



REPUBLICA DE CHILE
I. MUNICIPALIDAD DE ARICA
ALCALDIA

EXENTO

ARICA, 10 de marzo del 2016

DECRETO N° 3994

VISTOS:

a) El **“Convenio Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud, Arica 2016”**, suscrito entre el Servicio de Salud de Arica y la Ilustre Municipalidad de Arica.

b) La Resolución N° 514, de fecha 24 de febrero del 2016, en que se aprueba el convenio de fecha 27 de enero del 2016, sobre transferencia de recursos destinados El **“Convenio Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud, Arica 2016”**.

c) Lo dispuesto en la Ley N° 19.378, de 1995, que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipalizada.

d) Las facultades previstas en la Ley N° 18.695, “Orgánica Constitucional de Municipalidades” y sus modificaciones.

DECRETO:

APRUEBASE El **“Convenio Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud, Arica 2016”**, con fecha 27 de enero del 2016, suscrito entre el Servicio de Salud de Arica y la Ilustre Municipalidad de Arica.

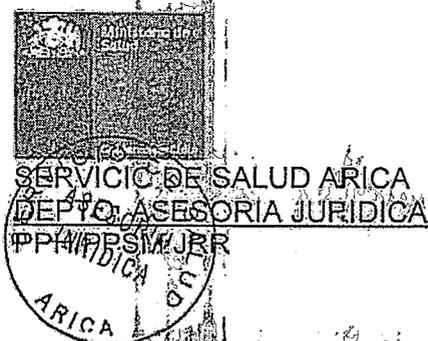
Tendrán presente este Decreto Alcaldicio, el Servicio Municipal de Salud, Contraloría Municipal y Secretaría Municipal.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVASE.


SECRETARIA MUNICIPAL
CARLOS CASTILLO GALLEGUILLOS
SECRETARIO MUNICIPAL

SUC/ATF/CCG/RTS/may.


DR. SALVADOR BARRUTIA CARDENAS
ALCALDE DE ARICA



CONVENIO PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL EN LA RED DE SALUD ARICA 2016

En Arica, a 27 de enero de 2016, entre el Servicio de Salud Arica, RUT N° 61.606.000-7, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle 18 de Septiembre N° 1000, edificio N, representado por su Director (S) **Dr. Froilan Estay Mujica**, Médico General, RUN N°13.637.219-K, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la Ilustre Municipalidad de Arica, RUT: 69.010.100-9, persona jurídica de derecho público domiciliada en Rafael Sotomayor N° 415, representada por su Alcalde (S) **Sr. Anthony Torres Fuenzalida**, RUN N° 9.338.109-2, Abogado, 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".

Asimismo, el artículo N° 153 de Diciembre de 2006 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 impulsado el Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud.

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°1169 de fecha 24 de diciembre 2015**, del Ministerio de Salud. Anexo al presente Convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la Municipalidad se obliga a desarrollar en virtud del presente instrumento.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, ha asignado a la Municipalidad recursos destinados a financiar los siguientes componentes del Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud:

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

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio, transferirá a la Municipalidad, desde la fecha de total tramitación de la Resolución Aprobatoria, la **suma anual, única y total** de \$ 60.339.780.- (**sesenta millones trescientos treinta y nueve mil setecientos ochenta pesos m/n**), para alcanzar el propósito y cumplimiento de los componentes señalados en la cláusula anterior. Estos recursos serán



transferidos por el Servicio en 2 cuotas (70% - 30%), la 1º cuota contra total tramitación del Convenio y resolución aprobatoria y la 2º cuota contra el grado de cumplimiento.

Una vez recibidos los recursos, la Municipalidad se obliga a enviar al Servicio, el comprobante de ingreso contable.

Tabla N°1: Distribución de los Recursos:

| Componentes | Requerimiento | Monto Total |
|---|---|-----------------|
| RBC Rehabilitación con Base Comunitaria Sala CESFAM V. Bertín Soto | RRHH (*) Kinesiólogo (a) 44 hrs semanales, pudiéndose realizar de lunes a sábado, dentro del horario de atención de APS (8:00 – 20:00 hrs), por 12 meses. Valor Mensual: \$ 960.861.- | \$ 11.530.332.- |
| | Terapeuta Ocupacional 44 hrs semanales, pudiéndose realizar de lunes a sábado, dentro del horario de atención de APS (8:00 – 20:00 hrs), por 12 meses. Valor Mensual: \$ 960.861.- | \$ 11.530.332.- |
| | (**) Insumos Valor: \$ 1.000.000.- | \$ 1.000.000.- |
| RBC Rehabilitación con Base Comunitaria Sala CESFAM Eugenio Petruccelli | RRHH (*) Kinesiólogo (a) 44 hrs semanales, pudiéndose realizar de lunes a sábado, dentro del horario de atención de APS (8:00 – 20:00 hrs), por 12 meses. Valor Mensual: \$ 960.861.- | \$ 11.530.332.- |
| | Terapeuta Ocupacional 44 hrs semanales, pudiéndose realizar de lunes a sábado, dentro del horario de atención de APS (8:00 – 20:00 hrs), por 12 meses. Valor Mensual: \$ 960.861.- | \$ 11.530.332.- |
| | (**) Insumos Valor: \$ 1.000.000.- | \$ 1.000.000.- |
| RI Rehabilitación Integral Osteomuscular Sala CESFAM Amador Neghme | Kinesiólogo (a) 44 hrs semanales, pudiéndose realizar de lunes a sábado, dentro del horario de atención de APS (8:00 – 20:00 hrs), por 12 meses. Valor Mensual: \$ 960.861.- | \$ 11.530.332.- |
| | (**) Insumos Valor: \$ 688.120 | \$ 688.120.- |
| | TOTAL CONVENIO | |

(*) Remuneraciones asimiladas a categoría B grado 15 del Departamento de Salud Municipal.

(**) Los insumos requeridos por el Departamento de Salud Municipal deberán ser solicitados a través de un oficio con plazo hasta el 29 de febrero del 2016, debe estar alineados a las Orientaciones Metodológicas para el Desarrollo de las Estrategias de Rehabilitación en A.P.S. 2010-2014, y deberán ser aprobados técnicamente por el Servicio de Salud Arica.

Medios de verificación que deben presentar los profesionales contratados para el pago de los honorarios mensuales:



- Boleta honorario y contrato honorario
- Detalle de funciones estipuladas en contrato

Los medios de verificación para validar las compras de los insumos requeridos será la presentación de las facturas de compras, lugar de destino del insumo y comprobante de entrega a la sala de rehabilitación.

El monto para financiar este Convenio será imputado al Ítem Presupuestario 24 Cuenta N° 541030302 de Reforzamiento Municipal, del presupuesto vigente del Servicio año 2016.

La Municipalidad se obliga a cumplir las acciones y estrategias específicas señaladas por el Servicio y se obliga a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas validamente inscritas en los establecimientos de su jurisdicción.

Se deja constancia que la glosa 02 de la Ley de presupuesto del sector Público antes citada, contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 de la ley N°19.378, la entidad administradora de salud municipal podrá contratar personal conforme la normativa establecida en esa misma ley, o si por alguna razón la prestación debe ser entregada por un profesional a honorarios, debe ser acorde con lo dispuesto en el artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, pudiendo en tal caso el municipio establecer en su favor beneficios tales como capacitación, descansos compensatorios, feriados u otros similares según corresponda y sin perjuicio de los cuales la Municipalidad se obliga a mantener la continuidad de los servicios que se entregan en virtud del presente convenio.

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

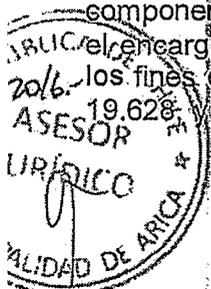
1. Desarrollar estrategias de rehabilitación integradas funcionalmente a la atención primaria de salud, bajo un enfoque biosicosocial y familiar.
2. Asumir progresivamente la atención integral de la totalidad de las personas en situación de discapacidad leve, transitoria o definitiva, apoyar el manejo 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.

SEXTA: La Municipalidad se obliga a rendir cuenta mensual de la inversión de los recursos que le transferirá el Servicio para la ejecución del presente Convenio, de acuerdo lo estipulado en Dictamen N° 55.994 del 02.09.11 de la Contraloría General de la República, informado en Circular N°12 del 26.10.11 del Ministerio de Salud.

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

En el proceso de monitoreo y evaluación, la Municipalidad se obliga a incorporar las actividades del programa a la planificación de sus establecimientos, identificando claramente la brecha de atención existente para cada una de las prestaciones, conforme demanda y oferta.

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 (Anexo 1). Por tratar el presente convenio de beneficios en salud para los usuarios, el encargado de rehabilitación del Servicio, realizará una auditoría de las fichas clínicas, para los fines establecidos en el programa, ello en el marco Ley N° 20.584, Decreto N° 411 y otras normas que regulan el acceso a ficha clínica y 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 y el resultado debe ser anexado al consolidado de registros. El diagnóstico participativo comunitario, para los componentes de Rehabilitación de Base Comunitaria y Rehabilitación Integral Osteomuscular, debe ser realizado y analizado por el equipo que conforma el componente y sus resultados enviados por correo electrónico al encargado de rehabilitación del Servicio, 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 de 2016. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reinquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 60%, de acuerdo al siguiente cuadro:

| Porcentaje cumplimiento de Metas de Programa | Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 30% |
|--|--|
| 60% y más | 0% |
| Entre 50,00% y 59,99% | 25% |
| Entre 40,00% y 49,99% | 50% |
| Entre 30,00% y 39,99% | 75% |
| 30,00% 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 de 2016, 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.F.S. 2010-2014. Los resultados deberán ser enviados al 30 de enero del año 2017.

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

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 y según las metas e indicadores descritos en el Anexo N°1. El Servicio efectuará 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 velará por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría y el encargado de Programa de Rehabilitación Integral dependiente de la Subdirección de Gestión Asistencial.

Sin perjuicio de lo anterior, las transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 759 de 2003, de la Contraloría General de la República, en particular en lo señalado en su numeral 5.2 el que dispone en su inciso 3º, que: el Organismo Público receptor estará obligado a enviar a la Unidad otorgante un comprobante de ingreso por los recursos percibidos y un informe mensual de su inversión, que deberá señalar, a lo menos, el monto de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de la inversión realizada y el saldo disponible para el mes siguiente. Y en su numeral 5.4: los Servicios, no entregarán nuevos fondos a rendir, sea a disposición de unidades internas o a la administración de terceros, mientras la persona o institución que debe recibirlos no haya cumplido con la obligación de rendir cuenta de la inversión de los fondos ya concedidos.



DÉCIMA: El presente convenio tendrá vigencia desde el 27 de enero hasta el 31 de diciembre de 2016, sin perjuicio de que la resolución aprobatoria del mismo complete su tramitación con fecha posterior a su entrada en vigencia. Lo anterior, en consideración al principio de continuidad de la función pública, toda vez que los servicios prestados por los profesionales contratados para la ejecución del presente convenio, revisten el carácter de necesarios y continuos en beneficio de la comunidad, programa que en la práctica se renueva sucesivamente y con las mismas prestaciones todos los años, y conforme a lo previsto en los artículos 3° 5° y 28 de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, que conlleva el cumplimiento de las actuaciones impostergables y además de la totalidad de las funciones que a un determinado organismo le compete ejercer y al artículo N°13 de la Resolución N°30 del 01 de junio de 2015 emanada de la Contraloría General de la República que "Fija norma de procedimiento sobre rendición de cuentas".

La vigencia así establecida se mantendrá salvo que el convenio termine por incumplimiento grave de las obligaciones establecidas en él, o su ejecución se desvíe de los fines que se tuvieron a la vista para celebrarlo o que las partes decidan ponerle término anticipado por motivos fundados, y se podrá prorrogar en forma automática y sucesiva, por un mes, en la medida que el Programa a ejecutar cuente con la disponibilidad presupuestaria, según la ley de Presupuestos del Sector Público o existan saldos sin ejecutar del presente convenio. Las partes podrán utilizar durante la prórroga el presupuesto disponible o los saldos de montos asignados para la ejecución de este convenio únicamente para dar continuidad al recurso humano contratado por el convenio, según lo estipulado en el ítem recurso humano de la tabla N°1 de la cláusula N°4, lo que no implicará modificación alguna de los procesos de evaluación establecidos en el convenio.

Finalizado el periodo de vigencia del presente Convenio, la Municipalidad debe restituir aquellos montos transferidos que no hayan sido invertidos y/o ejecutados en conformidad a los objetivos de este Convenio antes de 15 días hábiles una vez informado oficialmente desde el Servicio el saldo sin ejecutar.

DÉCIMA PRIMERA: El Servicio 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, ésta asumirá el mayor gasto resultante.

DÉCIMA SEGUNDA: La personería del Dr. Froilán Estay Mujica, para representar al Servicio de Salud Arica emana del Decreto N° 140 de fecha 24 de septiembre de 2004 del Ministerio de Salud, y tomado de razón el 07 de marzo de 2005 por el Órgano Contralor.

La personería de don Anthony Torres Fuenzalida para representar a la I. Municipalidad de Arica, emana del artículo 62° de la Ley N° 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades.

DÉCIMA TERCERA: Las partes fijan domicilio en la ciudad de Arica y prorrogan competencias para ante sus Tribunales de Justicia.

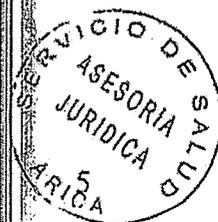
DÉCIMA CUARTA: El presente convenio se firma en 04 ejemplares, quedando dos (2) en poder de la Municipalidad, uno (1) en poder del Servicio, y uno (1) en el Departamento de Gestión de Recursos Financieros en APS del Ministerio de Salud.



SR. ANTHONY TORRES FUENZALIDA
ALCALDE (S)
I. MUNICIPALIDAD ARICA



DR. FROILAN ESTAY MUJICA
DIRECTOR (S)
SERVICIO DE SALUD ARICA



ANEXO N°1: DISEÑO DE EVALUACIÓN REHABILITACIÓN DE BASE COMUNITARIA (RBC/RIO)

Evaluación al corte de 31 agosto 2016

| Área de Evaluación | Definición | Meta | Indicador | Fuente | Cumplimientos | | | | Peso |
|---|--|---|---|--------|---------------|-----------|-----------|---------------|------|
| | | | | | 100% | 75% | 50% | 0% | |
| Resultados obtenidos en las personas en situación de discapacidad | Participación en comunidad producto de la intervención del equipo (Inclusión Social) | 10% de las PsD atendidas en el Centro logran la participación en comunidad (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 4,9 | 20 |
| | Prevenir y/o retardar la discapacidad en grupos de personas con enfermedades crónicas y cuidadores | 50% de la actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales, se orientan al trabajo con los 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 | 50 y más | 40 - 49,9 | 30 - 39,9 | menos 29,9 | 20 |
| Resultados obtenidos en las PsD de acuerdo a los problemas de salud | Cobertura, Ingresos y Egresos | Metas | Indicador | Fuente | Cumplimientos | | | | Peso |
| | PsD con diagnósticos de origen neurológico, tienen continuidad en la red de rehabilitación | Mantener al menos un 20% de PsD con secundarios a compromiso neuromuscular | N° PsD ingresados con Dg de parkinson, secuela de ACV, otro déficit secundario a compromiso neuromuscular / Total de ingreso *100 | REM | 20 y más | 15 - 19,9 | 10 - 14,9 | menos de 9,9 | 20 |
| | Egreso posterior a cumplimiento del Plan de tratamiento | 50% de PsD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo | N° PsD egresadas/Total Ingresos*100 | REM | 50 y más | 40 - 49,9 | 30 - 39,9 | menos de 29,9 | 10 |
| cobertura | Personas atendidas en Rehabilitación | 60% cobertura de acuerdo a la meta anual de cada estrategia (RBC =466, RI=355, RR= 163) | N° personas atendidas/ meta anual de acuerdo a la estrategia*100 | REM | 60 y más | 50 - 59,9 | 40 - 49,9 | menos de 40 | 30 |
| 100 | | | | | | | | | |



Evaluación al corte de 31 diciembre 2016

| CATEGORÍA | Actividad | Metas por estrategia | | | Indicador | Fuente | Estrategia | Cumplimiento | | | | Peso | |
|---|--|--|--|--|--|---------|-------------|--------------|-----------|-----------|---------------|--------------|--------------|
| | | RBC | RI | RR | | | | 100% | 75% | 50% | 0 | | |
| Resultados obtenidos en las acciones de atención de capacidad | Procedimientos y/o procedimientos | 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 | 30% y menos | 31-35 | 36-40 | más de 40 | 5 | |
| | Sección Consejerías: | 5% de las actividades realizadas como intervención corresponden a consejerías individuales y/o familiares | 5% de las actividades realizadas como intervención corresponden a consejerías individuales 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 Ingresos * 100 | REM | RBC, RI, RR | 5% y más | 4 a 4,9 % | 3 a 3,9 | 2,1% y menos | 10 | |
| | Visitas Domiciliares | 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) de procedimientos/ Total Ingresos *100 | REM | RBC, RI, RR | 10 y más | 7,5-9 | 6-7,4 | 4,9 y menos | 5 | |
| | | | | | | | | RI | 5% y más | 4 a 4,9 % | 3 a 3,9 | | 2,9% y menos |
| | | | | | | | | RR | 70% y más | 61-69,9 | 50-59,9 | | 49,9 y menos |
| | Participación en comunidad por parte de la intervención y/o equipo | 10% de las PsD atendidas en el Centro logran la participación en comunidad (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones) | 10% de las PsD atendidas en el Centro logran la participación en comunidad (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones) | 10% de las PsD atendidas en el Centro logran la participación en comunidad (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones) | Nº personas que logran participación en comunidad/ total de Ingresos *100 | REM | RBC, RI, RR | 10 y más | 7,5-9,9 | 5-7,4 | menos de 4,9 | 15 | |
| | | | | | | | RI | 10 y más | 7,5-9,9 | 5-7,4 | menos de 4,9 | | |
| | | | | | | | RR | 10 y más | 7,5-9,9 | 5-7,4 | menos de 4,9 | | |
| | Egreso posterior a cumplimiento de 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 | 50% de PsD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo | Nº PsD egresados/ 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 acciones de atención de salud | Síndrome Doloroso de origen traumático | | | | | | | | | | | | 20 |
| | Síndrome Doloroso de origen no traumático | Mantener al menos un 20% de PsD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios o compromiso neuromuscular | Mantener al menos un 15% de PsD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios o compromiso neuromuscular | Mantener al menos un 20% de PsD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios o compromiso neuromuscular | Nº PsD Ingresados con Dg de parkinson, secuela de AVE, otro déficit secundario o compromiso neuromuscular/ Total de Ingresos *100 | REM | RBC, RI, RR | 20y más | 15-19,9 | 10-11,9 | menos de 9,9 | | |
| | Atrofia Espinal y/o Síndrome de Guillain-Baré | | | | | | | RI | 15 y más | 10-14,9 | 5-9,9 | menos de 4,9 | |
| | Patrimonio de Salud | | | | | | | RR | 20y más | 15-19,9 | 10-11,9 | menos de 9,9 | |
| Actividades preventivas nacionales | Rehabilitación Física: Cuidado de los cuidadores | 50% de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales, se orientan al trabajo con cuidadores | 60% de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales, se orientan al trabajo con cuidadores | 50% de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales, se orientan al trabajo con cuidadores | Nº de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales a los cuidadores/ total de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales * 100 | REM | RBC, RR, RI | 50 y más | 40-49,9 | 30-39,9 | menos de 30 | 5 | |
| | Rehabilitación Física: Actividades de intervención de Educación | 35% de las personas que ingresan al programa, reciben educación grupal. | 35% de las personas que ingresan al programa, reciben educación grupal. | 35% de las personas que ingresan al programa, reciben educación grupal. | Nº total de personas que ingresan a educación grupal/ total de Ingresos * 100 | REM | RBC, RI, RR | 35 y más | 25-34,99 | 15-24,99 | menos de 15 | 20 | |
| Actividades preventivas municipales | Trabajo Comunitario | | | | | | | | | | | | 15 |
| | 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 | | SUNO | INFORME | RBC, RI | 100 | 0 | | | | |
| | | | | 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 | | |





SERVICIO DE SALUD ARICA
 ASESORIA JURIDICA
 N° 093
 PPH/mrt

3994
 1102961

RESOLUCIÓN N°
Exenta

514

ARICA,

24 FEB. 2016

COPIA

CONSIDERANDO el "CONVENIO PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL EN LA RED DE SALUD ARICA 2016", de fecha 27 de enero de 2016, suscrito entre el Servicio de Salud Arica, RUT N° 61.606.000-7, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle 18 de Septiembre N° 1000, edificio N, representado por su Director (S) Dr. Froilan Estay Mujica, Médico General, RUN N°13.637.219-K, del mismo domicilio, y la Ilustre Municipalidad de Arica, RUT: 69.010.100-9, persona jurídica de derecho público domiciliada en Rafael Sotomayor N° 415, representada por su Alcalde (S) Sr. Anthony Torres Fuenzalida, RUN: N° 9.338.109-2, Abogado, de ese mismo domicilio; la Resolución Exenta N° 1169 de 24 de diciembre de 2015, del Ministerio de Salud que aprobó el referido Programa; la orden de trabajo N°015230 de 11 de enero de 2016, y refrendación presupuestaria adjunta de fecha 11 de enero de 2016, del Subdepartamento de Finanzas del Servicio; el Ordinario N° 0326 de 19 de febrero de 2016, del Director (S) de Salud Municipal de Arica, mediante el cual se remite el convenio para su respectiva tramitación y recibido debidamente firmado con fecha 22 de febrero de 2016, en el Departamento de Asesoría Jurídica del Servicio; **VISTOS Y TENIENDO PRESENTE;** la ley N° 19.378; el Decreto Supremo N° 59 de 2011 del Ministerio de Salud; lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 140 de 2004, del Ministerio de Salud; la Resolución N° 1600 de 2008 de la Contraloría General de la República y, teniendo presente las facultades que me confiere el Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, dicto la siguiente

RESOLUCIÓN

1°.- SE APRUEBA el "CONVENIO PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL EN LA RED DE SALUD ARICA 2016", de fecha 27 de enero de 2016, suscrito entre el Servicio de Salud Arica, representado por su Director (S) Dr. Froilán Estay Mujica, y la Ilustre Municipalidad de Arica, representada por su Alcalde (S) Sr. Anthony Torres Fuenzalida, ambos individualizados, instrumento que se entiende forma parte de la presente resolución para todos los efectos que deriven de su aplicación y que se reproduce íntegramente a continuación:

CONVENIO

PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL EN LA RED DE SALUD ARICA 2016

En Arica a 27 de enero de 2016, entre el Servicio de Salud Arica, RUT N° 61.606.000-7, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle 18 de Septiembre N° 1000, edificio N, representado por su Director (S) **Dr. Froilan Estay Mujica**, Médico General, RUN N°13.637.219-K, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la Ilustre Municipalidad de Arica, RUT: 69.010.100-9, persona jurídica de derecho público domiciliada en Rafael Sotomayor N° 415, representada por su Alcalde (S) **Sr. Anthony Torres Fuenzalida**, RUN N° 9.338.109-2, Abogado, 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".

Asimismo, el artículo N° 153 de Diciembre de 2006 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 impulsado el Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud.

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°1169 de fecha 24 de diciembre 2015**, del Ministerio de Salud. Anexo al presente Convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la Municipalidad se obliga a desarrollar en virtud del presente instrumento.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, ha asignado a la Municipalidad recursos destinados a financiar los siguientes componentes del Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud:

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

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio, transferirá a la Municipalidad, desde la fecha de total tramitación de la Resolución Aprobatoria, la **suma anual, única y total** de **\$ 60.339.780.- (sesenta millones trescientos treinta y nueve mil setecientos ochenta pesos m/n)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de los componentes señalados en la cláusula anterior. Estos recursos serán transferidos por el Servicio en 2 cuotas (70% - 30%), la 1° cuota contra total tramitación del Convenio y resolución aprobatoria y la 2° cuota contra el grado de cumplimiento.

Una vez recibidos los recursos, la Municipalidad se obliga a enviar al Servicio, el comprobante de ingreso contable.

Tabla N°1: Distribución de los Recursos:

| Componentes | Requerimiento | Monto Total |
|--|---|-----------------|
| RBC Rehabilitación con Base Comunitaria Sala CESAM V. Bertin Soto | RRHH (*) Kinesiólogo (a) 44 hrs semanales, pudiéndose realizar de lunes a sábado, dentro del horario de atención de APS (8:00 – 20:00 hrs), por 12 meses. Valor Mensual: \$ 960.861.- | \$ 11.530.332.- |
| | Terapeuta Ocupacional 44 hrs semanales, pudiéndose realizar de lunes a sábado, dentro del horario de atención de APS (8:00 – 20:00 hrs), por 12 meses. Valor Mensual: \$ 960.861.- | \$ 11.530.332.- |
| | (**) Insumos Valor: \$ 1.000.000.- | \$ 1.000.000.- |
| | | |
| RBC Rehabilitación con Base Comunitaria Sala CESAM Eugenio Petruccelli | RRHH (*) Kinesiólogo (a) 44 hrs semanales, pudiéndose realizar de lunes a sábado, dentro del horario de atención de APS (8:00 – 20:00 hrs), por 12 meses. Valor Mensual: \$ 960.861.- | \$ 11.530.332.- |
| | Terapeuta Ocupacional 44 hrs semanales, pudiéndose realizar de lunes a sábado, dentro del horario de atención de APS (8:00 – 20:00 hrs), por 12 meses. Valor Mensual: \$ 960.861.- | \$ 11.530.332.- |
| | (**) Insumos Valor: \$ 1.000.000.- | \$ 1.000.000.- |
| | | |

| | | |
|---|---|------------------------|
| RI Rehabilitación Integral Osteomuscular Sala CESFAM Amacora Neghme | Kinesiólogo (a) 44 hrs semanales, pudiéndose realizar de lunes a sábado, dentro del horario de atención de APS (8:00 – 20:00 hrs), por 12 meses. Valor Mensual: \$ 960.861.- | \$ 11.530.362.- |
| | (**) Insumos Valor: \$ 688.120 | \$ 688.120.- |
| TOTAL CONVENIO | | \$ 12.218.482.- |

(*) Remuneraciones asimiladas a categoría B grado 15 del Departamento de Salud Municipal.

(**) Los insumos requeridos por el Departamento de Salud Municipal deberán ser solicitados a través de un oficio con plazo hasta el 29 de febrero del 2016, debe estar alineados a las Orientaciones Metodológicas para el Desarrollo de las Estrategias de Rehabilitación en A.P.S. 2010-2014, y deberán ser aprobados técnicamente por el Servicio de Salud Arica.

Medios de verificación que deben presentar los profesionales contratados para el pago de los honorarios mensuales:

- Boleta honorario y contrato honorario
- Detalle de funciones estipuladas en contrato

Los medios de verificación para validar las compras de los insumos requeridos será la presentación de las facturas de compras, lugar de destino del insumo y comprobante de entrega a la sala de rehabilitación.

El monto para financiar este Convenio será imputado al Ítem Presupuestario 24 Cuenta N° 541030302 de Reforzamiento Municipal, del presupuesto vigente del Servicio año 2016.

La Municipalidad se obliga a cumplir las acciones y estrategias específicas señaladas por el Servicio y se obliga a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en los establecimientos de su jurisdicción.

Se deja constancia que la glosa 02 de la Ley de presupuesto del sector Público antes citada, contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 de la ley N°19.378, la entidad administradora de salud municipal podrá contratar personal conforme la normativa establecida en esa misma ley, o si por alguna razón la prestación debe ser entregada por un profesional a honorarios, debe ser acorde con lo dispuesto en el artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, pudiendo en tal caso el municipio establecer en su favor beneficios tales como capacitación, descansos compensatorios, feriado u otros similares según corresponda y sin perjuicio de los cuales la Municipalidad se obliga a mantener la continuidad de los servicios que se entregan en virtud del presente convenio.

QUINTA: 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.

SEXTA: La Municipalidad se obliga a rendir cuenta mensual de la inversión de los recursos que le transfiere el Servicio para la ejecución del presente Convenio, de acuerdo lo estipulado en Dictamen N° 55.994 del 02.09.11 de la Contraloría General de la República, informado en Circular N°12 del 26.10.11 del Ministerio de Salud.

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

En el proceso de monitoreo y evaluación, la Municipalidad se obliga a incorporar las actividades del programa a la planificación de sus establecimientos, identificando claramente la brecha de atención existente para cada una de las prestaciones, conforme demar da y oferta.

Los FEM 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 (Anexo 1). Por tratar el presente convenio de beneficios en salud para los usuarios, el encargado de rehabilitación del Servicio, realizará una auditoría de las fichas clínicas, para los fines establecidos en el programa, ello en el marco Ley N° 20.584, Decreto N° 41, Ley N° 19.628 y otras normas que regulan el acceso a ficha clínica y 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 y el resultado debe ser anexado al consolidado de registros. El diagnóstico participativo comunitario, para los componentes de Rehabilitación de Base Comunitaria y Rehabilitación Integral Osteomuscular, debe ser realizado y analizado por el equipo que conforma el componente y sus resultados enviados por correo electrónico al encargado de rehabilitación del Servicio, con copia a la unidad de rehabilitación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales de MINSAL.

La evaluación del programa se efectuará en dos etapas:

- **La primera evaluación**, se efectuara con corte al 31 de Agosto de 2016. 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 cumplimiento de Metas de Programa | Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 30% |
|--|--|
| 60% y más | 0% |
| Entre 50,00% y 59,99% | 25% |
| Entre 40,00% y 49,99% | 50% |
| Entre 30,00% y 39,99% | 75% |
| 30,00% 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 de 2016, 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 2017.

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

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 y según las metas e indicadores descritos en el Anexo N°1. El Servicio efectuará 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 veará por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría y el encargado de Programa de Rehabilitación Integral dependiente de la Subdirección de Gestión Asistencial.

Sin perjuicio de lo anterior, las transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 759 de 2003, de la Contraloría General de la República, en particular en lo señalado en su numeral 5.2 el que dispone en su inciso 3°, que: el Organismo Público receptor estará obligado a enviar a la Unidad otorgante un comprobante de ingreso por los recursos percibidos y un informe mensual de su inversión, que deberá señalar, a lo menos, el monto de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de la inversión realizada y el saldo disponible para el mes siguiente. Y en su numeral 5.4: los Servicios, no entregarán nuevos fondos a rendir, sea a disposición de unidades internas o a la administración de terceros, mientras la persona o institución que debe recibirlos no haya cumplido con la obligación de rendir cuenta de la inversión de los fondos ya concedidos.

DÉCIMA: El presente convenio tendrá vigencia desde el 27 de enero hasta el 31 de diciembre de 2016, sin perjuicio de que la resolución aprobatoria del mismo complete su tramitación con fecha posterior a su entrada en vigencia. Lo anterior, en consideración al principio de continuidad de la función pública, toda vez que los servicios prestados por los profesionales contratados para la ejecución del presente convenio, revisten el carácter de necesarios y continuos en beneficio de la comunidad, programa que en la práctica se renueva sucesivamente y con las mismas prestaciones todos los años, y conforme a lo previsto en los artículos 3°, 5° y 28 de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, que conlleva el cumplimiento de las actuaciones impostergables y además, de la totalidad de las funciones que a un determinado organismo le compete ejercer y al artículo N°13 de la Resolución N°30 del 01 de junio de 2015 emanada de la Contraloría General de la República que "Fija norma de procedimiento sobre rendición de cuentas".

La vigencia así establecida se mantendrá salvo que el convenio termine por incumplimiento grave de las obligaciones establecidas en él, o su ejecución se desvíe de los fines que se tuvieron a la vista para celebrarlo o que las partes decidan ponerle término anticipado por motivos fundados, y se podrá prorrogar en forma automática y sucesiva, por un mes, en la medida que el Programa a ejecutar cuente con la disponibilidad presupuestaria, según la Ley de Presupuestos del Sector Público o existan saldos sin ejecutar del presente convenio. Las partes podrán utilizar durante la prorroga el presupuesto disponible o los saldos de montos asignados para la ejecución de este convenio únicamente para dar continuidad al recurso humano contratado por el convenio, según lo estipulado en el ítem recurso humano de la tabla N°1 de la cláusula N°4, lo que no implicará modificación alguna de los procesos de evaluación establecidos en el convenio.

Finalizado el periodo de vigencia del presente Convenio, la Municipalidad debe restituir aquellos montos transferidos que no hayan sido invertidos y/o ejecutados en conformidad a los objetivos de este Convenio antes de 15 días hábiles una vez informado oficialmente desde el Servicio el saldo sin ejecutar.

DÉCIMA PRIMERA: El Servicio 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, ésta asumirá el mayor gasto resultante.

DÉCIMA SEGUNDA: La personería del Dr. Froilán Estay Mujica, para representar al Servicio de Salud Arica emana del Decreto N° 140 de fecha 24 de septiembre de 2004 del Ministerio de Salud, y tomado de razón el 07 de marzo de 2005 por el Órgano Contralor.

La personería de don Anthony Torres Fuenzalida para representar a la I. Municipalidad de Arica, emana del artículo 32° de la Ley N° 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades.

DÉCIMA TERCERA: Las partes fijan domicilio en la ciudad de Arica y prorrogan competencias para ante sus Tribunales de Justicia.

DECIMACUARTA: El presente convenio se firma en 04 ejemplares, quedando dos (2) en poder de la Municipalidad, uno (1) en poder del Servicio, y uno (1) en el Departamento de Gestión de Recursos Financieros en APS del Ministerio de Salud.

SR. ANTHONY TORRES FUENZALIDA
ALCALDE (S)
I. MUNICIPALIDAD ARICA

DR. FROILAN ESTAY MUJICA
DIRECTOR (S)
SERVICIO DE SALUD ARICA

ANEXO N°1: DISEÑO DE EVALUACIÓN REHABILITACIÓN DE BASE COMUNITARIA (RBC/RIO)
 Evaluación al corte de 31 agosto 2016

| Area de Evaluación | Definición | Meta | Indicador | Fuente | Cumplimientos | | | | Peso |
|---|---|---|---|----------|---------------|-----------|---------------|--------------|------|
| | | | | | 100% | 75% | 50% | 0% | |
| Resultados obtenidos en personas en situación de discapacidad | Participación en comunidad producto de la intervención del equipo (Inclusión Social) | 10% de las PsD atendidas en el Centro logran la participación en comunidad (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 4,9 | 20 |
| | Prevenir y/o retardar la discapacidad en grupos de personas con enfermedades crónicas, cuidadores | 50% de la actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales, se orientan al trabajo con los 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 | 50 y más | 40 - 49,9 | 30 - 39,9 | menos 29,9 | 20 |
| Resultados obtenidos en PsD de acuerdo a los problemas de salud | Cobertura, Ingresos y egresos | Metas | Indicador | Fuente | Cumplimientos | | | | Peso |
| | | | | | 100% | 75% | 50% | 0% | |
| | PsD con diagnósticos de origen neurológico, tienen continuidad en la red de rehabilitación | Mantener al menos un 20% de PsD con secundarios a compromiso neuromuscular | N° PsD ingresados con Dg de parkinson, secuela de ACV, otro déficit secundario a compromiso neuromuscular / Total de Ingreso *100 | REM | 20 y más | 15 - 19,9 | 10 - 14,9 | menos de 9,9 | 20 |
| Egreso posterior a cumplimiento del Plan de tratamiento | 50% de PsD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo | N° PsD egresadas/Total Ingresos*100 | REM | 50 y más | 40 - 49,9 | 30 - 39,9 | menos de 29,9 | 10 | |
| Cobertura | Personas atendidas en Rehabilitación | 60% cobertura de acuerdo a la meta anual de cada estrategia (RBC =466, RI=355, RR= 153) | N° personas atendidas/ meta anual de acuerdo a la estrategia*100 | REM | 60 y más | 50 - 59,9 | 40 - 49,9 | menos de 40 | 30 |
| 100 | | | | | | | | | |

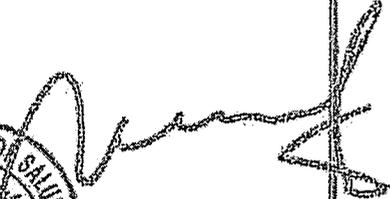
Evaluación al corte de 31 diciembre 2016

| EVALUACIÓN | Actividad | Meta por estrategia | | | Indicador | Fuente | Estrategia | Cumplimiento (%) | | | Peso | | |
|---|--|--|--|--|---|-------------|-------------|------------------|-----------|----------|------------------|------------|-----------------|
| | | RBC | RI | RR | | | | 100% | 75% | 50% | | | |
| Resultados obtenidos en las personas en situación de discapacidad | Procedimientos y/o prescripciones | 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 | REI | RBC, RI, RR | 30% y más | 31-35 | 36-40 | 31 y más | 5 | |
| | Sociedad Concejil | 5% de las actividades realizadas como intervención corresponden a consejeros individuales y/o familiares | 5% de las actividades realizadas como intervención corresponden a consejeros individuales y/o familiares | 5% de las actividades realizadas como intervención corresponden a consejeros individuales y/o familiares | Nº de actividades con consejeros individuales o familiares / total ingresos * 100 | REI | RBC, RI, RR | 5% y más | 4 a 4.9% | 3 a 3.9 | 2.9% y menos | 10 | |
| | Visitas Comunitarias Integrales | 10% de 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 o de procedimientos / Total ingresos * 100 | REI | RBC, RI, RR | 10 y más | 7.5-9 | 5-7.4 | 4 y más | 5 | |
| | | | | | | | | RI | 8% y más | 4 a 4.9% | 3 a 3.9 | | 2.9% y menos |
| | | | | | | | | RR | 70% y más | 1-49.9 | 50-60.9 | 10 y menos | |
| Participación comunitaria producto de la intervención del grupo | 10% de las PsD atendidas en el Centro logran la participación en comunidad (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones) | 10% de las PsD atendidas en el Centro logran la participación en comunidad (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones) | 10% de las PsD atendidas en el Centro logran la participación en comunidad (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones) | Nº personas que logran participación en comunidad / total de ingresos * 100 | REI | RBC, RI, RR | 10 y más | 1.5-9.9 | 5-7.4 | 4 y más | 15 | | |
| | | | | | | | RI | 10 y más | 1.5-9.9 | 5-7.4 | 4 y más | | |
| | | | | | | | RR | 10 y más | 1.5-9.9 | 5-7.4 | 4 y más | | |
| | Egresos 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 | Nº PsD egresados / total ingresos * 100 | REI | RBC, RR, RI | 50 y más | 10-49.9 | 30-35.9 | 10 y más de 29.9 | 5 | |
| Resultados obtenidos en los PsD de acuerdo a problemáticas de salud | Ingresos y egresos | | | | | | | | | | | | |
| | Síndrome de estrés del páncreas | | | | | | | | | | | | |
| | Síndrome Edematoso de la mano familiar | Mantener al menos un 20% de PsD con Parkinson | Mantener al menos un 15% de PsD con Parkinson | Mantener al menos un 20% de PsD con Parkinson | Nº PsD ingresados con Dg de parkinson, secuela de AVE, otro déficit secundario a compromiso neuromuscular / Total de Ingresos * 100 | REI | RBC, RI, RR | 20 y más | 5-19.9 | 10-14.9 | 10 y más de 9.9 | 20 | |
| | Artrosis de codo y hombros de rodilla y cadera | | | | | | | RI | 15 y más | 10-14.9 | 5-9.9 | | 10 y más de 9.9 |
| | Parkinson | | | | | | | RR | 20 y más | 5-19.9 | 10-14.9 | | 10 y más de 9.9 |
| Otro déficit secundario a compromiso neuromuscular | | | | | | | | | | | | | |
| Actividades preventivas promocionales | Educación para la salud | | | | | | | | | | | | |
| | Rehabilitación Física: Cuidado de los cuidadores | 50% de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales, se orientan al trabajo con cuidadores | 50% de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales, se orientan al trabajo con cuidadores | 50% de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales, se orientan al trabajo con cuidadores | Nº de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales a los cuidadores / total de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales * 100 | REI | RBC, RR, RI | 50 y más | 40-49.9 | 30-39.9 | 40 y más | 6 | |
| | Rehabilitación Física: Actividades de prevención de discapacidad | 35% de las personas que ingresan al programa, reciben educación grupal | 35% de las personas que ingresan al programa, reciben educación grupal | 35% de las personas que ingresan al programa, reciben educación grupal | Nº total de personas que ingresan a educación grupal / total de ingresos * 100 | REI | RBC, RI, RR | 35 y más | 25-34.99 | 15-24.99 | 15 y más de 15 | 20 | |
| Actividades Comunitarias | Trabajo Comunitario para la inclusión social | | | | | | | | | | | | |
| | Contar con Diagnóstico Participativo | 100% de los centros cuentan con diagnóstico participativo y plan de trabajo | 100% de los centros cuentan con diagnóstico participativo y plan de trabajo | | Nº comunas con Dg Participativo / total comunas convenio | IFORNE | RBC, RI | 100 | 0 | | | 15 | |
| | | | | 100% de las comunas cuentan con Dg participativo y plan de trabajo | | IFORNE | RR | 100 | 0 | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | 100 | | |

2°.- **IMPÚTESE** el gasto que origine la ejecución del presente Convenio que por este acto se aprueba, al ítem 541030302 del presupuesto vigente del Servicio de Salud Arica, año 2016.

3°.- **NOTIFIQUESE** la presente Resolución a la Ilustre Municipalidad de Arica, representada por su Alcalde D. Salvador Urrutia Cárdenas o a quien lo represente, por funcionarios de la Subdirección de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Arica.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE




DRA. MARÍA VERÓNICA SILVA LATORRE
DIRECTORA (T y P)
SERVICIO DE SALUD ARICA

Depto. De Gestión de Recursos Financieros en APS – MINSAL

I. Municipalidad de Arica (2)

Subdirección de Gestión Asistencial SSA

Subdepartamento Coordinación de Red SSA

Encargado de Programa SSA

Subdepartamento Finanzas SSA

Departamento Auditoría SSA

Asesoría Jurídica SSA

Oficina de Partes

Lo que comunico a Ud. para su conocimiento y fines pertinentes




JOSE VINALES VALDIVIA
MINISTRO DE FE