

I. MUNICIPALIDAD DE PENCAHUE
 OFICINA DE PARTES
 FECHA: 18.03.13
 FOLIO: 06 N° 1077
 ENVIADO A: Salud

SERVICIO DE SALUD MAULE
 DEPTO. ARTICULACION Y DESARROLLO ENVIADO A

I. MUNICIPALIDAD DE PENCAHUE
 OFICINA DE PARTES DEPTO. SALUD
 FECHA: 19.03.2013
 FOLIO 515 N° 727
 ENVIADO A: Municipal
 PLAZO: Luis Quiroga

RESOLUCION EXENTA N° 732

Int. N° 12 /
 27.02.2013

Ref: 1334948

TALCA, 05 MAR 2013

VISTOS Y TENIENDO PRESENTE;

Convenio "Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud", suscrito con fecha 12 de febrero de 2013, entre este Servicio de Salud y la Municipalidad de **PENCAHUE** y lo dispuesto en los artículos 56 y 57 de la Ley 19.378; las facultades que me confieren los artículos 6, 7 y 8 del D.S. N° 140 de 2004 del Minsal; Decreto Supremo N°41 del 30/08/2011 del Minsal; Resolución N°1600 de 2008 de la Contraloría General de la República.

RESUELVO

APRUÉBASE:

Convenio "Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud", suscrito con fecha 12 de febrero de 2013, entre este Servicio de Salud y la I. Municipalidad de Penciahue, cuyo texto es el siguiente:

CONVENIO

PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL EN LA RED DE SALUD

En Talca a 12 febrero del 2013 entre el Servicio de Salud Maule, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Uno Norte 963 representado por su Director **DR. LUIS FRANCISCO URIBE URIBE**, Médico Cirujano, Rut N° 5.168.867-8, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la Ilustre Municipalidad de **PENCAHUE**, persona jurídica de derecho público domiciliada en Alejandro Cruz Vergara N° 891, representada por su Alcalde **DOÑA LUCY LARA LEIVA**, agricultora, Rut N° 4.503.850-5, 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 N° 82 del 24/12/2012 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 Rehabilitación Integral en la Red de Salud.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 07 del 04/01/2013, del Ministerio de Salud y que forma parte integrante del mismo y 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 las siguientes estrategias del Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud:

Componente 1: Salas de Rehabilitación Basada en la Comunidad o Centros de Rehabilitación de Base Comunitaria

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 de **\$ 24.116.131**, para alcanzar el cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior, según las siguientes especificaciones:

ESTRATEGIA	RECURSOS ASIGNADOS (\$)	
Insumos	Insumos	2.676.062
Recursos Humanos	Kinesiólogo	10.720.035
	Terapeuta Ocupacional	10.720.034
Total		24.116.131

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 los siguientes componentes especificados en el Programa:

- 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, en función de las orientaciones:

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 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 60%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje de cumplimiento de Metas componente por	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 40%
60% y más	0%
Entre 55% y 59,9%	50%
Entre 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, 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.

SÉPTIMA: Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud Maule, 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 del programa y la respectiva rendición de cuenta mensual al departamento de Finanzas del Servicio.

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 en forma aleatoria 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. Sin perjuicio de lo anterior estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 759 de 2003, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, lo que debe ser fiscalizado por el Servicio respectivo. **Por consiguiente, el Servicio no entregará nuevos fondos, mientras la Municipalidad no haya cumplido con la obligación de rendir cuenta de la inversión de los fondos ya concedidos.**

DÉCIMA: Finalizado el período 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 y/o no rendida del Programa objeto de este instrumento.

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

En caso de haber ejecutado las metas acordadas en el convenio y quedasen excedentes producto de la optimización del gasto, estos excedentes podrán ser utilizados en la misma línea programática del convenio.

DÉCIMA SEGUNDA: El presente convenio regirá desde el 1 de Enero hasta el 31 de diciembre del año en curso, sin perjuicio de lo anterior, se entenderá vigente hasta la firma de un nuevo convenio y su resolución aprobatoria, vigencia que no excederá al 31 de Marzo del año respectivo, cuando sea procedente para la continuidad del programa.

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

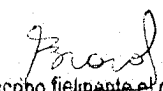
DÉCIMA CUARTA: La personería jurídica del Dr. Luis Francisco Uribe Uribe consta en Decreto Supremo N°41 con fecha 30/08/2011 del Ministerio de Salud. La personería jurídica de Doña Lucy Lara Leiva para representar a la Municipalidad de Pencahue, consta en Decreto Alcaldicio N° 1.259 el 06/12/2012.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.


DR. LUIS FRANCISCO URIBE URIBE
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD MAULE



DR. LFUU/DR. EPR/ABOG GWC/CVS/DRA.VSR/KLGO.JGF/mvh.


Transcrito fielmente el original
MINISTRO DE FE

DISTRIBUCION:

- ✓ Sr. Alcalde Municipalidad de Pencahue
- ✓ Ministerio de Salud (División de Atención Primaria y Departamento de Asignación de Recursos de Atención Primaria)
- ✓ Sra. Jefe Depto. Auditoría (Archivo Digital).
- ✓ Sra. Jefa U. de Tesorería. (Archivo Digital).
- ✓ Subdirección Médica Talca.
- ✓ Asesoría Jurídica Regional (Archivo Digital).
- ✓ Archivo Programa Respiratorio y Rehabilitación.
- ✓ Oficina de Partes.

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

Ges 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	Atención		Ingresos		Participación		Empadronamiento		Categorización		RBC	RBC	RBC	RBC
	RBC	RBC	RBC	RBC	RBC	RBC	RBC	RBC	RBC	RBC				
Evaluación de la 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 por el equipo logran la inclusión social (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)	Nº personas que logran inclusión Total de Ingresos *100	10 y más	7,5- 9,9	5 - 7,4	menos de 4,9	RBC	REM		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	Nº PSD egresadas/Total ingresos*100	5 y más	4-4,9	3-3,9	menos de 2,9	RI	REM			20		
	Familia con integrante en rehabilitación física	50% PSD con Visita Domiciliaria Integral	Nº PSD con Visita Domiciliaria Integral/Total Ingresos *100	5 y más	4-4,9	3-3,9	menos de 2,9	RR	RR					20
Ingresos y Físicos														
Síndrome Doloroso de origen traumático	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 Ingresos *100	20y más	15-19,9	10- 14,9	menos de 9,9	RBC	REM		30			
Síndrome Doloroso de origen no traumático	Mantener al menos un 20% 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 de actividades de educación grupal/ total de actividades de educación grupal + actividades de educación para la salud *100	15 y más	10- 14,9	5-9,9	menos de 4,9	RI	REM			30		
Artrosis Leve y Moderada de rodilla y cadera	Mantener al menos un 50% de las actividades de Educación corresponden a actividades grupales	50% de las actividades de Educación corresponden a actividades grupales		20y más	15-19,9	10- 14,9	menos de 9,9	RR	RR				30	
TEC														
Parkinson														
Otro déficit secundario a compromiso neuromuscular														
Otros														
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 y más	40- 49,9	30 - 39,9	menos de 29,9	RBC, RI, RR	REM			20		20