

MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
Secretaría Municipal

APRUEBA CONVENIO SUSCRITO ENTRE
LA I. MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
Y EL SERVICIO DE SALUD METROPOLI-
TANO NORTE.-

CONCHALI, - 3 FEB. 2014

DECRETO EXENTO N° 173

LA ALCALDIA DECRETO HOY:

VISTOS: Prov. N° 726; Convenio de fecha 18.12.2013, suscrito con el Servicio de Salud Metropolitano Norte; Resolución Exenta N°2833, del 31.12.2013, de dicho Servicio; Certificado Presupuestario N° 52 de 29.01.2014 del Jefe Rentas y Finanzas; y TENIENDO PRESENTE las facultades y atribuciones que me confiere la Ley N°18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades,

DECRETO:

APRUEBASE el Convenio de fecha 18 de Diciembre de 2013, suscrito entre la I. MUNICIPALIDAD DE CONCHALI, representada por su Alcalde CARLOS SOTTOLICHIO URQUIZA, por una parte y por la otra el SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE, representado por su Director Dr. CLAUDIO CARO THAYER, 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 Ministerio de Salud, conviene en asignar a la Municipalidad, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria del presente instrumento, la suma anual y única de \$24.116.131.-


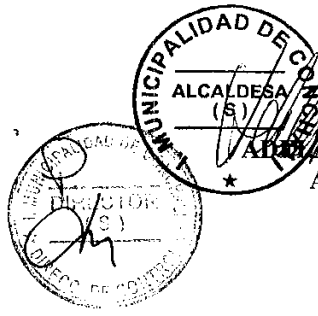
- Componente 2: Salas de rehabilitación basadas en la Comunidad o centros de rehabilitación de base comunitaria en su Centro de Salud Familiar Lucas Sierra.

El presente convenio forma parte de este decreto.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y TRANSCRIBASE el presente Decreto a los Departamentos Municipales, hecho ARCHIVASE.



ALICIA TORO YAÑEZ
Secretaria Municipal (S)

ALICIA FUENTEALBA LABBÉ
Alcaldesa de Conchalí (S)

AFL/ATY/jqa.
TRANSCRITO A:
 Control - Jurídico
 SECPLA - Finanzas - CORESAM
 Servicio de Salud Metropolitano Norte
O.P.I.R. - Sec. Municipal - Art. 7° letra g) Ley N° 20.285/

Finanzas - Item.

ID. 316 929
Proc. 726.



Dirección
Asesoría Jurídica

002833 31.12.2013

36

31/12/13

RESOLUCION EXENTA N°

Santiago,



VISTOS: Memorando N° 783 del 17 de Diciembre del 2013 de la Jefa del Sudepto de Atención Primaria enviado a la Jefa de Asesoría Jurídica, solicitando la elaboración de convenios correspondientes al **Programa Rehabilitación Integral en la Red** de las comunas que indica; Resolución Exenta N° 07 del 04 de Enero del 2013 del MINSAL que aprueba Programa Rehabilitación Integral en la Red de Salud; Memorando N° 2860 del 18 de Diciembre del 2013 enviado a la Jefa del Subdepto de Atención Primaria que remite convenios para la firma de los alcaldes de las comunas que señala; y en uso de las facultades que me confieren los artículos 23° del D.F.L. N° 1, de 2005, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L N° 2763 de 1979, y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.469, 8° del Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud y Resolución N° 1600 de 2008 de la Contraloría General de la República, dicto la siguiente:

MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
CORRESPONDENCIA
27 FNE 2014
HORA: 16:30
RENTAS Y FINANZAS

RESOLUCIÓN

1.- Aprueba convenio correspondiente al **Programa Rehabilitación Integral en la Red de Salud** suscrito entre **I. Municipalidad de Conchali** y el **Servicio de Salud Metropolitano Norte** :

En Santiago a **18 de Diciembre de 2013**, entre el Servicio de Salud Metropolitano Norte, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Maruri N° 272, Comuna Independencia, representado por su Director **DR CLAUDIO CARO THAYER**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **Ilustre Municipalidad de Conchali** persona jurídica de derecho público, domiciliada en Avenida Independencia N° 3499, representada por su **Alcalde D. CARLOS SOTTOLICHIO URQUIZA** de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad ", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

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

Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo N° 82 del 24 de Diciembre de 2012, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

SEGUNDA: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio 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° 07 de 04 de enero del 2013, 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 los siguientes componentes del Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud:

- **Componente 2: Salas de Rehabilitación Basada en la Comunidad o Centros de Rehabilitación de Base Comunitaria en su Centro de Salud Familiar Lucas Sierra.**

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar a la Municipalidad, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de **\$ 24.116.131 (veinticuatro millones ciento dieciséis mil ciento treinta y un pesos)**, para alcanzar el propósito de cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior.



La Municipalidad se compromete a coordinar la definición de coberturas en conjunto con el Servicio cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste para estrategias específicas y se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento.

QUINTA: La Municipalidad se compromete 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: 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 (Anexos 1 y 2). El encargado de rehabilitación deberá enviar el consolidado, ya procesado, a la unidad de rehabilitación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL. Además, se solicitará una auditoría de las fichas clínicas para verificar la existencia de planes de tratamiento individual de las personas en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla, este proceso será de responsabilidad del encargado de rehabilitación del servicio de salud y el resultado debe ser anexado al consolidado de registros. El diagnóstico comunitario, para los componentes de rehabilitación de base comunitarias urbana y rural, debe ser realizado y analizado por el equipo que conforma el componente y sus resultados enviados por correo electrónico a los encargados de rehabilitación de los servicios de salud, con copia a la unidad de rehabilitación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL.

La evaluación del programa se efectuará en dos etapas:

• **La primera evaluación**, se efectuara con corte al 31 de Agosto del año en curso. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 60%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje 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.

SEPTIMA: Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas (60% - 40%), la 1º cuota una vez que se encuentre totalmente tramitada la resolución aprobatoria del presente instrumento y los fondos hayan sido remitidos por el Ministerio de Salud y la 2º cuota según el grado de cumplimiento.

OCTAVA: El Servicio, requerirá a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes especificados 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.

NOVENA: El Servicio velará 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 Nº 759 de 2003, de la Contraloría General de la República, que dispone: a) en su numeral 5.2 "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 b) en su numeral 5.4 "Los Servicios de Salud 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".

DECIMA: 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, ella asumirá el mayor gasto resultante.

DÉCIMA PRIMERA: El presente convenio tendrá vigencia a partir del 01 de Enero de 2014, previa la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba y hasta el 31 de diciembre de 2014.

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

2.- El gasto que irrogue la presente Resolución se imputará a los siguientes Subtítulos 24-03-298-01 del Presupuesto del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



**DR. CLAUDIO CARO THAYER
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE**

DISTRIBUCIÓN:

- Direccion SSMN
- Ministerio de Salud División de At. Primaria (2 convenios)
- I. Municipalidad (1 convenio)
- Subdirección Gestión Asistencial
- Subdirección de Recursos Físicos y F.
- Encargada Atención Primaria
- Contabilidad
- Of de Partes

Transcribe Fielmente

Ministro de Fe

TRANSCRITO FIELMENTE

**MINISTRO DE FE
CARLOS CANETE SILVA**



Dirección
Asesoría Jurídica
N° 2639.-
R.F.F.: 1483/2013.
ELG/JGE/SIZ/CDM.-



CONVENIO
PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL EN LA RED DE SALUD

En Santiago a **18 de Diciembre de 2013**, entre el Servicio de Salud Metropolitano Norte, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Maruri N° 272, Comuna Independencia, representado por su Director **DR CLAUDIO CARO THAYER**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **Ilustre Municipalidad de Conchalí** persona jurídica de derecho público, domiciliada en Avenida Independencia N° 3499, representada por su **Alcalde D. CARLOS SOTTOLICHIO URQUIZA** de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad ", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

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

Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo N° 82 del 24 de Diciembre de 2012, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

SEGUNDA: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio 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° 07de 04 de enero del 2013, 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 los siguientes componentes del Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud:

- **Componente 2: Salas de Rehabilitación Basada en la Comunidad o Centros de Rehabilitación de Base Comunitaria en su Centro de Salud Familiar Lucas Sierra.**

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar a la Municipalidad, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de **\$ 24.116.131 (veinticuatro millones ciento dieciséis mil ciento treinta y un pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior.

La Municipalidad se compromete a coordinar la definición de coberturas en conjunto con el Servicio cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste para estrategias específicas y se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento.

DEPTO. JURIDICO
COESA.M



QUINTA: La Municipalidad se compromete 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: 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 (Anexos 1 y 2). El encargado de rehabilitación deberá enviar el consolidado, ya procesado, a la unidad de rehabilitación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL. Además, se solicitará una auditoría de las fichas clínicas para verificar la existencia de planes de tratamiento individual de las personas en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla, este proceso será de responsabilidad del encargado de rehabilitación del servicio de salud y el resultado debe ser anexado al consolidado de registros. El diagnóstico comunitario, para los componentes de rehabilitación de base comunitarias urbana y rural, debe ser realizado y analizado por el equipo que conforma el componente y sus resultados enviados por correo electrónico a los encargados de rehabilitación de los servicios de salud, con copia a la unidad de rehabilitación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL.

La evaluación del programa se efectuará en dos etapas:

- **La primera evaluación**, se efectuara con corte al 31 de Agosto del año en curso. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 60%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje 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.

SEPTIMA: Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas (60% - 40%), la 1º cuota una vez que se encuentre totalmente tramitada la resolución aprobatoria del presente instrumento y los fondos hayan sido remitidos por el Ministerio de Salud y la 2º cuota según el grado de cumplimiento.

DEPTO.
JURIDICO
COREMA



OCTAVA: El Servicio, requerirá a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes especificados 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.

NOVENA: El Servicio velará aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría.

Sin perjuicio de lo anterior estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 759 de 2003, de la Contraloría General de la República, que dispone: a) en su numeral 5.2 "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 b) en su numeral 5.4 "Los Servicios de Salud 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".

DECIMA: 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, ella asumirá el mayor gasto resultante.

DÉCIMA PRIMERA: El presente convenio tendrá vigencia a partir del 01 de Enero de 2014, previa la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba y hasta el 31 de diciembre de 2014.

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

DEPTO. JURIDICO
CORREDAJIA



D. CARLOS SOTTOLICHIO URQUIZA
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE CONCHALI



DR. CLAUDIO CARO THAYER
DIRECTOR
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE



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

COMPONENTE	PRODUCTOS ESPERADOS	INDICADORES	MÉTODO DE VERIFICACIÓN
1.- Rehabilitación Basada en la Comunidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación y manejo integral de las personas en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla. 2. Evaluación y manejo integral del entorno familiar y físico de la persona en situación de discapacidad. 	<p>N° personas que logran inclusión /total de ingresos *100 N° PsD egresadas/Total ingresos*100 N° PsD ingresados con Dg de parkinson, secuela de AVE, otro déficit secundario a compromiso neuromuscular/ Total Ingresos*100 N° de actividades de educación grupal/ total de actividades de educación grupal + actividades de educación para la salud *100</p>	REM 28
2.- Rehabilitación Integral	<ol style="list-style-type: none"> 3. Planes de tratamiento con objetivos y plazos acordados con la persona en situación de discapacidad, su familia y/o su cuidador. 4. Valoración de impacto del tratamiento. 5. Actividades de prevención de discapacidad individuales y grupales. 	<p>N° personas que logran inclusión /total de ingresos *100 N° PsD egresadas/Total ingresos*100 N° PsD ingresados con Dg de parkinson, secuela de AVE, otro déficit secundario a compromiso neuromuscular/ Total Ingresos*100 N° de actividades de educación grupal/ total de actividades de educación grupal + actividades de educación para la salud *100</p>	REM 28
3.- Equipos Rurales	<ol style="list-style-type: none"> 6. Actividades terapéuticas individuales y grupales. 7. Consejería individual y familiar. 8. Visitas domiciliarias integrales. 	<p>N° personas que logran inclusión /total de ingresos *100 N° PsD egresadas/Total ingresos*100 N° PsD ingresados con Dg de parkinson, secuela de AVE, otro déficit secundario a compromiso neuromuscular/ Total Ingresos*100 N° de actividades de educación grupal/ total de actividades de educación grupal + actividades de educación para la salud *100 N° PsD con Visita Domiciliaria Integral/Total ingresos*100</p>	REM 28



Actividad	REG	PRE	INDICADOR	UNIDAD	ESTADIO	ESTADIO	CUMPLIMIENTOS	REQUISITOS	REQUISITOS	REQUISITOS	REQUISITOS	REQUISITOS	REQUISITOS
Inclusión Social producto de la intervención del equipo	10% de las PSD atendidas en el Centro logran la inclusión social (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)	5% de las PSD atendidas en el Centro logran la inclusión social (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)	5% de las PSD atendidas por el equipo logran la inclusión social (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)	Nº personas que logran inclusión focal de ingresos *100	REM	RBC RI	10 y más 5 y más	7,5- 9,9 4-4,9	5- 7,4 3-3,9	menos de 4,5 menos de 2,9	20	20	
Egreso 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	Nº PSD egresados/Total ingresos*100	REM	RBC RI	50 y más 50 y más	40- 49,9 40- 49,9	30- 39,9 30- 39,9	menos de 29,9 menos de 29,9	30	30		
Familia con integrante en rehabilitación física*			Domiciliaria Integrada/Total Ingresos*100	REM	RR	5 y más	4-4,9	3-3,9	menos de 2,9			30	
Síndrome Doloroso						RBC	20y más	15-19,9	10- 14,9	menos de 9,9	30		
Atrofia L leve y Moderada de rodilla y cadera						RI	15 y más	10- 14,9	5-9,9	menos de 4,9	30		
Secuela de AVE													
TEC													
Parkinson													
Otro déficit neuromuscular						RR	20y más	15-19,9	10- 14,9	menos de 9,9			30
Otro déficit neuromuscular													
Otros													

Division de Atencion Primaria / Subsecretaria de Redes Asistenciales

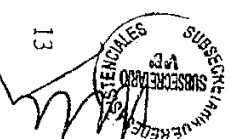


ANEXO N°2: DISEÑO DE EVALUACIÓN ARTROSIS LEVE O MODERADA, PERSONAS MAYORES DE 55 AÑOS

COMPONENTE	INDICADORES	INDICADORES	MEDIO DE EVALUACIÓN
4.- Artrosis GES	100% de las personas con artrosis mayores de 55 años obtengan su Garantía explícita	N° personas ingresadas al SIGGES / Total personas atendidas por Ges artrosis.	SIGGES / Lista rufificada de pacientes GES atendidos.

Geos Artrosis	Atendido	Meta	Indicador	Fuente	% Evaluación	50 y más	40- 49,9	30 - 39,9	menos de 29 ,9
	Personas atendidas	50% de las personas atendidas	Porcentaje de personas atendidas por GES artrosis	SIGGES/ Lista rufificadapacientes atendidos	100%	100%	75%	50%	25%

División de Atención Primaria / Subsecretaría de Redes Asistenciales



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

COMPONENTE	INDICADORES ESPERADOS	INDICADORES	MÉTODO DE EVALUACIÓN
1.- Rehabilitación Basada en la Comunidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación y manejo integral de las personas en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla. 2. Evaluación y manejo integral del entorno familiar y físico de la persona en situación de discapacidad. 	<p>N° personas que logran inclusión /total de ingresos * 100 N° PsD egresadas/Total ingresos*100 N° PsD ingresados con Dg de parkinson, secuela de AVE, otro déficit secundario a compromiso neuromuscular/ Total Ingresos* 100 N° de actividades de educación grupal/ total de actividades de educación grupal + actividades de educación para la salud * 100</p>	REM 28
2.- Rehabilitación Integral	<ol style="list-style-type: none"> 3. Planes de tratamiento con objetivos y plazos acordados con la persona en situación de discapacidad, su familia y/o su cuidador. 4. Valoración de impacto del tratamiento. 	<p>N° personas que logran inclusión /total de ingresos * 100 N° PsD egresadas/Total ingresos*100 N° PsD ingresados con Dg de parkinson, secuela de AVE, otro déficit secundario a compromiso neuromuscular/ Total Ingresos* 100 N° de actividades de educación grupal/ total de actividades de educación grupal + actividades de educación para la salud * 100</p>	REM 28
3.- Equipos Rurales	<ol style="list-style-type: none"> 5. Actividades de prevención de discapacidad individuales y grupales. 6. Actividades terapéuticas individuales y grupales. 7. Consejería individual y familiar. 8. Visitas domiciliarias integrales. 	<p>N° personas que logran inclusión /total de ingresos * 100 N° PsD egresadas/Total ingresos*100 N° PsD ingresados con Dg de parkinson, secuela de AVE, otro déficit secundario a compromiso neuromuscular/ Total Ingresos* 100 N° de actividades de educación grupal/ total de actividades de educación grupal + actividades de educación para la salud * 100 N° PsD con Visita Domiciliaria Integral/Total ingresos* 100</p>	REM 28

División de Atención Primaria / Subsecretaría de Redes Asistenciales



ACTIVIDAD	METS		INDICADOR	UNIDAD	FRECUENCIA		CUMPLIMIENTO		RECURSOS HUMANOS	RECURSOS FINANCIEROS	
	REC	RI			REC	RI	%	MESES			
Inclusión Social producto de la intervención del equipo	10% de las PSD atendidas en el Centro logran la inclusión social (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)	5% de las PSD atendidas en el Centro logran la inclusión social (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)	N° personas que logran inclusión total de ingresos >100	REM	RBC	10 y más	7,5- 9,9	5- 7,4	menos de 4,9	20	20
	50% de PSD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo	50% de PSD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo			REM	RI	5 y más	4-4,9	3-3,9	menos de 2,9	20
Egreso 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	N°psd egresados/total ingresos >100	REM	RBC	50 y más	40- 49,9	30- 39,9	menos de 29,9	30	30
	100% PSD con Visita Domiliaria Integral	100% PSD con Visita Domiliaria Integral			REM	RR	5 y más	4-4,9	3-3,9	menos de 2,9	30
Familia con integrante en rehabilitación física	Mantener al menos un 20% de PSD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 15% de PSD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	N° PSD Ingresados con Dg de parkinson, secuela de AVE, otro déficit secundario a compromiso neuromuscular/100	REM	RBC	20y más	15-19,9	10- 14,9	menos de 9,9	30	30
	Mantener al menos un 20% de PSD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 15% de PSD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular			REM	RI	15 y más	10- 14,9	5-9,9	menos de 4,9	30
Síndrome Doloroso	Mantener al menos un 20% de PSD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 15% de PSD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	N° de actividades de educación grupal/total de actividades de educación grupal + actividades de educación para la salud *100	REM	RBC, RI, RR	50 y más	40- 49,9	30- 39,9	menos de 29,9	20	20
	Mantener al menos un 20% de PSD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 15% de PSD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular			REM	RR	20y más	15-19,9	10- 14,9	menos de 9,9	30

División de Atención Primaria / Subsecretaría de Redes Asistenciales

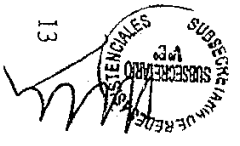


ANEXO N°2: DISEÑO DE EVALUACIÓN ARTROSIS LEVE O MODERADA, PERSONAS MAYORES DE 55 AÑOS

COMPONENTE	INDICADORES ESPERADOS	INDICADORES	MECANISMO DE VERIFICACIÓN
4.- Artrosis GES	100% de las personas con artrosis mayores de 55 años obtengan su Garantía explícita	N° personas ingresadas al SIGGES /Total personas atendidas por Ges artrosis.	SIGGES / Lista rufificada de pacientes GES atendidos.

AREAS DE EVALUACION	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	FUENTE	% EVALUACION	50 y más	40- 49,9	30 - 39,9	menos de 29 ,9
	Personas atendidas	50% de las personas atendidas	Porcentaje de personas atendidas por GES artrosis	SIGGES/ Lista rufificadapacientes atendidos	100%	100%	75%	50%	25,0

Division de Atención Primaria / Subsecretaría de Redes Asistenciales





SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISIÓN JURÍDICA
AZV/ALX/VA/AM/LS/AMSOH/BKZ
JEFE DE CABINETE
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
Vº Bº
SEPTIEMBRE 2013

APRUEBA PROGRAMA DE
REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA RED
DE SALUD.

EXENTA N° 07

SANTIAGO, - 4 ENE. 2013

VISTOS:

Lo solicitado en memorándum C51 N° 104 de 6 de diciembre de 2012, de la jefa de la División de Atención Primaria; lo dispuesto en los artículos 4° y 7° del D.F.L. N° 1 de 2005, de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763 de 1979, entre otros; en los artículos 6° y 25 del Decreto Supremo N° 136, de 2004, del Ministerio de Salud, en la Ley N° 19.378 y lo establecido en la resolución N° 1600, de 2008, de la Contraloría General de la República;

CONSIDERANDO:

- La necesidad de impulsar la entrega de prestaciones de rehabilitación de calidad, en forma oportuna y accesible a las personas con discapacidad permanente o transitoria, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1° **APRUÉBASE**, a contar de la fecha de la presente resolución, el texto del Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud.

2° El programa que se aprueba en virtud de este acto administrativo, se expresa en un documento de 10 páginas y 2 anexos, cuyo original, visado por el Subsecretario de Redes Asistenciales, se mantendrá en poder de la jefa de la División de Atención Primaria.

Todas las copias del programa en referencia deberán guardar estricta concordancia con el texto original.

3° **REMÍTASE** un ejemplar del Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud a los Servicios de Salud del país.

4° DERÓGASE la Resolución Exenta N° 48
de 24 de enero de 2012, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



DISTRIBUCIÓN:

- Gabinete Ministro
- División de Atención Primaria
- Servicios de Salud del país
- División Jurídica
- Oficina de Partes



Subsecretaría de Redes Asistenciales
DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

LCF



PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA RED DE SALUD

INDICE



I. ANTECEDENTES:.....	3
II. FUNDAMENTACIÓN:.....	5
III. PROPÓSITO:.....	5
IV. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA:	5
<input type="checkbox"/> Objetivo General:	5
<input type="checkbox"/> Objetivos Específicos.....	5
V. COMPONENTES	6
VI. PRODUCTOS ESPERADOS	7
VII. MONITOREO Y EVALUACIÓN:	7
VIII. INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN.....	8
IX. FINANCIAMIENTO	9
<input type="checkbox"/> Establecimientos de dependencia del Servicio de Salud:.....	9
<input type="checkbox"/> Establecimientos de dependencia municipal:.....	9
X. ANEXOS.....	11
Anexo N°1 : Evaluación RBC.....	11
Anexo N°2 : Evaluación Artrosis.....	13

I. ANTECEDENTES:



La alta prevalencia de personas en situación de discapacidad, permanente o transitoria, o en riesgo de adquirir dicha condición, genera la necesidad de desarrollar una red de rehabilitación en salud que abarque todos los niveles de complejidad de intervención que se requieren, teniendo como ejes para esta etapa: primero, acercar a los usuarios las atenciones que resuelvan sus problemas de discapacidad, transitoria o permanente, con un enfoque biosicosocial con estrategias en APS y hospitales de menor complejidad y, segundo, impulsar el fortalecimiento de la rehabilitación en los centros más complejos con un estándar mínimo de implementación, que significa tener equipamiento y equipo de rehabilitación completo.

La situación de discapacidad permanente considera que el déficit estructural y/o funcional, no es revertible y, por tanto, las intervenciones de rehabilitación se centran en disminuir el impacto que ello tenga en su independencia en actividades de la vida diaria y en su entorno familiar y social, potenciando su inclusión social. La situación de discapacidad transitoria, derivada de una patología aguda o traumática, en la que es esperable la recuperación ad integrum, las intervenciones de rehabilitación se centran en disminuir los tiempos de recuperación y evitar complicaciones en su evolución.

MAGNITUD DE LAS NECESIDADES DE REHABILITACIÓN.

Encuesta Calidad de Vida y Salud 2004.

El Ministerio de Salud y el INE realizaron, durante el año 2000, la Encuesta de Calidad de Vida y Salud, basándose en una muestra representativa de todo el país. Se encontró que un 21.7% de la población mayor de 15 años presenta algún tipo de discapacidad: el 13.8% para ver, el 5.9% para oír, el 2.1% para hablar y el 3.9% para caminar. Cuando esta población accede a los servicios de salud es, preferentemente, para obtener atención básica de salud, diagnóstico. Sólo un 6.49% obtuvo atención de rehabilitación en los últimos doce meses. Las demás atenciones se orientan a beneficios sociales como subsidios, pensiones y ayudas técnicas; las dificultades físicas para el traslado independiente, las largas distancias para acceder a los establecimientos que cuentan con rehabilitación y el costo.

Encuesta de Discapacidad del 2004.

La Encuesta de Discapacidad (ENDISC 2004) muestra la asociación de discapacidad con pobreza, exclusión educacional y laboral, menor participación en la sociedad y en la familia; personas y ciudadanos con menores oportunidades, independientemente de sus capacidades.

En relación al adulto mayor, en Chile, el grupo etáreo de mayores de 60 años tiene cada vez más peso relativo en el total de la población, alcanzando un 11,4% . El grupo de 65 años y más corresponde al 8% de la población. De este total, las personas mayores de 80 años son el 14.7%. Actualmente, nuestra expectativa de vida es de (74,42 años para los hombres y 80,41 años para las mujeres).

Estudio "Salud y Bienestar de los Adultos Mayores". OPS 2001

La prevalencia de enfermedades crónicas de la población adulta mayor con un alto potencial de generar discapacidad, según este estudio multicéntrico, son: Hipertensión Arterial 52,3%; artrosis y artritis 31,7%; Enfermedades coronarias 18,7%; Diabetes 13,4%; EPOC 12,6%; Enfermedad Cerebrovascular 6,9%, Visión de lejos mala 32,9%, Visión de cerca mala 43,4%; Depresión moderada 17,6 %, Depresión Severa 6,3%; Trastorno cognitivo, 12,5% , Demencia 9,1%; Caída 35, 3%, Sobre peso 14,7%; Obesidad 30,2%. En todas ellas el desarrollo de un programa preventivo de rehabilitación disminuye sustancialmente las complicaciones secundarias y permite mantener la funcionalidad e integración social o retrasar su pérdida.

Desafíos de rehabilitación asociados a Garantías Explícitas.



Si consideramos que cerca de 18.000 personas egresan de los hospitales con diagnóstico de ACV y que de ellos, más del 80% de los que presentaron un ACV hemorrágico y el 60% de las personas que presentaron un ACV isquémico, queda con algún grado de incapacidad física o mental permanente, más de 9.000 personas con ACV al año, requieren una respuesta de rehabilitación. Es importante considerar que un 28 % de ellos son menores de 65 años.

Anualmente, alrededor de 1.600 personas portadoras de artrosis de cadera mayores de 65 años reciben una endoprótesis de cadera. Hay un amplio respaldo en la medicina basada en la evidencia a nivel internacional que, al ser incorporadas a un programa de rehabilitación, se disminuye los días de hospitalización, se mejora la condición funcional al alta, se disminuyen las complicaciones a mediano y largo plazo y los índices de reinserción laboral. Estas consideraciones son válidas para las personas menores de 65 años que reciben endoprótesis de cadera y son muy significativas en relación a los años de vida útil perdidos por el país.

Cada año se notifican 2.160 casos nuevos de personas con cáncer de mama al año, en el 2004, 7.376 egresos hospitalarios fueron por esta causa. Aquellos que requirieron linfadenectomía axilar es altamente probable que queden con síndromes dolorosos y edema extremidad superior que alteran la funcionalidad y deterioran la calidad de vida.

En Chile se esperan alrededor de 150 casos nuevos de disrafia espinal al año. El cierre oportuno del defecto y manejo de las alteraciones asociadas, particularmente la hidrocefalia, junto con el apoyo de rehabilitación integral que entregan diversas instituciones en la infancia, han incidido en el aumento de la expectativa de vida de estas personas. Actualmente, no hay estadísticas disponibles de la prevalencia en población mayor de 20 años y tampoco servicios que puedan manejarlos integralmente.

Se esperan anualmente 11,5 a 53,4 casos nuevos al año de lesión medular por trauma, principalmente caídas, o sea entre 200 a 800 personas. A este número habría que sumar las lesiones medulares de causas tumorales, vasculares, etc. Si ello ocurre en una persona mayor de 20 años, la capacidad de respuesta país es mínima.

Según un estudio sobre población infantil en Chile, hay 280 Traumatismos Encéfalo Craneanos (TEC) x cada 100.000 habitantes. Si extrapolamos a la población nacional, cada año 42.000 personas sufren un TEC, el 30 % es moderado a severo y, por tanto, 18.000 personas deberían ser al menos evaluadas en su condición funcional post trauma y recibir el apoyo de un equipo de rehabilitación.

El 5% de los niños prematuros que sobreviven quedan con déficits que pueden ser originar una situación de discapacidad. La intervención de un equipo rehabilitador puede marcar la diferencia para ellos y para el país.

El año 2009 se incorporan al Sistema de Garantías Explícitas GES nuevas patologías que requieren de rehabilitación: 500 a 600 casos al año de displasia de caderas que necesitarán apoyo terapéutico, anualmente aparecen 240 casos nuevos de niños con pie bot, se esperan 150 casos anuales de Esclerosis Múltiple y 400 personas al año con Guillén Barre.

Por año, se reportan 826 casos nuevos por año de gran quemado, en los que invertimos una gran cantidad de recursos en salvarles la vida y casi nada en entregarles calidad de vida.

Por último, hay garantías explícitas en artrosis de rodillas y caderas, leves y moderadas, y entrega de ayudas técnicas, a las que en promedio se acogen 60.000 usuarios que, eventualmente, podrían ser resueltas en un alto porcentaje en el nivel de atención primaria de salud



Los resultados principales de este estudio, publicado a fines del 2008, mostraron que se perdieron 128,5 AVISA por cada 1000 habitantes, el 54,7 % de ellos por discapacidad, que predomina en varones en todas las edades y que, concentrándose en los extremos de la vida y en ellos predominar los AVISA por muerte prematura, en las edades medias predominan los AVISA por discapacidad. El 73 % de los AVISA es originado por enfermedades no transmisibles (Grupo II) y el 15 % por lesiones (Grupo III). A fin de obtener una orientación de la demanda que está detrás de los datos aportados por este estudio, se trabajaron las bases de datos, concluyéndose que un total de 1.263.973 personas podrían requerir de estrategias de rehabilitación. (anexo 2)

II. FUNDAMENTACIÓN:

Por un lado, para los usuarios en situación de discapacidad, permanente o transitoria, que no están hospitalizados, el acceso es uno de los principales problemas a resolver por dificultades físicas para el uso del transporte público, por el costo de éste, por los tiempos involucrados (de el mismo afectado y muchas veces del necesario acompañante) y por los tiempos de espera que existen en los hospitales que, generalmente, están exigidos por sus demandas internas. Así, el costo social y económico para la familia hacía inviable la rehabilitación.

Por otro lado, la medicina basada en la evidencia, ha demostrado que la mayor parte de las condicionantes de discapacidad pueden ser resueltas con intervenciones individuales o grupales, en el que el factor de calidad esencial es el profesional de rehabilitación y que la implementación requerida es relativamente básica. Por ello, acercando este recurso a las comunidades y capacitando al conjunto del equipo de los centros de atención primaria en el manejo de las condiciones discapacitantes, podemos dar una respuesta de calidad, en forma más oportuna, a una parte importante de los usuarios que requieren de intervenciones de rehabilitación.

III. PROPÓSITO:

Entregar prestaciones de rehabilitación de calidad, en forma oportuna y accesible, a las personas en situación de discapacidad, permanente o transitoria, mejorando la resolutivez a nivel de la atención primaria de salud.

IV. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA:

▪ Objetivo General:

Aumentar la cobertura de rehabilitación física en la red de atención primaria.

▪ Objetivos Específicos

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

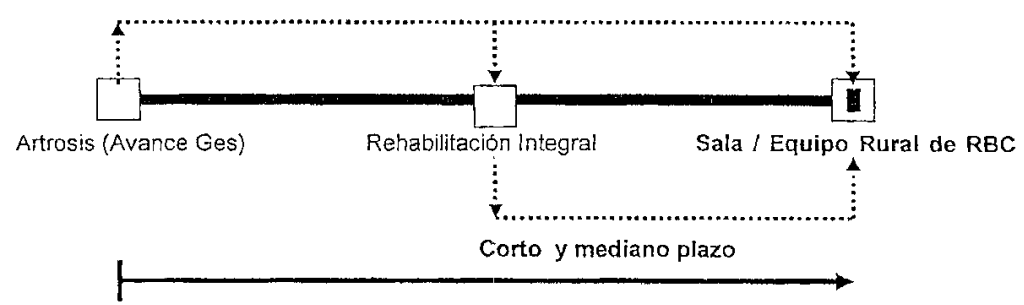
terapéutico de las personas en situación de discapacidad moderada, y sus familias, en el contexto comunitario.

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.

V. COMPONENTES

El desarrollo de la Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC) se ha realizado en forma progresiva, implementando estrategias con grados de avance diferenciado, sin embargo, a mediano y largo plazo todas apuntan al mismo objetivo.

DESARROLLO GRADUAL DE LA REHABILITACION DE BASE COMUNITARIA EN APS Y HOSPITALES COMUNITARIOS DE SALUD FAMILIAR Estrategias implementadas



Componente 1: Artrosis (Avance GES):

Personas con diagnósticos de artrosis leve o moderada, mayor de 55 años que reciben la canasta AUGE y se complementa con atención kinésica.

Componente 2: Salas de Rehabilitación Basada en la Comunidad o Centros de Rehabilitación de Base Comunitaria: (RBC)

Instalación de sala de rehabilitación física en establecimientos APS, con fuerte componente de trabajo comunitario e intersectorial para el logro de la inclusión social. Dos profesionales, un terapeuta 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 3: Salas de Rehabilitación Integral Osteomuscular. (RI)

Salas de rehabilitación con kinesiólogo, se centra en el manejo del dolor de los 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, en forma progresiva, asumen el tratamiento de personas en situación de discapacidad leve y apoyan el

tratamiento de las 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.



Componente 4: Equipo Rural. (RR)

Un terapeuta ocupacional y un kinesiólogo, implementan la rehabilitación con base comunitaria en zonas de ruralidad extrema, capacitan a las personas en situación de discapacidad, las familias, cuidadores, auxiliares paramédicos y a la comunidad en técnicas básicas de tratamiento, autocuidado y prevención de discapacidad. Promueven el trabajo intersectorial y buscan desarrollar el trabajo conjunto con los otros actores sociales y del Estado que pueden aportar en la resolución de las necesidades de las personas en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirlas. FONADIS, en particular, aporta la compra de un vehículo e implementos terapéuticos necesarios.

Orientaciones Técnicas:

Para el desarrollo del programa se incluyen como parte integrante de este convenio las Orientaciones Metodológicas para el Desarrollo de las Estrategias de Rehabilitación en A.P.S, 2010-2014

VI. PRODUCTOS ESPERADOS

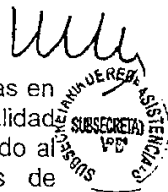
El trabajo del (los) profesional(les) de rehabilitación es en estrecha relación y colaboración con las redes internas, de salud, y las externas, comunitarias. Asume que la persona en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla debe ser evaluada e intervenida considerando su déficit, funcionalidad, 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 su cuidador.
5. Valoración de impacto del tratamiento.
6. Actividades de prevención de discapacidad individuales y grupales.
7. Actividades terapéuticas individuales y grupales.
8. Consejería individual y familiar.
9. Visitas domiciliarias integrales.

VII. MONITOREO Y EVALUACIÓN:

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 (Anexos 1 y 2). El encargado de rehabilitación deberá enviar el consolidado, ya procesado, a la unidad de rehabilitación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL. Además, se solicitará una auditoría de las fichas

clínicas para verificar la existencia de planes de tratamiento individual de las personas en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla, este proceso será de responsabilidad del encargado de rehabilitación del servicio de salud y el resultado debe ser anexado al consolidado de registros. El diagnóstico comunitario, para los componentes de rehabilitación de base comunitarias urbana y rural, debe ser realizado y analizado por el equipo que conforma el componente y sus resultados enviados por correo electrónico a los encargados de rehabilitación de los servicios de salud, con copia a la unidad de rehabilitación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL.



La evaluación del programa se efectuará en dos etapas:

- **La primera evaluación**, se efectuara con corte al 31 de Agosto del año en curso. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 60%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento de Metas por componente	Porcentaje de Descuento de recursos 2° 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.

VIII. INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

Ver Anexos 1, 2

IX. FINANCIAMIENTO



▪ Establecimientos de dependencia del Servicio de Salud:

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, glosa 01 y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de Enero a Diciembre de cada año, de acuerdo al marco presupuestario asignado.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud y establecimientos dependientes).

Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud en 2 cuotas, en representación del Ministerio de Salud.

El Ministerio de Salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, asignará a los establecimientos dependientes del Servicio de Salud mediante un convenio, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de este Programa.

El gasto que irroque el Programa deberá ser imputado al ítem 21 y/o 22, según corresponda.

Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas: 60% contra convenio y el 40% restante contra evaluación en octubre, la tabla de rebaja es la siguiente:

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%

▪ Establecimientos de dependencia municipal:

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, asociada al Subtítulo 24 03 298 "Transferencias Corrientes" Ley N° 19.378, glosa 02 y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de Enero a Diciembre de cada año de acuerdo al marco presupuestario asignado.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimientos).

Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud en 2 cuotas, en representación del Ministerio de Salud.

El Ministerio de Salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, asignará a los Municipios mediante un convenio, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de este Programa.

El gasto que irroque el Programa deberá ser imputado al ítem 24 03 298 01.

Mis

Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas: 60% contra convenio y el 40% restante contra evaluación en octubre, la tabla de rebaja es la siguiente:

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 51% y 54,9%	75%
49,9% o Menos	100%

Sin perjuicio de lo anterior, estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 759 de 2003, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, lo que debe ser fiscalizado por el Servicio respectivo.

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

COMPONENTE	PRODUCTOS ESPERADOS	INDICADORES	VERIFICACIÓN
1.- Rehabilitación Basada en la Comunidad	<ol style="list-style-type: none"> Evaluación y manejo integral de las personas en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla. Evaluación y manejo integral del entorno familiar y físico de la persona en situación de discapacidad. Planes de tratamiento con objetivos y plazos acordados con la persona en situación de discapacidad, su familia y/o su cuidador. Valoración de impacto del tratamiento. Actividades de prevención de discapacidad individuales y grupales. Actividades terapéuticas individuales y grupales. Consejería individual y familiar. Visitas domiciliarias integrales. 	<p>N° personas que logran inclusión /total de ingresos * 100</p> <p>N°PsD egresadas/Total ingresos*100</p> <p>N° PsD ingresados con Dg de parkinson, secuela de AVE, otro déficit secundario a compromiso neuromuscular/ Total Ingresos* 100</p> <p>N° de actividades de educación grupal/ total de actividades de educación grupal + actividades de educación para la salud *100</p>	REM 28
2.- Rehabilitación Integral	<ol style="list-style-type: none"> Planes de tratamiento con objetivos y plazos acordados con la persona en situación de discapacidad, su familia y/o su cuidador. Valoración de impacto del tratamiento. Actividades de prevención de discapacidad individuales y grupales. Actividades terapéuticas individuales y grupales. Consejería individual y familiar. Visitas domiciliarias integrales. 	<p>N° personas que logran inclusión /total de ingresos * 100</p> <p>N°PsD egresadas/Total ingresos* 100</p> <p>N° PsD ingresados con Dg de parkinson, secuela de AVE, otro déficit secundario a compromiso neuromuscular/ Total Ingresos* 100</p> <p>N°de actividades de educación grupal/ total de actividades de educación grupal + actividades de educación para la salud *100</p>	REM 28
3.- Equipos Rurales	<ol style="list-style-type: none"> Actividades de prevención de discapacidad individuales y grupales. Actividades terapéuticas individuales y grupales. Consejería individual y familiar. Visitas domiciliarias integrales. 	<p>N° personas que logran inclusión /total de ingresos * 100</p> <p>N°PsD egresadas/Total ingresos*100</p> <p>N° PsD ingresados con Dg de parkinson, secuela de AVE, otro déficit secundario a compromiso neuromuscular/ Total Ingresos* 100</p> <p>N°de actividades de educación grupal/ total de actividades de educación grupal + actividades de educación para la salud *100</p> <p>N° PsD con Visita Domiciliaria Integral/Total ingresos* 100</p>	REM 28



EVALUACIÓN	Actividad	RBC	Más de 50%	75-99%	Cumplimiento	SEÑAL	SEÑAL	Peso	Peso	Peso
Evaluación de actividades grupales y actividades individuales	Inclusión Social producida por la intervención del equipo	10% de las PsD atendidas en el Centro logran la inclusión social (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)	5% de las PsD atendidas en el Centro logran la inclusión social (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)	5% de las PsD logran la inclusión social (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)	75-99%	RBC	75-99%	menos de 4,9	20	
	Egreso 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	Nº PsD egresados/Total ingresos*100	75-99%	REM	75-99%	menos de 2,9	20	
	Familia con integrante en rehabilitación física	100% PsD con Visita Domiciliaria Integral	100% PsD con Visita Domiciliaria Integral	Domiciliaria Integral/Total ingresos*100	75-99%	REM	75-99%	menos de 2,9	30	30
Evaluación de actividades grupales y actividades individuales	Síndrome Doloroso	Mantener al menos un 20% de PsD con un déficit secundario a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 20% de PsD con un 15% de PsD con déficit secundario a compromiso neuromuscular	Nº PsD ingresados con Dg de parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular/100	75-99%	RBC	75-99%	menos de 9,9	30	
	Síndrome Doloroso	Mantener al menos un 20% de PsD con un déficit secundario a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 20% de PsD con un 15% de PsD con déficit secundario a compromiso neuromuscular	Nº PsD ingresados con Dg de parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular/100	75-99%	RBC	75-99%	menos de 9,9	30	
	Atrofia Leve y Moderada de rodilla y cadera	Mantener al menos un 20% de PsD con un déficit secundario a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 20% de PsD con un 15% de PsD con déficit secundario a compromiso neuromuscular	Nº PsD ingresados con Dg de parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular/100	75-99%	RBC	75-99%	menos de 9,9	30	
	Secuela de AVE	Mantener al menos un 20% de PsD con un déficit secundario a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 20% de PsD con un 15% de PsD con déficit secundario a compromiso neuromuscular	Nº PsD ingresados con Dg de parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular/100	75-99%	REM	75-99%	menos de 4,9	30	
	TEC	Mantener al menos un 20% de PsD con un déficit secundario a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 20% de PsD con un 15% de PsD con déficit secundario a compromiso neuromuscular	Nº PsD ingresados con Dg de parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular/100	75-99%	REM	75-99%	menos de 4,9	30	
	Parkinson	Mantener al menos un 20% de PsD con un déficit secundario a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 20% de PsD con un 15% de PsD con déficit secundario a compromiso neuromuscular	Nº PsD ingresados con Dg de parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular/100	75-99%	REM	75-99%	menos de 4,9	30	
	Otro déficit secundario a	Mantener al menos un 20% de PsD con un déficit secundario a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 20% de PsD con un 15% de PsD con déficit secundario a compromiso neuromuscular	Nº PsD ingresados con Dg de parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular/100	75-99%	REM	75-99%	menos de 4,9	30	
	Otros	Mantener al menos un 20% de PsD con un déficit secundario a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 20% de PsD con un 15% de PsD con déficit secundario a compromiso neuromuscular	Nº PsD ingresados con Dg de parkinson, secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular/100	75-99%	REM	75-99%	menos de 4,9	30	
	Rehabilitación Física: Actividades de prevención de discapacidad	50% de las actividades de Educación corresponden a actividades grupales	50% de las actividades de Educación corresponden a actividades grupales	Nº de actividades de educación grupal/total de actividades de educación grupal + actividades de educación para la salud *100	75-99%	REM	75-99%	menos de 29,9	20	20
							RBC, RI, RR	75-99%	menos de 29,9	20
										100

ANEXO N°2: DISEÑO DE EVALUACIÓN ARTROSIS LEVE O MODERADA, PERSONAS MAYORES DE 55 AÑOS

COMPONENTE	PROBACIONES ESPERADAS	INDICADORES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
4.- Artrosis GES	100% de las personas con artrosis mayores de 55 años obtengan su Garantía explícita	N° personas ingresadas al SIGGES / Total personas atendidas por Ges artrosis.	SIGGES / Lista rufificada de pacientes GES atendidos.

Gas Artrosis	Actividad	Métrica	Indicador	Indicador	% Evaluación	Cumplimiento	Indicador		
	Personas atendidas	50% de las personas atendidas	Porcentaje de personas atendidas por GES artrosis	SIGGES/ Lista rufificada pacientes atendidos	100%	50 y más	40 - 49,9	30 - 39,9	menos de 29,9
						100%	75%	50%	



División de Atención Primaria / Subsecretaría de Redes Asistenciales