

853675



DECRETO N° 51
TEMUCO, 03 MAR. 2015

VISTOS:

- 1.- Lo dispuesto en el D.F.L. N° 1-3063 de 1980, del Ministerio del Interior.
- 2.- Los D.S. N° 164 de 1981, N° 39 y N° 711 de 1987, del Ministerio de Salud
- 3.- La Ley N° 19.378 de 1995, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
- 4.- D.A. N° 4820 del 11.12.2014, que Aprueba Presupuesto Área Salud Municipal año 2015.
- 5.- Res. Exta. N° 6833 del 02.02.2015 que aprueba Convenio Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud "Cesfam Amanecer", suscrito el 20.01.2015, entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco.
- 6.- Las facultades contenidas en la Ley N° 18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

DECRETO:

- 1.- Apruébese, Convenio Programa de Rehabilitación Integral en la Red de salud "Cesfam Amanecer (C.Costos 31.13.00), suscrito, entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco.
- 2.- Las cláusulas del referido Convenio se entienden formando parte integrante e inherente al presente Decreto.

ANÓTESE COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE



JUAN ARANEDA NAVARRO
SECRETARIO MUNICIPAL



MIGUEL BECKER ALVEAR
ALCALDE



CVB/MSR/BAL/CIU/s.r.
DISTRIBUCION:
- El Indicado
- Of. de Partes Municipales
- Departamento de Salud



R	M	V	W



Gobierno de Chile

REF.: Aprueba Convenio "Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud" con Municipalidad de TEMUCO.

RESOLUCIÓN EXENTA Nº 0333

MUNICIPALIDAD DE TEMUCO
OFICINA DE PARTES 1114
PROVIDENCIA
JNR/FPH
FECHA ENTRADA 16 FEB. 2015
VISTOS: Nº
RESPONDER ANTES DE

TEMUCO, 02 FEB 2015

1.- Convenio "Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud", de fecha 20 de enero de 2015, suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de TEMUCO.

CONSIDERANDO:

1.- Que las partes con fecha 20 de enero de 2015, celebraron convenio "Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud", a fin de aumentar la eficacia en el otorgamiento de las acciones de salud por los equipos locales.

TENIENDO PRESENTE:

- 1.- DFL 1/05 que fija el texto refundido del DL:2763 que crea los Servicios de Salud
- 2.- DS. 140/04 Reglamento del Servicio Salud
- 3.- Reglamento de la Ley 15.076, aprobado por D.S. Nº110, de 1963, del Ministerio de Salud, modificado por el D.S. Nº908 de 1991, del mismo Ministerio
- 4.- Decreto Nº 65 de 2014, que designa Director Suplente del Servicio de Salud Araucanía Sur.
- 5.- Resolución 1600/08 de la Contraloría Gral. de la República,

RESOLUCION:

1.- **APRUEBASE** Convenio "Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud", de fecha 20 de enero de 2015, suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de TEMUCO, conforme al siguiente tenor:

En Temuco a 20 de enero 2015, entre el Servicio de Salud Araucanía Sur, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Arturo Prat 969, representado por su Director Subrogante Dr. JAIME NEIRA ROZAS, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la Municipalidad de TEMUCO, persona jurídica de derecho público, domiciliada en calle Arturo Prat Nº 650, representada por su Alcalde Subrogante Don PABLO VERA BRAM 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 Nº 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 6º del Decreto Supremo Nº 202 del 2014, 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, enmarcadas 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 Nº 1167 del 21 de noviembre 2014 y la distribución de fondos mediante resolución exenta Nº 13 de 8 de enero del 2015, ambas del Ministerio de Salud. Anexas al presente convenio y que se entiende forman 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 2: Salas de Rehabilitación Basada en la Comunidad o Centros de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC)

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 \$ 25.584.803.-, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la clausura anterior.

Dado lo anterior, los recursos que se señalan se podrán distribuir de la siguiente manera:

CESFAM AMANECER	RECURSO ANUAL ASIGNADO
Centro de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC):	
- Kinesiólogo 44 hrs. semanales	\$ 11.372.885
- Terapeuta Ocupacional 44 hrs. semanales	\$ 11.372.884
-Insumos rehabilitación	\$ 2.839.034
TOTAL RECURSOS	\$ 25.584.803.-

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

QUINTA: El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar las siguientes actividades y metas:

1. Aumentar la cobertura de rehabilitación física en la red de atención primaria.
2. Desarrollar estrategias de rehabilitación integradas funcionalmente a la atención primaria de salud, bajo un enfoque biosicosocial y familiar.
3. 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.
4. Desarrollar programas de prevención de discapacidades, promoción de la actividad física y mantención de la funcionalidad a lo largo del ciclo vital.
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.

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). 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 50% y 59,99%	25%
Entre 40% y 49,99%	50%
Entre 30% y 39,99%	75%
Menos del 30,00%	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 Agosto y Diciembre se tomarán los indicadores contenidos en el ANEXO 1. Los resultados de diciembre 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 (70% - 30%), la 1º cuota contra total tramitación del convenio y resolución aprobatoria y la 2º cuota contra el grado de cumplimiento.

OCTAVA: El Servicio, requerirá a la municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos en la cláusula tercera de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, efectuando 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 podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría. Sin perjuicio de lo anterior, estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 759 de 2003, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, lo que debe ser fiscalizado por el Servicio respectivo.

DECIMA: 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 PRIMERA: El Servicio de Salud 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 SEGUNDA: El presente convenio tendrá vigencia desde el 1 de Enero hasta el 31 de diciembre de 2015, sin perjuicio de lo anterior y previa rendición del saldo no ejecutado el Servicio de Salud podrá autorizar excepcionalmente y por razones fundadas, previa solicitud formal de la Municipalidad la posibilidad de que los saldos de dichos recursos sean utilizados para dar continuidad a los programas de salud, durante el

plazo que se establecerá para tales efectos. Dicha autorización se formalizará mediante resolución del Servicio de Salud. Conforme al dictamen N°16.037 de fecha 10.04.2008 y N° 11.189, de 2008 de la Contraloría General las partes establecen que por razones de buen servicio **las prestaciones contempladas en este convenio comenzaron a ser otorgadas en la forma pactada, el 01 de enero de 2015.**

DÉCIMA TERCERA: El presente convenio se firma en nueve ejemplares, quedando dos en poder de la municipalidad (Alcaldía y Dpto. de Salud Municipal), dos en poder del MINSAL (Subsecretaría de Redes Asistenciales y División de Atención Primaria) y cinco en poder del Servicio de Salud (Dpto. de Atención Primaria y Red Asistencial, Departamento de Finanzas, Departamento de Auditoría, Departamento Jurídico y Oficina de Partes).

DECIMA CUARTA: La personería de don Jaime Neira Rozas, para representar al Servicio de Salud Araucanía Sur consta en Decreto N° 254 del año 2010, Ministerio de Salud. La personería de don **PABLO VERA BRAM** para actuar en representación del Municipio de Temuco, consta de Decreto N° 14 de fecha 9 de enero de 2014..

ANEXO N°1: DISEÑO DE EVALUACIÓN REHABILITACIÓN DE BASE COMUNITARIA (RBC, RI, RR)									
AREA DE EVALUACIÓN	DEFINICIÓN	Meta	Indicador	Fuente	Cumplimiento				Peso Indicador
					100%	75%	50%	0%	
Resultados obtenidos en las personas en situación de discapacidad (PsD)	Participación en Comunidad (Inclusión Social)	10% de las PsD atendidas en el Centro logran la inclusión social (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)	Nº personas que logran Participación en Comunidad / Total de Ingresos * 100	REM	10 y más	7,5 - 9,9	5 - 7,4	menos de 4,9	20%
	Prevenir y/o retardar la discapacidad en grupos de personas con enfermedades crónicas cuidadores	50% de las actividades para fortalecer conocimientos y destrezas personales se orientan al trabajo con cuidadoras	Nº de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales a los cuidadores / Total de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales * 100	REM	50 y más	40-49,9	30-39,9	menos de 29,9	20%
Resultado obtenidos en las personas en situación de discapacidad (PsD) de acuerdo a problemas de salud	Cobertura, ingresos, y egresos	Meta	Indicador	Fuente	Cumplimiento				Peso Indicador
	Personas en situación de discapacidad (PsD) con diagnóstico de origen neurológico, tienen continuidad en la red de rehabilitación	Mantener al menos un 20% de personas en situación de discapacidad (PsD) con déficit secundario a compromiso neuromuscular	Nº PsD Ingresadas con Dg. De Parkinson, secuela ACV, TEC, otro Déficit secundario a compromiso neuromuscular en menor de 20 años congénito o adquirido y mayor de 20 años / Total Ingresos * 100	REM	20 y más	15-19,9	10-14,9	Menos de 9,9	20%
	Egreso posterior a cumplimiento del Plan de Tratamiento	50% de las personas en situación de discapacidad (PsD) reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo	Nº PsD egresadas / Total Ingresos * 100	REM	50 y más	40-49,9	30-39,9	menos de 29,9	10%
Cobertura	Personas atendidas en Rehabilitación	60% cobertura de acuerdo a la meta anual de cada estrategia: (RBC:466; RI:335; RR:163)	Nº personas atendidas / 60% de la meta anual de acuerdo a la estrategia * 100	REM	60% y más	50-59,9	40-49,9	Menos de 40	30%
									100%

2.-IMPÚTESE, el gasto que irrogue el presente convenio al Item N° 24-03-298 del presupuesto del Servicio de Salud según la naturaleza del mismo.

SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR

DEPARTAMENTO JURIDICO

3.- NOTIFIQUESE, la presente resolución a la
Municipalidad, una vez totalmente tramitada.

ANOTESE y COMUNIQUESE



JAIMÉ NEIRA ROZAS
DIRECTOR SUBROGANTE
SERVICIO SALUD ARAUCANIA SUR

DISTRIBUCIÓN:

Municipalidad (2)
Subsecretaría de Redes
División de Atención Primaria
Dpto. Atención Primaria
Dpto. Finanzas
Dpto. Auditoría
Dpto. jurídico
Archivo



SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR

CONVENIO

PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL EN LA RED DE SALUD

En Temuco a 20 de enero 2015, entre el Servicio de Salud Araucanía Sur, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Arturo Prat 969, representado por su Director Subrogante Dr. JAIME NEIRA ROZAS, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la Municipalidad de **TEMUCO**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en calle Arturo Prat N° 650, representada por su Alcalde Subrogante Don **PABLO VERA BRAM** 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° 202 del 2014, 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, enmarcadas 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° 1167 del 21 de noviembre 2014 y la distribución de recursos mediante resolución exenta N° 13 de 8 de enero de 2015, del Ministerio de Salud. Anexas al presente convenio y que se entienden forman parte integrante del mismo.

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 3: Salas de Rehabilitación Integral Osteomuscular (RI)

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 **\$ 5.637.542.-**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la clausura anterior.

Dado lo anterior, los recursos que se señalan se podrán distribuir de la siguiente manera:

CESFAM AMANECER	RECURSO ANUAL ASIGNADO
Sala de Rehabilitación Integral (RI):	
• Kinesiólogo	\$ 5.288.123
• Medicamentos, insumos rehabilitación	\$ 349.419
TOTAL RECURSOS	\$ 5.637.542

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

QUINTA: El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar las siguientes actividades y metas:

1. Aumentar la cobertura de rehabilitación física en la red de atención primaria.
2. Desarrollar estrategias de rehabilitación integradas funcionalmente a la atención primaria de salud, bajo un enfoque biosicosocial y familiar.
3. 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.
4. Desarrollar programas de prevención de discapacidades, promoción de la actividad física y mantención de la funcionalidad a lo largo del ciclo vital.
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.

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, detalladas en **componente RI de 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 (Anexos 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:
1. En el caso de los Establecimientos, equipos rurales o actividades de continuidad, si es que su cumplimiento es inferior al 60%, acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento de Metas por componente	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 40%
60% y más	0%
Entre 50% y 59,99%	25%
Entre 40% y 49,99%	50%
Entre 30% y 39,99%	75%
Menos del 30,00%	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 Agosto y Diciembre se tomarán los indicadores contenidos en el ANEXO 1. Los resultados de diciembre 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 (70% - 30%), la 1º cuota contra total tramitación del convenio y resolución aprobatoria y la 2º cuota contra el grado de cumplimiento en primera evaluación.

OCTAVA: El Servicio, requerirá a la municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos en la cláusula tercera de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, efectuando 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 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 Nº 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.

2015



DECIMA: 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 PRIMERA: El Servicio de Salud 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 SEGUNDA: El presente convenio tendrá vigencia desde el 1 de Enero 2015 hasta el 31 de diciembre de 2015, sin perjuicio de lo anterior y previa rendición del saldo no ejecutado el Servicio de Salud podrá autorizar excepcionalmente y por razones fundadas, previa solicitud formal de la Municipalidad la posibilidad de que los saldos de dichos recursos sean utilizados para dar continuidad a los programas de salud, durante el plazo que se establecerá para tales efectos. Dicha autorización se formalizará mediante resolución del Servicio de Salud. Conforme al dictamen N°16.037 de fecha 10.04.2008 y N° 11.189, de 2008 de la Contraloría General las partes establecen que por razones de buen servicio **las prestaciones contempladas en este convenio comenzaron a ser otorgadas en la forma pactada, el 01 de enero de 2015.**

DÉCIMA TERCERA: El presente convenio se firma en nueve ejemplares, quedando dos en poder de la municipalidad (Alcaldía y Dpto. de Salud Municipal), dos en poder del MINSAL (Subsecretaría de Redes Asistenciales y División de Atención Primaria) y cinco en poder del Servicio de Salud (Dpto. de Atención Primaria y Red Asistencial, Departamento de Finanzas, Departamento de Auditoría, Departamento Jurídico y Oficina de Partes).

DECIMA CUARTA: La personería de don Jaime Neira Rozas, para representar al Servicio de Salud Araucanía Sur consta en Decreto N° 254 del año 2010, Ministerio de Salud. La personería de don **PABLO VERA BRAM** para actuar en representación del Municipio de Temuco, consta de Decreto N° 14 de fecha 9 de enero de 2014.



PABLO VERA BRAM
ALCALDE SUBROGANTE
MUNICIPALIDAD DE TEMUCO



JAIME NEIRA ROZAS
DIRECTOR SUBROGANTE
SERVICIO SALUD ARAUCANIA SUR



20 ENE. 2015



ANEXO N°1: DISEÑO DE EVALUACIÓN REHABILITACIÓN DE BASE COMUNITARIA

ANEXO N°1: DISEÑO DE EVALUACIÓN REHABILITACIÓN DE BASE COMUNITARIA (RBC, RI, RR)									
AREA DE EVALUACIÓN	DEFINICIÓN	Meta	Indicador	Fuente	Cumplimiento				Peso Indicador
					100%	75%	50%	0%	
Resultados obtenidos en las personas en situación de discapacidad (PsD)	Participación en Comunidad (Inclusión Social)	10% de las PsD atendidas en el Centro logran la inclusión social(trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)	Nº personas que logran Participación en Comunidad / Total de de Ingresos *100	REM	10 y más	7,5 - 9,9	5 - 7,4	menos de 4,9	20%
	Prevenir y/o retardar la discapacidad en grupos de personas con enfermedades crónicas cuidadores	50% de las actividades para fortalecer conocimientos y destrezas personales se orientan al trabajo cion cuidadoras	Nº de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales a los cuidadores / Total de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales * 100	REM	50 y más	40-49,9	30-39,9	menos de 29,9	20%
Resultado obtenidos en las personas en situación de discapacidad (PsD) de acuerdo a problemas de salud	Cobertura , ingresos, y egresos	Meta	Indicador	Fuente	Cumplimiento				Peso Indicador
	Personas en situación de discapacidad (PsD) con diagnóstico de origen neurológico, tienen continuidad en la red de rehabilitación	Mantener al menos un 20% de personas en situación de discapacidad (PsD) con déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Nº PsD ingresadas con Dg. De Parkinson, secuela ACV, TEC, otro Déficit secundario a compromiso neuromuscular en menor de 20 años congénito o adquirido y mayor de 20 años / Total ingresos * 100	REM	20 y más	15-19,9	10-14,9	Menos de 9,9	20%
	Egreso posterior a cumplimiento del Plan de Tratamiento	50% de las personas en situación de discapacidad (PsD) reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo	Nº PsD egresadas / Total ingresos * 100	REM	50 y más	40-49,9	30-39,9	menos de 29,9	10%
Cobertura	Personas atendidas en Rehabilitación	60% cobertura de acuerdo a la meta anual de cada estrategia: (RBC:466; RI:335; RR:163)	Nº personas atendidas / 60% de la meta anual de acuerdo a la estrategia * 100	REM	60% y más	50-59,9	40-49,9	Menos de 40	30%
									100%