

SERVICIO NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD

VAS/GCM/DAJ/ERH

REF.: Aprueba convenio de transferencia de recursos del Programa Servicios de Apoyo, que indica.

RES EXENTA: N° 008237

SANTIAGO, 30 DIC 2014

VISTOS:

DFL N° 1/19.653, de 2001, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575 Orgánica Constitucional sobre Bases Generales de la Administración del Estado; la Ley 19.880 sobre Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los actos de la Administración del Estado; la Ley N° 20.422 sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad; la Ley N° 20.713, de Presupuestos del Sector Público para el año 2014; Decreto Supremo N° 79, de 2014, del Ministerio de Desarrollo Social que nombra transitoria y provisionalmente Director Nacional de SENADIS; Resolución Exenta N° 8027 de 2014, del SENADIS, por la que se ordena la suscripción de Convenios de Transferencia con entidades que indica para la ejecución del Programa Servicios de Apoyo; la Resolución N° 1600 de 2008, de la Contraloría General de la República sobre exención del trámite de Toma de Razón, y los demás antecedentes adjuntos,

RESUELVO:

- 1.- APRUÉBASE** el convenio transferencia de recursos del Programa Servicios de Apoyo, suscrito con fecha 19 de diciembre de 2014, entre el Servicio Nacional de la Discapacidad y el Servicio de Salud Concepción, cuyo texto se adjunta y forma parte integrante de la presente resolución.
- 2.- IMPÚTESE** el gasto que demande el financiamiento del convenio indicado al Subtítulo 24, ítem 01 y asignación 581 del presupuesto vigente del Servicio.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE



MAURO TAMAYO ROZAS
Director Nacional (TyP)

**CONVENIO DE TRANSFERENCIA
ENTRE
SERVICIO NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD
Y
SERVICIO DE SALUD CONCEPCIÓN**

En Santiago, a 19 de diciembre de 2014, el SERVICIO NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD, RUT N°72.576.700-5, representado por su Director Nacional (TyP) don Mauro Tamayo Rozas, cédula nacional de identidad N° [REDACTED], ambos domiciliados en calle Miraflores N° 222, piso 8, comuna de Santiago, Región Metropolitana, por una parte, en adelante SENADIS; y por la otra el Servicio de Salud Concepción, RUT N°61.607.100-9, representado/a en este acto por don/doña Marcelo Yévenes Soto, cédula nacional de identidad N° [REDACTED] ambos domiciliados en Rengo 345, comuna de Concepción, Región del Biobío, en adelante el/la EJECUTOR/A, han acordado lo siguiente:

CONSIDERANDO

- 1° Que, en virtud de la Ley N°20.422, el Servicio Nacional de la Discapacidad es un servicio público funcionalmente descentralizado y desconcentrado territorialmente, que tiene por finalidad promover la igualdad de oportunidades, inclusión social, participación y accesibilidad de las personas con discapacidad.
- 2° Que, el Servicio Nacional de la Discapacidad tiene entre sus funciones, de conformidad con lo dispuesto en su artículo 62 letra g) financiar, total o parcialmente, ayudas técnicas y servicios de apoyo requeridos por una persona con discapacidad para mejorar su funcionalidad y autonomía personal, considerando dentro de los criterios de priorización el grado de la discapacidad y el nivel socioeconómico del postulante”.
- 3° Que, la Resolución Exenta N°8027, de 2014, de SENADIS ordenó la suscripción del presente convenio de transferencia de recursos atendido que técnicamente el/la EJECUTOR/A cumple con las condiciones necesarias para garantizar la eficiencia y eficacia de la administración de los recursos públicos y la adecuada implementación de Servicios de Apoyo.
- 4° Que, de conformidad a la Ley N°20.713 de Presupuestos para el sector Público año 2014, SENADIS cuenta con la disponibilidad de recursos necesaria para la ejecución del Programa Servicios de Apoyo.
- 5° Que, el artículo 66, letra c) de la Ley N°20.422, confiere al Director Nacional la facultad de dirigir, organizar y administrar el Servicio y velar por el cumplimiento de sus objetivos. Asimismo, en virtud de lo señalado en la parte final de su letra f), podrá celebrar cualquier acto o contrato en cumplimiento del objeto y funciones del Servicio.



Las partes han convenido lo siguiente:

PRIMERO: OBJETO. Las partes acuerdan celebrar el presente convenio con el propósito de dar cumplimiento a las actividades necesarias para la adecuada y oportuna ejecución del Programa de Servicios de Apoyo en la región del Biobío.

Para estos efectos, las actividades que se desarrollarán durante la ejecución del presente Convenio, se encuentran detalladas en el Anexo N°1, el que se entiende formar parte integrante del mismo.

SEGUNDO: OBLIGACIONES DE SENADIS. SENADIS se obliga a transferir al/a la EJECUTOR/A la suma de \$97.000.000 (noventa y siete millones de pesos), que serán destinados, exclusivamente, a financiar las acciones de Servicios de Apoyo a personas en situación de Discapacidad que den cumplimiento al Objeto del presente Convenio, con estricta sujeción a los términos y categorías desglosadas en la siguiente tabla de presupuesto:

PRESUPUESTO	
CATEGORÍA	MONTO
Recurrentes	\$ 15.462.144
Personal	\$ 81.537.856
Total Presupuesto Aprobado	\$ 97.000.000

Y, para el financiamiento del pago de los servicios de el/la/los/las profesional/es y/o técnicos con las características que a continuación se indican:

Profesional y/o técnico	Cantidad de horas del Profesional y/o Técnico (Hrs. Semanales)	Valor mensual Bruto	Costo total meses
2 Terapeutas Ocupacionales	44 horas c/u	\$ 940.248 c/u	\$ 22.565.952
1 Asistente Social	44 horas	\$ 940.248	\$ 11.282.976
2 Asistentes Sociales	22 horas c/u	\$ 470.124 c/u	\$ 11.282.976
7 Monitores para talleres	16 horas c/u	\$160.000 c/u	\$ 13.440.000
1 Relator jornada de Capacitación	8 horas	\$ 400.000	\$ 400.000
2 Profesionales para sistematización	44 horas c/u	\$ 940.248 c/u	\$ 22.565.952
TOTAL			\$ 81.537.856

El/la EJECUTOR/A no podrá solicitar a SENADIS modificaciones a los montos asignados a cada una de las categorías desglosadas en el presupuesto señalado precedentemente, salvo en cuanto se trate del uso del saldo no gastado, cuya modificación presupuestaria se registrará conforme a las disposiciones del presente acuerdo.

SENADIS depositará la transferencia de fondos, en la cuenta corriente del/de la EJECUTOR/A N° 53309167992 del Banco Estado una vez que se encuentre presentada ante Senadis, la rendición de cuentas, proveniente de cualquier otra obligación que sea exigible entre las mismas partes, al momento de la remesa de dinero.

Para todos los efectos legales, bastará con el documento de depósito bancario para probar la transferencia efectuada.

Se debe tener presente que, con el fin de evitar perjuicios o retardos en la fecha de inicio de la ejecución del proyecto, el/la EJECUTOR/A podrá realizar gastos asociados a su ejecución a partir del día hábil siguiente de la fecha de entrada en vigencia de este acuerdo de voluntades

TERCERO: PERFIL DEL PROFESIONAL Y/O TÉCNICO. El profesional y/o técnico deberá cumplir con el siguiente perfil:

- i. Poseer Título Profesional y/o Técnico Profesional del Área de la Salud, Educación, Ciencias Sociales u otras, otorgado por entidades de educación superior acreditadas en Chile o extranjera reconocida en Chile.
- ii. Estar inscrito en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud o realizar el trámite de registro durante la ejecución del Convenio.

CUARTO: ACCIONES DEL PROFESIONAL Y/O TÉCNICO Las acciones del profesional y/o técnico deben ser en torno a:

- i. Resulta importante destacar que la asistencia personal es un servicio de apoyo a la vida independiente y a la promoción de la autonomía de las personas en situación de discapacidad, permitiéndoles asumir tanta responsabilidad y control como deseen sobre los apoyos que estimen necesarios para su autonomía, participación social, así como también dar soluciones personalizadas de apoyo a la vida independiente, todo ello con el objeto de garantizar y posibilitar su igualdad de oportunidades y la ausencia de discriminación en la sociedad.
- ii. Para ello entenderemos que las acciones de asistencia serán aquellas requeridas por una persona en situación de discapacidad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, en condiciones de mayor autonomía funcional. En otras palabras, estos servicios dicen relación con el apoyo para el desarrollo de actividades que promuevan y generen la vinculación con la comunidad, como por ejemplo uso del transporte público, manejo del dinero, realización de compras, toma de decisiones para sus cuidados personales, etc.
- iii. Las prestaciones de servicios de Apoyos de asistencias en estas áreas permitirían mejorar la participación en el entorno social, económico, laboral, educacional, cultural o político, superar barreras de movilidad o comunicación, etc.

QUINTO: RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA. El/la EJECUTOR/A deberá contratar por su cuenta y riesgo los servicios de los/as profesionales y/o técnicos, debiendo éstos últimos cumplir con los perfiles requeridos respectivamente.

El contrato por los servicios profesionales y/o técnicos que mantenga y/o celebre el/la EJECUTOR/A, para la ejecución del presente convenio, no generará vínculo alguno

entre SENADIS y los/as profesionales y/o técnicos que presten sus servicios en virtud de este convenio.

SEXTO: EXCLUSIVIDAD DE LOS SERVICIOS DEL PROFESIONAL Y/O TÉCNICO.

Los referidos profesionales y/o técnicos deberán estar destinados única y exclusivamente al desarrollo de las actividades que permitan el cumplimiento de los objetivos del presente convenio, obligación que las partes elevan al carácter de esencial y su incumplimiento dará derecho a SENADIS para poner término al presente convenio en forma anticipada y exigir la devolución de los dineros transferidos por este acto.

SÉPTIMO: OBLIGACIONES DEL/DE LA EJECUTOR/A. A su vez el/la EJECUTOR/A se obliga a:

- i. Invertir la suma transferida en el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente convenio.
- ii. Cumplir con el objetivo y las indicaciones descritas en las cláusulas de este instrumento.
- iii. Realizar los informes técnicos y administrativos que SENADIS solicite.
- iv. Incluir a SENADIS en sus actividades de difusión, promoción y comunicación relativas al presente Convenio, el objetivo del mismo y que su ejecución “aporta a la Inclusión social de personas en situación de discapacidad y es financiado por el Servicio Nacional de la Discapacidad-SENADIS-Gobierno de Chile”, mediante publicación destacada en un lugar visible de la institución o sede, para conocimiento de la comunidad.
- v. Otorgar a SENADIS todas las facilidades que le sean requeridas para el seguimiento del proceso, con motivo de visitas de monitoreo, supervisión o de control, así como en las de carácter protocolar, que se organicen desde la Dirección Nacional o Dirección Regional de SENADIS, el Ministerio de Desarrollo Social u otra autoridad del Estado.
- vi. Informar por escrito a SENADIS de todo cambio de domicilio.
- vii. Rendir cuenta en conformidad a lo establecido en el presente convenio.
- viii. Realizar las denuncias pertinentes y oportunas ante la autoridad competente de todo hecho presenciado que pueda ser constitutivo de crímenes o simples delitos, de acuerdo a las obligaciones establecidas en la ley.
- ix. Desarrollar un documento de sistematización de la práctica de las acciones realizadas en virtud del presente Convenio, de acuerdo a los lineamientos que previamente SENADIS especifique, el cual contenga las prácticas realizadas, los recursos asociados, los aspectos relacionales con las personas, sus familias y la comunidad y cualquier otro aspecto relevante para la realización de la experiencia.

OCTAVO: CONTENIDO Y REMISIÓN DE INFORMES. El/la EJECUTOR/A deberá enviar a SENADIS, informes técnicos que deberán contener, a lo menos, lo siguiente:

1. Comunicar el desarrollo de las actividades realizadas en el marco del convenio.
2. Avances técnicos registrados en el desarrollo del plan de trabajo, indicando las debilidades y fortalezas que presenta y las medidas dispuestas para optimizar sus resultados.

3. Evaluar la gestión en relación a la cantidad de beneficiarios en situación de discapacidad que acceden a las acciones ejecutadas en el marco del convenio, indicando su rango etario, tipo y grado de discapacidad, sexo, entre otros.
4. Informar sobre la continuidad de las actividades y resultados propuestos.
5. Desarrollar una sistematización del proceso que constituye parte del Informe Técnico Final.

El Primer Informe Técnico: **01 de julio de 2015**

El Informe Técnico Final: **15 de febrero de 2016**

Los Informes Financieros deben ser entregados a la Dirección Regional de SENADIS, dando cuenta de los gastos realizados **mensualmente** mediante documentación auténtica y pertinente, conforme a lo dispuesto en la Resolución N°759, de 2003, de la Contraloría General de la República, y sus posteriores modificaciones.

NOVENO: COSTOS DISTINTOS A LOS PROGRAMADOS. Para el caso que el/la EJECUTOR/A requiriera realizar gastos por sobre los montos transferidos en este convenio para cada una de las categorías presupuestarias, la diferencia será de su cargo.

DÉCIMO: FINALIDAD DEL FINANCIAMIENTO. La suma que se transferirá corresponde al total del monto asignado al efecto, entregado por una sola vez y con el único destino que en este instrumento se establece.

El/la EJECUTOR/A debe encontrarse inscrito en el Registro de Personas Jurídicas Receptoras de Fondos Públicos y otorgar a SENADIS un comprobante de ingreso de la suma recibida.

Para el caso que el/la EJECUTOR/A requiriera gastar una suma mayor, para el cumplimiento del objeto del presente acuerdo, a cuyo financiamiento contribuye SENADIS en virtud del presente Convenio, la diferencia no financiada será asumida exclusivamente por el/la EJECUTOR/A, a su cargo.

Para el caso que los costos referidos sean inferiores a los montos transferidos, el/la EJECUTOR/A podrá solicitar formalmente a la Dirección Regional la modificación presupuestaria que permita hacer uso del saldo no gastado, la cual deberá realizarse con una anticipación de a lo menos 60 días corridos anteriores a la fecha del término de ejecución. En caso de no cumplir con esta exigencia el/la EJECUTOR/A hará devolución de la diferencia.

DÉCIMO PRIMERO: FISCALIZACIÓN CONTRALORÍA. Se deja constancia que los fondos que SENADIS transfiere por este convenio al/a la EJECUTOR/A, son fondos públicos contemplados en la Ley de Presupuesto Nacional. En atención a lo anterior, y en cumplimiento de las disposiciones de la Ley N°19.862, el/la EJECUTOR/A señala que se ha inscrito en el Registro de Receptores de Fondos Públicos del Servicio Nacional de la Discapacidad, en conformidad a dicha Ley, antes de la recepción de los fondos, y que mantendrá actualizados todos sus antecedentes para ser puestos a disposición de la Contraloría General de la República, debiendo acatar lo que ella disponga en ejercicio de sus atribuciones.

DÉCIMO SEGUNDO: RENDICIÓN DE CUENTAS. El/la EJECUTOR/A deberá rendir cuenta mensualmente de los gastos efectuados de los recursos transferidos dentro de los 5 primeros días hábiles de cada mes y una rendición de cuentas final, a más tardar, el día **15 de febrero de 2016**, todas mediante documentación pertinente y auténtica.

En caso, que de la revisión de la rendición de cuenta surjan observaciones u objeciones, el/la EJECUTOR/A deberá subsanarlas dentro de los 15 días hábiles siguientes contados desde la recepción del oficio que las informe.

La rendición se ajustará a lo dispuesto en la Resolución N° 759, de 2003, de la Contraloría General de la República, y sus posteriores modificaciones.

Aprobada la rendición de cuentas, SENADIS emitirá una carta de cierre que se remitirá formalmente, por carta certificada al domicilio del/de la EJECUTOR/A consignado en el presente instrumento.

Se hace presente que, SENADIS podrá rechazar aquellos gastos que realice el/la EJECUTOR/A que no se relacionen con el objeto del presente convenio, o que no puedan ser respaldados contablemente con documentación auténtica, a nombre del/de la EJECUTOR/A.

DÉCIMO TERCERO: ENTRADA EN VIGENCIA. El presente convenio entrará en vigencia desde la fecha de la Resolución Exenta de SENADIS que lo apruebe y hasta la presentación del informe final de cuentas, o en el caso de rechazo de dicho informe, hasta la restitución de los recursos observados, no rendidos y/o no ejecutados. Su plazo de ejecución será de **13 meses** a contar de la entrada en vigencia.

La solicitud de prórroga sea, del período de ejecución del proyecto, como de la rendición final de cuentas, deberá requerirse directamente al/la Director/a Regional de SENADIS respectiva, con una anticipación de a lo menos 60 días corridos al vencimiento del plazo que se desea prorrogar.

DÉCIMO CUARTO: CAUSALES DE INCUMPLIMIENTO. Se entenderá que constituye incumplimiento del presente contrato por parte del/de la EJECUTOR/A, las siguientes causales:

- 1) .Destinación de los dineros transferidos en virtud del presente convenio a un fin que no corresponda al cumplimiento de las obligaciones del presente convenio
- 2) Utilización fraudulenta de los dineros transferidos en virtud del presente convenio.
- 3) Adulteración de la documentación que sirva de respaldo a las rendiciones de cuentas.
- 4) Incumplimiento de los plazos establecidos en el presente convenio y en los instrumentos que se entienden formar parte integrante de él.
- 5) El incumplimiento de cualquiera otra obligación que el/la EJECUTOR/A mantenga con SENADIS.
- 6) Divulgar de cualquier forma información confidencial fuera de los términos señalados en el presente instrumento.
- 7) Falta de Financiamiento de los eventuales costos adicionales del proyecto que excedan a los financiados en este acto.
- 8) Falta de restitución de los eventuales fondos no gastados al término de la ejecución del proyecto, en forma conjunta a la última rendición de cuentas.

- 9) No ejecute las actividades de acuerdo a lo establecido en el presente convenio.
- 10) No presentar la rendición de cuentas o que ésta fuera rechazada totalmente por Senadis.
- 11) Incumplimiento en la ejecución total o parcial del proyecto.

El incumplimiento de cualquiera de las estipulaciones contenidas en el presente convenio y en los instrumentos que forman parte integrante de éste, hará que SENADIS proceda a cobrar el instrumento de garantía, y a ejercer todas las acciones legales para recuperar el total del aporte financiado por el presente convenio que corresponda restituir, todo con reajustes en conformidad a la ley y el máximo interés convencional, calculados desde la fecha efectiva de entrega de los fondos, hasta la fecha de su restitución completa al SENADIS. Lo anterior, sin perjuicio de otras acciones judiciales que pudieran ser procedentes en conformidad a la ley.

DÉCIMO QUINTO: OBLIGACIÓN DE RESTITUIR LOS FONDOS. El/la EJECUTOR/A deberá restituir los fondos que se le entregan en el presente convenio, en los siguientes casos:

1. Restitución total:
En los casos de incumplimiento grave previstos en el presente convenio, sin embargo, tratándose del incumplimiento parcial al que se refiere el N°11 de la cláusula décimo cuarta, se procederá a la restitución respecto de lo no ejecutado.
2. Restitución parcial:
 - a) Si se hubiera incurrido en gastos menores de los contemplados en el presente convenio, y no se hubiese solicitado modificación presupuestaria para el uso del saldo no gastado, con una anticipación de, a lo menos, 60 días corridos anteriores a la fecha del término de ejecución.
 - b) En caso de haberse rendido cuentas y que ellas hayan sido parcialmente aprobadas por el SENADIS, el/la EJECUTOR/A deberá subsanar lo objetado. Si ello no ocurre por cualquier motivo dentro del plazo otorgado para tal efecto, deberá restituirse la totalidad del monto objetado
 - c) Para todos los efectos legales, se entenderá que la obligación de restituir los fondos, es actualmente exigible después de expirado el último día para rendir la cuenta o subsanar las objeciones que hubiera formulado el SENADIS. La liquidación de la misma será practicada por el SENADIS, en conformidad a su normativa interna de funcionamiento.

DÉCIMO SEXTO: LISTADO DE BENEFICIARIOS/AS. Se deja constancia que el/la EJECUTOR/A entregará junto a la rendición de cuentas final un listado de beneficiarios/as en situación de discapacidad que hayan requerido atención durante la ejecución del presente convenio, que se encuentren inscritos en el Registro Nacional de la Discapacidad, en el formato contenido en Anexo N°2 del presente convenio que se entiende formar parte integrante de él.

DÉCIMO SÉPTIMO: PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN. Las partes reconocen como información confidencial y amparada por las normas constitucionales, legales, reglamentarias y especialmente aquellas establecidas en el artículos 22 y 31 de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, relativas a la protección de la vida privada, toda información que sea transmitida entre ellas que diga relación con datos personales, esto es, los relativos a

cualquier información concerniente a personas naturales, identificadas o identificables o que digan relación con datos sensibles, que son aquellos que se refieren a las características físicas o morales de las personas o a hechos o circunstancias de su vida privada o intimidad, tales como los hábitos personales, el origen racial, las ideologías y opiniones políticas, las creencias o convicciones religiosas, los estados de salud físicos o psíquicos y la vida sexual.

Dicha información no podrá, bajo circunstancia alguna, salvo para cumplir fines propios del respectivo organismo y expresados en este acuerdo de voluntades, ser divulgada a terceros, sean personas naturales o jurídicas, ni aún a pretexto de haber terminado el convenio por cualquier causa.

En relación con lo anterior, si una de las partes entrega información que contenga datos personales a la otra, ésta última quedará sujeta a las siguientes obligaciones, sin perjuicio de la obligación de dar cabal cumplimiento a las normas vigentes sobre protección de la vida privada y datos personales:

- 1) Limitar la divulgación de dicha información sólo a aquellos/as funcionarios/as que tengan estrictamente la necesidad de conocerla, en virtud del ejercicio de sus funciones.
- 2) Instruir, conforme a sus procedimientos internos, a los/as funcionarios/as que tengan acceso a la misma sobre las normas vigentes en materia de protección de datos personales, en especial, sobre las obligaciones y derechos que ellas establecen.
- 3) Adoptar las medidas de seguridad que sean pertinentes, a fin de conservar la integridad de dicha información y prevenir su conocimiento, uso y divulgación por parte de personas no autorizadas.

La información que las partes se comuniquen o transmitan sólo podrá ser utilizada por éstas en el cumplimiento de sus funciones. En consecuencia, será de su responsabilidad impedir que otra persona o entidad utilice dicha información o le dé un uso distinto del indicado.

DÉCIMO OCTAVO: DERECHOS DE AUTOR. Los derechos de propiedad intelectual y, en particular, los derechos de autor del creador de la obra y de los documentos y materiales proporcionados por cada una de las partes para la realización de las actividades de cooperación definidas en este Convenio, se regirán por lo dispuesto en la Ley N° 17.336, sin perjuicio de que los derechos patrimoniales serán de propiedad de las instituciones firmantes, de acuerdo con las modalidades que se acuerden en cada caso particular. En caso de realización de actividades conjuntas, los derechos de propiedad intelectual serán definidos en la forma antes indicada. En ningún caso, se podrá privar a algunas de las partes a ejercer los derechos conexos derivados de las obras que creen en conjunto, con ocasión del presente Convenio.

DÉCIMO NOVENO: PUBLICIDAD DE LA INFORMACIÓN. Los documentos, informes, estudios y demás antecedentes obtenidos como consecuencia directa de la ejecución del presente Convenio serán públicos, salvo que concurra alguna de las causales de secreto o reserva contenidas en el artículo 8 de la Constitución Política de la República y en la Ley N° 20.285.

VIGÉSIMO: EJECUCIÓN DEL CONVENIO. La ejecución del Convenio se llevará a efecto de conformidad con lo estipulado en las cláusulas precedentes y, en lo no previsto en ellas, acorde con lo señalado en la Guía de Gestión 2014, documento que las partes declaran conocer y que forma parte integrante del presente convenio.

VIGÉSIMO PRIMERO: TRIBUNALES COMPETENTES. Las instituciones firmantes declaran que, para todos los efectos derivados del presente Convenio, se encuentran domiciliadas en la comuna de Concepción y se someten a la jurisdicción de sus Tribunales Ordinarios de Justicia.

Lo anterior, sin perjuicio de las atribuciones que le competen a la Contraloría General de la República, en virtud de las disposiciones sobre la materia contenidas en la Ley N° 10.336.

VIGÉSIMO SEGUNDO: PERSONERÍA. La personería de don Mauro Tamayo Rozas para representar a SENADIS como Director Nacional (TyP), consta en Decreto Supremo N°79 de 2014, del Ministerio de Desarrollo Social. Por su parte, la personería de don/doña Marcelo Yévenes Soto, para representar al/a la EJECUTOR/A, consta en el Decreto N°159 de fecha 12 de septiembre de 2014 del Ministerio de Salud, documentos que no se insertan por ser conocidos de las partes.

El presente convenio se firma en dos ejemplares de igual tenor, quedando uno en poder del/de la EJECUTOR/A y uno en poder del SENADIS.


MAURO TAMAYO ROZAS
Director Nacional (TyP)
Servicio Nacional de la Discapacidad
YAS/GCM/DAJ/ERH




MARCELO YÉVENES SOTO
Representante
Ejecutor/a



ANEXO N°1

FORMULARIO PARA CONVENIOS DE TRANSFERENCIAS

Nombre del Proyecto

FORTALECIMIENTO DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN EL SERVICIO DE SALUD CONCEPCIÓN

1. IDENTIFICACION DE LOS ORGANISMOS INVOLUCRADOS

1.1 Proponente:

Nombre	Servicio de Salud Concepción		
RUT Institución	61.607.100-9		
Dirección	Rengo 345		
Comuna	Concepción	Ciudad	Concepción
Provincia	Concepción	Región	Región del Biobío
Teléfono	041-2688386	Fax	-
email	myevenes@ssconcepcion.cl		

1.2 Antecedentes Representante Legal

Nombre	Dr. Marcelo Yévenes Soto		
RUN	8.329.754 -9		
Cargo	Director (T y P) Servicio de Salud Concepción		
Domicilio	Rengo 345		
Comuna	Concepción	Provincia	Concepción
Teléfono	041-2688386	Región	Región del Biobío
email	myevenes@ssconcepcion.cl		

1.3 Ejecutor:

Nombre	Servicio de Salud Concepción. Programa de Salud Mental, Depto. Gestión y Articulación de la Red		
Rep. Legal	Dr. Marcelo Yévenes Soto		
Dirección	Rengo 345		
Comuna	Concepción	Ciudad	Concepción
Provincia	Concepción	Región	Región del Biobío
Teléfono	041-2688386	Fax	
e:mail			

1.4 Asociados: *(puede copiar este cuadro las veces necesarias, hasta incorporar todas las instituciones y agrupaciones asociadas)*

Nombre	Cosam Lota – Hospital de Lota		
Rep. Legal	Sr. Pedro Martínez Espinoza		
Dirección	Av. El Parque N° 53, Lota Alto		
Comuna	Lota	Ciudad	Lota
Provincia	Concepción	Región	Región del Bio Bio
Teléfono	66860535	Fax	-
e:mail	cosamlota@gmail.com		

Nombre	Cosam Concepción – Hospital Guillermo Grant Benavente		
Rep. Legal	Dr. Arturo San Martín Guerra		
Dirección	Angol N° 219		
Comuna	Concepción	Ciudad	Concepción
Provincia	Concepción	Región	Región del Bio Bio
Teléfono	3279020	Fax	-
e:mail	cosamconcepcion@gmail.com		

Nombre	Cosam San Pedro – I. Municipalidad de San Pedro de la Paz		
Rep. Legal	Sr. Audito Retamal Lazo		
Dirección	Los Avellanos N°05, Villa San Pedro.		
Comuna	San Pedro de La Paz	Ciudad	San Pedro de la Paz
Provincia	Concepción	Región	Región del Bio Bio
Teléfono	2370277	Fax	-
e:mail	centrosaludmentalcomunitario@gmail.com		

1.5 Coordinador del proyecto

Nombre	Cecilia Fernández Cabalín		
Cargo	Asesora de Salud Mental		
Dirección	Rengo 345		
Comuna	Concepción	Ciudad	Concepción
Provincia	Concepción	Región	Región del Biobío
Teléfono	041-2688318	Fax	
e:mail	ceciliafernandez@ssconcepcion.cl		

1.6 Cuenta Bancaria para Depósito

Banco	Estado
N° Cuenta	53309167992
Tipo Cuenta	Corriente
Rut Asociado	61.607.100-9
Razón Social	Servicio de Salud Concepción

2. Antecedentes generales de la entidad ejecutora: caracterización de la institución, grupos etarios que abarcará, perspectiva de género, Red local asociada (trabajo conjunto en salud, educación y trabajo), Programas que ejecute asociados a habilitación y Rehabilitación, población vulnerable priorizada, patologías de alta prevalencia, mecanismos usados para fortalecer la participación ciudadana)

El Servicio de Salud Concepción atiende a una población de 668.221 habitantes (proyección INE población 2013), distribuidos en 8 comunas: Concepción, San Pedro de la Paz, Coronel, Lota, Hualqui, Chiguayante, Santa Juana y Florida.

La red de Salud Mental del Servicio de Salud Concepción se encuentra organizada por niveles de complejidad:

La puerta de entrada para la atención de Salud Mental se inicia en los equipos de Salud Mental de Atención Primaria.

La Red de Salud de Nivel Primario está compuesta por un total de 49 establecimientos. En el 98% de estos, se otorga atención a problemas de Salud Mental de baja complejidad, a través de la ejecución del Programa de Atención Integral de Salud Mental en APS.

La red de Salud Mental en Especialidad Ambulatoria está compuesta por los siguientes establecimientos públicos y privados: 4 Centros de Salud Mental Comunitaria ubicados en las comunas de Concepción, San Pedro de la Paz, Coronel y Lota; un Policlínico Ambulatorio en Servicio de Psiquiatría del H.G.G.B.; 4 Centros de Tratamiento y Rehabilitación en Alcohol – Drogas; 3 Centros Diurnos de Rehabilitación para personas con Discapacidad Psíquica ubicados en las comunas de Concepción y Coronel; un Hospital de Día Adulto, ubicado en la comuna de Concepción.

La oferta en atención de Especialidad Cerrada se concentra en el Servicio de Psiquiatría, dependiente del Hospital Guillermo Grant Benavente; el que cuenta con camas de Corta Estadía Adultos, Corta Estadía Adolescentes y Mediana Estadía para usuarios Forenses. Este Servicio cubre la demanda regional y macro regional (en algunos casos) de hospitalización.

Para la atención residencial de usuarios con discapacidad psíquica, se dispone de 2 Hogares Protegidos, ubicados en las comunas de Concepción y Coronel y 3 Residencias Protegidas en las comunas de Concepción (1) y San Pedro de la Paz (2).

En relación a los cuidados compartidos entre APS y Especialidad, éste se lleva a cabo por medio de los espacios de Consultorías Integrales.

Se debe señalar que de acuerdo a la Encuesta Nacional de Discapacidad – CIF realizada por el Fondo Nacional de la Discapacidad (Fonadis) el año 2004, en Chile el 12,9% del total de la población presenta algún tipo de discapacidad, esto significa alrededor de 2.068.072 personas: 1 de cada 8 chilenos.

El 7,2% de estas personas presentan discapacidad leve, el 3,2% discapacidad moderada y un 2,5% discapacidad severa, siendo estos dos últimos grupos los que manifiestan una mayor disminución en su capacidad para realizar actividades cotidianas llegando a requerir de la asistencia y apoyo de terceros.

La distribución territorial señala que a pesar de que la proporción de discapacitados es mayor en zonas urbanas, el 50% de la población con discapacidad está concentrada en las regiones VIII y Metropolitana, la tasa de prevalencia es significativamente más alta en zonas rurales.

Según la Encuesta Nacional, **121.487 personas** presentan como causa principal de su discapacidad un diagnóstico relacionado con los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10), lo que equivale al 5.87% del total de personas con discapacidad. Sin embargo la presencia de discapacidad de causa psíquica se observa en un mayor número de personas, sumando en total **262.151**, el 7.83% de la población con discapacidad. La mayoría de los diagnósticos clínicos corresponden a cuadros crónicos y severos, que siguen la misma tendencia en la distribución territorial y de grupos etáreos que el conjunto de las discapacidades.

Estas cifras son consistentes con diversos estudios sobre prevalencia de vida poblacional que se han efectuado en Chile en torno a los Trastornos Psiquiátricos Severos del adulto (Vicente 1992 – 1999), los cuales señalan que entre un 2 a 8% de la población general estaría afectada por algún diagnóstico de este tipo, esto en magnitud representa alrededor de 300.000 personas. Los Trastornos Psiquiátricos Severos por su carácter prolongado, expresión sintomática y grado variable de discapacidad, producen una serie de dificultades no sólo en el desempeño que la persona tiene en relación a las diversas actividades de la vida, casa, intercambios, trabajo (Saraceno, 1995), sino también en como su entorno inmediato la enfrenta y acoge, y más aún, como el contexto sociocultural le brinda o no oportunidades para su desarrollo. Estas personas presentan necesidades específicas vinculadas a su condición mental y requieren de sistemas de apoyo eficaces que por un lado les ayuden a generar competencias para afrontar las demandas de su entorno, pero también les promuevan ambientes facilitadores de su actividad y desarrollo.

En Chile se estima que apenas el **12.3%** de las personas con Trastornos Psiquiátricos Severos y Discapacidad han accedido a algún tipo de Programa de Rehabilitación (Encuesta Nacional de Discapacidad, 2004), y en su mayoría lo han hecho en el Sistema Público de Salud.

En el territorio del Servicio de Salud Concepción se puede señalar que la comuna de Concepción, cuenta con 185.582 personas beneficiarias de Fonasa (de acuerdo a proyección de Población a junio 2013, INE), además de ser la comuna con mayores ingresos a tratamiento por problemas y/o trastornos de salud mental (4.807 personas ingresadas en el 2013). Los Centros de especialidad para la comuna de Concepción (que además abarcan a las comunas de Chiguayante, Florida y Hualqui), son el Policlínico ambulatorio del Servicio de Psiquiatría y el Cosam Concepción, este último Centro tiene como base el Modelo de Salud Mental Comunitaria. La comuna de San Pedro de la Paz cuenta con 76.685 personas beneficiarias de Fonasa (Proyección INE a junio 2013), ingresaron a tratamiento de Salud Mental 1.086 personas, de estas 144 lo hicieron a tratamiento de especialidad en el Cosam de San Pedro, además la comuna cuenta con 2 residencias protegidas para usuarios con Discapacidad Mental Severa, con capacidad total para 24 usuarios. Para el año 2015 se programaron prestaciones de Rehabilitación

Psicosocial en estas dos comunas, considerando la experiencia de los equipos y la demanda de atención existente.

Por otra parte la comuna de Lota cuenta con 44.699 personas como población beneficiaria de Fonasa, el año 2013 el total de personas ingresadas a tratamiento por problemas y/o trastornos de Salud Mental fueron 1.296 personas, de éstas 369 recibieron tratamiento de especialidad en Cosam Lota, Centro que se encuentra potenciando el trabajo comunitario con las agrupaciones de autoayuda.

Dado los antecedentes expuestos, el presente proyecto se focalizará en los siguientes establecimientos de la red del Servicio de Salud Concepción, que otorgan atención a usuarios con discapacidad mental y sus familias: Cosam Concepción, Cosam San Pedro y Cosam Lota. Lo anterior basado en el desarrollo de estos establecimientos en el trabajo comunitario, el rol que cumplen como articuladores de la red local de Salud Mental y el impacto que pueda tener en la población.

Referencias:

- Norma Técnica N°90, "Rehabilitación Psicosocial para personas adultas con trastornos psiquiátricos severos y discapacidad". Minsal, 2006.
- Diseño y Rediseño de la Red de Salud Mental, Servicio de Salud Concepción, 2013.

3. Formulación del problema principal, considere las Causas de Origen del problema identificado y las consecuencias para el grupo beneficiario.

Existe bastante evidencia internacional que señala que la carga de los Trastornos Mentales aumentará de manera significativa en los próximos 20 años, afectando a toda la sociedad en su conjunto ya sea como fenómenos individuales o colectivos.

Aunque no hay grupo humano inmune, se observa que el riesgo de sufrir un trastorno de este tipo es mayor en algunas poblaciones: Las personas que viven en situación de pobreza, las personas que viven en situación de calle, las personas desempleadas, las personas con bajo nivel de instrucción, las víctimas de violencia, los inmigrantes y refugiados, las poblaciones indígenas, los abandonados, razón por la cual los Trastornos Mentales se constituyen como elementos determinantes y estrechamente ligados al desarrollo social de los pueblos.

El Informe sobre Salud Mental en el Mundo (OMS, 2001) reúne un conjunto de evidencias respecto de la incidencia, prevalencia e impacto de estos problemas de salud en la vida de las personas y la sociedad, y señala con claridad que en específico los **Trastornos Psiquiátricos Severos**, ya sea como factor de riesgo o como consecuencia, son aquellos con mayor impacto negativo en la calidad de vida y desarrollo de las personas, sus familias y la comunidad en que viven.

Desde una perspectiva individual, las personas con Trastornos Psiquiátricos Severos y Discapacidad presentan un conjunto de deficiencias ligadas principalmente a su **funcionamiento psicosocial**: merma en la capacidad de análisis y percepción de la realidad, dificultades en la planificación y evaluación de conductas, en la expresión y modulación de los afectos y emociones, mayor vulnerabilidad a situaciones estresantes, limitación en el desarrollo del lenguaje y comunicación asertiva y efectiva, dificultades en el contacto, interacción y sentido de límites sociales, disminución en la capacidad de autocuidado y autoprotección, dificultad en el desempeño de roles y tareas, dependencia elevada de otras personas y dificultad en manejarse autónomamente, entre otros. Estas deficiencias les restringen sus posibilidades de generar y mantener vínculos sociales apoyadores, incluso dentro de la propia familia; acceder al mundo laboral, apenas un 20% de las personas con discapacidad psíquica que están en condiciones de trabajar lo hacen; e integrarse a la sociedad mediante el ejercicio de sus derechos ciudadanos.

Desde una perspectiva social, los Trastornos Psiquiátricos Severos históricamente han estado asociados a valores, conceptos y prácticas socioculturales poco tolerantes, discriminadoras, que limitan enormemente las posibilidades de desarrollo y oportunidades de las personas que los vivencian, atentando incluso contra sus derechos

humanos. Esta “actitud” social se manifiesta en todos los ambientes en donde las personas con Discapacidad Psíquica se desenvuelven y desde luego les generan enormes sobre exigencias de adaptación e inclusión social.

Se estima que **una de cada cuatro familias** tiene a los menos un miembro afectado por un Trastorno Mental y del Comportamiento (CIE-10), y el impacto en al menos la mitad de los casos implica disfuncionalidad, pérdida de recursos económicos, aislamiento social o deterioro en la calidad de vida del grupo familiar. La presencia de un miembro con Discapacidad Psíquica le demanda a la familia un conjunto de exigencias emocionales, conductuales y económicas significativas para cuyo afrontamiento en general no está preparada, ya sea por desconocimiento, falta de información, prejuicios respecto del Trastorno Mental, falta de acceso a servicios de apoyo, entre otros, y por lo mismo las herramientas que posea para manejar su situación, la transformarán en uno de los factores sociales más determinantes para el bienestar del individuo.

De acuerdo al Informe de Salud Mental (OMS, 2001), en la región de las Américas existe una enorme brecha entre la creciente demanda de salud por Trastornos Mentales y los pocos y alejados servicios sanitarios que existen para satisfacerla. Se estima que entre el 53% y 87% de las personas con Trastorno Mental (según países) no han recibido atención alguna por su problema en los últimos doce meses, siendo el principal obstáculo la baja accesibilidad.

Considerando lo anterior, la OMS ha efectuado recomendaciones a los gobiernos latinoamericanos para que reformulen los Sistemas y Servicios de Salud Mental, explicitando que los modelos de atención basados en los tradicionales hospitales psiquiátricos están ya lejos de responder a las necesidades de salud de las personas. Diversos estudios han demostrado que las personas atendidas en servicios basados en la comunidad tienen mejor evolución, menos recaídas y una más favorable reinserción social en relación a aquellas atendidas en hospitales psiquiátricos, por lo que los avances científicos, técnicos y las reformas legales y sociales habidas en el mundo se han encaminado a ofrecer servicios lo más cercanos posibles al medio habitual de vida de las personas, dado su mayor acceso y capacidad de impacto.

Referencias:

-Norma Técnica N°90, “Rehabilitación Psicosocial para personas adultas con trastornos psiquiátricos severos y discapacidad”. Minsal, 2006.

4. Descripción de Estrategia a Implementar (Modelo de trabajo, acciones, beneficios, redes locales de trabajo, referencia y contra referencia, trabajo con la familia y usuarios, sistemas integrados de salud, educación y trabajo)

1.- Modelo de Atención

En el **Modelo de Salud Mental Comunitaria** la rehabilitación es necesaria para apoyar a las personas con Trastornos Psiquiátricos Severos y Discapacidad a reinsertarse en la comunidad donde viven y sobre todo a mantenerse en ésta con la mayor autonomía y calidad de vida posible, en la concepción de un usuario(a) activo en el ejercicio de sus derechos ciudadanos en un plano de igualdad.

De este modo, las **Estrategias de Rehabilitación Psicosocial** que se desprenden del **Modelo de Salud Mental Comunitaria** se orientan a que las personas puedan recuperar sus capacidades psíquicas perdidas y/o desarrollar nuevas competencias y capacidades que le permitan desenvolverse adecuadamente con su entorno, a la vez que se trabaja con este entorno para que genere recursos y apoyos que faciliten el desempeño y la inclusión social del individuo mediante la construcción de nuevas formas de relación.

Se puede definir la Rehabilitación Psicosocial, como un *proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial, de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea*

posible (Norma Técnica n° 90, Minsal 2006).

Hay evidencias científicas consistentes respecto a la eficacia de las intervenciones de rehabilitación psicosocial, planteadas en términos de reducción de síntomas psicóticos y cognitivos, prevención de recaídas, mejoría de funcionamiento global y de la calidad de vida o apoyo social y emocional. Muchas de estas intervenciones son aplicables no sólo en recursos específicos de rehabilitación, sino también en la práctica cotidiana de un Equipo de Salud Mental: psicoeducación, intervenciones familiares, entrenamiento en habilidades sociales, terapia cognitivo conductual, programas de intervención precoz para evitar recaídas, modelos de gestión de casos y de tratamiento asertivo comunitario.

Valores y características:

- a) La rehabilitación es ante todo un proceso de cambio que va experimentando la persona, de manera única y personal, y que la lleva a definir un nuevo sentido y propósito en la vida.
- b) La rehabilitación potencia y fortalece las capacidades, talentos y competencias que posee un individuo, y no sólo tiende a disminuir sus deficiencias.
- c) La rehabilitación promueve la autonomía de la persona al mayor grado posible, de acuerdo a sus capacidades y a los recursos que su entorno puede proveer.
- d) La rehabilitación no es realizada para la persona sino con ella, ésta tiene el derecho a participar y decidir sobre su propio proceso, y a que se respeten sus decisiones. Se entiende que cada persona es única en sus características y dificultades y por tanto la rehabilitación debe estar basada en la situación particular del sujeto, adaptándose a sus necesidades, talentos y deseos.
- e) La rehabilitación es un proceso que además de promover un cambio en la persona, también provoca una transformación sobre el medio específico con que ésta se relaciona cotidianamente. Lo anterior implica que no sólo el sujeto debe adecuarse a los parámetros de normalidad sino también el entorno debe poder modificarse y ofrecerle los soportes necesarios para que se desempeñe en un ambiente en condiciones de igualdad.
- f) Las acciones de rehabilitación deben darse en el lugar más cercano posible a donde se desenvuelve naturalmente la persona, de manera de garantizar el respeto a sus derechos humanos básicos y facilitar en el entorno el aprendizaje socio-cultural necesario para su inclusión social.
- g) Enfatiza una concepción amplia y globalizadora de los derechos humanos, reconociendo y promoviendo el derecho de las personas a una ciudadanía plena. La persona con Discapacidad Psíquica es preparada dentro de su entorno comunitario, para vivir y participar de él en la misma medida que el resto de las personas, ello implica también la utilización de los recursos socio-comunitarios a los que accede la mayoría de los individuos para satisfacer sus necesidades.

En términos generales, todo Programa de Rehabilitación Psicosocial debe trabajar flexiblemente adecuando todo o parte de sus servicios a las necesidades y posibilidades de las personas, enfocado en las áreas primarias de la vida de todo individuo (Saraceno, 1995):

- Descanso: La persona debe desarrollar habilidades de autocuidado, cuidado de su entorno, y comportamiento adecuado con las personas con las que habita y con sus vecinos.
- Recreación: Relacionada con el uso del tiempo libre y la socialización.
- Trabajo: Ejecución de una actividad productiva que implica normalmente un cierto rendimiento intelectual/cognitivo, físico/instrumental o social.
- Intercambios: Se refiere a las relaciones e intercambios que establece el individuo con su entorno cotidiano y que le proveen diversos tipos de insumos para su actividad (transporte, información, alimentos, vestimenta, entretención, otros).

La Rehabilitación Psicosocial cuando interviene en la relación cotidiana del individuo y

su medio, lo hace a través del fortalecimiento de los vínculos e intercambios sociales que se generan allí y por tanto en esencia va construyendo redes sociales apoyadoras e inclusivas para la persona con discapacidad psíquica en todos los ambientes en que ésta se desenvuelve. Es por esto, que la conformación de grupos de usuarios procura ser un espacio voluntario para que los afectados por una misma enfermedad compartan sus experiencias comunes y, a la vez, cada cual (de acuerdo con su propio ritmo) pueda: Evitar el aislamiento social, desarrollar un mayor sentido de control y autocontención, desarrollar nuevas conductas y actitudes que favorezcan un mayor conocimiento de su propio cuerpo y sus necesidades, aumentar autoestima y trascender la enfermedad y ser persona, no ya sólo un enfermo de alguna patología, asumiendo un papel activo en el manejo de la enfermedad.

La Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC) y el **Recovery** constituyen las estrategias para la implementación de este modelo de rehabilitación psicosocial, que promueven la equiparación de oportunidades e inclusión de todas las personas con Discapacidad, y se lleva a cabo por medio de los esfuerzos combinados de las propias personas discapacitadas, de sus familias y comunidades, y de los servicios de salud, educativos, sociales y de carácter laboral correspondientes (OMS, 1994).

La RBC debe considerarse ante todo como una estrategia que **pertenece a la comunidad**, planificada, gestionada, ejecutada y evaluada por ella misma, y donde el rol de los servicios profesionales se modifica para constituirse más bien en *servicios de apoyo que transfieren información, conocimientos y experiencias*. A nivel local-comunitario, las acciones de inclusión son llevadas a cabo bajo "dirección comunitaria", permitiendo así una mayor participación en el proceso a las personas con discapacidad y a sus familiares.

De acuerdo a lo anterior, se precisa que todo Programa de Rehabilitación Psicosocial, en función de la naturaleza y del grado de las deficiencias, deberá incorporar sistemas de apoyo familiar y comunitario que permitan promover el aprendizaje para el desarrollo y estímulo de la mayor autonomía personal posible, junto con ampliar, mediante el Trabajo de Red, la participación de la comunidad y de los propios afectados en los procesos de rehabilitación.

Respecto de la estrategia de Recovery se trabaja en base al concepto de recuperación, acá los objetivos de los "servicios de salud mental orientados hacia la recuperación" son, por lo tanto, distintos de los objetivos tradicionales de los servicios de salud ("tratamiento y cura"). Estos últimos ponen el énfasis en el alivio de síntomas y la prevención de recaídas. En la recuperación, la mejoría de los síntomas sigue siendo importante, y puede jugar un papel clave en la recuperación de la persona. Pero la calidad de vida, según la valore el propio afectado, es fundamental. La prueba más clara de la recuperación reside por tanto en las experiencias de los usuarios (e.g. Leete, 1987; Deegan, 1996).

Los componentes del proceso de recuperación son:

1. Encontrar esperanza y mantenerla: creer en uno mismo, tener sentido de autocontrol y optimismo de cara al futuro.
2. Re-establecimiento de una identidad positiva: encontrar una nueva identidad que incorpore la enfermedad pero que mantenga un sentido positivo de uno mismo.
3. Construir una vida con sentido: entender la enfermedad; encontrar un sentido a la vida pese a la enfermedad; dedicarse a vivir.
4. Asumir responsabilidad y control: sentir que se controla la enfermedad y que se controla la vida.

Desde la **perspectiva de redes**, parte transversal del **Modelo de Salud Mental Comunitaria**, la rehabilitación psicosocial entiende por **RED**, "un sistema de relaciones e interacciones que mantiene un cierto grupo de personas, ya sea a través de vínculos de trabajo, entrega o recepción de servicios, vecindad física, etc., las cuales son fuente potencial de **apoyo social** que brinda beneficios emocionales, materiales e información entre sus miembros" (Elkaim, 1989). Este sistema de vínculos también puede darse entre organizaciones e instituciones o sistemas sociales mayores, sin embargo los lazos

comunicacionales, de intercambio e interacción siempre se dan entre las personas que se contactan.

Una red puede incluir al núcleo familiar, parientes, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y todas aquellas personas que perteneciendo a una Iglesia, escuela, organismo asistencial o institución de cualquier tipo, brindan apoyo social.

Para este proyecto se plantea la inclusión social entre los procesos tratamiento y rehabilitación (considerando las estrategias de RBC, Recovery y perspectiva de red) de manera sinérgica y complementaria en un mismo Centro de Salud Mental, de acuerdo a la organización de los Servicios de Salud Mental en cada territorio en las comunas de: Concepción, San Pedro de la Paz y Lota.

2.- Metodología:

El presente proyecto de Rehabilitación Psicosocial está dirigido a un grupo poblacional específico que se caracteriza por su gran vulnerabilidad emocional, cognitiva, conductual, social y económica; **las personas adultas con Trastornos Psiquiátricos Severos y Discapacidad**. En este grupo se priorizará principalmente aquellas personas con diagnósticos especialmente graves, que presentan una discapacidad funcional moderada a severa, de las comunas de Concepción, San Pedro de la Paz y Lota.

Será ejecutado por los siguientes establecimientos: Cosam Concepción, Cosam San Pedro y Cosam Lota.

Criterios de Inclusión:

1. Personas, mayores de 18 años, que por la gravedad de su trastorno presentan algún grado de disfunción o discapacidad psíquica, la cual se reconoce de larga evolución (dos años o más).
2. Personas cuyo trastorno está preferentemente dentro de las siguientes categorías diagnósticas:
 - Trastornos Mentales Orgánicos: Demencia (se incluyen todas las etiologías) y Trastornos Mentales Orgánicos producidos por lesión o disfunción cerebral. Se excluyen los delirium y otras manifestaciones agudas de cuadros orgánicos.
 - Retraso Mental leve a moderado.
 - Esquizofrenia y todas las categorías incluidas en el protocolo GES Esquizofrenia.
 - Trastornos Afectivos Bipolares / Unipolares
 - Trastornos Obsesivo Compulsivos
 - Trastornos Fóbicos y Agorafóbicos
 - Trastornos Psiquiátricos Severos con Consumo Abusivo o Dependiente de Alcohol y Drogas.
 - Se excluyen las personas con Trastornos Graves de la Personalidad.

Criterios de Egreso:

Dado que el proceso de Rehabilitación Psicosocial es una experiencia evolutiva, única y personal, es difícil señalar cuando un usuario "egresa" de un programa de esta naturaleza, más aún cuando su proceso continúa activamente en el medio donde se desenvuelve.

Sin perjuicio de ello, se define que la acción del programa termina en las siguientes circunstancias:

- a) Cuando el usuario ha logrado cumplir con los objetivos diseñados al inicio del proceso, y se han logrado los resultados esperados en al menos un 90%, en cada uno de los factores trabajados.
- b) Cuando el usuario adquiere el mayor nivel de autonomía posible dentro de su condición, y por tanto el apoyo externo entregado se limita a la supervisión o asesoría incidental en el desempeño de sus actividades y/o roles cotidianos.
- c) Cuando el usuario, tomando una decisión informada y responsable en conjunto con

su familia y el equipo de rehabilitación, ha determinado el egreso aun cuando no se hayan completado los objetivos planteados.

Líneas de trabajo

El Proyecto considera las siguientes Líneas de Trabajo

Línea de Trabajo	Establecimiento que incorpora
1.- Apoyo a la Rehabilitación Psicosocial.	Cosam Concepción, Cosam San Pedro
2.- Fortalecimiento de las redes de apoyo.	Cosam Concepción, Cosam San Pedro, Cosam Lota

Desde enero 2015, los Cosam de Concepción y San Pedro de La Paz iniciarán la implementación de Programas de Rehabilitación Psicosocial, asociados a prestaciones valoradas de salud. En Cosam Lota se prioriza el reforzamiento a las agrupaciones, proyectando el levantamiento de la necesidad de planes de rehabilitación en el futuro.

1. APOYO A LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Los Cosam de Concepción y San Pedro de la Paz a partir del año 2015 incorporarán a su oferta de atención Planes de Rehabilitación Psicosocial, donde cada usuario ingresado tendrá un Plan Individual de Rehabilitación, que se incorporará en su ficha clínica, y cuyas actividades se fundamenten en una evaluación integral realizada al inicio del proceso.

Este plan será diseñado y evaluado por un equipo multidisciplinario en conjunto con el usuario y su familia, siendo este equipo el referente para la dirección, coordinación y articulación de las actividades que se ejecuten, aún si parte de estas actividades se realizan en otros dispositivos de la red de prestadores.

Desde el **Modelo de Salud Mental Comunitario**, en el cual está inserto este proyecto, el Plan Individual de Rehabilitación tiene como eje transversal la inclusión social de los usuarios, visualizando como logros la autonomía y la vinculación con la comunidad. Para esto se definen cuatro etapas principales, las cuales son sucesivas entre sí pero integradas sistemáticamente:

1. Etapas de Evaluación:

La evaluación realizada al usuario debe darse en al menos las siguientes áreas: individual – familiar – social.

a) *Evaluación Individual:* Se establece que la evaluación del usuario debe incorporar métodos cuantitativos y cualitativos: entrevistas en profundidad, instrumentos específicos estandarizados y observación en el contexto.

b) *Evaluación Familiar:* Se establece también que la evaluación de la familia debe incorporar métodos cuantitativos y cualitativos: encuestas, entrevistas en profundidad, grupos de discusión, observación.

c) *Evaluación Social:* Se deben valorar los recursos ambientales y apoyos con los que cuenta el sujeto y los que se necesita desarrollar para que éste pueda participar productiva y provechosamente de su entorno. Dentro de éstos están los amigos, los vecinos, compañeros de trabajo, de escuela, y las instituciones tanto públicas como privadas de la comunidad.

2. Etapas de Planificación:

Una vez que ha sido recogida y analizada la información sobre el usuario y su entorno, se debe realizar la planificación de los objetivos a lograr y las actividades que se ejecutarán para ello. Esta etapa debe llevarse a cabo en conjunto con el usuario, familia y/o personas facilitadoras pertenecientes al entorno social, y es en esencia un proceso de negociación respecto de los logros que se esperan, las expectativas que se tienen, las prácticas requeridas y las posibilidades de éxito.

3. Etapas de Intervención:

Esta etapa debe llevarse a cabo en base a dos grandes líneas complementarias, por

una parte a) el desarrollo de habilidades y competencias en el usuario, y por el otro b) la gestión de recursos ambientales (del entorno) y su modificación. Ambas líneas se van desarrollando en forma simultánea en el espacio relacional del individuo con su medio cotidiano.

En relación al primer punto, se debe realizar la enseñanza directa de habilidades en el caso que la persona no las posea y/o la programación del uso de éstas para que el individuo practique lo aprendido, o practique lo que ya sabe pero está en desuso.

Respecto a la gestión de los recursos ambientales, se debe realizar la coordinación de éstos en la comunidad y/o su modificación en los casos que sea necesario, para así asegurar la participación del usuario en su entorno.

4. Etapa de Seguimiento:

Su finalidad es mantener a la persona en su más alto nivel de autonomía y desempeño social posible. Diversas investigaciones señalan que las personas con Discapacidad Psíquica requieren de mantener, en forma periódica o incidental, apoyos psicosociales a lo largo del tiempo, ya que su situación de vulnerabilidad las coloca en un permanente riesgo de exclusión social.

Se estima una duración máxima de 2 años en el desarrollo del proceso de rehabilitación.

2. FORTALECIMIENTO DE LAS REDES DE APOYO

Esta línea de trabajo considera: Apoyo a la formación de grupos de autoayuda y organizaciones de personas con discapacidad o familiares, capacitación a las agrupaciones, intervenciones de apoyo a la familia y/o cuidadores.

- a) Apoyo a la formación de grupos de autoayuda y organizaciones de personas en situación de discapacidad o familiares: Este tipo de organizaciones está basado en los conceptos de autoayuda o ayuda mutua, y se constituyen como un espacio alternativo, que estimula y facilita la aparición de conductas adaptativas al mismo tiempo que promueve la participación activa de los usuarios en su propio proceso de inserción social, al compartir e intercambiar con otros características y experiencias similares. Los grupos de autoayuda y organizaciones de usuarios facilitan el desarrollo de habilidades para la inclusión, y permiten la toma de conciencia y empoderamiento de los usuarios en las decisiones que les conciernen.

Las organizaciones de usuarios y familiares cumplen un importante rol en la rehabilitación de las personas con discapacidad psíquica, principalmente como una red de apoyo durante el proceso, además de la promoción y difusión de los derechos de los usuarios, para el ejercicio efectivo de la ciudadanía. Se considera el apoyo en la formación, asesoría técnica de estos grupos, así como la articulación de las organizaciones; para ello se realizará una jornada de agrupaciones de usuarios y familiares de la red del Servicio de Salud Concepción.

Cada centro contará con un profesional asesor técnico que asume la responsabilidad y compromiso con cada agrupación y/o organización. Las técnicas más frecuentemente usadas son las metodologías de educación para la salud, de trabajo comunitario y participación social.

- b) En relación a las intervenciones de apoyo a la familia y/o cuidadores: Se debe señalar que la familia es el grupo social primario de todos los seres humanos, es allí donde se aprenden la mayor parte de los comportamientos sociales y es fuente potencial de apoyo emocional y protección, aun cuando el individuo haya adquirido identidad, autonomía y vida independiente. Por lo anterior, normalmente la aparición de un Trastorno Mental en algún miembro de la familia, le produce a ésta un conjunto de exigencias emocionales, conductuales y económicas, que la llevan a su vez a desplegar todos los recursos posibles de apoyo, protección y cuidado.

La familia requiere en todos los casos, soporte de información y asistencia

profesional adecuada para enfrentar de la mejor manera posible la relación con una persona con Trastorno Mental, y transformarse así en un apoyo efectivo en su proceso de rehabilitación e inclusión social. Es importante aliviar la carga emocional de los miembros más cercanos, o cuidadores, y ayudarlos a que desarrollen prácticas de autocuidado, así como también capacidades que ayuden a estimular la autonomía y autovalencia del usuario.

La familia es la principal cuidadora de la persona que padece un Trastorno Mental, y diversas investigaciones señalan que tiene un importante rol en la evolución del trastorno. Por un lado, las actitudes críticas, hostiles y/o sobre-involucradas pueden aumentar el riesgo de recaídas en el usuario, y por otro, los sentimientos de carga y tensión emocional en algunos miembros aumentan la posibilidad de que puedan sufrir algún tipo de trastorno que complique los esfuerzos de ayuda.

Las intervenciones psicosociales en la familia y/o con cuidadores, sean estos familiares o no de los usuarios (incluye el personal de apoyo en Residencias Protegidas que cumple el rol de cuidador), buscan alcanzar la mejor adaptación posible al trastorno y sus consecuencias, así como también la incorporación activa de aquella en el proceso de rehabilitación. Se basan en las necesidades básicas de inclusión, entrenamiento y apoyo familiar.

Referencias:

- Norma Técnica N°90, "Rehabilitación Psicosocial para personas adultas con trastornos psiquiátricos severos y discapacidad". Minsal, 2006.
- Contribución a la Rehabilitación Psicosocial desde el Equipo de Salud Mental: un enfoque hacia la recuperación, *C. Parrado, et al* Equipo de Salud Mental de Plasencia, Servicio Extremeño de Salud Plasencia, España.
- Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza e integración social de personas con discapacidad. Documento de posición conjunta OIT, UNESCO, OMS 2004
- Hacer de la recuperación una realidad, Geoff Shepherd, Jed Boardman & Mike Slade, 2007.

5. Objetivo General

Objetivo General

"Brindar apoyo psicosocial a las personas en situación de discapacidad psíquica, inscritas en el Registro Nacional de la Discapacidad (RND), sus familias y su entorno comunitario, favoreciendo los procesos de rehabilitación psicosocial e inclusión en la red social".

Objetivos Específicos

- 1.- Potenciar redes de apoyo social para personas en situación de discapacidad psíquica y sus familias, a través de la conformación y asesoría a Grupos de Usuarios y Familiares.
- 2.- Fortalecer estrategias de Rehabilitación Psicosocial Comunitaria destinado a personas en situación de discapacidad psíquica ingresadas en Centros de Salud Mental Comunitarios beneficiarios del proyecto.

6. Resultados esperados, Indicadores y medios de Verificación

N°	Resultado	Indicador	Medios de Verificación
1	Contar con una red de apoyo que favorezca la recuperación de los usuarios con discapacidad psíquica a través de la Formación de al menos 2 Grupos de Usuarios y Familiares, asociados a los Centros de Salud Mental Comunitarios de las comunas de Concepción, San Pedro de la Paz y Lota.	<p>Porcentaje de Grupos de Usuarios y Familiares de personas en situación de discapacidad psíquica formados de los planificados.</p> <p>Fórmula: N° de Grupos de Usuarios y Familiares de personas en situación de discapacidad psíquica conformados/ N° de grupos de usuarios y familiares de personas en situación de discapacidad psíquica planificados * 100</p>	Actas de reuniones de grupos de usuarios y familiares de personas en situación de discapacidad psíquica. Documento de obtención de Personalidad Jurídica de la agrupación o en trámite.
2	Grupos de autoayuda de usuarios y familiares de personas en situación de discapacidad asociados a los Centros de Salud Mental Comunitarios de las comunas de Concepción, San Pedro de la Paz y Lota, reciben asesoría técnica.	<p>Porcentaje de Grupos de Usuarios y Familiares de personas en situación de discapacidad psíquica asesorados de los planificados.</p> <p>Fórmula: N° de Grupos de Usuarios y Familiares de personas en situación de discapacidad psíquica que reciben asesoría/ N° de grupos de usuarios familiares existentes * 100</p>	Actas de reuniones de grupos de usuarios y familiares de personas en situación de discapacidad psíquica.
3	Agrupaciones de usuarios y familiares capacitados en metodologías de planificación participativa.	<p>Número de Jornadas de capacitaciones realizadas.</p> <p>Fórmula: N° de jornadas realizadas / N° de jornadas planificadas * 100</p>	Programa de Jornada. Registro de asistencia a jornada.
4	Cuidadores de Residencias Protegidas de San Pedro de la Paz favorecen la rehabilitación e inclusión de los usuarios como red de apoyo de éstos, para ello reciben asesoría y acompañamiento por parte de profesionales del Cosam San Pedro.	<p>Porcentaje de actividades de asesoría y acompañamiento realizadas de las programadas.</p> <p>Fórmula: N° de actividades de asesorías y acompañamiento realizadas/ N° total de actividades de asesoría programadas * 100</p>	Actas de actividades asesorías y acompañamiento.
5	Familias de usuarios beneficiarios del proyecto de las comunas de Concepción y San Pedro de La Paz favorecen la rehabilitación e	Porcentaje de familias de usuarios ingresados a Plan de Rehabilitación que reciben actividades de educación y apoyo.	Registros Clínicos de la actividad.

	inclusión de los usuarios, para ello se incorporan a actividades educativas y reciben apoyo de los equipos profesionales.	Fórmula: N° de familias de usuarios que reciben educación y apoyo/N° de usuarios ingresados a planes de rehabilitación *100	
6	Se favorece la des estigmatización y la incorporación del concepto de salud mental en la comunidad a través de actividades de promoción y prevención.	Porcentaje de actividades de promoción y prevención realizadas de las programadas. Fórmula: N° de actividades de promoción y prevención realizadas/N° de actividades de promoción y prevención programadas * 100	Registro fotográfico de actividades.
7	Usuarios mejoran su funcionamiento en las áreas de actividades de la vida diaria, apresto educacional - laboral, a través de su incorporación y participación en Planes de Rehabilitación individualizados en los Cosam de San Pedro y Concepción.	Porcentaje de usuarios con mejora en evaluación global y por áreas de desempeño aplicado. Fórmula: N° de usuarios con avances en evaluación global y por áreas de desempeño evaluado con instrumento pertinente / N° de usuarios con instrumento aplicado * 100	Instrumentos de Evaluación Global y por áreas de desempeño de Planes de Rehabilitación Psicosocial.
8	Contar con sistematización del Proyecto.	Documento elaborado	Registro de jornadas de diagnóstico participativo. Publicación del documento.
9	Difusión de Resultados del Proyecto	Un Seminario ejecutado.	Registro de Seminario de Difusión del Proyecto.

7. Cronograma de actividades del proyecto (Carta Gantt) indicando la duración de cada actividad y su duración en el tiempo

Carta Gantt:

Proyecto para ejecutarse en 13 meses.

Actividad / Mes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Formación de al menos 2 Grupos de Usuarios y Familiares asociados a los Centros de Salud Mental Comunitarios de las comunas de Concepción, San Pedro de la Paz y Lota.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Asesoría técnica a al menos 2 Grupos de Usuarios y Familiares de personas en situación de discapacidad psíquica, asociados a los Centros de Salud Mental Comunitarios de las comunas de Concepción, San Pedro de la Paz y Lota.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Ejecución de al menos una Jornada/encuentro de agrupaciones de usuarios y familiares beneficiarios del proyecto.								X					
Desarrollo de al menos 2 actividades de asesoría y acompañamiento a cuidadores de las dos Residencias Protegidas insertas en la comuna de San Pedro de La Paz.					X						X		
Desarrollo de actividades educativas y de apoyo al menos a los 50% de las familias de usuarios beneficiarios del proyecto en las comunas de Concepción, de San Pedro de La Paz.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Desarrollo de a lo menos 3 actividades de promoción y prevención orientadas a incorporar concepto de salud mental en la comunidad y evitar la estigmatización.								X		X	X		
Elaboración, ejecución y evaluación de Planes de Rehabilitación individualizados al 100% de los usuarios ingresados a Rehabilitación en los Cosam de San Pedro y Concepción, que incorporen acciones en las áreas de actividades de la vida diaria, apresto educacional - laboral, recreación, entre otros.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Sistematización del Proyecto		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Difusión de Resultados del Proyecto													X

8. Caracterización de Beneficiarios (tipo, número, edades, discapacidades, etc.)

Población beneficiaria:

- Personas en situación de discapacidad psíquica y sus familias, usuarias de los Centros de Salud Mental Comunitaria (Cosam) de las comunas de Concepción, San Pedro de la Paz y Lota.
- Usuarios y cuidadores de las Residencias Protegidas para personas en situación de discapacidad psíquica severa pertenecientes a la comuna de san Pedro de la Paz.
- Edad: 18 a 59 años.
- Personas que presentan Trastornos Mentales Severos, que por la gravedad de su trastorno presentan algún grado de disfunción o discapacidad psíquica, la cual se reconoce de larga evolución. Personas cuyo trastorno está preferentemente dentro de las siguientes categorías diagnósticas.

- Trastornos mentales orgánicos.
- Retraso mental leve a moderado.
- Esquizofrenia
- Trastornos afectivos Bipolares/unipolares
- Trastornos fóbicos y agarofóbicos
- Trastornos psiquiátricos severos con consumo abusivo de alcohol y drogas.

N° total de beneficiarios:

- Cosam Concepción:
 - Ingresos a Planes de Rehabilitación: 15 usuarios mensuales aproximadamente. (20 personas beneficiarias al año, proyección aproximada)
 - 1 Agrupación de usuarios y familiares en situación de discapacidad psíquica, aproximadamente 10 personas aprox.
- Cosam San Pedro:
 - Ingresos a Planes de Rehabilitación: 18 usuarios mensuales aproximadamente (23 personas beneficiarias al año, proyección aproximada).
 - 1 Agrupación de usuarios y familiares en situación de discapacidad psíquica, 10 personas aprox.
- Cosam Lota:
 - 1 Agrupación de usuarios y familiares en situación de discapacidad psíquica, 10 personas aprox.

9. Comunas cubiertas o beneficiadas

El presente proyecto se implementará en tres comunas de jurisdicción del SSC: Concepción, San Pedro de la Paz y Lota.

10. Compromisos y obligaciones que asumen las partes, detallando compromisos conjuntos y específicos de una o más partes

El Servicio de Salud Concepción asume el compromiso de ejecutar este proyecto en los establecimientos de Salud Mental Comunitaria de la jurisdicción detalla en el Proyecto: Cosam Concepción, Cosam San Pedro, Cosam Lota.

Además el Servicio de Salud se compromete a realizar Asesoría Técnica y acompañar la ejecución del proyecto a través del Programa de Salud Mental del Departamento de Gestión y Articulación de la Red.

11. Detalle presupuestario por Categoría

Personal		Valor		Distribución de Financiamiento	
Ítem	Cantidad	\$ Unitario	\$ Total	Solicitado a SENADIS	Aporte del PROPONENTE
Terapeuta Ocupacional	2 (44 horas mensuales x 12 meses c/u)	\$940.248	\$22.565.952	\$22.565.952	0
Asistente Social	3 (Uno de 44 horas mensuales x 12 meses, Dos de 22 horas mensuales x 12 meses c/u)	\$940.248	\$22.565.952	\$22.565.952	0
Monitor para Talleres	7 (16 horas mensuales x 12 meses c/u)	\$1.920.000	\$13.440.000	\$13.440.000	0
Relator Jornada de Capacitación	1 (8 horas anuales)	\$400.000	\$400.000	\$400.000	0
Profesionales para la sistematización	2 (44 horas mensuales x 12 meses c/u)	\$940.248	\$22.565.952	\$22.565.952	0
Total				\$81.537.856	

ANEXO N°2
PLANILLA DE BENEFICIARIOS/AS

RESOLUCIÓN EXENTA N°: **FECHA INFORME:**

	Nombre Completo	RUT	Edad (años)	Diagnóstico Base (Principal)	Tipo Discapacidad	Grado Discapacidad %	Comuna de origen	Información del/de la Cuidador/a		
								Nombre Completo	RUT	Inscripción RND
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
n										

Recurrente	Ítem	Cantidad	Valor		Distribución de Financiamiento	
			\$ Unitario	\$ Total	Solicitado a SENADIS	Aporte del PROPONENTE
	Materiales para Oficina					
	Materiales para taller					
	Seminario y eventos					
	- Lanzamiento de la publicación (seminario)	1	\$5.000.000	\$5.000.000	\$5.000.000	
	- Jornadas de diagnóstico participativo	2	\$2.500.000	\$5.000.000	\$5.000.000	
	Movilización urbana de beneficiarios					
	Salidas a terreno de beneficiarios					
	Otros costos recurrentes					
	- Publicación de la sistematización	1	\$5.000.000	\$5.000.000	\$5.000.000	
	- Otros (insumos para implementación)		\$462.144	\$462.144	\$462.144	
	Cosam Concepción (insumos talleres, gastos operacionales, arriendo, equipamiento, movilización, RRHH propio del centro)				-	\$33.800.000
	Cosam San Pedro de la Paz (insumo talleres, gastos operacionales, arriendo, equipamiento, movilización, RRHH propio del centro)				-	\$25.400.000
	Cosam Lota (insumo talleres, gastos operacionales, arriendo, equipamiento, movilización, RRHH propio del centro)				-	\$13.200.000
	Para jornada de agrupaciones: Arriendo de salón, amplificación, servicios de coffee				-	\$1.000.000
	Servicio Salud Concepción (hrs RRHH y movilización)					\$1.500.000
	Total				\$15.462.144	\$74.900.000

Distribución RRHH

Destinación	RRHH	
COSAM Concepción	Terapeuta Ocupacional	44 horas mensuales x 12 meses
	Asistente Social	22 horas mensuales x 12 meses
	Monitor Taller	2 x 16 horas mensuales x 12 meses
COSAM San Pedro	Terapeuta Ocupacional	44 horas mensuales x 12 meses
	Asistente Social	44 horas mensuales x 12 meses
	Monitor Taller	3 x 16 horas mensuales x 12 meses
COSAM Lota	Asistente Social	22 horas mensuales x 12 meses
	Monitor Taller	2 x 16 horas mensuales x 12 meses
Programa Salud Mental DSSC	Relator Jornada	1 x 8 horas año
	2 Profesionales	44 horas mensuales x 12 meses c/u

12. Resumen

Por Categorías

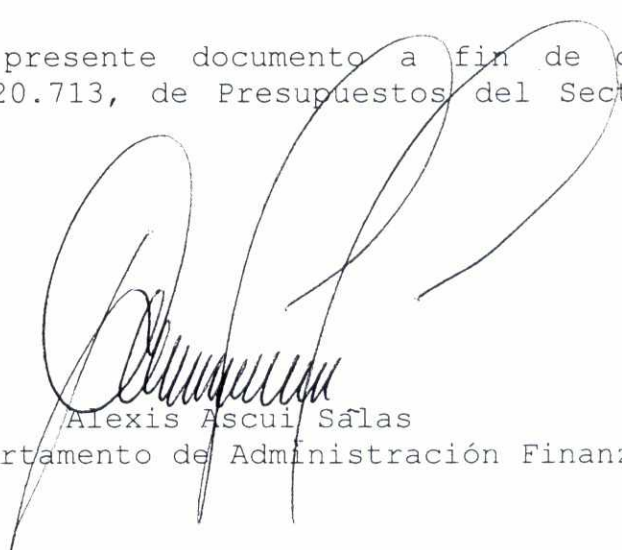
Categoría	Distribución de Financiamiento en pesos \$		Total Presupuesto en \$
	SENADIS	PROPONENTE	
Personal	\$81.537.856	\$	\$81.537.856
Recurrentes	\$15.462.144	\$74.900.000	\$90.362.144
Inversión	\$	\$	
TOTAL	\$97.000.000	\$74.900.000	\$171.900.000

Certificado de Disponibilidad Presupuestaria
N°093/2014

El Jefe del departamento de Administración y Finanzas del Servicio Nacional de la Discapacidad que suscribe, certifica que existe la disponibilidad presupuestaria para financiar el convenio de Servicio de Apoyo, "SERVICIO DE SALUD CONCEPCIÓN", por el monto de \$ 97.000.000.- impútese el gasto que demande el cumplimiento del presente acto administrativo al subtítulo 24.01.581, del presupuesto 2014.

MONTO DEL PRESUPUESTO	\$	131.458.000.-
MONTO DE COMPROMISOS ACUMULADOS	\$	2.800.000.-
MONTO TOTAL DEL CONVENIO	\$	97.000.000.-
SALDO PRESUPUESTARIO	\$	31.658.000.-

Se extiende el presente documento a fin de dar cumplimiento a la Ley N°20.713, de Presupuestos del Sector Público para el año 2014.



Alexis Ascui Sálas
Jefe Departamento de Administración Finanzas

SANTIAGO, 16 DE DICIEMBRE DE 2014

Certificado de Saldo en Cuenta Corriente



Identificación de la Cuenta	Razón Social	RUT
533-0-916799-2	SERVICIO DE SALUD CONCEPCION	61.607.100-9

Usuario Conectado	Rol	Fecha - Hora
IVAN ANTONIO CRUZ CRUZ	Usuario	04/09/2014 - 16:19:30

BancoEstado certifica que el saldo de la Cuenta Corriente arriba detallada asciende a:

Período de cierre	Agosto 2014
Saldo \$	992.048.514



<https://empresas.bancoestado.cl/bancoestado/process.asp?MID...> 04-09-2014