

I. MUNICIPALIDAD DE REQUINOA

DECRETO ALCALDICIO N° 1539 /

APRUEBA CONVENIO QUE INDICA.

REQUINOA, 01 de Junio de 2012.

Esta Alcaldía decretó hoy lo siguiente :

CONSIDERANDO :

Que con fecha 20.02.2012 se celebró entre la I. Municipalidad de Requínoa y el Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O'Higgins, Convenio Atención Primaria Salud Municipal "**Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud, 2012**".

La Resolución Exenta N° 0845 de fecha 27.03.2012, del Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O'Higgins, mediante el cual aprueba Convenio.

VISTOS :

Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades, Texto Refundido coordinado y sistematizado, fijado por el D.F.L. N° 1 del Ministerio del Interior año 2006.

DECRETO :

APRUEBASE Convenio de fecha 20.02.2012, suscrito entre la I. Municipalidad de Requínoa, representada por su Alcalde y el Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O'Higgins, Convenio Atención Primaria Salud Municipal "**Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud, 2012**". Monto asignado para la ejecución del Programa \$ 26.086.485.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.



M. ANGELICA VILLARREAL SCARABELLO
SECRETARIO MUNICIPAL



ANTONIO SILVA VARGAS
ALCALDE

ASV/MAVS/avc.

DISTRIBUCIÓN :

Secretaría Municipal (2)

Dirección Adm. y Finanzas (1)

CESFAM (1)

Archivo Convenios (1)

Archivo



ASESORÍA JURÍDICA
DR. CGP / DR.HMA /LCS / CVN/ PVG /RAP.

Salud
6

I MUNICIPALIDAD DE REQUINOA
OFICINA DE PARTES

Fecha: 01.06.12
Folio: 105
Línea: 8

N° 236
19/03/12

RESOLUCIÓN EXENTA N°

0845

RANCAGUA, 27 MAR 2012

VISTOS:

Estos antecedentes; Cadena Custodia N° 25, de 2012, Dirección Atención Primaria; Resoluciones Exentas N°s 48, del 24 de enero; y N° 403, de 03 de febrero de 2012, del Ministerio de Salud; Convenios "*Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud, 2012*", suscritos entre el Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O'Higgins, con las Municipalidades de la Región, que se indicarán; y teniendo presente lo dispuesto en la Resolución N° 1600 de 2008, de la Contraloría General de la República, y en uso de las facultades legales y reglamentarias que me concede el D.L. N° 2763 de 1979, texto refundido, coordinado y sistematizado por el D.F.L. N° 1/05; modificaciones introducidas por la Ley N° 19.937; D.S. N° 140/04 y D.S. N° 11/11, del Ministerio de Salud, dicto la siguiente;

RESOLUCION:

1.- APRUEBASE, Convenios "*Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud, 2012*", suscritos entre el Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O'Higgins y las Ilustres Municipalidades de la Región, según fechas y términos que en ellos se establecen, a saber:

MUNICIPALIDAD	RUT	REPRESENTANTE
I. MUNICIP. REQUINOA	69.081.300-9	LUIS SILVA VARGAS
I. MUNICIP. PUMANQUE	69.090.800-K	JORGE JORQUERA GONZALEZ
I. MUNICIP. LITUECHE	69.091.100-0	JOSE CORNEJO CERON
I. MUNICIP. CHIMBARONGO	69.090.300-8	COSME MELLADO PINO
I. MUNICIP. SANTA CRUZ (Estrategia: Rehabilitación Integral Osteomuscular)	69.090.600-7	HECTOR VALENZUELA VALENZUELA
I. MUNICIP. SANTA CRUZ (Estrategia: Rehabilitación de Base Comunitaria CC R Santa Cruz Expansión 2012)	69.090.600-7	HECTOR VALENZUELA VALENZUELA
I. MUNICIP. MARCHIGUE	69.091.300-3	HECTOR FLORES PEÑALOZA
I. MUNICIP. MACHALI	69.080.200-7	JOSE URRUTIA CELIS
I. MUNICIP. LA ESTRELLA	69.091.400-K	GASTON FERNANDEZ MORI
I. MUNICIP. DOÑIHUE	69.080.600-2	BELISARIO BASTIAS ESPINOZA
I. MUNICIP. SAN FERNANDO	69.090.100-5	JUAN MOLINA CONTRERAS

2.- DEJASE ESTABLECIDO que los convenios ya aprobados en el punto anterior, pasan a formar parte integrante de ésta Resolución para todos los fines que fueren pertinentes.

3.- DEJASE ESTABLECIDO que el Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O'Higgins, deberá dar estricto cumplimiento a lo mandado en la cláusula undécima de los convenios antes individualizados.

4.- IMPUTESE el gasto que representen los convenios referidos, al Item Presupuestario N° 24-03-298-002, del presupuesto asignado al Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O'Higgins, "*Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud, 2012.*"

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE,



DR. CRISTIAN GABELLA PETRIDIS
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD DEL LIBERTADOR
GENERAL BERNARDO O'HIGGINS

Transcrito Fielmente

Ministro de Fe



DISTRIBUCIÓN

- Mun. Indicadas.
- MINSAL APS.
- Subsecretaría Redes Asist. MINSAL
- SEREMI Salud. Reg. O'Higgins.
- Subd. RR.FF y Financ. DSS
- Direcc. APS (Pablo Villanueva) DSS
- Jefe Auditoría.
- Jefe Sub. Depto Finanzas.
- Depto. Jurídico
- Partes y Archivo.



DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA
DR. HMA/ ABOG. LCS/ ING. CVN/ KLGQ. PVG

CONVENIO
PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA RED DE SALUD – 2012
SERVICIO DE SALUD DEL LIBERTADOR GENERAL BERNARDO O'HIGGINS

E

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE REQUINOA

En Rancagua, a 20 de Febrero de 2012, entre el Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O'Higgins, persona jurídica de derecho público, RUT N° 61.606.800-8, representado por su Director Dr. Cristian Gabella Petridis, ambos domiciliados en Alameda N° 609, Rancagua, en adelante **"El Servicio"** y la Ilustre Municipalidad de Requinoa, persona jurídica de derecho público RUT N° 69.081.300-9, representada por su Alcalde Don Luis Silva Vargas, ambos domiciliados en Comercio N° 121, Requinoa, 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° 132 del 2010, 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, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 48 de fecha, 24 de Enero de 2012, del Ministerio de Salud. Anexo al presente convenio y que se entiende formar parte integrante del mismo, él que **"La Municipalidad"** se obliga a desarrollar en virtud del presente instrumento.

TERCERO: El Ministerio de Salud, a través de **"El Servicio"**, conviene en asignar a **"La Municipalidad"** recursos destinados a financiar todas o algunas de los siguientes componentes del programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud.

- 1) **Componente 1: Artrosis (Avance GES)**
- 2) **Componente 2: Salas de Rehabilitación Basada en la Comunidad o Centros de Rehabilitación de Base Comunitaria**
- 3) **Componente 3: Salas de Rehabilitación Integral Osteomuscular**
- 4) **Componente 4: Equipo Rural.**

CUARTO: Conforme lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través de “**El Servicio**”, conviene en asignar a “**La Municipalidad**”, la suma única y anual de **\$ 26.086.485 (Veintiséis millones ochenta y seis mil cuatrocientos ochenta y cinco pesos)** asignados para:

Estrategia	Especificación	Recurso Anual
Rehabilitación de Base Comunitaria CCR Requinoa 2012	Recurso Humano	\$ 20.501.118
	Insumos	\$ 2.558.866
	Equipamiento	3.056.501
	Total	\$ 26.086.485

“**La Municipalidad**” se obliga 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: “la Municipalidad” se obliga 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 “**El Servicio.**”

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 al encargado de rehabilitación de “**El Servicio**”, Sr. Pablo Villanueva Galaz, 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 del año en curso, si es que su cumplimiento es inferior al 75%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento de Metas por componente	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 40%
75% y más	0%
Entre 65% y 74%	50%
Entre 51 y 64	75%
50% 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.

SEPTIMO: Los recursos serán transferidos por “**El Servicio**” a “**La Municipalidad**”, en 2 cuotas, la primera cuota correspondiente al 60 % contra total tramitación del convenio y resolución aprobatoria y la segunda cuota correspondiente al 40 % Restante de la Remesa contra el grado de cumplimiento.

OCTAVO: Para lograr los objetivos antes descritos “**El Servicio**” transferirá a “**La Municipalidad**” las sumas ya indicadas precedentemente para el financiamiento de las especificaciones detalladas desarrollado en la Comuna de Requinoa.

NOVENO: “**La Municipalidad**” en su rol gestor, deberá efectuar todos los procedimientos necesarios para alcanzar la eficacia de este programa, de acuerdo a las normas y reglas correspondientes, bajo apercibimiento de devolución de devolución inmediata de los montos transferidos en la numeral cuarta, para el caso que no se formalizare o llevarse a cabo cualquiera de las estrategias propias del programa. Asimismo los establecimientos en donde se lleve a cabo el programa deben designar un encargado o jefe del programa, el cual debe ser informado al encargado del programa regional, este encargado será responsable de lo antes mencionado y además tendrá corresponsabilidad con el habilitado de finanzas de los registros en Sistema de Control Interno e Integrado (SCII)

DECIMO: El encargado de programa deberá elaborar y presentar cuadro programación de las actividades con cantidades y montos comprometidos respecto a Recursos Humanos, esto deberá ser entregado con plazo hasta el 30 de Junio del 2012, con el flujo de caja de ingresos y egresos que respalde el manejo de los fondos.

UNDECIMO: Para dar estricto cumplimiento a lo establecido en el presente convenio y demás políticas de auditoría y otras determinadas por “**El Servicio**”, este último designa para todos los fines que fueren pertinentes como coordinador responsable, supervisor y fiscalizador, al asesor de la Dirección de Atención Primaria, don Pablo Villanueva Galaz y a Doña Carolin Valenzuela Núñez, Asesora Financiera, o quien los subrogue, quien detentará las facultades necesarias para lograr su óptimo cometido.

No obstante lo anterior, los funcionarios aludidos en su rol encomendado, deberán a lo menos disponer de un monitoreo sobre los gastos involucrados y la eficacia en la ejecución de los objetivos del programa por parte de “La Municipalidad”, en periodos bimensuales a lo menos, y/o con la periodicidad que consideren pertinente, a fin de evitar incluso eventuales excedentes de recursos en la ejecución antes referida que pudieren ser en desmedro de otras comunas.

DUODECIMO: “La Municipalidad” debe tener una visión integradora y de cooperación con el Hospital de referencia local donde desarrolla sus acciones y a su vez con el Hospital base, esto con el fin de cumplir metas comunales y regionales.

DECIMO TERCERO: Para efectos de dar cumplimiento a lo instruido por la Contraloría Regional, en cuanto a programas de salud de la atención primaria, que se consignan en su Oficio N° 300, de fecha 07 de febrero de 2006, **“La Municipalidad”** deberá cumplir lo siguiente:

a) Deberá disponer de una cuenta corriente exclusiva para el manejo de los fondos en administración destinados a la ejecución de los Programas de Atención Primaria, con la finalidad de mantener un control eficiente de dichas remesas e independiente de los demás ingresos y egresos del Departamento; **b.)** Deberá agregar el presente convenio al expediente que tiene que tener formado con todos los convenios de distintos Programas de Salud de la Atención Primaria emanados de **“El Servicio”**; **c.)** El coordinador del Programa objeto de este convenio deberá establecer un cronograma donde se incluyan las actividades a realizar, las fechas y horarios de ejecución, el personal responsable y un presupuesto de gasto asociado a cada actividad; **d.)** La ejecución del Programa debe ser dentro del periodo de vigencia del presente convenio, de lo contrario, sin perjuicio de lo establecido inherentemente en otras cláusulas del mismo, deberá devolver los fondos no aplicados a **“El Servicio”**; **e.)** Preparar mensualmente, rendiciones de cuenta por el Programa, que deben contener la documentación de respaldo suficiente que permita verificar a la Contraloría Regional y **“El Servicio”** la pertinencia de los gastos conforme a los objetivos definidos por el nivel central y el avance técnico y financiero del Programa; **f.)** Por cada visita inspectiva que realice **“El Servicio”**, deberá exigir el levantamiento de un Acta de Visita, a fin que queda constancia de tal situación, hechos observados e instrucciones o sugerencias impartidas, entre otras que se consignan en el documento previamente individualizado, el que las partes dan por reconocido y pasa a formar parte integrante del presente convenio, para todos los fines que fueren pertinentes.

DECIMO CUARTO: “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.

DECIMO QUINTO: “El Servicio” podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría, conjuntamente a ello cada Departamento de Salud deberá utilizar y registrar los gastos devengados del programa en forma periódica y sustentable en la documentación contable en el sistema de Control Interno Integrado **“SCII”**.

DECIMO SEXTO: 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.

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

DÉCIMO OCTAVO: El presente convenio rige a contar del primero de enero de 2011 y terminará el 31 de diciembre del mismo año citado, si ninguna de las partes manifiesta intención de terminarlo anticipadamente, lo que de provocarse, deberá ser comunicado mediante carta certificada, en un plazo no superior a 30 días previo a su término.

Sin perjuicio de lo anterior **“La Municipalidad”** faculta expresamente a **“El Servicio”** para que éste pudiere terminarlo en cualquier momento y en forma unilateral, situación que de ocurrir, será comunicada en el plazo y forma que el indicado estime conveniente.

DÉCIMO NOVENO: La personería del Dr. Cristian Gabella Petridis, como Director de **“El Servicio”**, consta en el Decreto Supremo N° 11, de fecha 24 de Febrero de 2011, del Ministerio de Salud y la personería de Don Luis Silva Vargas, como Alcalde de **“La Municipalidad”**, consta del Decreto N° 1912 del 09 de Diciembre de 2008

VIGESIMO: Para los efectos derivados del presente convenio, las partes fijan domicilio en Rancagua y se someten a la jurisdicción de sus Tribunales.

VIGESIMO PRIMERO: El presente convenio se firma en ocho ejemplares, quedando tres en poder de "El Servicio", uno en poder de "La Municipalidad", y los dos restantes en la del Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales y la División de Atención Primaria.



DR. CRISTIAN GABELLA PETRIDIS
DIRECTOR SERVICIO DE SALUD REGIÓN
DEL LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS



LUIS SILVA VARGAS
ALCALDE ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE
REQUINOA

ANEXO N°1:

DISEÑO DE EVALUACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL CON BASE COMUNITARIA (RBC) Y REHABILITACIÓN INTEGRAL OSTEOMUSCULAR EVALUACIÓN AL 31 DE AGOSTO.

AREA DE EVALUACION	Actividad	Metas por estrategia			Indicador	Fuente	Estrategia	Cumplimientos				Peso RBC	Peso RI	Peso RR
		RBC	RI	RR				100%	75%	50%	0			
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)	N° personas que logran inclusión /total de ingresos *100	REM	RBC	10 y más	7,5-9,9	5 - 7,4	menos de 4,9	20		
							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
	Egreso posterior a cumplimiento del Plan de tratamiento	50% de PsD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo	50% de PsD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo		N°PsD egresadas/Total ingresos*100	REM	RBC	50 y más	40-49,9	30 - 39,9	menos de 29 ,9	30		
							RI	50 y más	40-49,9	30 - 39,9	menos de 29 ,9		30	
"Familia con integrante en rehabilitación física"			100% PsD con Visita Domiciliaria Integral	N° PsD con Visita Domiciliaria Integral/Total ingresos*100	REM	RR	70% y más	61-69,9	50- 60,9	49,9 y menos			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 Síndrome Doloroso de origen no traumático Artrosis Leve y Moderada de rodilla y cadera TEC Parkinson Otro déficit secundario a compromiso neuromuscular Otros Rehabilitación Física: Actividades de prevención de discapacidad	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	N° PsD ingresados con Dg de parkinson, secuela de AVE, otro déficit secundario a compromiso neuromuscular/ Total Ingresos*100	REM	RBC	20y más	15-19,9	10- 14,9	menos de 9,9	30														
							15 y más	10- 14,9	5-9,9	menos de 4,9				30											
							20y más	15-19,9	10- 14,9	menos de 9,9															
														REM	RR							20		30	
								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				N° de actividades de educación grupal/ total de actividades de educación grupal + actividades de educación para la salud *100	REM	RBC, RI, RR	50 y más	40- 49,9	30 - 39,9	menos de 29,9		20	20	20	
																						100	100	100	

ANEXO N°2:

DISEÑO DE EVALUACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL CON BASE COMUNITARIA (RBC) Y REHABILITACIÓN INTEGRAL OSTEOMUSCULAR EVALUACIÓN CORTE DICIEMBRE.

AREA DE EVALUACION	Actividad	Metas por estrategia			Indicador	Fuente	Estrategia	Cumplimientos				Peso
		RBC	RI	RR				100%	75%	50%	0	
Resultados obtenidos en las personas en situación de discapacidad	Procedimientos y/o prestaciones	10 % de los procedimientos corresponden a fisioterapia.	10 % de los procedimientos corresponden a fisioterapia.	10 % de los procedimientos corresponden a fisioterapia.	N° total procedimientos fisioterapia / total de procedimientos *100	REM	RBC, RI, RR	10% y menos	11a 14%	15 a 19%	20 y más	5
	Sección Consejerías Individuales:	5% de las actividades realizadas como intervención corresponden a consejerías individuales y/o familiares	5% de las actividades realizadas como intervención corresponden a consejerías individuales y/o familiares	5% de las actividades realizadas como intervención corresponden a consejerías individuales y/o familiares	Nª de actividades con consejerías individuales o familiares/ Total Procedimientos * 100	REM	RBC, RI, RR	5% y más	4 a 4,9 %	3 a 3,9	2,9% y menos	10
	Visitas Domiciliarias Integrales	10% PsD con Visita Domiciliaria Integral	5% de PsD con Visita Domiciliaria Integral	70% de las PsD con Visita Domiciliaria Integral	N° PsD con Visita Domiciliaria Integral/Total ingresos*100	REM	RBC	10 y más	7,5- 9	5-7,4	4,9 y menos	5
							RI	5% y más	4 a 4,9 %	3 a 3,9	2,9% y menos	
							RR	70% y más	61- 69,9	50- 60,9	49,9 y menos	
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)	N° personas que logran inclusión /total de ingresos *100	REM	RBC	10 y más	7,5- 9,9	5 - 7,4	menos de 4,9	15	
						RI	5 y más	4-4,9	3-3,9	menos de 2,9		
						RR	5 y más	4-4,9	3-3,9	menos de 2,9		
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	50% de PsD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo	N°PsD egresadas/Total ingresos*100	REM	RBC, RR, RI	50 y más	40- 49,9	30 - 39,9	menos de 29 ,9	5	

	Ingresos y egresos	Metas por estrategia			Indicador	Fuente	Estrategia	Cumplimientos				Peso
		RBC	RI	RR				100%	75%	50%	Menos%	
	Resultados obtenidos en las PsD de acuerdo a problemas de salud	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	N° PsD ingresados con Dg de parkinson, secuela de AVE, otro déficit secundario a compromiso neuromuscular/ Total de Ingresos *100	REM	RBC	20y más	15-19,9	10-14,9	menos de 9,9
Síndrome Doloroso de origen no traumático		RI						15 y más	10-14,9	5-9,9	menos de 4,9	
Artrosis Leve y Moderada de rodilla y cadera		RR						20y más	15-19,9	10-14,9	menos de 9,9	
Parkinson												
Otro déficit secundario neuromuscular												
Otros												
Actividades preventivo promocionales	Educación para la Salud	Metas por estrategia			Indicador	Fuente	Estrategia	Cumplimientos				Peso
		RBC	RI	RR				100%	75%	50%	0	
	Rehabilitación Física: Cuidado a los cuidadores	20 % de las actividades de Promoción destinadas a Capacitación, Jornadas o Seminarios , corresponden al Cuidado de los Cuidadores	20 % de las actividades de Promoción destinadas a Capacitación, Jornadas o Seminarios , corresponden al Cuidado de los Cuidadores	20 % de las actividades de Promoción destinadas a Capacitación, Jornadas o Seminarios , corresponden al Cuidado de los Cuidadores	N° actividades Cuidado del cuidador/ Total de actividades : Capacitaciones, Jornadas, Seminarios*100	REM	RBC, RR, RI	20 y más	15-19,9	10-14,9	menos de 9,9	5
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	N° de actividades de educación grupal/ total de actividades de educación grupal + actividades de educación para la salud *100	REM	RBC, RI, RR	50 y más	40-49,9	30 - 39,9	menos de 29 ,9	20	

Actividades Comunitarias	Trabajo Comunitario para la Inclusión Social	Metas por estrategia			Indicador	Fuente	Estrategia	Cumplimientos				Peso
		RBC	RI	RR				100%	75%	50%	0	
	Contar con Diagnóstico Participativo	100% de los centros cuentan Dg participativo y plan de trabajo	100% de los centros cuentan Dg participativo y plan de trabajo		SI/NO	INFORME	RBC, RI	100	75 a 90,9	50 a 74,9	49,9 y menos	15
			100% de las comunas cuentan con Dg participativo y plan de trabajo	Nº comunas con Dg Participativo/ total comunas convenio	INFORME	RR	100	75 a 90,9	50 a 74,9	49,9 y menos		
TOTAL											100	