Municipalidad
de Chillán Viejo

Dirección de Salud Municipal

DECRETO Nº 1268

REF.: APRUEBA "CONVENIO PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA RED DE SALUD - 2018".

CHILLAN VIEJO, 04 ABR 2018

VISTOS:

1.- Las facultades que me confiere la Ley Nº 18.695, Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades y modificaciones, Ley Nº 19.378, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal y sus modificaciones.

CONSIDERANDO:

a) Los Decretos Alcaldicios Nº 2030 y 499 del 09.12.2008 y 16.02.2011, mediante los cuales se nombra y delega atribuciones en el Administrador Municipal, respectivamente.

b) Convenio suscrito entre el Servicio de Salud Ñuble y la Ilustre Municipalidad de Chillan Viejo – Departamento de Salud con fecha 05.02.2018.

c) Lo señalado en la Resolución 1C N° 1077/15.02.2018, mediante la cual aprueba Convenio Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud - 2018.

DECRETO:

1.- **APRUEBASE** Convenio de fecha 05 de Febrero de 2018, suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Chillán Viejo y el Servicio de Salud Ñuble, denominado Convenio Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud - 2018, el cual se desarrolla en los Centros de Salud Familiar de la comuna de Chillán Viejo.

2.- **E**l presente convenio tendrá vigencia hasta el **31 de Diciembre del 2018.**

3.- **IMPUTESE** los gastos que se originen de la ejecución del presente Convenio a la cuenta:

N°	Nombre
215.21.03.002	Honorarios Asimilado a Grado
215.22.04.009.001	Insumos, Repuestos y Accesorios Computacionales
215.22.04.001	Materiales de Oficina
215.22.04.999	Otros Materiales de Uso o Consumo
215.22.04.004	Fármacos

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.

FELIPE AYLWIN LAGOS
A L C A L D E

HUGO HENRIQUEZ HENRIQUEZ
SECRETARIO MUNICIPAL

FAL/UAV/HHH/OES/MBR/MVR/lrec.
DISTRIBUCION:/
- Secretaría Municipal, Enc. Convenios, Arch. Convenios, Secretaría Desamu.

- 4 ABR 2018

215 21 03 002 "Honorario Asimilado a Grado"
215 22 04 009 001 "Insumo, repuestos y Accesorios Computacionales"
215 22 04 001 "Materiales de Oficina"
215 22 04 999 "Otros materiales de uso o consumo"
215 22 04 004 "Fármacos".

RGR/RGR/dpp

20 FEB. 2018 15:32

CHILLAN,

VISTOS: estos antecedentes: la Resolución Exenta Nº 29, del 08 de enero del 2018, del Ministerio de Salud, que aprueba el "Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud 2018", el convenio de fecha 05 de febrero del 2018, suscrito entre este **SERVICIO DE SALUD ÑUBLE** y la **I. MUNICIPALIDAD DE CHILLAN VIEJO,** las facultades que me confiere el D.L. Nº 2.763/79, el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, aprobado por el D.S. Nº 140/04, el D.S. Nº 11/15, ambos del Ministerio de Salud y la Resolución Nº 1600/08, de la Contraloría General de la República, dicto la siguiente:

RESOLUCION EXENTA 1C Nº/ 1077 15.02.2018

1º.- **APRUEBASE** el convenio de fecha 05 de febrero del 2018, suscrito entre este **SERVICIO DE SALUD ÑUBLE** y la **I. MUNICIPALIDAD DE CHILLAN VIEJO,** para la ejecución del "Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud 2018", mediante el cual acuerdan realizar las actividades que se mencionan; en los términos y condiciones que allí se indican.

2º.- **IMPUTESE** el gasto que irrogue la presente resolución al subtítulo 24.03.298.002 Reforzamiento Municipal, con cargo a los fondos del Programa Rehabilitación Integral en la Red de Salud del presupuesto del Servicio de Salud Ñuble.

ANOTESE Y COMUNIQUESE

SERVICIO DE SALUD ÑUBLE DIRECTOR

DR. IVAN PAUL ESPINOZA
DIRECTOR SERVICIO DE SALUD ÑUBLE

Comunicada a:
SUBSAL
Depto. Salud/I. Municipalidad
2A/3A/1B/1C
Oficina de Partes

SERVICIO SALUD ÑUBLE Ministro de Fe

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CHILLAN VIEJO

ASA/FAR/RGR/AMP/MNB/IEJ

CONVENIO PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA RED DE SALUD – 2018

En Chillán, a cinco de febrero de dos mil dieciocho, entre el **SERVICIO DE SALUD ÑUBLE**, persona jurídica de derecho público, representado por su Director Dr. Iván Paul Espinoza, ambos con domicilio en Bulnes Nº 502, de Chillán y **I. MUNICIPALIDAD DE CHILLAN VIEJO**, persona jurídica de derecho público, representada por su Alcalde (S) D. Ulises Aedo Valdés, con domicilio en Ernesto Riquelme Nº 269, de Pinto, en adelante la "Municipalidad" han acordado suscribir el siguiente convenio:

PRIMERA: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por Ley Nº 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 6º del Decreto Supremo Nº 132, del 2010, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

SEGUNDA: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta Nº 29 del 08 de enero del 2018, del Ministerio de Salud, que se entiende conocida por ambas partes y que la Municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

TERCERA: El Ministerio de Salud a través de "el Servicio", conviene en traspasar a "la Municipalidad", recursos destinados a financiar todos o algunos de los siguientes componentes del Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud.

1) Componente 1: Artrosis (Avance GES)
2) Componente 2: Salas de Rehabilitación Basada en la Comunidad o Centros de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC)
3) Componente 3: Salas de Rehabilitación Integral Osteomuscular (RIO)
4) Componente 4: Equipo Rural

CUARTA: Conforme lo señalado en las cláusulas precedentes, "el Servicio", conviene en traspasar a "la Municipalidad", la suma única y anual de **$ 35.019.670.-, (treinta y cinco millones diecinueve mil seiscientos setenta pesos),** para el desarrollo del siguiente componente:

Componente	Subtítulo 24	$
1 Sala de Rehabilitación Basada en Comunidad (CESFAM Dra. M. Bachelet)	• RR.HH. (kinesióloga y Terapeuta ocupacional	$25.512.157.-
	• INSUMOS	$3.184.322.-
	Subtotal	**$28.696.479.-**
1 Sala de Rehabilitación Integral Osteomuscular (RIO) (CESFAM Federico Puga)	• RR.HH.	$5.931.275.-
	• Medicamentos	$391.916.-
	Subtotal	**$6.323.191.-**
	TOTAL	**$35.019.670.-**

En caso de decidir de manera local modificar la distribución de recursos, se debe enviar solicitud a encargada del programa, D. Andrea Muñoz Parra para su visto bueno.

La sala RBC atiende problemas de salud física y sensorial en establecimientos APS, con fuerte componente de trabajo comunitario e intersectorial para el logro de mejoras en la participación social. Dos profesionales, un Terapeuta Ocupacional (44 horas) y un Kinesiológo (44 horas), atienden a las personas con discapacidad leve en actividades en actividades terapéuticas y de prevención, apoyan el manejo terapéutico de las personas con discapacidad moderada, tanto transitorio permanente y apoyan a la persona con discapacidad severa permanente, su familia y/o cuidador. A la vez se constituyen en agentes de cambio del entorno social, implementando estrategias en la comunidad que permitan mejorar las condiciones de inserción social de las personas con discapacidad o en riesgo de adquirirla.

La sala RIO cuenta con Kinesiólogo, quien se centra en el manejo del dolor de los síndromes osteomusculares. El (los) profesional(es) asumen el tratamiento integral de las personas con síndromes dolorosos osteomusculares y neurológicos considerando el déficit, funcionamiento, actividades y participación. De la misma forma, en forma progresiva, asumen el tratamiento de personas en situación de discapacidad leve y apoyan el tratamiento de las personas en situación de discapacidad moderada y severa. Además, implementan estrategias de prevención de estos síndromes y de discapacidades a nivel comunitario. Su marco conceptual es la Rehabilitación Basada en Comunidad.

Los insumos a adquirir deben basarse en las orientaciones metodológicas para el desarrollo de las Estrategias de Rehabilitación en APS, según ANEXO 1. De solicitar insumos que difieran a los mencionados en el ANEXO 1, el encargado de la Sala de Rehabilitación, deberá enviar a Encargado/a de Rehabilitación del Servicio antes del 30 de marzo, una lista con los materiales a comprar, para ser visados y autorizados previamente.

La "Municipalidad" se obliga a coordinar la definición de coberturas en conjunto con "el Servicio" cuando corresponda, así como a cumplir las acciones señaladas por éste para estrategias específicas y se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento.

QUINTA: La "Municipalidad" se obliga a coordinar la definición de coberturas en conjunto con "el Servicio" cuando corresponda, así como a cumplir las acciones señaladas por éste para estrategias específicas y se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento.

SEXTA: "La Municipalidad" se obliga a utilizar los recursos entregados para financiar las siguientes actividades y metas:

1.- Desarrollar estrategias de rehabilitación integradas funcionalmente a la atención primaria de salud, bajo un enfoque biosicosocial y familiar.

2.- Asumir progresivamente la atención integral de la totalidad de las personas en situación de discapacidad leve, transitoria o definitiva, apoyar el manejo terapéutico de las personas en situación de discapacidad moderada y sus familias, en el contexto comunitario.

3.- Desarrollar y/o coordinarse con programas de prevención de discapacidades, promoción de la actividad física y mantención de la funcionalidad a lo largo del ciclo vital, con objetivos de mantención o retardo de procesos que puedan llevar a discapacidad.

4.- Desarrollar estrategias para el trabajo con cuidadores de personas con dependencia atendidas en el programa, para que logren competencias en el cuidado y disminuyan la sobrecarga instalando el autocuidado,

5.- Desarrollar las competencias de los equipos de salud, en particular de profesionales de rehabilitación y médicos generales y de salud familiar, para resolver las necesidades de los usuarios portadores de síndromes dolorosos de origen osteomusculares y mejorar la oportunidad de las derivaciones a especialistas.

6.- Contribuir a la generación de redes comunitarias e intersectoriales para el logro de la participación en comunidad (inclusión social) de las PcD, o problemas de funcionamiento.

SÉPTIMA: "El Servicio" evaluará el grado de cumplimiento del Programa conforme a las metas definidas por la División de Atención Primaria y "el Servicio".

Los REM serán la base del proceso de monitoreo y evaluación de los distintos componentes, por lo que toda prestación o actividad debe ser registrada por los profesionales de cada componente (ANEXOS 2 y 3). El Encargado de Rehabilitación deberá enviar el consolidado, ya procesado, a la Unidad de Rehabilitación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud. Además, se solicitará una auditoría de las fichas clínicas para verificar la existencia de planes de tratamiento individual de las personas en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla. Este proceso será de responsabilidad del Encargado de Rehabilitación del Servicio de Salud y el resultado debe ser anexado al consolidado de registros. El diagnóstico comunitario, para los componentes de rehabilitación de base comunitarias urbana y rural, debe ser realizado y analizado por el equipo que conforma el componente y sus resultados enviados por correo electrónico al encargado/a de rehabilitación del Servicio, con renovación cada dos años.

La evaluación del Programa se efectuará en dos etapas:

- **La primera evaluación** se efectuará con corte al **31 de agosto del año 2018, según ANEXO 2**.
  De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre del año en curso, si es que su cumplimiento es inferior al 60%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento de metas por componente	Porcentaje de descuento de recursos 2ª cuota del 30%
60% y más	0%
Entre 55% y 59,9%	50%
50% y 54,9%	75%
49,9 o Menos	100%

En relación a esto último, las comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto del año correspondiente, podrán optar a reasignación de recursos. Este excedente de recursos provendrá de aquellas comunas que no cumplan con las prestaciones proyectadas.

- **La segunda evaluación y final**, se efectuará al **31 de diciembre del 2018**, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas, según ANEXO 3.

Para la evaluación de diciembre se tomarán los indicadores contenidos en las Orientaciones Metodológicas para el Desarrollo de las Estrategias de Rehabilitación en A.P.S. 2010-2014 según ANEXO 3. Los resultados deberán ser enviados al **30 de enero del año siguiente**.

La evaluación se realizará en forma independiente para cada componente del Programa.

OCTAVA: Los recursos serán transferidos por "el Servicio" a "la Municipalidad" en dos cuotas, la primera correspondiente al 70% contra total tramitación del convenio con resolución aprobatoria y la segunda cuota correspondiente al 30% restante de la remesa, contra el grado de cumplimiento.

NOVENA: Para dar estricto cumplimiento a lo establecido en el presente convenio y demás políticas de auditoría y otras determinadas por "el Servicio", este último designa para todos los fines que fueren pertinentes como coordinador responsable, supervisor y fiscalizador, al asesor de la Dirección, D. Andrea Muñoz Parra o quien la subrogue, quien detentará las facultades necesarias para lograr su óptimo cometido.

No obstante lo anterior, el funcionario aludido en su rol encomendado, deberán a lo menos disponer de un monitoreo sobre los gastos involucrados y la eficacia en la ejecución de los objetivos del programa por parte de "la Municipalidad" mensualmente o con la periodicidad que considere pertinente, a fin de evitar incluso eventuales excedentes de recursos en la ejecución antes referida que pudieren ser en desmedro de otras comunas.

DECIMA: "La Municipalidad" debe tener una visión integradora y de cooperación con el Hospital de referencia local donde se desarrollan sus acciones y a su vez con el Hospital base, esto con el fin de cumplir metas comunales y regionales.

UNDECIMA: El Servicio requerirá a la Municipalidad los datos e informes relativos a la ejecución del Programa con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo sin perjuicio de las revisiones que pudiese efectuar, en términos aleatorios, el Departamento de **Auditoria del Servicio.** Igualmente, el Servicio deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

DUODECIMA: Los **fondos traspasados** a la Municipalidad sólo podrán ser destinados a financiar las actividades que determina el presente instrumento. En caso de existir excedentes (saldos) de los mismos, una vez ejecutados lo estipulado en el convenio y estando éste vigente, la Municipalidad podrá utilizar los referidos saldos dentro de las mismas estrategias convenidas.

DECIMA TERCERA: Las partes establecen que la ejecución de los gastos debe atenerse a la Ley de Contrataciones Públicas y la totalidad de los dineros que por este acto se traspasan, deberán ser rendidos los 15 primeros días de cada mes de acuerdo a instrucciones emanadas del Ord. 3A2 N° 0110 del 20 de enero del 2017, del Departamento de Finanzas del Servicio de Salud Ñuble. (Resolución 30/2015, Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas de Contraloría General de la República.)

DECIMA CUARTA: Las actividades deberán ejecutarse hasta el **31 de diciembre del 2018**, sin perjuicio que la vigencia del presente convenio se extenderá hasta la aprobación de la rendición de cuentas, o bien, hasta la restitución de los saldos no ejecutados, no rendidos u observados dentro de 30 días corridos (Dictamen 97.578/16 CGR).

Para constancia, firman:

ULISES AEDO VALDES
ALCALDE (S) I. MUNICIPALIDAD DE CH.VIEJO

DR. IVÁN PAUL ESPINOZA
DIRECTOR SERVICIO DE SALUD ÑUBLE

ANEXO 1.

Insumos de reposición anual.

Para confección de órtesis y adaptaciones

- Termoplástico
- Neopreno
- Velcro
- Neopreno pegamento
- Remaches
- Tubos de PVC de distintas medidas

Para Terapias

- Parafina (si tiene esta implementación)
- Compresas frías y calientes
- Bandas elásticas de distinta resistencia

Para Actividades Comunitarias y Educación

- Papel para impresiones
- Tonner
- Lápices de colores
- Plumones
- Papel kraft
- Otros materiales de librería

ANEXO 3

Diseño de evaluación Rehabilitación Integral con Base Comunitaria (RBC), Rehabilitación Integral Osteomuscular (RI) y Equipo Rural de Rehabilitación (RR) evaluación a Diciembre.

AREA DE EVALUACION	Actividad	Metas por estrategia			Indicador	Fuente	Estrategia	Cumplimientos				Peso Relativo
		RBC	RI	RR				100%	75%	50%	0	
Resultados obtenidos en las personas en situación de discapacidad	Procedimientos y/o prestaciones	30% de los procedimientos corresponden a fisioterapia.	30% de los procedimientos corresponden a fisioterapia.	30% de los procedimientos corresponden a fisioterapia.	Nº total procedimientos fisioterapia / total de procedimientos *100	REM	RBC, RI, RR	10% y menos	11 a 14%	15 a 19%	20 y más	5
	Sección Consejerías Individuales:	5% de las actividades realizadas como intervención corresponden a consejerías individuales y/o familiares	5% de las actividades realizadas como intervención corresponden a consejerías indivduales y/o familiares	5% de las actividades realizadas como intervención corresponden a consejerías individuales y/o familiares	Nº de actividades con consejerías individuales o familiares / Total Procedimientos * 100	REM	RBC, RI, RR	5% y más	4 a 4.9 %	3 a 3.9	2.9% y menos	10
	Visitas Domiciliarias Integrales	10% PsD con Visita Domiciliaria Integral	5% de PsD con Visita Domiciliaria Integral	70% de las PsD con Visita Domiciliaria Integral	Nº PsD con Visita Domiciliaria Integral / Total ingresos*100	REM	RBC RI RR	10 y más 5% y más 70% y más	7.5- 9 4 a 4.9 % 61-69.9	5-7.4 3 a 3.9 50- 60.9	4.9 y menos 2.9% y menos 49.9 y menos	5
	Participación en la comunidad producto de la intervención del equipo	10% de las PsD atendidas en el Centro logran participación en la comunidad (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)	10% de las PsD atendidas en el Centro logran participación en la comunidad (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)	10% de las PsD atendidas en el Centro logran participación en la comunidad (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)	Nº personas que logran participación en la comunidad / Total de ingresos *100	REM	RBC RI RR	10 y más	7.5- 9.9	5 - 7.4	menos de 4.9	15
	Egreso posterior a cumplimiento del Plan de tratamiento	50% de PsD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo	50% de PsD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo	50% de PsD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo	NºPsD egresadas / Total ingresos*100	REM	RBC, RR, RI	50 y más	40- 49.9	30 - 39.9	menos de 29.9	5
Resultados obtenidos en las PsD de acuerdo a problemas de salud	Ingresos y egresos	Metas por estrategia			Indicador	Fuente	Estrategia	Cumplimientos				
		RBC	RI	RR				100%	75%	50%	Menos%	
	Sindrome Doloroso de origen traumático Sindrome Doloroso de origen no traumático Artrosis Leve y Moderada de rodilla y cadera Parkinson Otro déficit secundario a compromiso neuromuscular Otros	Mantener al menos un 20% de PsD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 15% de PsD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 20% de PsD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Nº PsD ingresados con Dg de parkinson, secuela de AVE, otro déficit secundario a compromiso neuromuscular/ Total de ingresos *100	REM	RBC RI RR	20y más 15 y más 20y más	15-19.9 10- 14.9 15-19.9	10- 14.9 5-9.9 10- 14.9	menos de 9.9 menos de 4.9 menos de 9.9	20
Actividades preventivo promocionales	Educación para la Salud	Metas por estrategia			Indicador	Fuente	Estrategia	Cumplimientos				
		RBC	RI	RR				100%	75%	50%	0	
	Rehabilitación Física: Cuidado a los cuidadores	50 % de las actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales, se orientan al trabajo con cuidadores	50 % de las actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales, se orientan al trabajo con cuidadores	50 % de las actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales, se orientan al trabajo con cuidadores	Nº actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales de los cuidadores / Total de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales * 100	REM	RBC, RR, RI	50 y mas	40-49.9	30-39.9	menos de 30	5
	Rehabilitación Física: Actividades de prevención de discapacidad	50% de las actividades de Educación corresponden a actividades grupales	50% de las actividades de Educación corresponden a actividades grupales	50% de las actividades de Educación corresponden a actividades grupales	NºDe actividades de educación grupal/ total de actividades de educación grupal - actividades	REM	RBC, RI, RR	50 y más	40- 49.9	30 - 39.9	menos de 29.9	20
Actividades Comunitarias	Trabajo Comunitario para la Inclusión Sociasl	Metas por estrategia			Indicador	Fuente	Estrategia	Cumplimientos				
		RBC	RI	RR				100%	0%		0	
	Contar con Diagnóstico Participativo	100% de los centros cuentan Dg participativo y plan de trabajo	100% de los centros cuentan Dg participativo y plan de trabajo		SI/NO	INFORME	RBC, RI	100	0			15
				100% de las comunas cuentan con Dg participativo y plan de trabajo	Nº comunas con Dg Participativo/ total comunas convenio	INFORME	RR	100	0			
											TOTAL	100