



DECRETO N° **196**  
TEMUCO,  
**08 MAYO 2012**

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.- Convenio Programa de Rehabilitación Integral en La Red de Salud "Rehabilitación Base Comunitaria (RBC)", de fecha 27 de Marzo 2012, suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco.
- 5.- 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 "Rehabilitación Base Comunitaria (RBC)", de fecha 27 de Marzo 2012, 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**

MUNICIPALIDAD DE TEMUCO  
DIRECCION DE CONTROL  
SECRETARIO MUNICIPAL  
MUNICIPALIDAD TEMUCO

JUAN ARNEGA NAVARRO  
SECRETARIO MUNICIPAL

MUNICIPALIDAD TEMUCO  
ALCALDE  
MIGUEL DECKER ALVEAR  
ALCALDE

MUNICIPALIDAD DE TEMUCO  
DIRECTOR  
Departamento de Salud  
CVP/M/SR/ EAP/elp.

- DISTRIBUCION:
- Of. de Partes Municipal
  - Departamento de Salud



**REF.:** Aprueba convenio Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud con Municipalidad de Temuco (Centro Comunitario de Rehabilitación Temuco).

## **RESOLUCIÓN EXENTA Nº 1732**

**TEMUCO, 03 MAY 2012**

### **MABSCH/FPH/CPC**

**VISTOS ;** estos antecedentes :

- 1.- DFL Nº 1 3063/80 del Ministerio de Salud y sus modificaciones posteriores, mediante el cual se produjo el traspaso de Establecimientos de Salud a los Municipios.
- 2.- Resolución Exenta Nº 48 de fecha 24 de enero de 2012, del Ministerio de Salud, que aprueba Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud.
- 3.- Resolución Exenta Nº 403 de fecha 3 de febrero de 2012 del Ministerio de Salud que distribuye recursos del programa señalado.
- 4.- Convenio Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud, suscrito con fecha 27 de marzo de 2012, entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y el Municipio de Temuco.

### **CONSIDERANDO:**

- 1.- Que de acuerdo a lo establecido en el inciso segundo del artículo 56 de la Ley Nº 19.378 y en el artículo 6º del Decreto Nº 876, de 2000, del Ministerio de Salud, que determina aporte estatal a las entidades administradoras de salud municipal, el aporte estatal mensual puede incrementarse en el caso que las normas técnicas, planes y programas que imparte el Ministerio de Salud importen un mayor gasto para la municipalidad.

**TENIENDO PRESENTE,** lo dispuesto en :

- 1.- DFL Nº1/05 que fija el texto refundido del DL. 2763/79 y DS. 140/05 que crea y Reglamenta los Servicios de Salud respectivamente.
- 2.- Decreto Supremo Nº 120, de 2010, del Ministerio de Salud, que me designa como Directora del Servicio de Salud Araucanía Sur.
- 3.- Art. 56 Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria Municipal.
- 4.- Resolución 1.600/08 de la Contraloría General de la República; dicto la siguiente:

### **RESOLUCION**

**1.-APRUÉBASE,** el Convenio Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud, suscrito con fecha 27 de marzo de 2012, entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y el Municipio de Temuco, que se entiende parte integrante de esta resolución, cuyas cláusulas son las siguientes:

En Temuco, a 27 de marzo de 2012 entre el **SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR**, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Prat 969, representado por su Directora DRA. **MARIA ANGELICA BARRIA SCHULMEYER**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la Ilustre Municipalidad de **TEMUCO**, persona jurídica de derecho público domiciliada en calle 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:

**PRIMERO:** 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° N° 59 del 2011, 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".

**SEGUNDO:** 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 N° 48 de 24 de enero del 2012 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.

**TERCERO:** 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).-**

**CUARTO:** 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 **\$ 23.059.984.-**, 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:**

CENTRO COMUNITARIO DE REHABILITACIÓN. TEMUCO	RECURSO ANUAL ASIGNADO
Rehabilitación Base Comunitaria(RBC):	
-Kinesiólogo 44hrs semanales	\$10.250.559.-
-Terapeuta Ocupacional 44 hrs. semanales	\$10.250.559.-
-Insumos	\$2.558.866.-
<b>TOTAL RECURSOS</b>	<b>\$23.059.984.-</b>

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.

**QUINTO:** El Municipio 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.

**SEXTO:** 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:

El REM-28 será 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 (Anexo 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.

**SÉPTIMO:** Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas (60% - 40%), la 1º cuota contra total tramitación del convenio y resolución aprobatoria y la 2º cuota contra el grado de cumplimiento.

**OCTAVO:** 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.

**NOVENO:** El Servicio velará por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Atención Primaria y Red Asistencial, no obstante lo anterior el Servicio podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su del Dpto. 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.

**DÉCIMO:** 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.

**DÉCIMO PRIMERO:** 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.

**DÉCIMO SEGUNDO:** El presente convenio tiene vigencia hasta el 31 de diciembre del año en curso. Ahora bien, conforme a los Dictámenes N°s 16.037, de 2008 y 11.189, de 2008 de la Contraloría General de la República, las partes establecen que por razones de buen servicio las prestaciones contempladas en este convenio comenzaron a ser otorgadas en la forma pactada el 1 Enero del 2012, no obstante el pago estará condicionado a la total tramitación de la resolución que lo aprueba, acorde con lo señalado en los dictámenes antes señalados.

Sin perjuicio de lo anterior, 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 sea necesario introducirle en su operación.

**DÉCIMO TERCERO:** El presente convenio se firma en diez 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).

**DÉCIMO CUARTO:** La personería de Miguel Becker Alvear para actuar en representación del Municipio de Temuco, consta de acta de instalación del Concejo Municipal de fecha 06 de diciembre de 2008 y en Decreto Alcaldicio N° 3.341 de fecha de Diciembre de 2008. Por su parte, la personería de María Angélica Barría Schulmeyer, para representar al Servicio de Salud Araucanía Sur emana Decreto Supremo N° 120, de 2010, del Ministerio de Salud.

**2.- SUMA QUE SE TRASPASA:** El Servicio de Salud en representación del Ministerio, traspasará la suma de **\$23.059.984**, en la forma y condiciones establecidas en la cláusula SÉPTIMA del convenio que se aprueba por este acto.

**3.- DÉJASE CONSTANCIA,** del hecho de que finalizado el período de vigencia del presente convenio, el Municipio faculta al Servicio para descontar de la transferencia regular de atención primaria, el valor correspondiente a la parte no ejecutada de este convenio.

**4.-IMPÚTESE,** el gasto que irroque el presente convenio al Item N° 24-03-298 del presupuesto del Servicio según la naturaleza del mismo.

**5.- NOTIFÍQUESE** la presente Resolución al Sr. Alcalde de la Municipalidad de Temuco, remitiéndole copia íntegra de la misma.

#### ANOTESE Y COMUNIQUESE



**MARÍA ANGÉLICA BARRÍA SCHULMEYER**  
**DIRECTORA**  
**SERVICIO SALUD ARAUCANIA SUR**

N° 682 / 26.04.2012

#### **Distribución:**

- Municipalidad de Temuco (2)
- División de Atención Primaria, Minsal
- Depto. de Gestión de Recursos Financieros APS, Minsal
- Depto. de Atención Primaria y Red Asistencial
- Dpto. Asesoría Jurídica
- Dpto. de Finanzas
- Depto. de Auditoría
- Archivo



**SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR  
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y RED ASISTENCIAL  
DEPARTAMENTO DE ASESORÍA JURÍDICA**

MABSCH/MPN/JCC/CPC/LEC

**CONVENIO  
PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL EN LA RED DE SALUD**

En Temuco, a 27 de marzo de 2012 entre el **SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR**, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Prat 969, representado por su Directora DRA. **MARIA ANGELICA BARRIA SCHULMEYER**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la Ilustre Municipalidad de **TEMUCO**, persona jurídica de derecho público domiciliada en calle 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:

**PRIMERO:** 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° N° 59 del 2011, 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".

**SEGUNDO:** 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, enamadas 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° 48 de 24 de enero del 2012 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.

**TERCERO:** 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).-**

**CUARTO:** 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 **\$ 23.059.984.-**, 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:

<b>CENTRO COMUNITARIO DE REHABILITACIÓN. TEMUCO</b>	<b>RECURSO ANUAL ASIGNADO</b>
<b>Rehabilitación Base Comunitaria(RBC):</b> -Kinesiólogo 44hrs semanales -Terapeuta Ocupacional 44 hrs. semanales	\$10.250.559.- \$10.250.559.-
-Insumos	\$2.558.866.-
<b>TOTAL RECURSOS</b>	<b>\$23.059.984.-</b>

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.

**QUINTO:** El Municipio 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.

**SEXTO:** 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:

El REM-28 será 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 (Anexo 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.

29/04/12





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.

**SÉPTIMO:** Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas (60% - 40%), la 1º cuota contra total tramitación del convenio y resolución aprobatoria y la 2º cuota contra el grado de cumplimiento.

**OCTAVO:** 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.

**NOVENO:** El Servicio velará por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Atención Primaria y Red Asistencial, no obstante lo anterior el Servicio podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Dpto. 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.

**DÉCIMO:** 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.

**DÉCIMO PRIMERO:** 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.



**DÉCIMO SEGUNDO:** El presente convenio tiene vigencia hasta el 31 de diciembre del año en curso. Ahora bien, conforme a los Dictámenes N°s 16.037, de 2008 y 11.189, de 2008 de la Contraloría General de la República, las partes establecen que por razones de buen servicio las prestaciones contempladas en este convenio comenzaron a ser otorgadas en la forma pactada el 1 Enero del 2012, no obstante el pago estará condicionado a la total tramitación de la resolución que lo aprueba, acorde con lo señalado en los dictámenes antes señalados.

Sin perjuicio de lo anterior, 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 sea necesario introducirle en su operación.

**DÉCIMO TERCERO:** El presente convenio se firma en diez 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).

**DÉCIMO CUARTO:** La personería de Miguel Becker Alvear para actuar en representación del Municipio de Temuco, consta de acta de instalación del Concejo Municipal de fecha 06 de diciembre de 2008 y en Decreto Alcaldicio N° 3.341 de fecha de Diciembre de 2008. Por su parte, la personería de María Angélica Barria Schulmeyer, para representar al Servicio de Salud Araucanía Sur emana Decreto Supremo N° 120, de 2010, del Ministerio de Salud.

  
  
MIGUEL BECKER ALVEAR  
ALCALDE MUNICIPALIDAD  
TEMUCO  
  
MARIA ANGELICA BARRIA SCHULMEYER  
DIRECTORA  
SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR  


02/02/12

  
MUNICIPALIDAD DE TEMUCO  
DIRECTOR  
Departamento de Salud

  
SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR  
DIRECCION  
IX REGION



20/04/12

## ANEXO N°2: DISEÑO DE EVALUACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL CON BASE COMUNITARIA (RBC)

Este Convenio será evaluado como estrategia **RBC**

EVALUACION	Actividad	Metas por estrategia			Indicador	Fuente	Estrategia	Cumplimientos				Peso RBC	Peso RI	Peso RR	
		RBC	RI	RR				100%	75%	50%	Menos%				
Resultados obtenidos en las personas en situación de discapacidad	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 /total de ingresos *100	RBM	RBC	10 y más	7,5- 9,9	5 - 7,4	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 egresadas/Total ingresos*100	RI		5 y más	4-4,9	3-3,9	menos de 2,9		20			
					RR		5 y más	4-4,9	3-3,9	menos de 2,9			20		
	*Familia con integrante en rehabilitación física"		50% PsD con Visita Domiciliaria Integral	Nº PsD con Visita Domiciliaria Integral/Total ingresos*100	RBM	50 y más	40- 49,9	30 - 39,9	menos de 29 ,9		30				
					RR	50 y más	40- 49,9	30 - 39,9	menos de 29 ,9			30			
Resultados obtenidos en las PsD de acuerdo a problemas de salud	Ingresos y egresos	Metas por estrategia			Indicador	Fuente	Estrategia	Cumplimientos				Peso RBC	Peso RI	Peso RR	
	RBC	RI	RR	100%				75%	50%	Menos%					
	Síndrome Doloroso de origen traumático	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	Mantener al menos un 20% de PsD con Parkinson , secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Nº PsD ingresados con Dg de parkinson, secuela de AVE, otro déficit secundario a compromiso neuromuscular/ Total Ingresos*100	RBM	RBC	20y más	15-19,9	10- 14,9	menos de 9,9	30			
	Síndrome Doloroso de origen no traumático						RI	15 y más	10- 14,9	5-9,9	menos de 4,9		30		
	Artrosis Leve y Moderada de rodilla y cadera						RR	20y más	15-19,9	10- 14,9	menos de 9,9			30	
	TEC														
	Parkinson														
Otro déficit secundario a compromiso neuromuscular															
Otros															
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	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	RBM	RBC, RI, RR	50 y más	40- 49,9	30 - 39,9	menos de 29 ,9	20	20	20		
											100	100	100		