1516655

DECRETO Nº 703

TEMUCO, 25 MAYO 2018

VISTOS:

1.- Lo dispuesto en el D.F.L. Nº 1-3063 de 1980, del Ministerio del Interior.

2.- Los D.S. Nº 164 de 1981, Nº 39 y Nº 711 de 1987, del Ministerio de Salud.

3.- La Ley Nº 19.378 de 1995, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

4.- el Decreto Alcaldicio N°- 3985 del 22 de Diciembre de 2017, que aprueba el Presupuesto del Departamento de Salud para el año 2018.

5.- Res. Exta. Nº 4553 del 17-05-2018 que aprueba Convenio Programa de Rehabilitación Integral (Cesfam el Carmen y Cesfam Amanecer), entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco.

6.- Las facultades contenidas en la Ley Nº 18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

DECRETO:

1.- Apruébese, Convenio Programa de Rehabilitación Integral (C.Costos 32.13.00 Cesfam Amanecer; 32.38.00 Cesfam el Carmen), suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco.

2.-El Gasto estimado de $ 57.392.958.-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

PABLO SANCHEZ DIAZ
ALCALDE (S)

CWF/MSR/EAP/CTV/yds.

DISTRIBUCION:

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

Gobierno de Chile

DEPTO. DE SALUD TEMUCO 18 MAYO 2018 RECEPCIÓN OF. PARTES

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

RESOLUCIÓN EXENTA Nº 4553

CDO/FPH/MLTA

TEMUCO, 17 MAYO 2018

VISTOS:

1.- Convenio denominado "CONVENIO PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL EN LA RED DE SALUD", de fecha 4 de abril de 2018, suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco.

CONSIDERANDO:

1.- Que, las partes con fecha 4 de abril de 2018, celebraron convenio denominado "CONVENIO PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL EN LA RED DE SALUD", 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 39, de 2016, 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", de fecha 4 de abril de 2018, suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco, conforme al siguiente tenor:

En Temuco, a 4 de abril de 2018, entre el **SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en Temuco, calle Arturo Prat Nº 969, representado por su Directora Subrogante, Sra. MARÍA CECILIA DÍAZ OBANDO 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 31 del 2017, 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

dificultades en su funcionamiento, apoyar el manejo terapéutico de las personas con discapacidad moderada y sus familias en el contexto comunitario.

4. Desarrollar y/o coordinarse con programas de prevención de discapacidades, promoción de la actividad física y mantención de la funcionalidad a lo largo del ciclo vital, con objetivos de mantención o retardo de procesos que puedan llevar a discapacidad.
5. Desarrollar estrategias para el trabajo con cuidadores de personas con dependencia atendidas en el programa, para que logren las competencias en el cuidado y disminuyan la sobre carga instalando el autocuidado.
6. 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.
7. Contribuir a la generación de redes comunitarias e intersectoriales para el logro de la participación en comunidad (inclusión social) de las personas con discapacidad (PcD) o problemas de funcionamiento.

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 y al Departamento de Modelo de la División de Atención Primaria de Salud del MINSAL. 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

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.
La evaluación se realizará en forma independiente para cada Componente del Programa.
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, 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

prestaciones contempladas en este convenio comenzarán a ser otorgadas en la forma pactada, el 01 de Enero de 2018, 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 SEXTA: 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 SEPTIMA: 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 Maria Cecilia Diaz Obando, para representar al Servicio de Salud Araucanía Sur emana del Decreto Supremo Nº 39, de 2018, del Ministerio de Salud.

ANEXO Nº1: DISEÑO DE EVALUACIÓN REHABILITACIÓN DE BASE COMUNITARIA (RBC, RI, RR)										
Objetivo	**Actividad**	**Meta (RBC/RI/RR)**	**Indicador**	**Fuente**	**Estrategia**	**Cumplimiento**				**Peso Indicador**
						100%	**75%**	**50%**	**0%**	
	PROMOCIÓN									
Contibuir a la generación de redes comunitarias e intersectoriales para el logro de la participación en comunidad (Inclusión social de las PcD)	Participacción 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-28	RBC, RI,RR	10 y más	7,5 - 9,9	5 - 7,4	menos de 4,9	30%
	TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN			**Fuente**	**Estrategia**	**Cumplimiento**				**Peso Indicador**
						100%	**75%**	**50%**	**0%**	
Disminuir la Discapacidad	Manatener la atención a personas con Discapacidad Leve , Moderdada 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 secunadario a compromiso neuromuscular / Total ingresos * 100	REM-28	RBC	20 y más	15-19,9	10-14,9	Menos de 10	20%
		Mantener al menos un 15% de personas con discapacidad (PcD) con Parkinson, secuela ACV, otro deficit secundarios a compromiso neuromuscular		REM-28	RI	15 y más	10-14,9	5-9,9	Menos de 5	
		Mantener al menos un 10% de personas con discapacidad (PcD) con Parkinson, secuela ACV, otro deficit secundarios a compromiso neuromuscular		REM-28	RR	10 y más	7,5-9,9	5-7,4	Menos de 5	
	Favorecer que las PcD atendidas en APS logren el máximo de autonomía e independencia.	60% de las personas con discapacidad (PcD) reciben alta posterior al cumplimiento del plan de tratamiento.	Nº PcD egresadas / Total ingresos * 100	REM-28	RBC, RI	50 y más	40-49,9	30-39,9	menos de 30	20%
		30% de las personas con discapacidad (PcD) reciben alta posterior al cumplimiento del plan de tratamiento.		REM-28	RR	30 y más	20-29,9	10-19,9	Menos de 10	
Cobertura	Personas atendidas en Rehabilitación	60% de la cobertura anual. Meta anual: **RBC:466; RI:335; RR:163**	Nº Total de Ingresos / meta por estrategia * 100	REM-28	RBC, RI, RR	60 y más	50-59,9	40-49,9	Menos de 40	30%
Los indicadores descritos en esta tabla son los que se encuentran sujetos a reliquidación del Programa de Rehabilitación Integral										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

SERVICIO SALUD ARAUCANIA SUR
DIRECCION
IX REGION

SRA. MARIA CECILIA DIAZ OBANDO
DIRECTORA SUBROGANTE
SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR

16.05.18/N°561
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 4 de abril de 2018, entre el **SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en Temuco, calle Arturo Prat N° 969, representado por su Directora Subrogante, Sra. MARÍA CECILIA DÍAZ OBANDO 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° 31 del 2017, 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° 29, de fecha 08 de enero 2018, del Ministerio de Salud, y por Resolución Exenta N°82, de fecha 19 de enero de 2018, del Ministerio de Salud, se distribuyen recursos al Programa, ambas resoluciones se entienden forman parte integrante del mismo, el que la Municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

MUNICIPALIDAD DE TEMUCO DIRECTOR CESFAM DEPARTAMENTO DE SALUD

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 (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 **$ 57.392.958.-** para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior.

05/05/18

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

MUNICIPALIDAD DE TEMUCO DIRECTOR Departamento de Salud

CESFAM AMANECER	**RECURSO ANUAL ASIGNADO**
Centro de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC):	
- Kinesiólogo 44 hrs. semanales	$ 12.756.079
- Terapeuta Ocupacional 44 hrs. semanales	$ 12.756.078
-Insumos rehabilitación	$ 3.184.322
SUB TOTAL	**$28.696.479**

CESFAM EL CARMEN	RECURSO ANUAL ASIGNADO
Sala de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC): - Kinesiólogo 44 hrs. semanales - Terapeuta Ocupacional 44 hrs. semanales	 $ 12.756.079 $ 12.756.078
-Insumos rehabilitación	$ 3.184.322
SUB TOTAL	**$28.696.479**
TOTAL COMUNAL	**$ 57.392.958**

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 especificas 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, la promoción y la prevención de los problemas de salud física y sensorial 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 las personas con discapacidad leve, moderada y severa con objetivos de rehabilitación o aquellas personas que presenten dificultades en su funcionamiento, apoyar el manejo terapéutico de las personas con discapacidad moderada y sus familias en el contexto comunitario.
4. Desarrollar y/o coordinarse con programas de prevención de discapacidades, promoción de la actividad física y mantención de la funcionalidad a lo largo del ciclo vital, con objetivos de mantención o retardo de procesos que puedan llevar a discapacidad.
5. Desarrollar estrategias para el trabajo con cuidadores de personas con dependencia atendidas en el programa, para que logren las competencias en el cuidado y disminuyan la sobre carga instalando el autocuidado.
6. 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.
7. Contribuir a la generación de redes comunitarias e intersectoriales para el logro de la participación en comunidad (inclusión social) de las personas con discapacidad (PcD) o problemas de funcionamiento.

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 y al Departamento de Modelo de la División de Atención Primaria de Salud del MINSAL. 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

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

DECIMA PRIMERA: 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.

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

DÉCIMA TERCERA: 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 CUARTA: 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 QUINTA: El presente convenio tendrá vigencia hasta el 31 de diciembre de 2018, sin perjuicio de lo anterior, previa rendición del saldo no ejecutado y siempre que el programa cuente disponibilidad presupuestaria para el año siguiente, su vigencia se prorrogará automáticamente hasta el 31 de diciembre del año siguiente. Dicha prorroga se formalizará mediante resolución exenta del Servicio de Salud, fijando las metas comprometidas y los recursos asociados a dicha prorroga. Ahora bien, conforme al dictamen Nº16.037, de fecha 10.04.2008 y Nº 11.189, de 2008, ambos 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 2018, 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 SEXTA: 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 SEPTIMA: 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 Maria Cecilia Diaz Obando, para representar al Servicio de Salud Araucanía Sur emana del Decreto Supremo Nº 39 de 2018, del Ministerio de Salud.

MUNICIPALIDAD DE TEMUCO DIRECTOR CESFAM DEPARTAMENTO DE SALUD

MUNICIPALIDAD DE TEMUCO DIRECTOR Departamento de Salud

MUNICIPALIDAD TEMUCO ALCALDE

SERVICIO SALUD ARAUCANIA SUR DIRECCION IX REGION

MUNICIPALIDAD TEMUCO DIRECCION JURIDICA V°B°

SR. MIGUEL BECKER ALVEAR
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD TEMUCO

SRA. MARIA CECILIA DIAZ OBANDO
DIRECTORA (S)
SERVICIO SALUD ARAUCANIA SUR

ANEXO Nº1: DISEÑO DE EVALUACIÓN PROGRAMA REHABILITACIÓN

ANEXO Nº1: DISEÑO DE EVALUACIÓN REHABILITACIÓN DE BASE COMUNITARIA (RBC, RI, RR)										
Objetivo	**Actividad**	**Meta (RBC/RI/RR)**	**Indicador**	**Fuente**	**Estrategia**	**Cumplimiento**				**Peso Indicador**
						100%	**75%**	**50%**	**0%**	
	PROMOCIÓN									
Contibuir a la generación de redes comunitarias e intersectoriales para el logro de la participación en comunidad (Inclusión social de las PcD)	Participacción 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-28	RBC, RI,RR	10 y más	7,5 - 9,9	5 - 7,4	menos de 4,9	30%
	TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN			**Fuente**	**Estrategia**	**Cumplimiento**				**Peso Indicador**
						100%	**75%**	**50%**	**0%**	
Disminuir la Discapacidad	Manatener la atención a personas con Discapacidad Leve , Moderdada 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 secunadario a compromiso neuromuscular / Total ingresos * 100	REM-28	RBC	20 y más	15-19,9	10-14,9	Menos de 10	20%
		Mantener al menos un 15% de personas con discapacidad (PcD) con Parkinson, secuela ACV, otro deficit secundarios a compromiso neuromuscular		REM-28	RI	15 y más	10-14,9	5-9,9	Menos de 5	
		Mantener al menos un 10% de personas con discapacidad (PcD) con Parkinson, secuela ACV, otro deficit secundarios a compromiso neuromuscular		REM-28	RR	10 y más	7,5-9,9	5-7,4	Menos de 5	
	Favorecer que las PcD atendidas en APS logren el máximo de autonomía e independencia.	60% de las personas con discapacidad (PcD) reciben alta posterior al cumplimiento del plan de tratamiento.	Nº PcD egresadas / Total ingresos * 100	REM-28	RBC, RI	50 y más	40-49,9	30-39,9	menos de 30	20%
		30% de las personas con discapacidad (PcD) reciben alta posterior al cumplimiento del plan de tratamiento.		REM-28	RR	30 y más	20-29,9	10-19,9	Menos de 10	
Cobertura	Personas atendidas en Rehabilitación	60% de la cobertura anual. Meta anual: **RBC:466; RI:335; RR:163**	Nº Total de Ingresos / meta por estrategia * 100	REM-28	RBC, RI, RR	60 y más	50-59,9	40-49,9	Menos de 40	30%
Los indicadores descritos en esta tabla son los que se encuentran sujetos a reliquidación del Programa de Rehabilitación Integral										100%