



ARCHIVO
06/03/2015

DECRETO ALCALDICIO N° 1382 /

PINTO, 26 DE FEBRERO DEL 2015

VISTOS:

La Resolución Exenta N° 4630 de fecha 30 de Diciembre del 2014, del Servicio de Salud de Ñuble, y

Las facultades que me confiere la Ley N° 18695, Texto refundido fijado por D.F.L. 1/19.704 del 2002, **ORGÁNICA CONSTITUCIONAL DE MUNICIPALIDADES**;

DECRETO:

1.- Apruébese **CONVENIO PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL EN LA RED DE SALUD - 2015**, entre el **Servicio de Salud de Ñuble**, representado por su Director Dr. **Iván Paul Espinoza** y la **I. Municipalidad de Pinto**, representada por su Alcalde señor **Fernando Chávez Guíñez**.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.

MATIAS CARRASCO CARRASCO
SECRETARIO MUNICIPAL (S)

MARIO OSORIO MERINO
ALCALDE (S)

MOM/MCC/tta.

DISTRIBUCION:

- Carpeta Convenios
- Depto. de Salud Municipal de Pinto
- Jefe de Control
- Secretaria Municipal
- Of. de Partes



PCR/MMD/dpp.

ML

1382

1382

26 02 2015

CHILLAN,

VISTOS: estos antecedentes: la Resolución Exenta N° 1167, del 21 de noviembre del 2014, del Ministerio de Salud, que aprueba el "Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud 2015", el convenio de fecha 22 de diciembre del 2014, suscrito entre este **SERVICIO DE SALUD ÑUBLE** y la **I. MUNICIPALIDAD DE PINTO**, las facultades que me confiere el D.L. N° 2.763/79, el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, aprobado por el D.S. N° 140/04, el D.S. N° 152/14, ambos del Ministerio de Salud y la Resolución N° 1600/08, de la Contraloría General de la República, dicto la siguiente:

RESOLUCION EXENTA 1C N°/ 4630 30.12.2014

1°.- **APRUEBASE** el convenio de fecha 22 de diciembre del 2014, suscrito entre este **SERVICIO DE SALUD ÑUBLE** y la **I. MUNICIPALIDAD DE PINTO**, para la ejecución del "Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud 2015", mediante el cual acuerdan realizar las actividades que se mencionan; en los términos y condiciones que allí se indican.

2°.- **IMPUTESE** el gasto que irroque 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.

DR. IVÁN PAUL ESPINOZA
DIRECTOR (T. y P.) SERVICIO DE SALUD ÑUBLE

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



PCR/WGP/MIN/DIAMI/14pp

CÓNVENIO PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA RED DE SALUD – 2015

SERVICIO DE SALUD ÑUBLE ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PINTO

En Chillán, a veintidós de diciembre de 2014, entre el **SERVICIO DE SALUD ÑUBLE**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en Bulnes N° 502, de Chillán, representado por su Director Transitorio y Provisional Dr. Iván Paul Espinoza, en adelante el “**Servicio**” y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PINTO**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Ernesto Riquelme N° 269, de Pinto, representado por su alcalde D. Fernando Chávez Guíñez, de ese mismo domicilio, en adelante la “**Municipalidad**”, se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

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

Por su parte, el artículo 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”.

SEGUNDO: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, 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 mediante Res.Ex. N° 1167, con fecha 21 de noviembre del 2014, del Ministerio de Salud, instrumento que se entiende conocido y pasa a formar parte del presente convenio, el cual “la Municipalidad” se obliga a desarrollar en virtud del presente instrumento.

TERCERO: El Ministerio de Salud a través de “el Servicio”, conviene en asignar 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) (anexo 4)
- 2) Componente 2: Salas de Rehabilitación Basada en la Comunidad o Centros de Rehabilitación de Base Comunitaria
- 3) Componente 3: Salas de Rehabilitación Integral Osteomuscular
- 4) Componente 4: Equipo Rural

CUARTO: Conforme lo señalado en las cláusulas precedentes, "el Servicio", conviene en traspasar a "la Municipalidad", la suma única y anual de **\$5.637.542.-**, para el desarrollo del siguiente componente:

Estrategia	Subtítulo 24
Sala de Rehabilitación Integral Osteomuscular (RIO) (Una Sala)	1.- RRHH: (kinesiólogo): \$5.288.123.- 2.- MEDICAMENTOS : \$ 349.419.-
TOTAL: \$5.637.542.-	

Los insumos a adquirir deben basarse en las orientaciones metodológicas para el desarrollo de las Estrategias de Rehabilitación en APS (Anexo 1). De solicitar insumos que difieran a los mencionados en el Anexo 1, el encargado de la Sala de Rehabilitación, deberá enviar a la Encargada 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.

QUINTO: "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 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.

SEXTO: "El Servicio" evaluará el grado de cumplimiento de 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. 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 de rehabilitación de "el Servicio", srta. Andrea Muñoz Parra, con copia a la Unidad de Rehabilitación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, 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 2015.**
De 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 50% y 59,99%	25%
Entre 40% y 49,99%	50%
30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30,00%	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. (Anexo 2).

- **La segunda evaluación y final, se efectuará al 31 de diciembre del 2015,** fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas (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. Los resultados deberán ser enviados al **30 de enero del año siguiente.**

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

SEPTIMO: 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.

OCTAVO: Para dar estricto cumplimiento a lo establecido en el presente convenio y demás políticas de auditoría y otras determinaciones 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.

NOVENO: "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.

DECIMO: Finalizado el período de vigencia del presente convenio, "la Municipalidad" deberá devolver, dentro del plazo de 30 días corridos, los valores correspondientes a la parte no ejecutada de las prestaciones acordadas en este convenio. De no cumplir dentro del plazo estipulado, "la Municipalidad" autoriza expresamente "al Servicio", para descontar de los Programas de Atención Primaria (PRAPS) las sumas correspondientes.

DECIMO PRIMERO: "El Servicio" no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este convenio se señala. Por ello, en caso que "la Municipalidad" se exceda de los fondos destinados para los efectos de este convenio, ésta deberá asumir el mayor gasto que involucre su ejecución.

DECIMO SEGUNDO: 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 **Auditoría del Servicio**. Igualmente, el Servicio deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

DECIMO TERCERO: 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 5 primeros días de cada mes de acuerdo a instrucciones emanadas del Ord. 3A2 N° 1000 de fecha 27 de septiembre del 2012, del Departamento de Finanzas Servicio de Salud Ñuble y Ord. 3A2 N° 245 del 09 de marzo del 2012, del Director del Servicio de Salud Ñuble. (Resolución 759/2003, Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas de Contraloría General de la República.)

DECIMO CUARTO: El presente convenio tendrá vigencia hasta el **31 de diciembre del 2015**.

Para constancia, firman:


FERNANDO CHÁVEZ GUÍNEZ
ALCALDE I. MUNICIPALIDAD DE PINTO


DR. IVÁN PAUL ESPINOZA
DIRECTOR T.Y P.
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

ANEXO 2

Diseño de Evaluación Programa de Rehabilitación Basada en la Comunidad

Corte Agosto

ÁREA DE EVALUACIÓN	DEFINICIÓN	Meta	Indicador	Fuente	Cumplimientos					Peso
					100%	75%	50%	0	Menos de 49	
Resultados obtenidos en las personas en situación de discapacidad	Participación en Comunidad (Inclusión Social)	10% de las P&D atendidas en el Centro logran la inclusión social (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)	N° personas que logran Participación en Comunidad/total de ingresos *100	REM	10 y más	7.5- 9.9	5- 7.4	menos de 4.9	0	20
					50 y más	40- 49.9	30- 39.9	menos de 29.9	20	
					100%	75%	50%	0		
Resultados obtenidos en las P&D de acuerdo a problemas de salud	Prevenir y/o retardar la discapacidad en grupos de personas con enfermedades crónicas, cuidadores	50% de las actividades para fortalecer conocimientos y destrezas personales, se orientan al trabajo con cuidadores	N° de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales a los cuidadores/ total de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales * 100	REM	20 y más	15-19.9	10-14.9	Menos de 9.9	0	20
					50 y más	40- 49.9	30- 39.9	Menos de 29.9	10	
					100%	75%	50%	0		
Cobertura, Ingresos y egresos	PSD con diagnósticos de origen neurológico, tienen continuidad en la red de rehabilitación	50% de P&D reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo	N° P&D ingresados con Dg de parkinson, secuela de ACV/TEC, otro déficit secundario a compromiso neuromuscular en menor de 20 años conguilliu u adquirido y mayor de 20 años/ Total Ingresos*100	REM	50 y más	40- 49.9	30- 39.9	Menos de 29.9	0	10
					60% cobertura de acuerdo a la meta anual de cada estrategia (RBC #466, RI-335, RI# 163)	50 y más	40- 49.9	30- 39.9	Menos de 29.9	
Egreso, post-tratamiento, cumplimiento del plan de tratamiento			N° P&D egresadas/Total Ingresos*100	REM	50 y más	40- 49.9	30- 39.9	Menos de 29.9	0	10
Personas involucradas en Rehabilitación			N° personas atendidas/total de la meta anual de acuerdo a la estrategia*100	REM	60% y más	50-59.9	40-49.9	Menos de 40	0	30
100										

