

ASESORÍA JURÍDICA
CCR/ EDU / NMR / SCR / PAM / CCR /rap.

Nº 55
01/02/18

RESOLUCION EXENTA N°: 0461 /

RANCAGUA,

VISTOS;

- 2 FEB. 2018

Estos antecedentes: Cadena Custodia Folio N°10, de fecha 31 de enero de 2018, emanada de la Dirección de Atención Primaria; Resoluciones Exentas N°s 29, del 08 de enero del 2018, que aprueba el denominado "**Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud**" y N°82, del 19 de enero del 2018, que distribuye los recursos financieros para la ejecución del programa referido, ambas del Ministerio de Salud; y considerando:

Que, el denominado "**Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud**", obedece a entregar prestaciones de rehabilitación de calidad, en forma oportuna y accesible, a las personas con discapacidad, permanente o transitoria, mejorando la resolutivez a nivel de la atención primaria de salud y 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."

Que, el referido programa ha sido aprobado mediante Resolución Exenta N°29 del 08 de enero del 2018, del Ministerio de Salud y los recursos financieros para la ejecución en este Servicio de Salud, y materias de esta resolución, se encuentran consignados al tenor de la Resolución Exenta N°82, del 19 de enero del 2018, del Ministerio de Salud; y teniendo presente lo establecido en la Resolución N°1600/08 de la Contraloría General de la República y en uso de las facultades legales y reglamentarias que me confiere el Decreto Ley 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; artículo 9° del D.S N° 140/2004, en relación con el Decreto Exento N°228, de fecha 27 de junio de 2017, del Ministerio de Salud, dicto la siguiente:

RESOLUCION:

1.-ASIGNASE, por el Departamento que corresponda del Ministerio de Salud, recursos financieros equivalentes a la suma de **\$34.106.042.- (treinta y cuatro millones ciento seis mil cuarenta y dos pesos)** por subtítulo 22 según se detalla en la siguiente tabla:

Estrategias Subtitulo 22	Monto
Rehabilitación de Base Comunitaria en Hospital de Marchigue.	Profesionales: \$ 25.131.911
	Insumos: \$ 2.991.377
Total Hospital Marchigue	\$28.123.288
Hospital Pichilemu Equipo de Rehabilitación Rural Móvil	Insumos: \$ 2.991.377
Dirección del Servicio de Salud O'Higgins Equipo de Rehabilitación Rural Móvil.	Insumos: \$ 2.991.377

2.-ASIGNASE, por el Departamento que corresponda del Ministerio de Salud, recursos financieros equivalentes a la suma de **\$89.430.848.-(ochenta y nueve millones, cuatrocientos treinta mil ochocientos cuarenta y ocho pesos)** por subtítulo 21, para financiar los siguientes cargos:

Establecimiento	Estrategia	Financiamiento	Monto
Dirección del Servicio de Salud O'Higgins	Equipo de Rehabilitación Rural Móvil.	Recurso Humano Conductor del móvil y pago de viáticos del Equipo	\$ 19.648.657
Hospital de Pichilemu	Equipo de Rehabilitación Rural Móvil	Recurso Humanos Kinesiólogo, Terapeuta Ocupacional y Conductor del móvil y sus respectivos viáticos.	\$ 40.610.108
Hospital de San Vicente	Rehabilitación de Base Comunitaria	Recurso Humanos Kinesiólogo y Terapeuta Ocupacional	\$ 29.172.083
Total			\$ 89.430.848

2.- Los recursos son destinados a financiar todos o algunos de los 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:** Instalación de Sala de Rehabilitación Física en establecimientos APS, con fuerte componente de trabajo comunitario e intersectorial para el logro de mejoras en la participación social. Dos profesionales, un Terapeuta Ocupacional (44 horas) y un Kinesiólogo (44 horas) atienden a las personas con discapacidad leve en actividades terapéuticas y de prevención, apoyan el manejo terapéutico de las personas con discapacidad moderada, tanto transitoria como permanente, y apoyan a la persona con discapacidad severa 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 inserción social de las personas con discapacidad o en riesgo de adquirirla
- 2) **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 con discapacidad leve y apoyan el tratamiento de las personas con 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.
- 3) **Componente 4: Equipo Rural (RR):**Un terapeuta Ocupacional (44 horas), un Kinesiólogo, un chofer de dedicación exclusiva, integrado a las actividades del equipo, implementan la rehabilitación con base comunitaria en zonas de ruralidad extrema, capacitan a las personas con discapacidad, las familias, cuidadores, auxiliares paramédicos y a la comunidad, en técnicas básicas de tratamiento, autocuidado y prevención de discapacidad. Promueven el trabajo intersectorial y buscan desarrollar el trabajo conjunto con los otros actores sociales y del Estado que pueden aportar en la resolución de las necesidades de las personas con discapacidad o en riesgo de adquirirlas.

Orientaciones Técnicas: Para el desarrollo del Programa se incluyen como parte integrante de este convenio la Orientaciones Metodológicas para el Desarrollo de las Estrategias de Rehabilitación, vigentes para el periodo

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 con discapacidad o en riesgo de adquirirla.
- Evaluación y manejo integral del entorno familiar y físico de la persona con discapacidad.
- Planes de tratamiento con objetivos y plazos acordados con la persona con 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.

3.- El monitoreo y evaluación se orientan a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del Programa, con el propósito de mejorar su eficacia y eficiencia., por ello, este Servicio de Salud evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas contenidas en éste y en concordancia a los pesos relativos señalados en el anexo.

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 todos 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 y al Departamento de Modelo de la División de Atención Primaria de Salud. 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 la asesora encargada de rehabilitación de este Servicio de Salud, Sra. Chriss Cornejo Rojas.

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 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, esta Dirección de 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.

4.- Para dar estricto cumplimiento a lo establecido en el presente convenio y demás políticas de auditoría y otras determinadas por este Servicio de Salud, se designa para todos los fines que fueren pertinentes como responsable técnico y supervisora del Programa, a la funcionaria de la Dirección de Atención Primaria, doña Chriss Cornejo Rojas; y como responsable de la transferencia de los recursos financieros al Jefe del Departamento de Finanzas, don Gerardo Cisternas Soto o quienes legalmente les subrogue, quiénes detentarán desde luego las facultades necesarias para lograr los objetivos antes descritos.

5.- La presente Resolución tendrá vigencia hasta el 31 de diciembre del año en curso.

ANOTESE Y COMUNIQUESE


CLAUDIO CASTILLO ROJAS
DIRECTOR (S)
SERVICIO DE SALUD DEL LIBERTADOR
GENERAL BERNARDO O'HIGGINS



DISTRIBUCIÓN:

- Subsecret. Redes Asist. MINSAL.
- Jefe Divis. Integr. Redes MINSAL.
- Unidad Gest. Finanzas MINSAL
- Subd. Recurs. Fis y Finan. DSS.
- Direcc. Atenc. Primaria (Chriss Cornejo) DSS
- Jefe Depto. Finanzas DSS
- Depto. Jurídico
- Partes y Archivo.