



REPUBLICA DE CHILE  
I. MUNICIPALIDAD DE ARICA  
ALCALDIA

10 MAY 2011.

ARICA,

DECRETO N° 2881

EXENTO

VISTOS:

a) El **Convenio Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud Arica 2011**, con fecha 28 de febrero de 2011, suscrito entre el Servicio de Salud de Arica y la Ilustre Municipalidad de Arica.

b) La Resolución N° 750, del 21 de Abril de 2011, en que se aprueba el convenio de fecha 11 de marzo 2011, sobre transferencia de recursos destinados al **Convenio Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud Arica 2011**.

c) Lo dispuesto en la Ley n° 19.378, de 1995, que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipalizada.

d) Las facultades previstas en la Ley N° 18.695, "Orgánica Constitucional de Municipalidades" y sus modificaciones.

DECRETO:

**APRUEBASE** el **Convenio Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud Arica 2011**, con fecha 11 de febrero de 2011, suscrito entre el Servicio de Salud de Arica y la Ilustre Municipalidad de Arica, sobre traspaso de recursos destinados a la ejecución de dicho programa.

Tendrán presente este Decreto Alcaldicio, el Servicio Municipal de Salud, Contraloría Municipal y Secretaría Municipal.

**ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVASE.**



CARLOS CASTILLO GALLEGUILLOS  
SECRETARIO MUNICIPAL



WALDO SANKAN MARTINEZ  
ALCALDE DE ARICA

WSM/CCG/EGM/mav.



SERVICIO DE SALUD ARICA  
ASESORIA JURIDICA  
PPH/GVR/DRA.MVSL/DRA/pma.

## CONVENIO

### PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL EN LA RED DE SALUD

ARICA 2011



En Arica a 11 de marzo de 2011, entre el Servicio de Salud Arica, RUT N° 61.606.000-7 persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Arturo Prat N° 305, representado por su Directora Dra. Magdalena Gardilic Franulic, RUT N° 8.186.567-1, Médico Cirujano, del mismo domicilio, en adelante “**el Servicio**” y la Ilustre Municipalidad de Arica, RUT N° 69.010.100-9, persona jurídica de derecho público, domiciliada en calle Rafael Sotomayor N° 415, representada por su Alcalde Sr. Waldo Sankán Martínez RUT N° 10.238.549-7 de ese mismo domicilio, en adelante “**la Municipalidad**”, se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

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

Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo N° 156/2006 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 incorporándola 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° 59 de 11 de febrero de 2011**, 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.

Este convenio tiene respaldo de recursos financieros en la **Resolución Exenta N° 86 de fecha 1 de marzo de 2011** del Ministerio de Salud.

**TERCERA:** El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar los siguientes componentes del Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud:

- 1) **Componente 1: Salas de Rehabilitación Integral Basada en la Comunidad (RBC).**
- 2) **Componente 2: Salas de Rehabilitación Integral Osteomuscular (RIO).**

**CUARTA:** Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad, desde la fecha de total tramitación de la Resolución Aprobatoria, la suma anual y única de **\$ 26.913.915.- (veintiséis millones novecientos trece mil novecientos quince pesos m/n)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en las cláusulas anteriores.

La Municipalidad, a través de su Departamento de Gestión de Salud, 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 los establecimientos de salud de su dependencia.



La distribución de los recursos para cada componente es de la siguiente forma:

Componente	Requerimiento	Valor
<b>Rehabilitación integral de base comunitaria (RBC).</b>	1 Kinesiólogo/a, 44 horas, durante 12 meses (Remuneración bruta mensual \$706.371.-).	\$ 8.476.452.-
	1 Terapeuta Ocupacional, 44 horas, durante 12 meses (Remuneración bruta mensual \$706.371.-).	\$ 8.476.452.-
	1 Técnico Paramédico, 44 horas, durante 12 meses (Remuneración bruta mensual \$379.510.-).	\$ 4.554.120.-
	Insumos (ver anexo 2).	\$ 547.283.-
<b>Rehabilitación integral Osteomuscular (RIO).</b>	1 Kinesiólogo/a, 22 horas, durante 12 meses (Remuneración bruta mensual \$353.185.-).	\$ 4.238.220.-
	Medicamentos: Ciclobenzaprina 10 mg.	\$ 621.388.-
<b>Total convenio</b>		<b>\$ 26.913.915.-</b>

**QUINTA:** La Municipalidad, a través de su Departamento de Gestión de Salud, 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 los profesionales de rehabilitación, 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.

**SEXTA:** El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas definidas por la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud y el Servicio:

Los REM (Resúmenes Estadísticos Mensuales) serán la base del proceso de monitoreo y evaluación de los distintos componentes, por lo que toda prestación o actividad deberá ser registrada por los profesionales de rehabilitación de APS y supervisada por el Departamento de Gestión de Salud de la Municipalidad, según los componentes en convenio para **dar cumplimiento con sus metas e indicadores** (ver anexo 1).

El/La encargado/a de rehabilitación del Servicio deberá enviar el consolidado, ya procesado, de las actividades registradas en el REM, elaborado por su Departamento de Estadística, a la Unidad de Rehabilitación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

Además, se solicitará una auditoría de las fichas clínicas de las salas de rehabilitación integral de la atención primaria de salud 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/la encargado/a de rehabilitación del Servicio y el resultado debe ser anexado al consolidado de registros.

El diagnóstico participativo comunitario, para los componentes de rehabilitación integral de base comunitaria y osteomuscular, deberá ser realizado y analizado por el equipo de rehabilitación de atención primaria de salud que conforman los mencionados componentes, con el apoyo de la Dirección de cada establecimiento de salud de la Municipalidad, y sus resultados enviados por el Departamento de Gestión de Salud de la Municipalidad, a través de correo electrónico y documento formal, al encargado/a de rehabilitación del Servicio, para su evaluación y posterior envío a la Unidad de Rehabilitación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales de Ministerio de Salud.

La evaluación del programa se efectuará en dos etapas:

- **La primera evaluación**, se efectuará con corte al 31 de Agosto del año en curso.

**DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN ESTA EVALUACIÓN, SE HARÁ EFECTIVA LA RELIQUIDACIÓN DE LA SEGUNDA CUOTA EN EL MES DE OCTUBRE, SI ES QUE SU CUMPLIMIENTO ES INFERIOR AL 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%

- **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 APS 2010-2014 (ver anexo 1).

Los resultados deberán ser enviados por el/la encargado/a de rehabilitación del Servicio al 30 de enero del año siguiente, a la Unidad de Rehabilitación del Ministerio de Salud.

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

**SEPTIMA:** Los recursos serán transferidos por el Servicio a la Municipalidad 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.

**OCTAVA:** 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.

**NOVENA:** El Servicio podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría y Programa de Rehabilitación Integral.

**DECIMA:** 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.

**DECIMA PRIMERA:** 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, ésta asumirá el mayor gasto resultante.



**DÉCIMA SEGUNDA:** El presente convenio tendrá vigencia desde el 1 de Enero hasta el 31 de diciembre del año en curso, sin embargo se renovará automática y sucesivamente por períodos iguales si el Servicio no da aviso con treinta días de anticipación a su fecha de vencimiento, su voluntad de no perseverar en él, lo anterior siempre cuando la disponibilidad presupuestaria así lo permita.

Sin perjuicio de la renovación automática del convenio, mediante convenios complementarios podrán modificarse anualmente los montos a transferir a la Municipalidad, en conformidad con el mismo, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sean necesarios introducirles en su operación.

**DECIMA TERCERA:** La personería de la Dra. Magdalena Gardilic Franulic, para representar al Servicio de Salud de Arica emana del Decreto Supremo N° 107 de fecha 10 de septiembre de 2010 del Ministerio de Salud.

La personería de don Waldo Sankán Martínez para representar a la I. Municipalidad de Arica, emana de Decreto Alcaldicio N° 5805 de 6 de diciembre de 2008.

**DECIMA CUARTA:** Para todos los efectos legales del presente convenio las partes fijan domicilio en la ciudad de Arica y prorrogan competencia para ante sus Tribunales de Justicia.

**DÉCIMA QUINTA:** El presente convenio se firma en trece (13) ejemplares, quedando ocho (8) en poder del Servicio, dos (2) en el de la Municipalidad y tres (3) restantes en el Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales (1), División de Atención Primaria (1) y Departamento de Gestión de Recursos Financieros de APS (1).

  
  
**SR. WALDO SANKAN MARTINEZ**  
ALCALDE  
I. MUNICIPALIDAD ARICA

  
  
**DRA. MAGDALENA GARDILIC FRANULIC**  
DIRECTORA  
SERVICIO DE SALUD

ANEXO 1  
Metas e Indicadores a evaluar al 31 de Agosto de 2011, según estrategias (RBC ó RIO).

Evaluación	Actividad	Metas por estrategia		Indicador	Fuente	Estrategia	Cumplimiento				Peso evaluativo RBC y RIO
		RBC	RIO				100%	75%	50%	0%	
Resultados obtenidos en las personas en situación de discapacidad (PsD).	Inclusión social producto de la intervención del equipo.	10% de las PsD atendidas en la sala logran inclusión social (trabajo, escuela, grupos sociales).	5% de las PsD atendidas en la sala logran inclusión social (trabajo, escuela, grupos sociales).	N° personas que logran inclusión social/Total de ingresos*100	REM A28, Sección C.2	RBC	10 y más	9,9 a 7,5	7,5 a 5	0%	20 pts.
	Egreso posterior a cumplimiento de plan de tratamiento.	50% de las PsD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo.		N° PsD egresadas/Total ingresos *100	REM A28, Sección B	RBC y RIO	5 y más	4,9 a 4	3,9 a 3	4,9 y menos	20 pts.
Resultados obtenidos en las PsD de acuerdo a sus problemas de salud.	Ingresos y Egresos:	Mantener al menos un 20% de las PsD atendidas en la sala, con diagnósticos de Parkinson, Secuela AVE y otro déficit secundario a compromiso neuromuscular.	Mantener al menos un 15% de las PsD atendidas en la sala, con diagnósticos de Parkinson, Secuela AVE y otro déficit secundario a compromiso neuromuscular.	N° PsD ingresadas por diagnóstico de Parkinson, Secuela AVE y otro déficit secundario a compromiso neuromuscular/Total ingresos*100	REM A28, Sección B	RBC	50 y más	49,9 a 40	39,9 a 30	29,9 y menos	30 pts.
	Síndrome doloroso de origen traumático						20 y más	19,9 a 15	14,9 a 10	9,9 y menos	30 pts.
	Síndrome doloroso de origen no traumático										
	Artrosis leve y/o moderada de rodilla y/o cadera										
	Secuela AVE										
	Secuela TEC										
Parkinson											
Otro déficit secundario a compromiso neuromuscular						RIO	15 y más	14,9 a 10	9,9 a 5	4,9 y menos	

37/2011

Otros									
Rehabilitación Física: Actividades de Prevención de Discapacidad.	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	REM A28, REM A 27	RBC y RIO	50 y más	49,9 a 40	39,9 a 30	29,9 y menos	20 pts.

100 pts.

Metas e Indicadores a evaluar al 31 de Diciembre de 2011, según estrategias (RBC ó RIO).

Evaluación	Actividad	Metas por estrategia		Indicador	Fuente	Estrategia	Cumplimiento				Peso evaluativo RBC y RIO
		RBC	RIO				100%	75%	50%	0%	
Resultados obtenidos en las personas en situación de discapacidad (PsD).	Inclusion social producto de la intervención del equipo.	10% de las PsD atendidas en la sala logran inclusion social (trabajo, escuela, grupos sociales).	5% de las PsD atendidas en la sala logran inclusion social (trabajo, escuela, grupos sociales).	Nº personas que logran inclusion social/Total de ingresos*100	REM A28, Sección C.2	RBC	10 y más	9,9 a 7,5	7,4 a 5	4,9 y menos	15 pts.
	Egreso posterior a cumplimiento de plan de tratamiento.	50% de las PsD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo.		Nº PsD egresadas/Total ingresos*100	REM A28, Sección B	RBC y RIO	50 y más	49,9 a 40	39,9 a 30	29,9 y menos	5 pts.
	Procedimientos y/o Prestaciones	10% de los procedimientos corresponden a fisioterapia.		Nº procedimientos fisioterapia/Total de procedimientos*100	REM A28, Sección C.2	RBC y RIO	10 y menos	11 a 14	15 a 19	20 y más	5 pts.
Consejerías Individuales	5% de las actividades realizadas como intervención corresponden a consejerías individuales y/o familiares.		Nº de actividades con consejerías individuales o familiares/Total de procedimientos*100	REM A28, Sección C.2 y C.3	RBC y RIO	5 y más	4,9 a 4	3,9 a 3	2,9 y menos	10 pts.	



Resultados obtenidos en las PsD de acuerdo a sus problemas de salud.	Actividades Preventivo Promocionales	10% de las PsD atendidas reciben VDI.	5% de las PsD atendidas reciben VDI.	N° PsD con VDI/Total ingresos*100	REM A28, Sección C.5 y B	RBC	10 y más	9,9 a 7,5	7,4 a 5	4,9 y menos	5 pts.
Resultados obtenidos en las PsD de acuerdo a sus problemas de salud.	Visitas Domiciliares Integrales (VDI).	10% de las PsD atendidas reciben VDI.	5% de las PsD atendidas reciben VDI.	N° PsD con VDI/Total ingresos*100	REM A28, Sección C.5 y B	RBC	10 y más	9,9 a 7,5	7,4 a 5	4,9 y menos	5 pts.
	Ingresos y Egresos:										
	Síndrome doloroso de origen traumático										
	Síndrome doloroso de origen no traumático	Mantener al menos un 20% de las PsD atendidas en la sala, con diagnósticos de Parkinson, Secuela AVE y otro déficit	Mantener al menos un 15% de las PsD atendidas en la sala, con diagnósticos de Parkinson, Secuela AVE y otro déficit								
	Artrosis leve y/o moderada de rodilla y/o cadera										
	Secuela AVE										
	Secuela TEC										
	Parkinson										
	Otro déficit secundario a compromiso neuromuscular										
	Otros										
Actividades Preventivo Promocionales	Rehabilitación Física: Cuidados a los cuidadores	20% de las actividades de promoción destinadas a capacitación, jornadas o seminarios, corresponden a cuidado de los cuidadores.		N° actividades cuidado al cuidador/Total de actividades (capacitaciones, jornadas, seminarios)*100	REM A28, Sección E	RBC y RIO	20 y más	19,9 a 15	14,9 a 10	9,9 y menos	5 pts.
	Rehabilitación Física: Actividades de Prevención de Discapacidad.	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 A28, REM A27	RBC y RIO	50 y más	49,9 a 40	39,9 a 30	29,9 y menos	20 pts.





Actividades comunitarias	Contar con diagnóstico participativo.	100% de las salas de rehabilitación cuentan con diagnóstico participativo y plan de trabajo.	SI/NO	Informe enviado al Servicio de Salud Arica	RBC y RIO	100	99,9 a 75	74,9 a 50	49,9 y menos	15 pts.
--------------------------	---------------------------------------	--	-------	--	-----------	-----	-----------	-----------	--------------	---------

100 pts.



**ANEXO 2**

<b>INSUMOS SALA RBC</b>	<b>CANTIDAD</b>
Bandas elásticas (distintas resistencias).	1 set
Velcro	Según necesidad
Lycra	Según necesidad
Remaches	Según necesidad
Tornillos	Según necesidad
Hebillas	Según necesidad
Cuero Badana	Según necesidad
Neopreno	Según necesidad
Termoplástico (distinto grosor).	Según necesidad
Pegamento universal (Ej. Agorex ®).	Según necesidad
Bobinas de hilo	Según necesidad

<b>INSUMOS SALAS RBC Y RIO</b>	<b>CANTIDAD</b>
Útiles de oficina para realización de los diagnósticos participativos (resmas de papel, lapiceros, lápices grafito, plumones, cartulina, papelógrafo, papel de papelógrafo, cinta adhesiva, goma de borrar).	Según necesidad
Bandas elásticas (distintas resistencias).	Según necesidad
Sabanillas desechables	Según necesidad
Gel conductor	Según necesidad
Toalla de papel	Según necesidad

