



DECRETO ALCALDICIO N° 1257 /

APRUEBA CONVENIO QUE INDICA.

REQUINOA, 21 de Abril de 2016.

Esta Alcaldía decretó hoy lo siguiente :

CONSIDERANDO :

La Resolución Exenta N° 0851 de fecha 04.03.2016 del Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O'Higgins, que aprueba Convenio "Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud".

VISTOS :

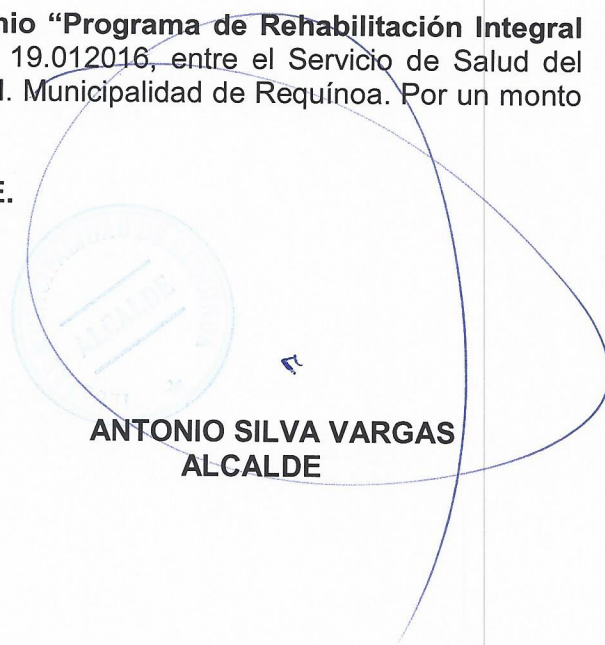
Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades, Texto Refundido coordinado y sistematizado, fijado por el D.F.L. N° 1 del Ministerio del Interior año 2006.

DECRETO :

APRUEBASE Convenio "Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud", suscrito con fecha 19.01.2016, entre el Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O'Higgins y la I. Municipalidad de Requinoa. Por un monto de \$ 27.175.830.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.


MARTA A. VILLARREAL SCARABELLO
SECRETARIO MUNICIPAL


ANTONIO SILVA VARGAS
ALCALDE

ASV/MAVS/avc.

DISTRIBUCIÓN :

Secretaría Municipal (2) ✓
Dirección Adm. y Finanzas (1)
SALUD (2)
Archivo Convenios (1)
Archivo



DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA
FTR / EDU / NMR / GCS / MCA / LCS / CCR /rap

CONVENIO “PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA RED DE SALUD”

SERVICIO DE SALUD DEL LIBERTADOR GENERAL BERNARDO O’HIGGINS

E

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE REQUINOA

En Rancagua, a 19 de enero del 2016, 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 don Fernando Troncoso Reinbach, ambos con domicilio en Alameda N° 609, de Rancagua, en adelante “**El Servicio**” y la I. Municipalidad de Requinoa, persona jurídica de derecho público, RUT N° 69.080.100-0, representada por su Alcaldedon Luis Antonio 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 Ministerio de Salud, mediante el Decreto respectivo 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 denominado “Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud”, cuyo propósito es: *“Entregar prestaciones de rehabilitación de calidad, en forma oportuna y accesible, a las personas en situación de discapacidad, permanente o transitoria, mejorando la resolutivez a nivel de la atención primaria de salud.”* Dicho programa fue aprobado mediante su Resolución Exenta N° 1169, de fecha, 24 de diciembre del 2015, instrumento que en este acto se entiende por reconocido por las partes y desde luego pasa a formar parte integrante del presente convenio y que además “**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 todos o algunos de los siguientes componentes del programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud.

- 1) **Componente 1: Artrosis (Avance GES):** Personas con diagnóstico de artrosis leve o moderada, mayor de 55 años que reciben la canasta AUGE y se complementa con atención kinésica.
- 2) **Componente 2: Salas de Rehabilitación Basada en la Comunidad o Centros de Rehabilitación de Base Comunitaria:** Instalación de Sala de Rehabilitación Física en establecimientos APS, con fuerte componente de trabajo comunitario e intersectorial para el logro de la inclusión social. Dos profesionales, un Terapeuta y un Kinesiólogo atienden a las personas en situación de discapacidad leve en actividades terapéuticas y de prevención, apoyan el manejo terapéutico de las personas en situación de discapacidad moderada, tanto transitoria como permanente, su familia y/o cuidador. A la vez, se constituyen en agentes de cambio del entorno social, implementando estrategias en la comunidad que permitan mejorar las condiciones de inclusión social de las personas en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla
- 3) **Componente 3: Salas de Rehabilitación Integral:** Salas de rehabilitación con Kinesiólogo, se centra en el manejo del dolor de los síndromes osteomusculares. El profesional asume el tratamiento

integral de las personas con síndromes dolorosos osteomusculares y neurológicos considerando el déficit, funcionamiento, actividades y participación. De la misma forma, en forma progresiva, asumen el tratamiento de personas en situación de discapacidad leve y apoyan el tratamiento de las personas en situación de discapacidad moderada y severa. Además implementan estrategias de prevención de estos síndromes y de discapacidad a nivel comunitario. Su marco conceptual es la estrategia de RBC.

CUARTO: Conforme lo señalado en las cláusulas precedentes “**El Servicio**”, traspasará a “**La Municipalidad**”, la suma única de **\$27.175.830** (veintisiete millones ciento setenta y cinco mil ochocientos treinta pesos) de la siguiente forma, a saber:

Estrategia	Especificación	Recurso Anual
Rehabilitación de Base Comunitaria	Recurso Humano	\$24.160.247
	Insumos	\$3.015.583
	Total	\$27.175.830

QUINTO: “**La Municipalidad**” se obliga a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes objetivos específicos del programa:

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.

Los productos esperados son los siguientes:

- Diagnostico Comunitario Participativo: Construir el Diagnóstico a partir de la evaluación participativa, que permita identificar a las personas que en esa comunidad están en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla y los perfiles que estas tienen. Así mismo identifica cuantifica y valora los recursos comunitarios que pueden incidir positiva o negativamente en los procesos de rehabilitación. Es obligatorio en los centros y salas de rehabilitación de base comunitaria y para los equipos de rehabilitación rural.
- Evaluación y manejo integral de las personas en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla.
- Evaluación y manejo integral del entorno familiar y físico de la persona en situación de discapacidad.
- Planes de tratamiento con objetivos y plazos acordados con la persona en situación de discapacidad, su familia y/o cuidador.
- Valoración del impacto de tratamiento.
- Actividades de prevención de discapacidades individuales y grupales.
- Actividades terapéuticas individuales y grupales.
- Consejería individual y familiar.
- Visitas domiciliarias integrales.

Los indicadores asociados a estos Objetivos Específicos, se detallan en el anexo 1, del Programa referido anteriormente.

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. El encargado de rehabilitación deberá enviar el consolidado, ya procesado, a la unidad de rehabilitación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud. 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”**, Sra. Chriss Cornejo Rojas, con copia a la unidad de rehabilitación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

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 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 59,99%	50%
Entre 50% y 54,99 %	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 20 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, entendido que el no cumplimiento a la fecha de corte definido resulta en la reliquidación del programa, excepcionalmente cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, la comuna podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud, acompañando un Plan de Trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez el Servicio de Salud, una vez analizadas y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar al MINSAL la no reliquidación del programa.

No obstante la situación excepcional indicada en 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 la evaluación de las metas al final del periodo.

SEPTIMO: Los recursos serán transferidos por **“El Servicio”** a **“La Municipalidad”**, en 2 cuotas, la primera cuota correspondiente al 70 % una vez afinada la resolución aprobatoria del presente convenio; y la segunda cuota correspondiente al 30 % Restante en el mes de octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación señalada en el ítem VII del Programa.

OCTAVO: Para dar estricto cumplimiento a lo establecido en el presente convenio y demás políticas de auditoria y otras determinadas por **"El Servicio"**, este último designa para todos los fines que fueren pertinentes como coordinadora responsable, supervisora y fiscalizadora, a la asesora técnica del Programa, de la Dirección de Atención Primaria, Sra. Chriss Cornejo Rojas, o a quien en su oportunidad designe formalmente la Directora de la Atención Primaria o quien le subrogue; y como responsable de la transferencia de los recursos financieros al Jefe del Departamento de Finanzas, don Gerardo Cisternas Soto o quien legalmente le subrogue. Los aludidos, detentarán 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", mensualmente o con la periodicidad que consideren pertinente, a fin de evitar eventuales excedentes u optimización de los recursos.

NOVENO: "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: "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.

UNDECIMO: 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.

DUODECIMO: "El Servicio" no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este convenio se señala. Por ello; en caso que "La Municipalidad", se exceda de los fondos destinados para los efectos de este convenio, esta deberá asumir el mayor gasto que involucre su ejecución.

DECIMO TERCERO: Consecuente con lo expuesto precedentemente y para efectos de la rendición de cuentas de los recursos financieros objeto de este convenio y en todo lo eventualmente omitido en el mismo, "El Servicio" conjuntamente con "La Municipalidad", deberán velar y procurar por el cumplimiento de lo establecido en la Resolución N° 30, de fecha 11 de marzo de 2015, que **"Fija Normas de Procedimiento Sobre Rendición de Cuentas"**, dictada por la Contraloría General de la República, tomada de razón el 24 de marzo de 2015, por el mismo Órgano Contralor, instrumento que en este acto, ambos comparecientes declaran expresa e íntegramente por reconocido, reproducido y desde luego pasa a formar parte integrante del presente convenio para su aplicación y demás fines pertinentes.

DECIMO CUARTO: El presente convenio rige a contar del primero de enero de 2016, y terminará el 31 de diciembre del mismo año 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 10 días, previos a su término por la interesada.

Sin perjuicio de lo anterior "La Municipalidad" faculta expresamente a "El Servicio" para que éste pueda poner término al presente convenio en cualquier momento y en forma unilateral, situación que de ocurrir, será comunicada en el plazo y forma que el indicado estime pertinente.

DECIMO QUINTO: La personería de don Fernando Troncoso Reinbach, como Director de "El Servicio", consta del Decreto Supremo N° 52, de fecha 24 de Marzo de 2015, del Ministerio de Salud y la personería de don Luis Antonio Silva Vargas, como Alcalde de "La Municipalidad", consta del Decreto Exento Alcaldicio N° 646 del 06 de diciembre 2012, de la citada Municipalidad

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

DECIMO SEPTIMO: El presente convenio se firma en cuatro ejemplares de idéntico tenor y fecha, quedando uno en poder de "El Servicio", uno en poder de "La Municipalidad"; uno en poder de la **SEREMI de Salud Región de O'Higgins** y el restante en la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y la División de Atención Primaria.



PSIC. FERNANDO TRONCOSO REINBACH
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD DEL LIBERTADOR
GENERAL BERNARDO O'HIGGINS



LUIS ANTONIO SILVA VARGAS
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE REQUINOA