

I MUNICIPALIDAD DE LOTA
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALCALDIA

**APRUEBA CONVENIO PROGRAMA DE
REHABILITACION INTEGRAL EN LA
RED SALUD.-**

LOTA, 07 de Abril del 2011

DECRETO D.S.M. N° 344

VISTOS:

✓ Resolución 2H/N° 1088 del 07.04.2011 que aprueba Convenio Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud, de fecha 07.03.2011, suscrito entre el Servicio de Salud Concepción y la I. Municipalidad de Lota, y en uso de las facultades que me confieren los Arts. 12° y 63° del D.F.L. N° 1/2006, que refunde la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

DECRETO:

1.-Apruebase Convenio para la ejecución del Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud de fecha 07.03.2011, suscrito entre el Servicio de Salud y la I. Municipalidad de Lota.-

2.- Mediante el presente instrumento el Servicio de Salud Concepción transferirá a la I. Municipalidad de Lota, la suma anual y única de \$ 4.859.608 (cuatro millones ochocientos cincuenta y nueve mil seiscientos ocho pesos), para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas la en la Cláusula Tercera del convenio adjunto.

Dado lo anterior, los recursos que se señalan se distribuirán en cada una de las siguientes estrategias.

Estrategia	Recursos asignados en \$	
Rehabilitación Integral Osteomuscular	RRHH Contratación horas Kinesiólogos	\$ 4.558.405 -
	Gastos de Operación (medicamentos e insumos)	\$ 301.203 -
TOTAL		\$ 4.859.608

2.-Impútese el gastos que genere el cumplimiento del presente Convenio a la Cuenta 114-05-02-016-001 Programa Sala de Rehabilitación Integral.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE -



JOSE MIGUEL ARJONA BALLESTEROS
SECRETARIO MUNICIPAL

Distribución:

- La indicada.
- C/c. Finanzas
- Archivo.

JSM/MSC/ ppr.-



JORGE VENEGAS TRONCOSO
ALCALDE



DIRECCIÓN DE CONTROL
Vº Bº CONTROL



DEPTO. SUBDIRECCION GESTION ASISTENCIAL
DEPTO. ATENCIÓN PRIMARIA Y PRIORIDADES SANITARIAS

DR. LRVI/DR. ASMIE.U.MFP/CA.LRN/isms

RESOLUCIÓN EXENTA 2.H./ 07 ABR 2011, 1088

CONCEPCIÓN,

VISTOS: Estos Antecedentes, Resolución Exenta 59 del 11 de Febrero de 2011 del Ministerio, que aprueba Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud; Resolución Exenta 86 del 01 de Marzo de 2011 que distribuye Recursos de dicho programa; Convenio del 7 de Marzo de 2011 y en uso de las atribuciones que me confieren los dispuestos en los artículos 19 y 20 letra h) del D.L. 2763/79; art. 6 y 8 del D.S. 140/2005 y D.S.20/04.05.2009 ambos del Ministerio de Salud y la Resolución 1600/08 de la Contraloría General de la República, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1.- **APRUEBESE;** El Convenio de fecha 07 de Marzo del 2011, celebrado entre el **SERVICIO DE SALUD CONCEPCIÓN Y LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LOTA**, para la Ejecución del **PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL EN LA RED DE SALUD**.

2.- **IMPUTESE** el gasto que irroge el cumplimiento del presente convenio al ítem 24-03-298-02, Atención Primaria.

ANOTESE Y COMUNIQUESE



DRA. GRACIELA SALDIAS MUÑOZ
DIRECTORA
SERVICIO DE SALUD CONCEPCIÓN



RESOL. INT.2H/ 118 /30.03.2011.

DISTRIBUCION:

- Subdirección de Gestión Asistencial
- Depto Finanzas SSC
- Depto Asesoría Jurídica
- Jefe Depto. Atención Primaria y Prioridades Sanitarias SSCE
- Secretaria Depto. Atención Primaria y Prioridades Sanitarias
- Oficina de Partes



Lo que transcribo fielmente

MINISTRO DE SALUD
RICARDO ESPINOSA RIOS

CONVENIO PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL EN LA RED DE SALUD

En Concepción, a 07 de Marzo de 2011, entre el **Servicio de Salud Concepción**, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Tucapel 279, Concepción, representado por su Directora **DRA. GRACIELA SALDÍAS MUÑOZ**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la Ilustre **Municipalidad de Lota** persona jurídica de derecho público domiciliada en Calle Pedro Aguirre Cerda 200 Lota, representada por su Alcalde **SR. JORGE VENEGAS TRONCOSO**, de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N° 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse. "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49".

Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo N° 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, enmarcadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 59 de 11 de Febrero del 2011, del Ministerio de Salud. Anexo al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar todas o algunas de las siguientes componentes del Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud:

- 1) **Componente 2: Salas de Rehabilitación Basada en la Comunidad o Centros de Rehabilitación de Base Comunitaria**
- 2) **Componente 3: Salas de Rehabilitación Integral Osteomuscular.**

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de **\$ 4.859.608** (Cuatro millones ochocientos cincuenta y nueve mil seiscientos ocho pesos), para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la clausura anterior.

Dado lo anterior, los recursos que se señalan se distribuirán en cada una de las siguientes estrategias.

Estrategia	Recursos asignados en \$	
Rehabilitación integral Osteomuscular	RRHH Contratación horas Kinesiólogo	\$ 4.558.405.-
	Gastos de operación (medicamentos e insumos)	\$ 301.203.-
TOTAL		\$ 4.859.608.-

El Municipio se compromete 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: El Municipio se compromete 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 programas de prevención de discapacidades, promoción de la actividad física y mantención de la funcionalidad a lo largo del ciclo vital.
4. 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 osteomuscular y mejorar la oportunidad de las derivaciones a especialistas.

SEXTA: El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas definidas por la División de Atención Primaria y cada Servicio de Salud:

Los REM serán la base del proceso de monitoreo y evaluación de los distintos componentes, por lo que toda prestación u actividad debe ser registrada por los profesionales de los componentes (Anexos 1 y 2). El encargado de rehabilitación deberá enviar el consolidado, ya procesado, a la unidad de rehabilitación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL. 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 a los encargados de rehabilitación de los servicios de salud, con copia a la unidad de rehabilitación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL.

La evaluación del programa se efectuará en dos etapas:

- **La primera evaluación**, se efectuara con corte al 31 de Agosto del año en curso. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 75%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento de Metas por componente	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 40%
75% y más	0%
Entre 65% y 74%	50%
Entre 51 y 64	75%
50% 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, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

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. Los resultados deberán ser enviados al 30 de enero del año siguiente.

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

SEPTIMA: Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas (60% - 40%), la 1º cuota contra total tramitación del convenio y resolución aprobatoria y la 2º cuota contra el grado de cumplimiento.

OCTAVA: El Servicio, requerirá a la municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos en la cláusula tercera de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el Servicio deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

NOVENA: El Servicio podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría.

DECIMA: Finalizado el periodo de vigencia del presente convenio, el Servicio descontará de la transferencia regular de atención primaria, el valor correspondiente a la parte pagada y no ejecutada del Programa objeto de este instrumento, en su caso.

DECIMA PRIMERA: El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. Por ello, en el caso que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante.

DÉCIMA SEGUNDA: El presente convenio tendrá vigencia desde el 1 de Enero hasta el 31 de diciembre del año en curso, sin embargo se renovará automática y sucesivamente por períodos iguales si el Servicio no da aviso con treinta días de anticipación a su fecha de vencimiento, su voluntad de no perseverar en él.

Sin perjuicio de la renovación automática del convenio, mediante convenios complementarios podrán modificarse anualmente los montos a transferir a la Municipalidad en conformidad con el mismo, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sean necesarios introducirle en su operación.

DÉCIMA TERCERA: El presente convenio se firma en 4 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, uno en el de la Municipalidad y los dos restantes en la del Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales y la División de Atención Primaria.



SR. JORGE VENEGAS TRONCOSO
ALCALDE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD LOTA

[Handwritten signature]



DRA. GRACIELA SALDIAS MUÑOZ
DIRECTORA
SERVICIO DE SALUD CONCEPCION

[Handwritten signature]

ANEXO N°1: DISEÑO DE EVALUACIÓN ARTROSIS LEVE O MODERADA, PERSONAS

Gas Artrosis

AREA DE EVALUACION	Actividad	Meta	Indicador	Fuente	% evaluación
	Personas atendidas	100% de las personas atendidas son ingresadas al SIGGES	N° personas ingresadas al SIGGES / Total canastas entregadas * 100	SIGGES/ Convenio	50
	Calidad de la atención	% de personas derivadas al nivel secundario	N° de personas derivadas al nivel secundario/ total de personas acogidas a la garantía en el establecimiento * 100	Registro Listas de Espera	50

ANEXO N°2: DISEÑO DE EVALUACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL CON BASE COMUNITARIA (RBC)

EVALUACION	Actividad	Metas por estrategia			Indicador	Fuente	Estrategia	Cumplimientos				Peso RBC	Peso RI	Peso RR	
		RBC	RI	RR				100%	75%	50%	Meas de				
									Meas de						
Resultados obtenidos en las personas en situación de discapacidad	Inclusión Social producto de la intervención del equipo	10% de las PSD atendidas en el Centro logran la inclusión social (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)	5% de las PSD atendidas en el Centro logran la inclusión social (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)	5% de las PSD atendidas por el equipo logran la inclusión social (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)	N° personas que logran inclusión total de ingresos *100	REM	RBC	10 y mas	7-5-9-9	5-7-4	Meas de 4,	20			
		50% de PSD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo	50% de PSD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo				REM	RI	5 y mas	4-4-9	3-3-9	Meas de 2-9	20		
	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	100% PSD con Visita Domiciliaria Integral	Domiciliaria Integral/Total ingresos *100	REM	RBC	60 y mas	40-49-9	30-39	Meas de 29,9	30			
							REM	RI	50 y mas	40-49-9	30-39	Meas de 29,9	30		
	Familia con integrante en rehabilitación física*	Ingresos y egresos	RBC	RI	RR	Indicador	Fuente	Estrategia	Cumplimientos				Peso RBC	Peso RI	Peso RR
									100%	75%	50%	Meas de			
	Síndrome Doloroso	Mantener al menos un 20% de PAD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 15% de PAD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 20% de PAD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	N° PAD ingresados con Dg de Parkinson secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular*/100	REM	RBC	20 y mas	15-19-9	10-14-9	Meas de 9,9	20			
	Atrofia Leve y Moderada de rodilla cadera	Mantener al menos un 20% de PAD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 15% de PAD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 20% de PAD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	N° PAD ingresados con Dg de Parkinson secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular*/100	REM	RI	15 y mas	10-14-9	5-9-9	Meas de 4,9	30			
	Secuela de AVE	Mantener al menos un 20% de PAD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 15% de PAD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 20% de PAD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	N° PAD ingresados con Dg de Parkinson secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular*/100	REM	RR	20 y mas	15-19-9	10-14-9	Meas de 9,9			30	
	TEC	Mantener al menos un 20% de PAD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 15% de PAD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 20% de PAD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	N° PAD ingresados con Dg de Parkinson secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular*/100	REM	RBC, RI	50 y mas	40-49-9	30-39	Meas de 29,9	20	20	20	
Parkinson	Mantener al menos un 20% de PAD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 15% de PAD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 20% de PAD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	N° PAD ingresados con Dg de Parkinson secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular*/100	REM	RR	20 y mas	15-19-9	10-14-9	Meas de 9,9			30		
Otro deficit	Mantener al menos un 20% de PAD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 15% de PAD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 20% de PAD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	N° PAD ingresados con Dg de Parkinson secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular*/100	REM	RBC, RI	50 y mas	40-49-9	30-39	Meas de 29,9	20	20	20		
Otros	Mantener al menos un 20% de PAD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 15% de PAD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 20% de PAD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	N° PAD ingresados con Dg de Parkinson secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular*/100	REM	RBC, RI	50 y mas	40-49-9	30-39	Meas de 29,9	20	20	20		
Resultados obtenidos en las PAD de acuerdo a problemas de salud	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	N° de actividades de educación grupal total de actividades de educación grupal + actividades de educación para la salud *100	REM	RBC, RI	50 y mas	40-49-9	30-39	Meas de 29,9	20	20	20	
												100	100	100	