectado el stock de materiales.

c) **Programa Fortalecimiento Municipal (PFM) – CHCC**: El PADB se complementa con el PFM, a través del acompañamiento a la trayectoria que se realiza en los controles de salud para monitorear el desarrollo de los niños/as. En ese acompañamiento, se aplica la pauta de riesgo biopsicosocial en los controles de salud infantil definidos en la Norma Técnica con la finalidad de pesquisar tempranamente factores de riesgo biopsicosocial en los niños y niñas. Esta información se registra en la plataforma del SRDM y queda disponible para que el PFM gestione las alertas psicosociales, por medio de la activación de la Mesa de Articulación Interinstitucional comunal (o la red comunal del Chile Crece Contigo en aquellas comunas donde aún no se implementan las OLN).

d) **Oficinas Locales de la Niñez (OLN):** En el marco del Sistema de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, se requiere una coordinación intersectorial efectiva con los equipos de las OLN a nivel comunal. Para ello, desde salud se continuará con la pesquisa y registro de las alertas biopsicosociales en la plataforma del SRDM de Chile Crece Contigo la cual estará integrada con GSL Niñez, inicialmente con el traspaso de planillas y en el corto plazo en interoperabilidad con dicho sistema, el cual es utilizado para la gestión integrada de casos por parte de la OLN. La pesquisa de estas alertas permitirá un intervención oportuna y efectiva de aquellas alertas que tengan

un curso de acción desde la OLN, para las cuáles puede considerar un trabajo articulado en red, para lograr resultados positivos en los niños, niñas y familias atendidos/as por el programa. Asimismo, como parte de las atenciones que se brindan desde el PADBP, se encuentran los talleres de habilidades parentales Nadie es Perfecto, cuyo objetivo es entregar herramientas que fomenten competencias parentales en cuidadores de niños y niñas para promover su desarrollo integral que pueden potenciar su ejecución con la difusión, coordinación y/o difusión con el componente de promoción territorial de la OLN.

5. **OBJETIVO GENERAL** Fortalecer el desarrollo de niños/as desde su primer control de gestación hasta su ingreso al sistema escolar, a través de la promoción de factores protectores y prevención de alteraciones y/o riesgos psicosociales, con prestaciones complementarias al actual control prenatal, parto, puerperio, salud infantil y atención hospitalaria de niños/as; en los establecimientos públicos (CESFAM, maternidades, neonatología y pediatría).

5.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1) Fortalecer los cuidados prenatales enfatizando en la educación prenatal, detección del riesgo biopsicosocial y el desarrollo de planes de cuidado integral con enfoque familiar.
2) Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral.
3) Fortalecer las intervenciones dirigidas a la población infantil en situación de vulnerabilidad y/o rezagos o déficit en su desarrollo integral.
4) Otorgar atención personalizada en el proceso de nacimiento.
5) Otorgar una atención integral al niño o niña hospitalizado(a), enfatizando los cuidados para el desarrollo integral.
6) Fortalecer la gestión del Componente Salud, a través de la Gerencia ChCC en los Servicios de Salud, mediante la integración programática, asesoría técnica y articulación sectorial e intersectorial.

6. COMPONENTES

Los componentes del programa se vinculan al disponerse longitudinalmente para acompañar el desarrollo del niño/a con una mirada de curso de vida, fortaleciendo las prestaciones para la atención integral de la gestación, nacimiento y la vigilancia de la salud y del desarrollo durante la infancia, lo cual implica la coordinación y articulación de los equipos de APS y hospital de referencia (maternidad, neonatología y pediatría).

Nombre Componente	Descripción
1) Fortalecimiento del desarrollo prenatal	Atención integral, sistemática y periódica con un enfoque biopsicosocial que se otorga a la gestante con la participación de su pareja u otra persona significativa. Se inicia con el ingreso al control prenatal en el cual se consideran esenciales, tanto el establecimiento de una relación de ayuda entre la gestante y la matrona/matrón, como la evaluación del riesgo biopsicosocial. Luego, con estos antecedentes se diseña el plan

	de cuidado integral (PCI) y se priorizan las acciones según las necesidades y riesgos de cada gestante, focalizando en: • Fortalecimiento de los cuidados prenatales. • Atención integral a familias de gestantes en situación de vulnerabilidad. • Educación a la gestante y su pareja o acompañante significativo/a • Visita domiciliaria integral a gestantes con más de 3 riesgos psicosociales. • Gestión de alertas en Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SRDM): Ingreso de gestantes, y de los riesgos detectados, así como el registro de la resolución de las acciones que competen al sector salud respecto del abordaje de los riesgos psicosociales pesquisados.
2) Atención personalizada del proceso de nacimiento	Atención integral y personalizada a la mujer gestante y la pareja o acompañante significativo/a en los diferentes momentos del proceso de nacimiento desde el preparto, parto y posparto inmediato; atendiendo a sus necesidades emocionales y físicas durante el proceso, alternativas para el manejo oportuno del dolor y prácticas de salud con pertinencia cultural. El componente focaliza la atención: • Personalizada del parto, a través de la entrega de información necesaria para una toma de decisiones consensuada de la mujer gestante, favorecer la evolución fisiológica del proceso de parto (minimizando intervenciones innecesarias), respetar las decisiones de la mujer gestante en el proceso de nacimiento, entre otras. • Integral en el puerperio de la madre, padre, hijo/a; que incorpora elementos de atención y promoción de salud en los ámbitos de salud física y mental y detección de sintomatología depresiva y dificultades en el vínculo de apego.
3) Atención del al desarrollo integral del niño y niña hospitalizado/a	Atención que considera favorecer el desarrollo integral durante el periodo de hospitalización, con énfasis en la entrega de cuidados acordes a las necesidades de cada niño o niña y su familia, mediante la adecuación del ambiente físico, la detección de riesgo psicosocial, las intervenciones psicosociales y de estimulación del desarrollo integral, a través de actividades educativas dirigidas a las familias. Este componente brinda atención integral a: • Recién nacido/a hospitalizado/a en neonatología. Niño y niña hospitalizado/a en pediatría.
4) Fortalecimiento del desarrollo integral del niño y niña	Seguimiento a la trayectoria del desarrollo de los niños y niñas el cual se inicia con la atención integral proporcionada a la madre, al padre y a su hijo o hija en el control de la díada para evaluar el estado de salud, las condiciones familiares para el apoyo a la madre y cuidado del niño/a, el proceso de ajuste inicial y fomentar la lactancia materna. Se continua con los controles de salud infantil para evaluar el estado de salud integral, el logro de los hitos del desarrollo esperables para la edad, el contexto familiar del crecimiento, la calidad de relación vincular con la figura principal de cuidados, las intervenciones psicoeducativas que

	fomentan las habilidades parentales en la crianza y la promoción temprana del desarrollo del lenguaje y psicomotor. • Fortalecimiento del control de salud del niño y niña para el desarrollo integral. • Intervenciones educativas de apoyo a la crianza con énfasis en el fortalecimiento de las competencias parentales. • Gestión de alertas en Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SRDM): Ingreso de los controles de salud del niño y niña, de los riesgos detectados, así como el registro de la resolución de las acciones que competen al sector salud respecto del abordaje de los riesgos psicosociales pesquisados.
5) Atención de niños y niñas en situación de vulnerabilidad	Prestaciones diferenciadas establecidas para los niños y niñas que presentan alguna situación de vulnerabilidad en su desarrollo, con énfasis en los niños y niñas con diagnóstico de rezago o déficit (riesgos, retraso) en su desarrollo físico, emocional y/o cognitivo y también en aquellos con riesgos psicosociales. Por lo tanto, se despliegan acciones para el: • Fortalecimiento de las intervenciones en niños y niñas en situación de vulnerabilidad, rezago o déficit en su desarrollo integral, tales como, detección de riesgo psicosocial y/o alteración al desarrollo integral; derivación, ingreso y egreso de MADIS; visita domiciliaria integral, talleres promocionales y NEP, entre otras. • Gestión de alertas en Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SRDM): Registro de los riesgos pesquisados, así como el registro de la resolución de las acciones que competen al sector salud respecto del abordaje de los riesgos psicosociales pesquisados.

CUARTO: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud y para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en las cláusulas sucesivas, conviene en asignar a la Municipalidad, desde la fecha de total tramitación de la resolución aprobatoria, la suma de **$40.147.234.- (Cuarenta millones, ciento cuarenta y siete mil, doscientos treinta y cuatro pesos),** para gastos en recursos humanos (incluido traslados) y/o insumos, materiales, implementos o bienes que sean acordes a las necesidades del Programa, previa consulta al Servicio de Salud. A su vez, la Municipalidad acepta la referida suma y se obliga a aplicarla y ejecutarla únicamente en el **"Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en la Red Asistencial – PADBP".**

a) La Municipalidad se obliga al mes siguiente de la total tramitación del convenio, a presentar informe que detalle cómo implementará localmente este Programa; así como, a seguir las indicaciones u orientaciones señaladas por el Servicio durante esta implementación. También el Municipio se obliga a implementar, contratar personal y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento, como también, a mantener los recursos transferidos por el Servicio en una cuenta especial única para salud, cuyos movimientos podrán ser auditados permanentemente por parte de este.

La Municipalidad deberá asegurar la dotación del personal para dar cumplimiento al objeto del presente convenio, a través de contratación a plazo fijo o indefinido según lo regulado en la Ley 19.378 sobre Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal o, en su caso, a través de un contrato de honorarios cuando correspondiere conforme a lo establecido en el artículo 4 de la Ley 18.883 sobre Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales aplicable en forma supletoria en salud primaria según lo dispuesto en el artículo 4 de la Ley 19.378, ya citada.

La Información deberá ser enviada al referente de Programa del Servicio de Salud **EU. Javiera Arriagada Pfaff** al correo electrónico javiera.arriagada@redsalud.gob.cl y vía formal por escrito.

b) Los recursos serán transferidos por el Servicio, en representación del Ministerio de Salud, en **dos (2) cuotas**, cuyo valor individual asciende a **$20.073.617.**

- **Requisito para transferencia de la Cuota 1:** correspondiente al 50% del total una vez tramitada la resolución aprobatoria de este convenio, y bajo la condición se hayan recepcionado los recursos financieros en el Servicio.

- **Requisito para transferencia de la Cuota 2:** correspondiente al 50% del total, que se transferirá en el mes de octubre de la presente anualidad y estará sujeta a la presentación de las rendiciones en SISREC por parte de la Municipalidad y a la evaluación de cumplimiento de metas correspondiente al corte del 31 de agosto del 2026.

QUINTO: MONITOREO Y EVALUACIÓN

El monitoreo y evaluación se orienta a conocer la ejecución en el tiempo de este Programa, acotado al año presupuestario, con el propósito de mejorar su efectividad y eficiencia, realizando las mejoras que sean necesarias. Dicho monitoreo y evaluación tendrá como primera instancia a los respectivos Servicios de Salud y, en segunda instancia, al Departamento de Control de Gestión y Calidad, junto al equipo Chile Crece Contigo del Departamento de Gestión de los Cuidados, ambos de la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud.

El cumplimiento del programa se determinará a través de indicadores centinelas y del registro de la entrega de materiales en los controles de salud de la gestante y del niño/a, los cuales están contenidos en el Catálogo de Prestaciones vigente del Programa Eje.

En conformidad a lo establecido en el Reglamento de la Ley N°20.379, artículos, 10, 11 y 18 del Decreto Supremo N°14 de 2017, del MDSF, todas las acciones y prestaciones que en el marco del PADBP, se entreguen o implementen respecto de los niños, niñas y gestantes beneficiarias del subsistema, deberán ser registradas en el Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SRDM).

Existen dos tipos de indicadores:

a. Indicadores obligatorios Regionales (total 6) conformados por 4 indicadores que serán comunes para todo el país, fijados por MINSAL, cuyo peso corresponde al 70%

de la ponderación total más 2 indicadores optativos elegidos en forma regional que corresponderán al 30% de la ponderación total del convenio

b. **Indicadores optativos**, Se mantendrán en monitoreo por el Servicio de Salud.

EVALUACIÓN

Se efectuarán dos evaluaciones durante el año:

a. **Primera evaluación:** se realizará con el corte DEIS y SRDM al 31 de agosto; incluye las actividades acumuladas desde enero a agosto. MINSAL informará los resultados de este primer corte, durante el mes de octubre.

   En el caso de indicadores que tengan como medio de verificación el REM P, se utilizarán los datos del año en curso y la meta mantiene su forma progresiva proporcional al periodo del año.

   De acuerdo con los resultados obtenidos de DEIS y SRDM en esta evaluación, para los casos de incumplimiento de la meta, se efectuará la **reliquidación** de la segunda remesa del Programa.

b. **Segunda evaluación:** se realizará con el corte DEIS y SDRM al 31 de diciembre; incluye las actividades acumuladas de enero a diciembre. Esta evaluación final tendrá implicancias en la asignación de recursos del año siguiente.

   Los datos de ambas evaluaciones del programa serán recolectados por: el Departamento de Información y Estadística de Salud mediante los "Resúmenes Estadísticos Mensuales" (REM) y "Población bajo control" (REM P); Departamento de Control de Gestión y Calidad mediante la información disponible del Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SDRM) del MDSF y desde la plataforma de gestión del Componente de Salud del Chile Crece Contigo.

   La fecha de extracción de datos queda supeditada a la entrega de las correspondientes bases por parte del DEIS y del MDSF. Dicha información reflejará las actividades realizadas por los equipos locales y servirá como respaldo para las evaluaciones, con los respectivos ajustes señalados por los Servicios de Salud. Tanto los referentes de los Servicios de Salud como los referentes ministeriales deberán velar por el oportuno envío de los datos REM y población bajo control, junto con la solicitud oportuna a MDSF de los datos del SRDM, considerados en la evaluación del programa.

METODOLOGÍA DE CÁLCULO DEL CUMPLIMIENTO

El cumplimiento del programa se determinará a través de los indicadores obligatorios, comunes para todo el país, que tienen un peso de 70% de la ponderación total y los indicadores optativos, comunes para la región que ponderan el 30% restante. Los indicadores regionales optativos, deberán ser informados en el primer corte evaluativo.

La ponderación de cada indicador está señalada en la tabla siguiente y no podrá ser modificada por los Servicios de Salud ni por las entidades administrativas, a menos que en

el contexto de alerta sanitaria, la Subsecretaría de Redes Asistenciales, previa resolución así lo determine.

SEXTO: INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

INDICADORES REGIONALES OBLIGATORIOS

Las metas y el cumplimiento anual esperado del Programa, con sus pesos relativos, se muestran en la siguiente tabla.

Servicio de Salud
Viña del Mar
Quillota Petorca
Región de Valparaíso
Ministerio de Salud

DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA

INDICADORES OBLIGATORIOS ATENCIÓN PRIMARIA

Id	Componente	Subcomponente	Indicador	Numerador / Denominador	Meta	Ponderación	Medio de verificación
A1.1	I. Fortalecimiento del Desarrollo Prenatal	B. Atención integral a familias en situación de vulnerabilidad psicosocial	Promedio de Visitas domiciliaria integrales (VDI) realizadas a familias con gestantes en situación de riesgo psicosocial según EPSA que presentan al menos 3 riesgos psicosociales	Número de visitas domiciliaria integrales (VDI) realizadas a familias con gestantes que presentan 3 o más riesgos psicosociales según EPsA	Ago: 3	7%	SRDM VDI
				Número de gestantes que presentan 3 o más riesgos psicosociales según EPsA	Dic.: 4		
A5	IV. Fortalecimiento del desarrollo integral del niño y la niña	B. Intervenciones educativas de apoyo a la crianza	Porcentaje de niños(as) menores de 5 años cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan a talleres Nadie es Perfecto de forma presencial o remoto	Número niños y niñas menores de 5 años cuyas madres, padres o cuidadores/as ingresan a talleres Nadie es Perfecto presencial y remoto A	Ago: 5%	18%	REM A27 Sección A: Personas que ingresan a educación grupal según áreas temáticas y edad
							REM A32 Sección L: Educación Grupal Remota según áreas temáticas y edad
				Población bajo control de niños y niñas menores de 5 años	Dic.: 10%		REM P02 Sección A: Población en control según estado nutricional para niños menores de 1 mes - 59 meses
A9	V. Atención de niños y niñas en situación de vulnerabilidad	A. Fortalecimiento de las intervenciones en niñosy niñas en situación de vulnerabilidad, rezago y/o déficit en su desarrollo integral	Porcentaje de niños y niñas menores de 4 años con resultado de déficit (alteración de riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor (*) ingresados a modalidades de apoyo al desarrollo infantil (MADIS)	Número de niños y niñas menores de 4 años con resultado de déficit en el desarrollo psicomotor ingresados a MADIS	80%	30%	REM A05 Sección F: Ingresos y egresos a sala de estimulación, servicio itinerante y atención domiciliaria
				Número de niños y niñas menores de 4 años con resultado de déficit en su desarrollo psicomotor			REM A03 Seccion A.2 Resultados de la apliación de escala de evaluación del desarrollo psicomotor
							SRDM
A11	V. Atención de niños y niñas en situación de vulnerabilidad	A. Fortalecimiento de las Intervenciones en niñosy niñas en situación de vulnerabilidad, rezago y déficit en su desarrollo integral	Porcentaje de niños y niñas de 7 a 11 meses con alteraciones en el DSM recuperados (categoría normal y/o normal con rezago)	Número de niños y niñas de 7 a 11 con resultado "Normal" (sin rezago y excluyendo la categoría de origen de retraso) en la reevaluación y que en la primera aplicación obtuvieron resultado de "normal con rezago" o "riesgo"	80%	15%	REM A03 Seccion A.2: Resultados de la apliación de escala de evaluación del desarrollo psicomotor
				Número de niños y niñas de 7 a 11 meses detectados con alteraciones del desarrollo psicomotor (excluyendo categoría retraso)			SRDM
A2	I. Fortalecimiento del Desarrollo Prenatal	C. Educación a la gestante y su pareja o acompañante significativo(a)	Porcentaje de gestantes que ingresan a educación grupal presencial o remota en la atención primaria en temáticas de autocuidado, preparación para el parto y apoyo a la crianza	Número de gestantes que ingresan a educación grupal presencial o remota: temáticas de autocuidado, preparación para el parto y apoyo a la crianza en la atención primaria	80%	15%	REM A27 Sección A: Personas que ingresan a educación grupal según áreas temáticas y edad
				Total de gestantes ingresadas a control prenatal			REM A05 Sección A: Ingreso de gestantes a programa prenatal
							SRDM
A4	IV. Fortalecimiento del desarrollo integral del niño y la niña	A. Fortalecimiento del control de salud del niño y niña para el desarrollo integral	Porcentaje de controles de salud entregados a diadas dentro de los 10 días de vida del recién nacido o nacida	Número de diadas controladas dentro de los 10 días de vida del recién nacido/a	70%	15%	REM A01 Sección A: Controles de salud sexual y reproductiva
				Número de recién nacidos ingresados a control salud			REM A05 Sección E: Ingreso a control de salud de recién nacidos
							SRDM

(*) Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo de Chile Crece Contigo (SRDM)

INDICADORES OPTATIVOS ATENCIÓN PRIMARIA

Id	Componente	Subcomponente	Indicador	Numerador / Denominador	Meta	Medio de verificación
A1.2	I. Fortalecimiento del Desarrollo Prenatal	B. Atención integral a familias en situación de vulnerabilidad psicosocial	Porcentaje de gestantes con 3 o más riesgos psicosociales pesquisados que cuenta con Plan de Cuidado Integral formulado	Número de gestantes con 3 o más riesgos psicosociales pesquisados que cuenta con Plan de Cuidado Integral	80%	REM A03 Sección B2
				Número de gestantes con 3 o más riesgos psicosociales pesquisados		
A3	I. Fortalecimiento del Desarrollo Prenatal	A. Fortalecimiento de cuidados prenatales	Porcentaje de controles de salud realizados en presencia de pareja, familiar u otra figura significativa de la gestante	Número de controles de salud realizados en presencia de pareja, familiar u otra figura significativa de la gestante	30%	REM A01 Sección A: Controles de salud sexual y reproductiva
				Número de controles prenatales realizados		
A5	IV. Fortalecimiento del desarrollo integral del niño y la niña	A. Fortalecimiento del control de salud del niño y niña para el desarrollo integral	Porcentaje de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en el que participa el padre	Número de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre	25%	REM A01 Sección B: Controles de salud según ciclo vital
				Número de controles de salud entregados a niños(as) menores de 4 años		
A7	IV. Fortalecimiento del desarrollo integral del niño y la niña	B. Intervenciones educativas de apoyo a la crianza	Promedio de talleres Nadie es Perfecto iniciados por facilitadores vigentes a la fecha de corte	Número de talleres Nadie es Perfecto iniciado por facilitadores vigentes a la fecha de corte	Ago: 1,7	SRDM TNEP
				Número de facilitadores Nadie es Perfecto vigentes a la fecha de corte	Dic.: 3,4	
A8	IV. Fortalecimiento del desarrollo integral del niño y la niña	B. Intervenciones educativas de apoyo a la crianza	Porcentaje de niños y niñas menores de 1 año cuyas madres, padres o cuidadores/as ingresan a talleres presenciales o remotos de Promoción del desarrollo: motor y lenguaje	Número niños y niñas menores de 1 año cuyas madres, padres o cuidadores/as ingresan a talleres presenciales o remotos de Promoción del desarrollo: motor y lenguaje	Ago: 22%	REM A27 Sección A: Personas que ingresan a educación grupal según áreas temáticas y edad
				Número de niños y niñas bajo control menores de 1 año	Dic.25%	REM P02 Sección A
A10	V. Atención de niños y niñas en situación de vulnerabilidad	A. Fortalecimiento de las intervenciones en niñosy niñas en situación de vulnerabilidad, rezago y déficit en su desarrollo integral	Porcentaje de niños y niñas menores de 4 años con evaluación normal con rezago en el control de salud infantil (*) ingresados a modalidades de apoyo al desarrollo infantil (MADIS)	Número de niños y niñas menores de 4 años con resultado de normal con rezago ingresados a MADIS	60%	REM A05 Sección F: Ingresos y egresos a sala de estimulación, servicio itinerante y atención domiciliaria
				Número de niños y niñas menores de 4 años con evaluación de normal con rezago derivados a MADIS		REM A03 Sección A.2: Resultados de la aplicación de escala de evaluación del desarrollo psicomotor
A12	V. Atención de niños y niñas en situación de vulnerabilidad	A. Fortalecimiento de las intervenciones en niñosy niñas en situación de vulnerabilidad, rezago y déficit en su desarrollo integral	Promedio de Visitas Domiciliarias Integrales realizadas a familias de niños(as) con resultado de déficit en el desarrollo psicomotor según EEDP y TEPSI en la primera evaluación	Número de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias de niños y niñas con déficit en el desarrollo psicomotor según EEDP y TEPSI en la primera evaluación, ingresados a MADIS	1,5	REM A26 Sección A: Visitas domiciliarias integrales a familias
				Número de niños y niñas evaluados en categoría de déficit del desarrollo (en EEDP y TEPSI) en la primera evaluación, ingresados a MADIS		REM A03 Sección A.2: Resultados de la aplicación de escala de evaluación del desarrollo psicomotor

(*) Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo de Chile Crece Contigo (SRDM)

La fórmula de cálculo para cada indicador será: RP = ((N/D)/M) * P, donde RP es el resultando ponderado, N el numerador, D el denominador, M la Meta, y P el ponderador. El detalle de los ponderadores se detalla en la tabla

Si una unidad administrativa no posee población beneficiaria o no provee la intervención en cuestión, el peso ponderado de ese indicador se distribuirá proporcionalmente para efectuar su evaluación.

Las unidades administrativas que no ingresen los datos de cumplimiento del Programa, según los plazos establecidos se consideraran con cumplimiento mínimo.

Este set de indicadores contempla como medios de verificación, en el caso de las prestaciones contenidas en el Catálogo los registros agregados e innominados provistos por el Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS) a través de los Registros Estadísticos Mensuales y de Población Bajo Control, en sus series A y P respectivamente y como segunda fuente de información como medio de verificación los datos contenidos en el Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SDRM) del Ministerio de Desarrollo Social. Estos datos serán utilizados para calcular en detalle el resultado de los talleres de Competencias Parentales "Nadie es Perfecto", las Visitas Domiciliarias Integrales realizadas a gestantes y la entrega del set de implementos del Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN).

La inclusión de este sistema de registro como medio de verificación de indicadores, se enmarca en el reglamento de la Ley 20.379, aprobado por Decreto Supremo N°14 de 2017, del Ministerio de Desarrollo Social, y en el Convenio de Transferencias con MIDESO y FONASA, Decreto Supremo N° 41 del año 2011 de MIDESO y sus modificaciones.

Para los indicadores de gestión se considerarán los registros incorporados en la Plataforma de Gestión del Componente de Salud del Chile Crece Contigo y en el formulario de carga de respaldo.

El Servicio a través de la Gerenta Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial - Chile Crece Contigo evaluará el grado de cumplimiento del Programa, de manera tal de fortalecer y fomentar el cumplimiento de los objetivos establecidos, 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.

SÉPTIMO: FINANCIAMIENTO

Establecimientos de Dependencia Municipal:

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley N° 21.796 Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 01, Subtítulo 05 Ítem 02 Asig.015, Sistema de Protección Integral a la Infancia, y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de enero a diciembre de cada año, de acuerdo al marco presupuestario asignado.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos, metas e indicadores, las prestaciones garantizadas por ley en establecimientos de atención primaria y hospitalaria involucrados, así como las actividades a realizar por el Servicio de Salud que apoyen y/o favorezcan el cumplimiento de los objetivos del programa. 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, de acuerdo a la normativa vigente y en el marco del Catálogo de Prestaciones del Subsistema ChCC.
Los recursos asignados a cada establecimiento y/o servicio de salud, se calculan considerando los siguientes criterios:

1) Población a atender:

a) Gestantes bajo control proyectadas, según datos disponibles a diciembre del año anterior.
b) Nº de partos atendidos proyectados, según datos disponibles a diciembre del año anterior.
c) Niños y niñas bajo control según grupo etario: menores de 1 año, mayores de 1 año y menores de 2 años, niños/as entre 2 y 3 años, niños/as entre 3 y 4 años, según censo semestral realizado por el establecimiento el año anterior.
d) Egresos hospitalarios de los Servicios de Neonatología, Pediatría y otras especialidades pediátricas destinadas a niños y niñas menores de 5 años.

2) Condiciones de vulnerabilidad:

a) Porcentaje de gestantes con riesgo psicosocial según EPSA.
b) Porcentaje de mujeres gestantes con escolaridad inferior a sexto básico, según EPsA.
c) Porcentaje de Violencia de Género, según EPsA.
d) Aislamiento y dispersión geográfica, según categorización de riesgo de los establecimientos de APS.
e) Niños y niñas detectados con rezago, riesgo y retraso del desarrollo proyectado/as, según datos disponibles a diciembre del año anterior.
f) Familias con gestantes, niños y niñas con más de 3 factores de riesgo psicosocial.

3) Prestaciones a otorgar:

a) Tiempo y concentración asignados a la prestación fortalecida.
b) En atención Primaria, valor hora del profesional y/o técnico que realiza la prestación, según promedio de la categoría funcionaria de la carrera referencial municipal.
c) En atención hospitalaria, valor hora del profesional y/o técnico que realiza la prestación, según escala del sector público.
d) Transferencia técnica realizada por los Servicios de Salud en temáticas locales que refuercen el desarrollo de estrategias para el cumplimiento del programa.

Los Servicios de Salud, podrán a su vez determinar otros criterios de distribución de los recursos destinados a los establecimientos de su territorio, que desarrollan las prestaciones del Programa, atendiendo a criterios de equidad y de acortamiento de brechas en el otorgamiento de las prestaciones, sin sobrepasar los recursos totales asignados al Servicio de Salud.

Los bienes, equipos y equipamiento menor adquiridos o sujetos a mantención con los fondos del presente convenio, deberán estar inventariados e identificados y deberán mantener su destino conforme a los objetivos del presente programa, no pudiendo destinarse a otros fines.

RELIQUIDACIÓN

Para recibir el total de recursos anuales señalados en el convenio respectivo, se deberá dar cumplimiento a las acciones y metas comprometidas a la fecha del corte, en caso contrario, se realizará la reliquidación del programa.

La reliquidación de los convenios de reforzamiento en Atención Primaria de Salud corresponde al proceso administrativo y financiero mediante el cual se revisan, ajustan y regularizan los montos transferidos a los municipios u organismos ejecutores, en función de la ejecución real del programa, el gasto efectivamente rendido y validado, y las condiciones establecidas en el respectivo convenio y normativa vigente.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento de las metas, la comuna podrá solicitar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, la no reliquidación del Programa, adjuntando los antecedentes de respaldo y un Plan de Trabajo que incluya un cronograma para el cumplimiento de las metas. El Servicio de Salud, una vez analizada y aprobada la solicitud, remitirá el consolidado de las comunas que apelan a la no reliquidación, mediante Oficio a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, adjuntando los antecedentes respectivos, que resolverá la petición.

Lo anterior, no obsta a que Servicio de Salud deba evaluar el Programa al 31 de diciembre y las unidades administrativas tengan la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período. Con todo, el cumplimiento de las actividades y metas anuales podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

En circunstancias de fuerza mayor, las evaluaciones (agosto y diciembre) podrán ser modificadas por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, previa resolución que así lo determine, pudiendo redefinirse el cumplimiento de metas y suspenderse la reliquidación de la segunda cuota del Programa durante el período en curso, manteniendo el monitoreo de su ejecución. En este contexto la evaluación no tendría implicancias en la asignación de recursos del año siguiente, sin embargo, conforme a las prioridades sanitarias y realidad territorial se podrán reasignar los recursos en el marco del mismo Programa. No obstante, el Servicio de Salud deberá velar por la adecuada ejecución y verificar la existencia de razones fundadas en caso de incumplimiento.

OCTAVO: La Municipalidad se obliga a autorizar a sus funcionarios a participar en todas las acciones de orientación y capacitación del referido Programa, definidos tanto por el Ministerio de Salud como por el Servicio.

NOVENO: El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. En el caso de que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados por el Servicio para los efectos de este convenio, ésta deberá asumir el mayor gasto que involucre su ejecución.

DÉCIMO: El Servicio de Salud en este acto designa como administrador y coordinador del programa a **EU. Javiera Arriagada Pfaff,** correo electrónico: javiera.arriagada@redsalud.gob.cl, quien tendrá como función principal actuar como referente técnico, y podrá requerir a la Municipalidad los datos e informes relativos a la ejecución del Programa y sus componentes específicos en la cláusula sexta de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

También será responsabilidad del referente, elaborar un certificado técnico para ingresar, a la plataforma SISREC, como respaldo del cumplimiento de las actividades del convenio.

La "Municipalidad" nombra en este acto como referente técnico comunal del Programa a **EU. María Valentina Fernández Lazcano**, correo electrónico vfernandezlazcano@gmail.com

DÉCIMO PRIMERO: El Servicio, requerirá a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus estrategias señaladas en la cláusula tercera de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo, en conformidad con lo establecido en la Resolución Nº30 de 2015 y Resolución N° 2 de 2026 de la Contraloría General de la República, esta última con vigencia a partir del 01 de julio de 2026. Igualmente, el Servicio podrá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

DÉCIMO SEGUNDO: El Servicio deberá velar por la correcta utilización de los fondos traspasados, acto que fiscalizará a través de la Unidad de Rendiciones de la Dirección de Atención Primaria y por el Departamento de Auditoría del Servicio de ser requerido.

Sin perjuicio de lo anterior, la Municipalidad deberá rendir los gastos del Programa, únicamente utilizando el Sistema de Rendición Electrónica de cuentas de la Contraloría General de la República, en adelante, "SISREC", de conformidad con lo establecido en la Resoluciones N°30/2015, N°1858/2023 y N°2/2026, todas de la Contraloría General de la República, o de las resoluciones que las modifiquen o las reemplacen.

En plataforma "SISREC", la rendición debe presentar documentos auténticos digitalizados y documentos electrónicos, previa validación del ministro de fe de la Municipalidad, que justifiquen cada uno de los gastos realizados en el mes correspondiente.

Por lo anterior, la Municipalidad se obliga a rendir cuenta mensual de las actividades efectuadas en cumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente convenio,

manteniendo los plazos establecidos por la Contraloría General de la República, correspondiente al día 15 hábil del mes siguiente a la recepción de la remesa.

El no cumplimiento de los plazos, sin previa autorización, generará automáticamente validar la rendición como no rendida, lo que generará la obligación de restituir esos recursos a la Tesorería General de la República, en virtud de la Resolución N°30, de 2015, ya citada.

Los funcionarios que la Municipalidad designe para desempeñar los roles de ministro de fe, encargado, analista y administrador del SISREC, deberán tener responsabilidad administrativa. En caso de cambios de las personas que desempeñen estos perfiles, el Municipio se compromete a informar formalmente y de manera oportuna al Servicio de Salud. En el caso de las Corporaciones Municipales, al menos el ministro de fe deberá tener responsabilidad administrativa.

En casos excepcionales y fundados, en que el ejecutor se vea imposibilitado de rendir a través del SISREC, el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca dispondrá de un procedimiento alternativo para la rendición de los recursos, dichos casos serán Informados a la Contraloria para su conocimiento. No obstante, dichas rendiciones deberán ser regularizadas en el SISREC una vez superados los Inconvenientes.

En cuanto al periodo a rendir del mes de enero 2027, corresponde únicamente a boletas de honorarios y liquidaciones de remuneraciones cuyos montos líquidos son devengados o pagados antes del 31 de diciembre de 2026 y que sus pagos de impuestos e imposiciones son efectuados en enero de 2027, considerando que, por proceso tributario, éstos últimos terminan siendo enterados al fisco al mes siguiente. Esto no implica, bajo ningún aspecto, que la ejecución del programa sea hasta el mes de enero de 2027, por lo que no se aceptará la rendición de otros gastos efectuados.

Cabe hacer presente que, conforme a lo dispuesto en dictamen N° 51.246 de 2016 de la Contraloría General de la República, en tanto no se haya rendido cuenta de la utilización de la transferencia anterior, no corresponde que se otorguen nuevos recursos, tal como lo señala el inciso segundo del artículo 18, de la referida Resolución N° 30, de 2015 del órgano de control y el Ordinario C73, N° 2969 de 16 de agosto 2023 del Ministerio de Salud que instruye sobre rendiciones de cuentas municipal y de los Servicios de Salud.

Por otro lado, conforme a lo establecido en la Ley N°21.796, Art. 26, de fecha 12 de diciembre de 2025, que fija el presupuesto nacional y sus mecanismos de rendición y reintegro fiscal para el año 2026, en concordancia con el DFL N°1.263, del año 1975, y lo dispuesto en el artículo 31 de la resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General, la Municipalidad tiene la obligación de reintegrar los saldos no ejecutados, no rendidos u observados a la Tesorería General de la República, una vez terminado el periodo de vigencia del convenio.

DÉCIMO TERCERO: El presente convenio tendrá vigencia desde el **01 de enero de 2026 hasta el 31 de diciembre de 2026.** Debiendo ser ejecutado técnica y financieramente en su totalidad conforme a los componentes del programa. Lo anterior, conforme a la Ley N°21.796, de fecha 12 de diciembre de 2025, que fija el gasto público para el año 2026.

La vigencia del presente convenio, comenzará a regir una vez sea totalmente tramitado el acto administrativo que lo apruebe y se extenderá hasta la aprobación de la rendición de cuentas o la restitución de los saldos no ejecutados, rendidos u observados, que realice la Municipalidad, la que no podrá excederse del 31 de diciembre de 2026, conforme a lo dispuesto en dictamen N°92.578 de 2016 de la Contraloría General de la República.

Sin perjuicio de lo anterior, y por razones de buen servicio, las prestaciones del presente programa se ejecutarán desde al 01 de enero, y hasta el 31 de diciembre de 2026, esto es con anterioridad a la fecha de vigencia del presente convenio, en los términos de lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley 19.880.

Cabe señalar que conforme a lo dispuesto en dictamen N° 43.604 de 2015, en relación con dictamen N°31.241 de 2013, ambos de la Contraloría General de la República, la obligación de restituir los saldos no ejecutados, no rendidos u observados debe cumplirse dentro de un plazo prudencial, correspondiéndole a la respectiva autoridad ejercer todas las acciones que resulten necesarias al efecto, a fin de resguardar la correcta utilización de los recursos fiscales cuya transferencia se autoriza.

Que, no obstante, lo indicado, se hace presente que la vigencia del presente acuerdo de voluntades se extenderá hasta la aprobación de la rendición de cuentas o bien hasta la restitución de los saldos no ejecutados, no rendidos u observados de acuerdo a lo dispuesto en el dictamen N°92.578 del 2016 de la Contraloría General de la República, por un plazo máximo de 60 días corridos contados desde el 31 de enero de 2027.

El proceso de rendición de cuenta no podrá extenderse por más de seis meses contados desde la finalización de la ejecución del convenio, según lo señalado en el artículo 26 de la Ley 21.796.

DÉCIMO CUARTO: La municipalidad, mediante la presente cláusula se obliga y acepta ejecutar la totalidad del gasto presupuestario dentro del año 2026. A su turno, todo presupuesto del programa no utilizados del mismo, que se conviene por el presente instrumento, deberán ser reintegrados a la Tesorería General de la República, conforme lo estable el Decreto Ley N°1.263, del año 1975, en concordancia con el artículo 26 de la Ley N°21.796, de fecha 12 de diciembre de 2025.

DÉCIMO QUINTO: Las partes dejan establecido que, mediante acuerdos complementarios podrán introducirse modificaciones al presente convenio, siempre que se ajusten a los lineamientos técnicos y objetivos del programa, cumpliéndose a demás con los siguientes requisitos:

1. Solicitud por escrito de la Municipalidad.
2. Relación de gastos al día.
3. Evaluación técnica y financiera favorable.
4. Si se produce modificación del convenio debe ser formalizado mediante el adendum y el acto administrativo correspondiente.

DÉCIMO SEXTO: Para todos los efectos legales derivados del presente convenio, las partes prorrogan competencia para ante los Tribunales de Justicia de la ciudad de Viña del Mar.

DÉCIMO SÉPTIMO: El presente convenio se firma en 2 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, y otro en el de la Municipalidad.

PERSONERÍAS: La facultad y personería de **ANDREA QUIERO GELMI**, Directora del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca, para celebrar convenios están contenidos en el Decreto con Fuerza de Ley Nº 1/2005, que fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley Nº 2763/79 y de las Leyes Nº18.469 y Nº18.933, conjuntamente, con los Decretos Supremos N°140/2004, N°52/2022 y N°26/2025, todos del Ministerio de Salud.

La personería de **PATRICIO PALLARES VALENZUELA**, Alcalde de la Ilustre Municipalidad de La Ligua, consta en Sentencia de Proclamación N°280-2024 del Tribunal Electoral de Valparaíso de fecha 30/11/2024.

Powered by ecert
Firma electrónica avanzada
PATRICIO DANIEL PALLARES VALENZUELA
2026.03.10 17:28:02 -0300

PATRICIO PALLARES VALENZUELA	**ANDREA QUIERO GELMI**
ALCALDE	**DIRECTORA**
I. MUNICIPALIDAD DE LA LIGUA	**S.S. VIÑA DEL MAR-QUILLOTA-PETORCA**

KLGO.RFN/ABG.NGM/MAT.HMP/EU.JAP/hmp/scc.