

DECRETO N°

TEMUCO, 03 ABR. 2017

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.- el Decreto Alcaldicio N° 4.097 del 19 de Diciembre de 2016, que aprueba el Presupuesto del Departamento de Salud para el año 2017.
- 5.- Res. Exta. N° 1932 del 17.03.2017 que aprueba Convenio Programa De Rehabilitación Integral en la Red de Salud 2017, suscrito el 27.02.2017, 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 2017, (C.Costos 32.38.00 RBC Cesfam El Carmen; 32.13.00 RBC Cesfam Amanecer), suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco.

2.- El Gasto estimado de \$ 55.983.000.- será destinado a los fines señalados en la cláusula cuarta del Convenio.

3.- Las cláusulas del referido Convenio se entienden formando parte integrante e inherente al presente Decreto.

ANÓTESE COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



JUAN ARANEDA NAVARRO
SECRETARIO MUNICIPAL

CVE/MSN/YAS/CTV/yds.

DISTRIBUCION:

- El indicado
- Of. de Partes Municipal
- Departamento de Salud



PAOLO VERA BRAM
ALCALDE(S)



1256742

1912

The first part of the report deals with the general situation of the country. It is noted that the population is increasing rapidly, and that the government is making every effort to improve the conditions of the people. The report also mentions the progress of the various departments, and the success of the different projects.

In the second part, the report discusses the financial situation of the country. It is stated that the government has managed to reduce the public debt, and that the budget is in a surplus. This is a great achievement, and it shows that the government is being economical and efficient.

The third part of the report deals with the social and economic conditions of the country. It is noted that the standard of living is improving, and that the people are becoming more educated. This is a result of the government's policies, and it shows that the country is making progress in all directions.

Finally, the report concludes with some suggestions for the future. It is suggested that the government should continue to improve the conditions of the people, and that it should make every effort to reduce the public debt. It is also suggested that the government should continue to invest in education and social welfare, and that it should make every effort to improve the economy.

The report is a very important document, and it provides a clear and concise summary of the country's progress. It is a testament to the government's efforts, and it shows that the country is on a path of development and progress.

DSM
Temuco



MMK/FPH/MLTA

REF.: APRUEBA CONVENIO DENOMINADO "CONVENIO PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL EN LA RED DE SALUD 2017".

RESOLUCIÓN EXENTA-Nº 1932

TEMUCO, 17 MAR. 2017

VISTOS:

- 1.- Convenio denominado "CONVENIO PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL EN LA RED DE SALUD 2017", de fecha 27 de febrero de 2017, suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco.

CONSIDERANDO:

- 1.- Que, las partes con fecha 27 de febrero de 2017, celebraron convenio denominado "CONVENIO PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL EN LA RED DE SALUD 2017", suscrito entre el SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR y la MUNICIPALIDAD DE TEMUCO, 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 126, de 2015, del Minsal.
- 5.- Resolución 1600/08, de la Contraloría Gral. de la República,

RESOLUCION:

1.- **APRUEBASE** Convenio denominado "CONVENIO PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL EN LA RED DE SALUD 2017", de fecha 27 de febrero de 2017, suscrito entre el SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR y la MUNICIPALIDAD DE TEMUCO, conforme al siguiente tenor:

En Temuco, 27 de febrero de 2017, entre el **SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Arturo Prat Nº 969, representado por su Director (T Y P), Dr. MILTON MOYA KRAUSE, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **I. MUNICIPALIDAD DE TEMUCO**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en calle Arturo Prat Nº 650, representada por su Alcalde Don MIGUEL BECKER ALVEAR, 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 35 del 2016, 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° 1314, de fecha 06 de diciembre 2016, y por Resolución Exenta N°107, de fecha 23 de enero de 2017, se distribuyen recursos al Programa, ambas del Ministerio de Salud y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la Municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar todas o algunas de las siguientes componentes del Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud:

1) Componente 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 **\$ 55.982.208.-** 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):	\$ 12.442.527
- Kinesiólogo 44 hrs. semanales	\$ 12.442.527
- Terapeuta Ocupacional 44 hrs. semanales	
	\$ 3.106.050
-Insumos rehabilitación	
SUB TOTAL	\$ 27.991.104

CESFAM EL CARMEN	RECURSO ANUAL ASIGNADO
Sala de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC):	\$ 12.442.527
- Kinesiólogo 44 hrs. semanales	\$ 12.442.527
- Terapeuta Ocupacional 44 hrs. semanales	
	\$ 3.106.050
-Insumos rehabilitación	
SUB TOTAL	\$ 27.991.104
TOTAL	\$ 55.982.208

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 el logro de los siguientes objetivos:

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

Porcentaje cumplimiento de Metas por componente	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 30%
60% y más	0%
Entre 55% y 59,9%	50%
Entre 50% y 54,9%	75%
Entre 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 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.

En relación a los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos anuales señalados en la cláusula cuarta del presente convenio, entendido que el no cumplimiento a la fecha de corte definido para su evaluación, resulta en la reliquidación de los recursos asignados al mismo. Excepcionalmente, cuando existan razones debidamente fundadas que causen el incumplimiento, como caso fortuito o fuerza mayor, la comuna podrá apelar a la dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un Plan de Trabajo que comprometa el cronograma para cumplir las metas establecidas. A su vez, el Servicio de Salud una vez analizadas las razones expuestas por la comuna y avalando la correspondiente solicitud, podrá solicitar al Ministerio de Salud que no re liquide los recursos asociados al Programa.

No obstante la situación excepcional a que se refiere el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del Programa al 31 de Diciembre y las comunas mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del periodo.

Finalmente, el no cumplimiento de las actividades y metas anuales, podrán incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

SEPTIMA: Los recursos serán transferidos por el Servicio en 2 cuotas: 70% a la total tramitación del acto aprobatorio del convenio y el 30% restante en octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación señalada en el ítem VII del Programa, es decir, contra el grado de cumplimiento del Programa, de conformidad a lo señalado en el punto IX del Programa.

OCTAVA: La Municipalidad deberá informar mensualmente a este Servicio de Salud los ingresos y gastos generados por concepto de las estrategias indicadas en la cláusula cuarta del convenio. Dicha rendición debe ser realizada a través del sistema de monitoreo de convenios, disponible en la página web www.ssasur.cl, banner sistemas de convenios.

Sin perjuicio de lo anterior, las transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República.

Considerando que las actividades a desarrollar por la Municipalidad y estipuladas en este Convenio son de continuidad a las ejecutadas en el año anterior, se aceptaran las rendiciones de cuentas de gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación del acto administrativo que ordena la transferencia y dentro de las fechas de vigencia del convenio, de acuerdo a lo estipulado en el artículo N° 13 de la Resolución N° 30 de la Contraloría general de la Republica que fija el procedimiento sobre rendiciones financieras.

NOVENA: 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, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el Servicio deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

DECIMA: El Servicio podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría.

DECIMA PRIMERA: Finalizado el periodo de vigencia del presente convenio, el servicio solicitará el reintegro de los recursos del valor correspondiente a la parte no ejecutada de las actividades descritas, objeto de este instrumento.

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

DÉCIMA TERCERA: El presente convenio tendrá vigencia hasta el 31 de diciembre de 2017, 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.

Ahora bien, 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 comenzarán a ser otorgadas en la forma pactada, el 01 de Enero de 2017, no obstante el pago estará condicionado a la total tramitación de la Resolución que lo aprueba, acorde con lo señalado en los dictámenes de la Contraloría General, antes señalados. Mediante convenios complementarios podrán modificarse anualmente los montos a transferir a la Municipalidad en conformidad con el mismo, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sean necesario introducirle en su operación.

DÉCIMA CUARTA: 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 QUINTA: La personería de don Miguel Becker Alvear para actuar en representación del Municipio de Temuco, consta en acta de instalación del Concejo Municipal de fecha 06 de Diciembre de 2016 y Decreto Alcaldicio N° 3929 de fecha 06 de Diciembre 2016. Por su parte, la personería de Dr. Milton Moya Krause, para representar al Servicio de Salud Araucanía Sur emana del Decreto Supremo N° 126 de 2015, del Ministerio de Salud.

ANEXO Nº1: DISEÑO DE EVALUACIÓN REHABILITACIÓN DE BASE COMUNITARIA (RBC, RI, RR)										
Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente	Estrategia	Cumplimiento				Peso Indicador
						100%	75%	50%	0%	
PROMOCIÓN										
Contribuir a la generación de redes comunitarias e intersectoriales para el logro de la participación en comunidad (Inclusión social de las PcD)	Participación en Comunidad producto de la intervención del equipo.	10% de las PcD 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	RBC, RI,RR	10 y más	7,5 - 9,9	5 - 7,4	menos de 4,9	30%
TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN										
Disminuir la Discapacidad	Manatener la atención a personas con Discapacidad Leve , Moderada o Severa.	Mantener al menos un 20% de personas con discapacidad (PcD) con Parkinson, secuela ACV, otro deficit secundarios a compromiso neuromuscular	Nº PcD ingresadas con Dg. De Parkinson, secuela ACV, otro Déficit secundario a compromiso neuromuscular / Total ingresos * 100	REM	RBC, RI,RR	20 y más	15-19,9	10-14,9	Menos de 9,9	20%
	Favorecer que las PcD atendidas en APS logren el máximo de autonomía e independencia.	50% de las personas con discapacidad (PcD) reciben alta posterior al cumplimiento del plan de tratamiento.	Nº PcD egresadas / Total ingresos * 100	REM	RBC, RI,RR	50 y más	40-49,9	30-39,9	menos de 29,9	20%
Cobertura	Personas atendidas en Rehabilitación	60% de la cobertura según meta anual:(RBC:466*0,6=280); (RI:335*0,6=213); (RR:163*0,6=98)	Nº Total de Ingresos / meta por estrategia * 100	REM	RBC, RI,RR	60 y más	50-59,9	40-49,9	Menos de 40	30%
										100%

2.- IMPÚTESE el gasto que irroga el presente Convenio, al presupuesto del Servicio de Salud Araucanía Sur, Ítem N° 24 03 298.

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

ANOTESE y COMUNIQUESE



[Handwritten signature]
DR. MILTON MOYA KRAUSE
DIRECTOR (T Y P)
SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR

16.03.2017/N°457

DISTRIBUCIÓN:

Municipalidad (2)

Subsecretaría de Redes

División de Atención Primaria

Dpto. Atención Primaria

Dpto. Finanzas

Dpto. Auditoría

Dpto. jurídico

Archivo

CONVENIO PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL EN LA RED DE SALUD 2017

En Temuco, 27 de febrero de 2017, entre el **SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Arturo Prat N° 969, representado por su Director (T Y P), Dr. MILTON MOYA KRAUSE, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **I. MUNICIPALIDAD DE TEMUCO**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en calle Arturo Prat N° 650, representada por su Alcalde Don MIGUEL BECKER ALVEAR, 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° 35 del 2016, 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° 1314, de fecha 06 de diciembre 2016, y por Resolución Exenta N°107, de fecha 23 de enero de 2017, se distribuyen recursos al Programa, ambas del Ministerio de Salud y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la Municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar todas o algunas de las siguientes componentes del Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud:

1) Componente 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 **\$ 55.982.208.-** 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:

2017/03/17



CESFAM AMANECER	RECURSO ANUAL ASIGNADO
Centro de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC):	
- Kinesiólogo 44 hrs. semanales	\$ 12.442.527
- Terapeuta Ocupacional 44 hrs. semanales	\$ 12.442.527
	\$ 3.106.050
-Insumos rehabilitación	
SUB TOTAL	\$ 27.991.104

CESFAM EL CARMEN	RECURSO ANUAL ASIGNADO
Sala de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC):	
- Kinesiólogo 44 hrs. semanales	\$ 12.442.527
- Terapeuta Ocupacional 44 hrs. semanales	\$ 12.442.527
	\$ 3.106.050
-Insumos rehabilitación	
SUB TOTAL	\$ 27.991.104
TOTAL	\$ 55.982.208

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 el logro de los siguientes objetivos:

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.

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

Porcentaje cumplimiento de Metas por componente	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 30%
60% y más	0%
Entre 55% y 59,9%	50%
Entre 50% y 54,9%	75%
Entre 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 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.

En relación a los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos anuales señalados en la cláusula cuarta del presente convenio, entendido que el no cumplimiento a la fecha de corte definido para su evaluación, resulta en la reliquidación de los recursos asignados al mismo. Excepcionalmente, cuando existan razones debidamente fundadas que causen el incumplimiento, como caso fortuito o fuerza mayor, la comuna podrá apelar a la dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un Plan de Trabajo que comprometa el cronograma para cumplir las metas establecidas. A su vez, el Servicio de Salud una vez analizadas las razones expuestas por la comuna y avalando la correspondiente solicitud, podrá solicitar al Ministerio de Salud que no re liquide los recursos asociados al Programa.

No obstante la situación excepcional a que se refiere el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del Programa al 31 de Diciembre y las comunas mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del periodo.

Finalmente, el no cumplimiento de las actividades y metas anuales, podrán incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

SEPTIMA: Los recursos serán transferidos por el Servicio en 2 cuotas: 70% a la total tramitación del acto aprobatorio del convenio y el 30% restante en octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación señalada en el ítem VII del Programa, es decir, contra el grado de cumplimiento del Programa, de conformidad a lo señalado en el punto IX del Programa.

OCTAVA: La Municipalidad deberá informar mensualmente a este Servicio de Salud los ingresos y gastos generados por concepto de las estrategias indicadas en la cláusula cuarta del convenio. Dicha rendición debe ser realizada a través del sistema de monitoreo de convenios, disponible en la página web www.ssasur.cl, banner sistemas de convenios.

Sin perjuicio de lo anterior, las transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República.

Considerando que las actividades a desarrollar por la Municipalidad y estipuladas en este Convenio son de continuidad a las ejecutadas en el año anterior, se aceptarán las rendiciones de

Handwritten signature



cuentas de gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación del acto administrativo que ordena la transferencia y dentro de las fechas de vigencia del convenio, de acuerdo a lo estipulado en el artículo N° 13 de la Resolución N° 30 de la Contraloría general de la Republica que fija el procedimiento sobre rendiciones financieras.

NOVENA: 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, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el Servicio deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

DECIMA: El Servicio podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoria.

DECIMA PRIMERA: Finalizado el periodo de vigencia del presente convenio, el servicio solicitara el reintegro de los recursos del valor correspondiente a la parte no ejecutada de las actividades descritas, objeto de este instrumento.

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

DÉCIMA TERCERA: El presente convenio tendrá vigencia hasta el 31 de diciembre de 2017, 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.

Ahora bien, 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 comenzarán a ser otorgadas en la forma pactada, el 01 de Enero de 2017, no obstante el pago estará condicionado a la total tramitación de la Resolución que lo aprueba, acorde con lo señalado en los dictámenes de la Contraloría General, antes señalados. Mediante convenios complementarios podrán modificarse anualmente los montos a transferir a la Municipalidad en conformidad con el mismo, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sean necesario introducirle en su operación.

DÉCIMA CUARTA: 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 Auditoria, Departamento Jurídico y Oficina de Partes).

DECIMA QUINTA: La personería de don Miguel Becker Alvear para actuar en representación del Municipio de Temuco, consta en acta de instalación del Concejo Municipal de fecha 06 de Diciembre de 2016 y Decreto Alcaldicio N° 3929 de fecha 06 de Diciembre 2016. Por su parte, la personería de Dr. Milton Moya Krause, para representar al Servicio de Salud Araucanía Sur emanada del Decreto Supremo N° 126 de 2015, del Ministerio de Salud.



MIGUEL BECKER ALVEAR
ALCALDE
MUNICIPALIDAD DE TEMUCO



MILTON MOYA KRAUSE
DIRECTOR (T Y P)
SERVICIO SALUD ARAUCANIA SUR



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

ANEXO N°1: DISEÑO DE EVALUACIÓN REHABILITACIÓN DE BASE COMUNITARIA (RBC, RI, RR)										
Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente	Estrategia	Cumplimiento				Peso Indicador
						100%	75%	50%	0%	
PROMOCIÓN										
Contribuir a la generación de redes comunitarias e intersectoriales para el logro de la participación en comunidad (Inclusión social de las PcD)	Participación en Comunidad producto de la intervención del equipo.	10% de las PcD 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	RBC, RI,RR	10 y más	7,5 - 9,9	5 - 7,4	menos de 4,9	30%
TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN										
Disminuir la Discapacidad	Manatener la atención a personas con Discapacidad Leve , Moderada o Severa.	Mantener al menos un 20% de personas con discapacidad (PcD) con Parkinson, secuela ACV, otro deficit secundarios a compromiso neuromuscular	Nº PcD ingresadas con Dg. De Parkinson, secuela ACV, otro Déficit secundario a compromiso neuromuscular / Total ingresos * 100	REM	RBC, RI,RR	20 y más	15-19,9	10-14,9	Menos de 9,9	20%
	Favorecer que las PcD atendidas en APS logren el máximo de autonomía e independencia.	50% de las personas con discapacidad (PcD) reciben alta posterior al cumplimiento del plan de tratamiento.	Nº PcD egresadas / Total ingresos * 100	REM	RBC, RI,RR	50 y más	40-49,9	30-39,9	menos de 29,9	20%
	Personas atendidas en Rehabilitación	60% de la cobertura según meta anual:(RBC:466*0,6=280); (RI:335*0,6=213); (RR:163*0,6=98)	Nº Total de Ingresos / meta por estrategia * 100	REM	RBC, RI,RR	60 y más	50-59,9	40-49,9	Menos de 40	30%
										100%



