



PUNTA ARENAS, 04 ABR. 2017

NUM. 810 / (SECCION "B").- VISTOS:

- ✓ **Antecedente N°1398/2017**, recaído en Resolución Exenta N°2207, de 13 de marzo de 2017, de la Directora del Servicio de Salud Magallanes, que aprueba el Convenio de fecha 13 de marzo de 2017, celebrado entre el Servicio de Salud Magallanes, la Ilustre Municipalidad de Punta Arenas y la Corporación Municipal de Punta Arenas, para el traspaso de fondos, implementación y ejecución del Programa de Rehabilitación Integral en la red de Salud, componente ARTROSIS, año 2017, en la comuna de Punta Arenas;
- ✓ Convenio Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud, Componentes RBC y Osteomuscular - 2017, comuna de Punta Arenas, de fecha 13 de marzo de 2017, suscrito entre el Servicio de Salud Magallanes, la Ilustre Municipalidad de Punta Arenas y la Corporación Municipal de Punta Arenas;
- ✓ Correo electrónico, de fecha 30 de marzo de 2017, de Alcaldía;
- ✓ Correo electrónico, de fecha 31 de marzo de 2017, de la Secretaría Municipal;
- ✓ Las atribuciones que me confiere el artículo 63° del Texto Refundido, Coordinado, Sistematizado y Actualizado de la Ley 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades;
- ✓ Decreto Alcaldicio N°3515 (Sección "B") de 06 de diciembre de 2016 y Decreto Alcaldicio (Sección "D") N°288 de 31 de marzo de 2017;


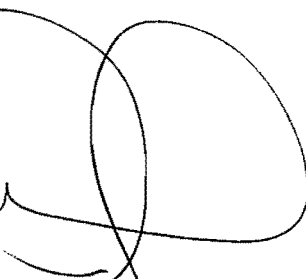
**DECRETO:**

**1. APRUÉBASE EL CONVENIO PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA RED DE SALUD, COMPONENTES RBC Y OSTEOMUSCULAR - 2017**, de fecha 13 de marzo de 2017, celebrado entre el Servicio de Salud Magallanes, la Ilustre Municipalidad de Punta Arenas y la Corporación Municipal de Punta Arenas, en sus componentes:

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

**2. DEJASE ESTABLECIDO** que los recursos destinados al presente convenio ascienden a \$44.027.305.- (cuarenta y cuatro millones veintisiete mil trescientos cinco pesos) y serán imputados al subtítulo 24 - (Reforzamiento Municipal – PRAPS) del correspondiente programa.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE**, y una vez hecho, **ARCHÍVESE**.-

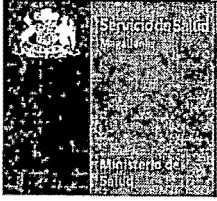
  
  
**CLAUDIA CASAS KARELOVIC**  
SECRETARIA MUNICIPAL (S)

  
  
**CLAUDIO RADONICH JIMÉNEZ**  
ALCALDE  
I. MUNICIPALIDAD DE PUNTA ARENAS

CRJ/RVC/CCK/mha.-

DISTRIBUCION:

- Servicio de Salud Magallanes
- Corporación Municipal
- Administración y Finanzas
- Dirección de Control
- Asesoría Jurídica
- O.I.R.S.
- Antecedentes
- Archivo.-



**PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA RED DE SALUD  
COMPONENTES RBC Y OSTEOMUSCULAR - 2017**

**COMUNA DE PUNTA ARENAS**

En Punta Arenas, a 13 MAR. 2017, entre el Servicio de Salud Magallanes, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Lautaro Navarro 820, representado por su Directora Doña Pamela Franzi Pirozzi, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" por una parte, la Ilustre Municipalidad de Punta Arenas, persona jurídica de derecho público domiciliada en Plaza Muñoz Gamero 745, representada por su Alcalde D. Claudio Radonich Jimenez, en adelante la "Municipalidad", y la Corporación Municipal de Punta Arenas, persona jurídica de derecho privado, domiciliada en calle Jorge Montt N° 890, representada por su Secretario General D. Segundo Alvarez Sanchez, de ese mismo domicilio, en adelante la "Corporación", por la otra, han 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".

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

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 1314 del 06 de Diciembre 2016, 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 1: Salas de Rehabilitación Basada en la Comunidad o Centros de Rehab., de Base Comunitaria:

**REHABILITACIÓN CON BASE COMUNITARIA**

ESTABLECIMIENTO	RR. HH.	INSUMOS	TOTAL
Cesfam Carlos Ibañez	\$ 34.753.492	\$ 3.106.050	\$ 37.859.542

- 2) Componente 2: Salas de Rehabilitación Integral Osteomuscular.

**REHABILITACIÓN INTEGRAL OSTEOMUSCULAR**

ESTABLECIMIENTO	RR. HH.	MEDICAMENTOS	TOTAL
Cesfam J. Damianovic	\$ 5.785.481	\$ 382.282	\$ 6.167.763

**CUARTA:** Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de **\$ 44.027.305.-** para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la clausura anterior, según el siguiente detalle:

- Recursos destinados para la compra de insumos y medicamentos y contratación de 2 Kinesiólogos y 2 Terapeutas Ocupacionales destinados a la sala de Rehabilitación con Base Comunitaria del CESFAM Carlos Ibañez y sala de Rehabilitación Integral Osteomuscular del CESFAM Juan Damianovic.

La Municipalidad, por su parte, se compromete a recibir los recursos indicados y traspasarlos de inmediato, en un plazo no menor a 5 días hábiles a la Corporación y; en uso de sus facultades legales, velar por el correcto, eficaz y efectivo uso de ellos, de acuerdo a los términos indicados en este Convenio y en el Programa del Ministerio de Salud que la Corporación deba implementar.

A su vez, la **Corporación** se obliga a cumplir con la definición de coberturas señaladas en el presente Convenio y las acordadas en conjunto con el **Servicio** cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste, para estrategias específicas y deberá implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas.

**QUINTA:** La Corporación se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar el alcance de los siguientes objetivos:

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 compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes componentes especificados en el Programa, que se entiende forman parte integrante de este convenio.

#### **Componente 1: Salas de Rehabilitación Basada en la Comunidad o Centros de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC)**

Instalación de sala de rehabilitación física en establecimientos de APS, con fuerte componente de trabajo comunitario e intersectorial para el logro de la inclusión social. Dos profesionales, un T.O. y un kinesiólogo, atienden a las personas con discapacidad leve en actividades terapéuticas y de prevención, apoyan el manejo terapéutico de las personas en situación de discapacidad moderada, tanto transitoria como permanente, y apoyan a la persona en situación de discapacidad severa permanente, su familia y/o cuidador. A la vez, se constituyen en agentes de cambio del entorno social, implementando estrategias en la comunidad que permitan mejorar las condiciones de inserción social de las personas en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla.

#### **Componente 2: Salas de Rehabilitación Integral Osteomuscular (RI)**

Salas de rehabilitación con kinesiólogo, se centran en el manejo del dolor de síndromes osteomusculares. El (los) profesional (es) asumen el tratamiento integral de las personas portadoras de síndromes dolorosos osteomusculares, considerando el déficit, funcionamiento, actividades y participación. De la misma forma progresiva asumen el tratamiento de personas en situación de discapacidad leve y apoyan el tratamiento de personas en situación de discapacidad moderada y severa. Además, implementan estrategias de prevención de estos síndromes y de discapacidad a nivel comunitario. Se espera poder llevar este desarrollo hacia la RBC.

Dentro de los productos esperados se encuentra la estrecha relación y colaboración con las redes internas de salud, externas y comunitarias que deben desarrollar los profesionales. Se asume que la persona en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla debe ser evaluada e intervenida considerando su déficit, funcionalidad, actividad y participación social. Considera a la familia como el núcleo primario de la persona en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla. Por lo anterior, los productos esperados se relacionan con todos los objetivos específicos.

1. Diagnóstico comunitario participativo: Construir el diagnóstico a partir de la evaluación participativa, que permita identificar a las personas que en esa comunidad están en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla y los perfiles que estas tienen. Así mismo identifica, cuantifica y valora, los recursos comunitarios que pueden incidir positiva o negativamente en los procesos de rehabilitación. Es obligatorio en los centros y salas de rehabilitación de base comunitaria y para los equipos de rehabilitación rural.
2. Evaluación y manejo integral de las personas en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla.
3. Evaluación y manejo integral del entorno familiar y físico de la persona en situación de discapacidad.
4. Planes de tratamiento con objetivos y plazos acordados con la persona en situación de discapacidad, su familia y/o cuidador.
5. Valoración del impacto del tratamiento.
6. Actividades de prevención de discapacidades individuales y grupales.
7. Actividades terapéuticas individuales y grupales.
8. Consejería individual y familiar.
9. Visitas domiciliarias integrales.

**SEPTIMA:** 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 (Anexo 1). 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 cumplimiento de Metas por componente	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.

**OCTAVA:** Los 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.

**NOVENA:** El Servicio, requerirá a la Corporación, los datos, informes y rendición de cuentas 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.

**DECIMA:** 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° 30 del 2015, de la Contraloría General de la República.

**DECIMA PRIMERA:** 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 del Programa objeto de este instrumento, en su caso.

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

**DÉCIMA TERCERA:** El presente convenio tendrá vigencia una vez totalmente tramitado la resolución aprobatoria hasta el 31 de diciembre del año en curso.

En el evento que al 15 de Noviembre del año en curso la Corporación no hubiere utilizado y rendido el total de recursos transferidos, estos saldos, siempre que no sean superior al 30 % de lo traspasado, podrán ser utilizados en actividades propias del Programa, durante el primer trimestre del año 2018, es decir desde el 01. de Enero al 31 de Marzo, esto previa solicitud fundada de la Municipalidad.

En este acto las partes acuerdan que en el caso de generarse la condición indicada en el párrafo anterior, ella se formalizará con solo una Resolución del Director del Servicio, la que será enviada a la Municipalidad dentro de los cinco días siguientes a su dictación.

Si el monto no utilizado es superior al 30 % estos deberán ser restituidos al Servicio durante la primera quincena de Enero del año 2018.

**DÉCIMA CUARTA:** El presente convenio se firma en cuatro ejemplares, quedando uno en poder del "Servicio", uno en la Municipalidad uno en la "Corporación", y uno en el Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria.

**DÉCIMA QUINTA:** La personería de Doña. Pamela Franzí Pirozzi para representar al Servicio Salud Magallanes, consta en el Decreto Supremo N° 54 del 24 de marzo del 2015.

Por su parte la personería del Sr. Claudio Radonich Jiménez, para representar a la Ilustre Municipalidad de Punta Arenas, consta en el Decreto Alcaldicio N° 3515 de fecha 06-12-2016.

Por su parte, la personería de don Segundo del Carmen Álvarez Sánchez, para representar a la Corporación Municipal de Punta Arenas, para la educación, salud y atención al menor, consta de la copia de la sesión extraordinaria de directorio de fecha 14 de diciembre de 2016, seguida a escritura pública de fecha 26 de diciembre de 2016, bajo el repertorio N° 5419/2016, de la notaria Horacio Silva Reyes.



SR. ALCALDE  
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PUNTA  
ARENAS

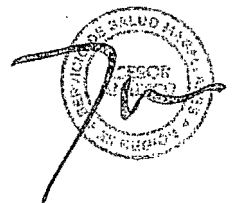


DIRECTORA  
SERVICIO SALUD MAGALLANES



SECRETARIO GENERAL  
CORPORACIÓN MUNICIPAL DE PUNTA ARENAS

SAS/RBC/OEH



RCU

ANEXO N° 1: DISEÑO DE EVALUACIÓN REHABILITACIÓN DE BASE COMUNITARIA (RBC, RI, RR)

Objetivo	Actividad	Metas	Indicador	Fuente	Cumplimientos				Peso
					100%	75%	50%	0	
Contribuir a la generación de redes comunitarias e intersectoriales para el logro de la participación en comunidad (inclusión social) de las PsD	Participación en la comunidad producto de la intervención del equipo	10% de las PcD atendidas en el Centro logran la participación en comunidad (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)	N° de personas que logran participación en comunidad/ total de ingresos x 100	REM	10 y más	7,5 – 9,9	5 – 7,4	Menos de 4,9	30
Disminuir la discapacidad	Mantener la atención a personas en situación de discapacidad leve, moderada y severa	Mantener al menos un 20% de PcD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	N° de PcD ingresados con Dg. de parkinson, secuela de AVE, otro déficit secundario a compromiso neuromuscular/ Total de ingresos x 100	REM	20 y más	15-19,9	10-14,9	Menos de 9,9	20
	Favorecer que las PsD atendidas en APS, logren el máximo de autonomía e independencia	50% de PcD reciben el alta posterior a cumplimiento del Plan de tratamiento	N° de PcD egresadas/Total de ingresos x 100	REM	50 y más	40 – 49,9	30 – 39,9	Menos de 29,9	20
Cobertura	Personas atendidas en rehabilitación	60% de cobertura de acuerdo a la meta anual de cada estrategia (RBC= 466 x 0,6=280; RI=335 x 0,6=213; RR= 163 x 0,6 = 98)	N° total de ingresos x 100/ Meta por estrategia	REM	60 y más	50 – 59,9	40 – 49,9	Menos de 40	30

RW