

PUNTA ARENAS, 02 ABR. 2019

NUM. 798 / (SECCION "B").- VISTOS:

- ✓ **Antecedente N°1353/2019**, recaído en Resolución Exenta N°2616 de 20 de marzo de 2019, del Director del Servicio de Salud Magallanes, que aprueba Convenio del Programa Rehabilitación Integral con base Comunitaria e Integral, de 04 de marzo de 2019, celebrado entre el Servicio de Salud Magallanes, la Ilustre Municipalidad de Punta Arenas y la Corporación Municipal de Punta Arenas;
- ✓ Convenio Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud, Componentes Rehabilitación con Base Comunitaria e Integral – 2019, de 04 de marzo de 2019, celebrado entre el Servicio de Salud Magallanes, la Ilustre Municipalidad de Punta Arenas y la Corporación Municipal de Punta Arenas;
- ✓ Correo electrónico, de 01 de abril de 2019, de Alcaldía;
- ✓ Correo electrónico, de 01 de abril de 2019, del Secretario Municipal (S);
- ✓ 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 (Sección "D") N°539 de 28 de marzo de 2019 y Decreto Alcaldicio (Sección "D") N°583 de 01 de abril de 2019;

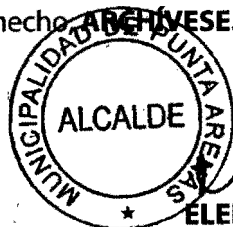
DECRETO:

1. **APRUEBASE EL CONVENIO PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA RED DE SALUD, COMPONENTES REHABILITACIÓN CON BASE COMUNITARIA E INTEGRAL – 2019**, de 04 de marzo de 2019, celebrado entre el Servicio de Salud Magallanes, la Ilustre Municipalidad de Punta Arenas y la Corporación Municipal de Punta Arenas.
2. **DEJASE ESTABLECIDO** que los recursos destinados al presente convenio ascienden a un monto de \$46.671.444.- (cuarenta y seis millones seiscientos setenta y un mil cuatrocientos cuarenta y cuatro pesos) y corresponde imputar al subtítulo 24 – (Reforzamiento Municipal - PRAPS) del correspondiente programa.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, y una vez hecho ARCHÍVESE.-



GERARDO CÁRDENAS VILLALOBOS
SECRETARIO MUNICIPAL (S)



ELENA BLACKWOOD CHAMORRO
ALCALDESA (S)

I. MUNICIPALIDAD DE PUNTA ARENAS

EBCH/RVC/gsm/mha.-
DISTRIBUCION:

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



**PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA RED DE SALUD
COMPONENTES REHABILITACIÓN CON BASE COMUNITARIA E INTEGRAL- 2019
SERVICIO DE SALUD MAGALLANES - ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PUNTA ARENAS**

**Y
CORPORACIÓN MUNICIPAL DE EDUCACIÓN, SALUD Y ATENCIÓN AL MENOR DE PUNTA ARENAS**

04 MAR. 2019

En Punta Arenas, a _____, entre el Servicio de Salud Magallanes, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Lautaro Navarro 820, representado por su Director (S) Luis Roberto Vergara Bravo, del mismo domicilio para estos efectos, 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".

SÉGUNDA: 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° 1213 del 14 de Diciembre 2018, 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	TOTAL
Cesfam Carlos Ibañez.	\$ 40.133.265

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

REHABILITACIÓN INTEGRAL OSTEOMUSCULAR

ESTABLECIMIENTO	TOTAL
Cesfam J. Damianovic	\$ 6.538.179

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de **\$ 46.671.444** 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 las personas con discapacidad leve, moderada y severa con objetivos de rehabilitación, o aquellas personas que presentan dificultades en su funcionamiento, apoyar el manejo terapéutico de las personas con discapacidad moderada y sus familias, en el contexto comunitario.
3. Desarrollar y/o coordinarse con programas de prevención de discapacidades, promoción de la actividad física y mantención de la funcionalidad a lo largo del ciclo vital, con objetivos de mantención o retardo de procesos que puedan llevar a la discapacidad.
4. Desarrollar estrategias para el trabajo con cuidadores de personas con dependencia atendidas en el programa, para que logren competencias en el cuidado y disminuyan la sobrecarga instalando el autocuidado.
5. 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.
6. Contribuir a la generación de redes comunitarias e intersectoriales para el logro de la participación en comunidad (inclusión social) de las PcD, o problemas de funcionamiento.

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 que atiende problemas de salud física y sensorial en establecimientos 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 redes internas, externas y comunitarias que deben desarrollar los profesionales. Se asume que la persona con 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.

2. Evaluación y manejo integral de las personas con situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla, evaluación de la discapacidad.
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 con discapacidad, su familia y/o su 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.

SÉPTIMA: 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 (Anexo N°1):

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. El encargado de rehabilitación deberá enviar el consolidado ya procesado, a la unidad de rehabilitación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y al Departamento de Modelo de la División de Atención Primaria en Salud del MINSAL. El diagnóstico comunitario, para los componentes de rehabilitación de base comunitaria 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.

La evaluación del programa se efectuará en dos etapas:

- La primera evaluación, se efectuará 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 2° cuota del 30%
60% y más	0%
Entre 55% y 59,9%	50%
Entre 51% 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, 2018-2022. 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 los Servicios de Salud respectivos, 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.

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.

DÉCIMA 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.

DÉCIMA 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 la Municipalidad no hubiere utilizado y rendido el total de recursos transferidos al término del convenio, estos saldos podrán ser utilizados en actividades propias para la continuidad del Programa, durante el primer trimestre del año siguiente, es decir desde el 01 de Enero al 31 de Marzo del año siguiente, esto previa solicitud fundada desde la Corporación hacia el Servicio de Salud.

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

DÉCIMA CUARTA: Sin perjuicio de lo indicado en la cláusula anterior, este convenio será prorrogado automáticamente siempre y cuando el Servicio de Salud así lo disponga mediante acto administrativo que establezca las metas y recursos disponibles para la nueva anualidad. Lo anterior siempre y cuando el programa cuente con disponibilidad presupuestaria en la ley de presupuestos del Sector Público del año respectivo.

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

DÉCIMA SEXTA: La personería de Don Luis Roberto Vergara Bravo para representar al Servicio de Salud Magallanes, consta conforme lo establecido en el artículo quincuagésimo noveno de la ley N°19.882 del Ministerio de Hacienda en su texto modificado por la ley N°20.955 y el Art. N°80 de la ley N°18.834.

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 de diciembre de 2016.

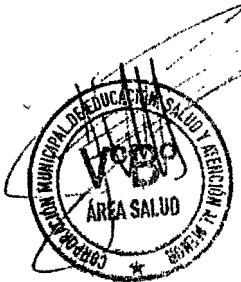
Por su parte, la personería de Don Segundo Alvarez Sánchez para representar a la Corporación Municipal, consta de la copia de la sesión extraordinaria del directorio de fecha 14 de diciembre de 2016, reducida en escritura pública de fecha 26 de diciembre de 2016, bajo referencial N° 5419/2016, de la Notaría Horacio Silva Reyes.



ALCALDE
SR. ALCALDE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PUNTA
ARENAS



DIRECTOR (S)
SERVICIO SALUD MAGALLANES



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

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 5	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 10	20
	Favorecer que las PsD atendidas en APS, logren el máximo de autonomía e independencia	60% de PcD reciben el alta posterior a cumplimiento del Plan de tratamiento	N° de PcD egresadas/Total de ingresos x 100	REM	60 y más	50 – 59,9	40 – 49,9	Menos de 40	20
Cobertura	Personas atendidas en rehabilitación	60% de cobertura anual (RBC= 466; RI=335; RR= 163)	N° total de ingresos x 100/ Meta por estrategia	REM	60 y más	50 – 59,9	40 – 49,9	Menos de 40	30

DISEÑO DE EVALUACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL (RI)

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 5	30
Disminuir la discapacidad	Mantener la atención a personas en situación de discapacidad leve, moderada y severa	Mantener al menos un 15% 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	15 y más	10-14,9	5-9,9	Menos de 5	20
	Favorecer que las PsD atendidas en APS, logren el máximo de autonomía e independencia	60% de PcD reciben el alta posterior a cumplimiento del Plan de tratamiento	N° de PcD egresadas/Total de ingresos x 100	REM	60 y más	50 – 59,9	40 – 49,9	Menos de 40	20
Cobertura	Personas atendidas en rehabilitación	60% de cobertura anual (RBC= 466; RI=355; RR= 163)	N° total de Ingresos x 100/ Meta por estrategia	REM	60 y más	50 – 59,9	40 – 49,9	Menos de 40	30