



DECRETO ALCALDICIO N° 2209/

Quillón, 17 MAY 2019

VISTOS:

- La Resolución Exenta 1C/N° 1838 de fecha 03.04.2019, que Aprueba Convenio, suscrito entre la I. Municipalidad de Quillón y el Servicio de Salud Ñuble.
- El Decreto Alcaldicio N° 915 de fecha 25 de Octubre del 2013, que Nombra como Administrador Municipal al Sr. Vladimir Peña Mahuzier.
- El decreto Alcaldicio N° 4302 de fecha 15 de Noviembre del 2018, que amplia y modifica decreto Alcaldicio N° 1791/2018.
- El Decreto Alcaldicio N° 1791 de fecha 09 de Mayo del 2018, que actualiza la subrogancia de Alcalde, Direcciones y Departamentos que indica.
- El Decreto Alcaldicio N° 1753 de fecha 08 de Mayo del 2018, que rectifica y complementa Decreto Alcaldicio N° 1.133/2018.
- El Decreto Alcaldicio N° 1.133 de fecha 23 de Marzo de 2018, que Actualiza y modifica Decreto Alcaldicio N° 413/2013, que delega Atribuciones al Administrador Municipal y a sus Subrogancia.
- El Decreto Alcaldicio N° 4.100, de fecha 06 de Diciembre del 2016, que Nombra como Alcalde de la I. Municipalidad de Quillón al Sr. Alberto Gyhra Soto.
- La sentencia de proclamación de Alcaldes N° 17 de fecha 30 de Noviembre de 2016, del tribunal electoral Región del Bio Bio, por el que Nombra como Alcalde de la I. Municipalidad de la comuna de Quillón a Don Alberto Gyhra Soto.
- La Ley N° 18.695, **ORGANICA CONSTITUCIONAL DE MUNICIPALIDADES**, de fecha 31 de Marzo de 1988 y sus posteriores modificaciones.

DECRETO:

1. Apruébese **“Convenio programa de rehabilitación integral en la red de salud - 2019”**, por un monto de \$ 29.663.410.- (veintinueve millones seiscientos sesenta y tres mil cuatrocientos diez pesos).
2. La Municipalidad de Quillón, a través del Departamento de Salud Municipal, dará estricto cumplimiento a lo establecido en todos los puntos del presente convenio.

ANÓTESE, REGÍSTRESE, PUBLÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE.



EDGARDO CARLOS HIDALGO VARELA
SECRETARIO MUNICIPAL
MINISTRO DE FE



VLADIMIR PENA MAHUZIER
ALCALDE (S)

YLF/jsb.
16.05.2019

DISTRIBUCIÓN:

- Archivo Departamento Salud de Quillón.
- Archivo Depto. Ppto. y Finanzas Desamu.
- Archivo Secretaria Municipal de Quillón.
- Archivo Encargado de Convenios.



orden en un correo
c/c Amil ym Guales
15/4/19

FOR/MMD/th

CHILLÁN,

VISTOS: estos antecedentes DFL N° 1/2005 texto refundido y actualizado del Decreto Ley N° 2.763/79 que crea los Servicios de Salud y otras leyes, Decreto Supremo N° 140/04 Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, D.S. N° 78/2018, sobre nombramiento del Director del Servicio de Salud Ñuble, ambos del Ministerio de Salud, la Resolución N° 1600/2008, de la Contraloría General de la República; la obligación legal y constitucional de brindar salud a toda la población, el **Convenio Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud - 2019**, de fecha 07 de enero del 2019, suscrito entre este **SERVICIO DE SALUD ÑUBLE** y la **I. MUNICIPALIDAD DE QUILLON**, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN EXENTA 1C N° **1838 03.04.2019**

1°.- **APRUÉBASE** el convenio de fecha 07 de enero del 2019, suscrito entre este **SERVICIO DE SALUD ÑUBLE** y la **I. MUNICIPALIDAD DE QUILLON**, relacionado con el Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud - 2019, mediante el cual el Ministerio de Salud a través del Servicio, conviene en traspasar a la Municipalidad recursos destinados a financiar todos o algunos de los componentes que se mencionan; en los términos y condiciones que allí se señalan.

2°.- **IMPÚTESE** el gasto que irrogue la presente resolución al ítem 24.03.298.002, con cargo a los **Fondos Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud - 2019**, del presupuesto del Servicio de Salud Ñuble.

ENVÍESE Y COMUNÍQUESE

FRANCISCO LÓPEZ CASTILLO
DIRECTOR SERVICIO DE SALUD ÑUBLE


Servicio Salud Ñuble
Ministro de Fe
★

Comunicada a:
I. Municipalidad/Depto. de Salud
2A/3A/1B/1C
Oficina de Partes



BCR/MMD/EAT/AMP/MAOS

CONVENIO PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA RED DE SALUD - 2019

En Chillán, a 07 de enero de 2019, entre el **SERVICIO DE SALUD ÑUBLE**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en Bulnes N° 502, de Chillán, representado por su Director D. Francisco López Castillo, en adelante el "**Servicio**" y la **I. MUNICIPALIDAD DE QUILLON**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Dieciocho de Septiembre N° 250, de Quillón, representada por su Alcalde (S) D. Vladimir Peña Mahuzier, de ese mismo domicilio, en adelante "la Municipalidad", se ha acordado celebrar el siguiente convenio.

PRIMERA: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N° 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49".

Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo N° 35 del 28 de diciembre del 2016, del Ministerio de Salud reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente Resolución".

SEGUNDA: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio 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° 1213 del 14 de diciembre de 2018, del Ministerio de Salud, el que se entiende conocido por las partes y el Municipio se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

TERCERA: El Ministerio de Salud a través de "el Servicio", conviene en traspasar a "la Municipalidad", recursos destinados a financiar todos o algunos de los siguientes componentes del Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud.

Componente 1: Salas de Rehabilitación Basada en la Comunidad o Centros de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC)
Componente 2: Salas de Rehabilitación Integral Osteomuscular
Componente 3: Equipo Rural

CUARTA: Conforme lo señalado en las cláusulas precedentes, "el Servicio", conviene en traspasar a "la Municipalidad", la suma única y anual de **\$29.663.410.- (veintinueve millones seiscientos sesenta y tres mil cuatrocientos diez pesos)**, para el desarrollo del siguiente componente:

COMPONENTE	SUBTITULO 24	MONTO
1 Sala de Rehabilitación Integral Osteomuscular (RIO) (CESFAM QUILLON)	• RR.HH. (kinesióloga y Terapeuta ocupacional	\$26.379.570.-
	• INSUMOS	\$3.283.840.-
	Subtotal	\$29.663.410.-
TOTAL		\$29.663.410.-

En caso de decidir de manera local modificar la distribución de recursos, se debe enviar solicitud a encargada del programa, D. Andrea Muñoz Parra para su visto bueno.

Los insumos a adquirir deben basarse en las orientaciones metodológicas para el desarrollo de las Estrategias de Rehabilitación en APS, según ANEXO 1. De solicitar insumos que difieran a los mencionados en el ANEXO 1, el encargado de la Sala de Rehabilitación, deberá enviar a Encargado/a de Rehabilitación del Servicio antes del 30 de marzo, una lista con los materiales a comprar, para ser visados y autorizados previamente.

Los recursos asociados a este programa financiarán exclusivamente las actividades vinculadas a sus objetivos, metas, indicadores, estrategia, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimientos).

La sala RI cuenta con Kinesiólogo, quien se centra en el manejo del dolor de los síndromes osteomusculares. El (los) profesional(es) asumen 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 con discapacidad moderada y severa.

Además, implementan estrategias de prevención de estos síndromes y de discapacidades a nivel comunitario. Su marco conceptual es la Rehabilitación Basada en Comunidad. 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.

QUINTA: "La Municipalidad" se obliga a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes objetivos, productos esperados y metas:

Objetivo general:

Aumentar la cobertura de rehabilitación, la promoción y la prevención de los problemas de salud física y sensorial en la red de Atención Primaria.

Objetivos Específicos:

- 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 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.
- 4.- Desarrollar estrategias para el trabajo con cuidadores de personas con dependencia atendidas en el programa, para que logren competencias en el cuidado y disminuyan la sobrecarga instalando el autocuidado,

5.- Desarrollar las competencias de los equipos de salud, en particular de profesionales de rehabilitación y médicos generales y de salud familiar, para resolver las necesidades de los usuarios portadores de síndromes dolorosos de origen osteomuscular y mejorar la oportunidad de las derivaciones a especialistas.

6.- Contribuir a la generación de redes comunitarias e intersectoriales para el logro de la participación en comunidad (inclusión social) de las PcD, o problemas de funcionamiento.

Productos esperados:

1.- Diagnóstico comunitario participativo: construir el diagnóstico a partir de la evaluación participativa, que permita identificar a las personas que en esta comunidad están con discapacidad o en riesgo de adquirirla y los perfiles que éstas tienen. Así mismo, identifica, cuantifica y valorar 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.

2.- Evaluación y manejo integral de las personas con discapacidad o en riesgo de adquirirla, evaluación de la discapacidad.

3.- Evaluación y manejo integral del entorno familiar y físico de la persona con discapacidad.

4.- Planes de tratamiento con objetivos y plazos acordados con la persona con discapacidad, su familia y/o cuidador.

5.- Valoración de impacto del tratamiento.

6.- Actividades de prevención de discapacidades individuales y grupales.

7.- Actividades terapéuticas individuales y grupales.

8.- Consejería individual y familiar.

9.- Visitas domiciliarias integrantes

SÉXTA: "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 o actividad debe ser registrada por los profesionales de cada componente (ANEXO 2). 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/a de rehabilitación del Servicio, con renovación cada dos años.

La evaluación del Programa se efectuará en dos etapas:

- **La primera evaluación se efectuará con corte al 31 de agosto del año 2019, según ANEXO 2.** 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 2ª cuota del 30%
60% y más	0%
Entre 55% y 59,9%	50%
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 del 2019**, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas, según indicadores contenidos en las Orientaciones Metodológicas para el Desarrollo de las Estrategias de Rehabilitación en APS 2018-2022. Los resultados deberán ser enviados al **30 de enero del año siguiente**.

SÉPTIMA: Los recursos serán transferidos por "el Servicio" a "la Municipalidad" en dos cuotas, la primera correspondiente al 70% contra total tramitación del convenio con resolución aprobatoria y la segunda cuota correspondiente al 30% restante de la remesa, contra el grado de cumplimiento en octubre del año en curso.

OCTAVA: 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 o quien la subrogue, quien detendrá las facultades necesarias para lograr su óptimo cometido.

NOVENA: "La Municipalidad" debe tener una visión integradora y de cooperación con el Hospital de referencia local donde se desarrollan sus acciones y a su vez con el Hospital base, esto con el fin de cumplir metas comunales y regionales.

DÉCIMA: El Servicio requerirá a la Municipalidad los datos e informes relativos a la ejecución del Programa con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo sin perjuicio de las revisiones que pudiese efectuar, en términos aleatorios, el Departamento de **Auditoría del Servicio**. Igualmente, el Servicio deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

UNDÉCIMA: Los fondos traspasados a la Municipalidad sólo podrán ser destinados a financiar las actividades que determina el presente instrumento. En caso de existir excedentes (saldos) de los mismos, una vez ejecutados lo estipulado en el convenio y estando éste vigente, la Municipalidad podrá utilizar los referidos saldos dentro de las mismas estrategias convenidas y/o solicitar por escrito al Servicio de Salud.

DUODÉCIMA: Las partes establecen que la ejecución de los gastos debe atenerse a la Ley de Contrataciones Públicas y la totalidad de los dineros que por este acto se traspasan, deberán ser rendidos mensualmente dentro de los 15 días hábiles administrativos, siguientes al mes que corresponda, de acuerdo a instrucciones emanada en el ordinario 3A5 N° 185 de fecha 05 de abril 2018, del Departamento de Finanzas del Servicio de Salud Ñuble, (Resolución 30/15, Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas de Contraloría General de la República).

DÉCIMA TERCERA: 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 CUARTA: Las actividades deberán ejecutarse hasta el **31 de diciembre de 2019**, sin perjuicio que la vigencia del presente convenio se extenderá hasta la aprobación de la rendición de cuentas, o bien, hasta la restitución de los saldos no ejecutados, no rendidos u observados dentro de 30 días corridos (Dictamen 97.578/16 CGR).

DÉCIMA QUINTA: Las partes acuerdan que el presente contrato se prorrogará automáticamente, siempre que el programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la ley de presupuestos del sector público del año respectivo, sin perjuicio de su término por alguna de las causales pactadas o que las partes acuerden de común acuerdo su finalización, por motivos fundados.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 01 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del año mismo.

Prorrogado el convenio, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo periodo.

Se deja constancia que las metas y recursos entregados para el año en curso, finaliza el 31 de diciembre de dicho año. Si existiese una situación excepcional y fundada que el municipio argumente requiera más plazo para ejecutar los fondos del año presupuestario respectivo, deberá solicitarlo por escrito fundamentando al Servicio de Salud mediante correo electrónico dirigido al referente técnico del Programa y a la Unidad de Convenios del DIPRAS. El Servicio evaluará la procedencia o no de acceder a ello y la respuesta será mediante correo electrónico a través de la Unidad de Convenios.

Para constancia, firman:



VLADIMIR PEÑA MAHUZIER
ALCALDE (S)
I. MUNICIPALIDAD DE QUILLON



FRANCISCO LOPEZ CASTILLO
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD ÑUBLE

ANEXO 1.

Insumos de reposición anual.

Para confección de órtesis y adaptaciones

- Termoplástico
- Neopreno
- Velcro
- Neopreno pegamento
- Remaches
- Tubos de PVC de distintas medidas

Para Terapias

- Parafina (si tiene esta implementación)
- Compresas frías y calientes
- Bandas elásticas de distinta resistencia

Para Actividades Comunitarias y Educación

- Papel para impresiones
- Tonner
- Lápices de colores
- Plumones
- Papel kraft
- Otros materiales de librería

ANEXO 2

Diseño de evaluación Rehabilitación Integral con Base Comunitaria (RBC), Rehabilitación Integral Osteomuscular (RI) y Equipo Rural de Rehabilitación (RR) evaluación al 31 de agosto.

OBJETIVO	Actividad	METAS		Indicador	Fuente	Estrategia	Cumplimientos			Peso Relativo	
		RBC/RI/RR					100%	75%	50%		0
PROMOCION											
Contribuir a la generación de redes comunitarias e intersectoriales para el logro de la participación en la comunidad (inclusión social) de las Pcd	Participación en la comunidad producto de la intervención del equipo	10% de las Pcd atendidas en el cento logran participación en la comunidad (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)		Nº de personas que logran participación en la comunidad / Total de ingresos *100	REM	RBC, RI, RR	10 y más	7.5-9.9	5-7.4	menos de 5	30
		Mantener al menos un 20% de Pcd con Parkinson , secuela de ACV, LM, TEC u otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular									
TRATAMIENTO Y REHABILITACION											
Mejorar el funcionamiento para el logro de la participación de la comunidad	Mantener la prioridad de la atención a las personas con diagnósticos neurológicos, especialmente etapas agudas y subagudas.	Mantener al menos un 15% de Pcd con Parkinson , secuela de ACV, LM, TEC u otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular		Nº Pcd ingresados con Dg de parkinson, secuela de ACV, LM, TEC, otro déficit secundario a compromiso neuromuscular/ Total de Ingresos *100	REM	RI	15 y más	10-14,9	5-9,9	menos de 5	20
		Mantener al menos un 10% de Pcd con Parkinson , secuela de ACV, LM, TEC u otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular									
Cobertura	Personas atendidas en rehabilitación	Favorecer que las personas atendidas en el programa, logren el máximo de autonomía e		Nº de Pcd egresadas / Total de ingresos *100	REM	RBC, RI	60 y más	50 a 59,9	40 a 49,9	menos de 40	20
		60% de Pcd reciben el alta posterior a cumplimiento de plan de tratamiento									
		30% de Pcd reciben el alta posterior a cumplimiento de plan de tratamiento		Nº Total de ingresos *100 / Meta por estrategia	REM	RR	30 y más	20-29,9	10-19,9%	menos de 10	30
		60% de la cobertura anual. Meta anual RBC=466, RI=355, RR=163									
Total										100	