



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD
VIÑA DEL MAR – QUILLOTA
DEPTO. ATENCIÓN PRIMARIA
Int. N°240 de fecha 13.03.2019

RESOLUCION EXENTA N°

1864

VIÑA DEL MAR,

16 MAR. 2020

VISTO:

- Lo dispuesto en la Ley N° 18.575 sobre Bases de la Administración del Estado,; lo dispuesto en el DFL N° 29 (Hacienda), publicado con fecha 16 de marzo de 2005, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.834 sobre Estatuto Administrativo; lo dispuesto en la Ley N° 19.880 que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado; lo dispuesto en la Ley N° 19.378 de 1995 que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, y el Decreto Supremo N° 118 de 2007 del Ministerio de Salud; la resolución N° 07 y 08/ 2019 de la Contraloría General de la República, que fija Normas sobre Exención del Trámite de Toma de Razón; las facultades que al suscrito otorgan el DFL N°1/2005 (Salud), publicado en el Diario Oficial con fecha 24 de abril de 2006, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del DL N°2763 de 1979 y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.469, y los Decretos Supremos N° 140/2004 y 08/2020 ambos del Ministerio de Salud y Toma de Razón N° 179/2019 que lo nombra por Alta Dirección Pública como Director del Hospital de La Calera.

CONSIDERANDO:

- 1.- La necesidad del Servicio de Salud de Viña del Mar-Quillota, de dar cumplimiento a los objetivos que ha implicado la reforma del sector salud, cuyos principios orientadores apuntan a la equidad, participación, descentralización y satisfacción de los usuarios, mediante el **Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud de Atención Primaria Municipal**.
- 2.- Que el Ministerio de Salud, ha dictado la Resolución Exenta N°1213 de fecha 14 de diciembre de 2018, por la cual se aprobó el Programa Rehabilitación Integral, y asignación de recursos señalados en Resolución Exenta N°135 del 08 de febrero de 2019, ambas del Ministerio de Salud.
- 3.- Que conforme con lo señalado precedentemente, el Ministerio de Salud a través del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, conviene en transferir a la **I. Municipalidad de Villa Alemana** como entidad administradora de salud municipalizada, los recursos destinados a financiar las actividades del **Programa Rehabilitación Integral**.
- 4.- Que por resolución exenta N°135 del 08 de febrero del 2019 y asignación de recursos señalados que distribuye los recursos del Programa, Rehabilitación

Integral, en base a la Ley del Presupuesto vigente 2019.

- 5.- El Convenio suscrito con fecha 01 de enero de 2019, entre el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota y la I. Municipalidad de Villa Alemana, en virtud del cual la I. Municipalidad se compromete a implementar y desarrollar el “**Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud de Atención Primaria Municipal**”.

RESUELVO:

- 1.- **APRUÉBESE**, el convenio celebrado con fecha **01 de enero 2019**, entre el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota y la **I. Municipalidad de Villa Alemana**, en virtud del cual ésta se compromete a desarrollar el “**Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud de Atención Primaria Municipal**”.
- 2.- **CÚMPLASE**, de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución Exenta N° 07 y 08 de fecha 29 de marzo del 2019 de Contraloría General de la República, con la transcripción íntegra del Convenio que se aprueba en este acto y cuyo tenor es el siguiente:

En Viña del Mar a **01 de Enero del 2020** entre el **SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA**, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Von Schröeders 392, Viña del Mar, representado por su Director (S) **D. ALFREDO MOLINA NAVES**, chileno, cédula nacional de identidad N°13.551.848-4, del mismo domicilio, en adelante el “**Servicio**” y la **Ilustre Municipalidad de Villa Alemana**, persona jurídica de derecho público domiciliada en Calle Buenos Aires N°750 Villa Alemana, representada por su Alcalde **D. JOSÉ SABAT MARCOS** 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° 132 de diciembre 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”.

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 Rehabilitación Integral, que tiene como propósito aumentar la cobertura de rehabilitación, la promoción y la prevención de los problemas de salud física y sensorial en la red de Atención Primaria de Salud (APS).

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°1213 del 14 diciembre 2018** y los recursos financieros por **Resolución Exenta N°71 del 19 febrero del 2020**, ambas del Ministerio de Salud.

TERCERA: Conforme lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en transferir a la “Municipalidad”, en su calidad de entidad administradora de salud municipalizada, los recursos destinados a financiar una segunda sala de rehabilitación, con los siguientes Componentes del Programa Rehabilitación Integral:

Componente 1: Salas de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC)

Instalación de sala de rehabilitación que atiende problemas de salud física y sensorial 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 (44hrs) y un kinesiólogo (44hrs), atienden a las personas con discapacidad leve en actividades terapéuticas y de prevención, apoyan el manejo terapéutico de las personas con y sin discapacidad, y en diferentes etapas leve, moderada, transitoria o permanente, y apoyan a la persona con discapacidad y alta dependencia, 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.

Componente 2: Artrosis (Avance GES):

Personas con diagnósticos de artrosis leve o moderada, mayor de 55 años que reciben la canasta AUGE y se complementa con atención kinésica.

La ejecución de este Programa deberá ceñirse la orientación técnica entregada por el MINSAL y el Referente Técnico del Servicio de Salud.

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar a la Municipalidad, en dos cuotas por un total de **\$31.004.910.- (Treinta y un millones, cuatro mil, novecientos diez pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior. Los cuales se distribuyen entre Recursos Humanos, que corresponde a la suma de **\$27.107.646.- (Veintisiete millones, ciento siete mil, seiscientos cuarenta y seis pesos)**, en Insumos, que corresponde a la suma de **\$3.383.464.- (Tres millones, trescientos ochenta y tres mil, cuatrocientos sesenta y cuatro pesos)** y en Equipamiento, que corresponde a la suma de **\$513.800.- (quinientos trece mil, ochocientos pesos)** para una Sala de Rehabilitación en Base Comunitaria (RBC):

Sala	Estrategias	Monto (\$)			
		RRHH	Insumos	Equipamiento	TOTAL
1	RBC	\$27.107.646	\$3.383.464	\$513.800	\$31.004.910

La contratación de los 2 (dos) profesionales, **1 Kinesiólogo (44Hrs.)** y **1 Terapeuta Ocupacional (44Hrs.)**, tiene que ser de forma íntegra con sus 44 horas asignadas al Programa de Rehabilitación Integral.

Lo anterior será fiscalizado por el Servicio de Salud su cumplimiento en el marco que exige el Ministerio de Salud de Chile.

El Servicio de Salud determinará la pertinencia de la adquisición de insumos, materiales o implementos, que sean acordes a las necesidades del Programa y de acuerdo a la normativa vigente (modelo de gestión y orientaciones del programa).

El servicio corroborará la utilización de los recursos asignados para insumos y equipamiento con la presentación de las facturas y/o boletas correspondientes a la adquisición de insumos, materiales o implementos acordes al programa en ejecución.

QUINTA: El Municipio se compromete a utilizar los recursos transferidos en las acciones definidas por el establecimiento y aprobado por el Referente Técnico, para financiar las siguientes actividades:

1. Desarrollar estrategias de rehabilitación integradas funcionalmente a la atención primaria de salud, bajo un enfoque biopsicosocial y familiar.
2. Asumir progresivamente la atención integral de las personas discapacidad leve, moderada y severa con objetivos de rehabilitación, o aquellas personas que presentan dificultades en su funcionamiento, apoyar el manejo terapéutico de las personas con 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)

Será responsabilidad de la I. Municipalidad, velar por la correcta inversión de los fondos recibidos, conforme con los objetivos de este convenio. Asimismo, la “**Municipalidad**” deberá efectuar todas las acciones necesarias para alcanzar con eficacia el Programa, de acuerdo a las normas y reglas correspondientes; así como a las orientaciones técnicas de las estrategias referidas del presente Programa.

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

- Se realizará seguimiento de la ejecución del convenio, a través de la solicitud de información por parte del Referente Técnico del Servicio de Salud.
- Supervisión en terreno del cumplimiento de los lineamientos del programa en los equipos de rehabilitación por el Referente Técnico del Servicio de Salud.
- Los registros estadísticos mensuales (REM) serán la base del proceso de monitoreo y evaluación de los distintos componentes e indicadores, por lo que toda prestación y/o actividad debe ser registrada por los profesionales en el REM correspondiente. Los REM deben ser enviados a la unidad de estadística del servicio.
- El diagnóstico comunitario participativo, debe ser realizado y analizado por el equipo de rehabilitación y sus resultados enviados por correo electrónico al Referente de Rehabilitación del Servicio de Salud.

La información deberá ser remitida al Referente Técnico del Servicio de Salud **Andrea Vergara Díaz** al correo electrónico andrea.vergarad@redsalud.gov.cl.

La evaluación del programa se efectuará en dos etapas:

- **La primera evaluación**, se efectuará con corte al 31 de agosto del año 2020. 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 30%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento de Metas por componente	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 30%
30% y más	0%
Entre 20% y 29,9%	50%

Entre 10% y 19,9%	75%
10% o Menos	100%

Los indicadores quedan establecidos en los anexos 1 y 2 del presente convenio y corresponden a Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC, RI, RR) y Artrosis.

- **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 del Programa de Rehabilitación Integral en La Atención Primaria de Salud**", año 2019 (anexo 3). La evaluación se realizará en forma independiente para cada Componente del Programa.

El incumplimiento de acciones y metas requeridas dará lugar a la reliquidación del Programa.

SÉPTIMA: Estos recursos serán transferidos por el Servicio, en representación del Ministerio de Salud, en dos (02) cuotas. La primera cuota (70%) se transferirá una vez dictada la resolución aprobatoria del presente convenio y bajo la condición que se hayan recibidos los recursos financieros en el Servicio. La segunda cuota (30%) se transferirá en octubre del año respectivo, de acuerdo a la primera evaluación y bajo la condición que se hayan recibidos los recursos financieros en el Servicio.

OCTAVA: Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el Servicio descontará de la transferencia regular de atención primaria, el valor correspondiente a la parte no ejecutada de las actividades, objeto de este instrumento. Para estos efectos la comuna deberá enviar informe con los siguientes antecedentes:

Rendición financiera de acuerdo al Manual de Rendiciones de APS y los informes detallados en la sexta cláusula del presente convenio.

La información deberá ser remitida al referente del Programa del Servicio de Salud, **Klga. Andrea Vergara Díaz**, al correo electrónico: **andrea.vergarad@redsalud.gov.cl**

NOVENA: En el caso de que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados por el Servicio para los efectos de este convenio, ésta deberá asumir el mayor gasto que involucre su ejecución.

DÉCIMA: El Servicio de Salud en este acto designa administradora y coordinadora a **Andrea Vergara Díaz**, al correo electrónico: **andrea.vergarad@redsalud.gov.cl** quien tendrá como función principal actuar como Referente Técnico de este servicio respecto de la Municipalidad y del Ministerio de Salud además de velar por la correcta ejecución y adecuado cumplimiento de las obligaciones asumidas por las partes. La Municipalidad notificará del plazo de cinco días contados desde la fecha de suscripción del presente convenio.

DÉCIMA PRIMERA: El Servicio, requerirá a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus estrategias señaladas 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, en conformidad con lo establecido en la **Resolución N° 30 de 2015 de la Contraloría General de la República**.

DÉCIMO SEGUNDA: El Servicio deberá velar por la correcta utilización de los fondos traspasados acto que fiscalizará a través de la Unidad de Rendiciones de la Dirección de Atención Primaria y por el Departamento de Auditoría del Servicio de Salud de ser requerido. Sin perjuicio de lo anterior, estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la resolución N° 30 del 2015 de la Contraloría General de la República, **que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, dentro de los quince primeros días hábiles administrativos del mes siguiente** al que se informa, a fin de determinar la correcta inversión de los fondos otorgados y el cumplimiento de los objetivos previstos en la Ley o en el acto que ordena la transferencia, lo que debe ser fiscalizado por el Servicio. Considerar además que no cumplir con esta normativa significará no transferir los recursos financieros del respectivo período.

DÉCIMA TERCERA: El presente convenio tendrá vigencia hasta el 31 de diciembre de 2020 pudiéndose extender hasta el 31 de marzo del año siguiente, previa autorización del Referente Técnico.

DÉCIMO CUARTA: 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 período.

DÉCIMO QUINTA: Para todos los efectos legales derivados del presente convenio, las partes prorrogan competencia para ante los Tribunales de Justicia de la ciudad de Viña del Mar.

DÉCIMO SEXTA: El presente convenio se firma en 2 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, y otro en el de la Municipalidad.

PERSONERIAS: La facultad y personería de **D. Alfredo Molina Naves**, Director (S) del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, para celebrar convenios están contenidos en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1/2005, que fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y de las Leyes N°18.469 y N°18.933, conjuntamente, con los Decretos Supremos N°140/2004 Y 08/2020, ambos del Ministerio de Salud y Res. Toma Razón N°120950/179/2019 que nombra en cargo de Alta Dirección Pública, como Director de Hospital de La Calera. La personería de **D. José Sabat Marcos**, Alcalde de la Ilustre Municipalidad de Villa Alemana, consta en Decreto Alcaldicio N° 2019 de Fecha 06 de diciembre del 2016.

3.- TRANSFIÉRASE, a la I. Municipalidad de Villa Alemana, la suma **\$31.004.910.- (Treinta y un millones, cuatro mil, novecientos diez pesos)** Estos recursos serán transferidos por el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, en representación del Ministerio de Salud, en dos cuotas.

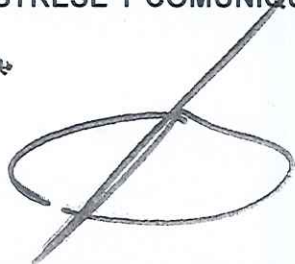
La Primera cuota será transferida una vez que se haya tramitado la presente resolución aprobatoria, bajo la condición que hayan sido recepcionados los recursos financieros en el Servicio.

La Segunda cuota será transferida en octubre de 2019, de acuerdo con los resultados obtenidos en la evaluación efectuada con corte al 31 de agosto.

- 4.- **DECLÁRESE**, la vigencia del convenio que por este acto se aprueba, hasta el 31 de diciembre de 2020.
- 5.- **DECLÁRESE**, en caso de que la "Municipalidad" se exceda de los fondos por el Servicio para los efectos de este convenio, deberá asumir el mayor gasto que involucre su ejecución, sin perjuicio de lo indicado en la cláusula primera del presente convenio.
- 6.- **REQUIÉRASE**, a la I. Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del Convenio, con los detalles y especificaciones que se estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.
- 7.- **REQUIÉRASE**, a la I. Municipalidad dar cuenta de las sumas recibidas por este Programa u su inversión, conforme a lo establecido en la **Resolución Exenta N° 30 de 2015**, de Contraloría General de la República.
- 8.- **ESTABLÉCESE**, como administrador y coordinador del Servicio de Salud de Viña del Mar-Quillota, a **Klga. Andrea Vergara Díaz**, quien tendrá como función principal actuar como referente técnico de este servicio respecto de la I. Municipalidad y del Ministerio de Salud además de velar por la correcta ejecución y adecuado cumplimiento de las obligaciones asumidas por las partes.
- 9.- **REQUIÉRASE**, a la I. Municipalidad la designación de una persona que actuará como referente técnico y la notificación de dicha designación a este Servicio, dentro del plazo de cinco días contados desde la fecha de suscripción del convenio.
- 10.- **FISCALÍCESE**, la correcta utilización de los fondos traspasados por departamento de Auditoría del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.
- 11.- **IMPÚTESE**, el gasto que genere el cumplimiento de la presente Resolución al subtítulo N° 24 del presupuesto del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.

ANÓTESE, REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE




D. ALFREDO MOLINA NAVES
DIRECTOR (S)
S. S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA

CHB
TP
EU.CHB /CA.GFT /aeg.

DISTRIBUCIÓN:

- Subdirección de RRFF y Financieros S.S.V.Q.
- Auditoría S.S.V.Q.
- Of. de Partes S.S.V.Q.
- Municipalidad.


TRANSCRITO FIELMENTE

MINISTRO DE FÉ
SERVICIO DE SALUD
VIÑA DEL MAR - QUILLOTA



Servicio de Salud
Viña del Mar-Quillota

CONVENIO

SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA

E

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE VILLA ALEMANA

(Programa Rehabilitación Integral)

En Viña del Mar a **01 de Enero del 2020** entre el SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Von Schröeders 392, Viña del Mar, representado por su Director (S) **D. ALFREDO MOLINA NAVES**, chileno, cédula nacional de identidad N°13.551.848-4, del mismo domicilio, en adelante el “**Servicio**” y la **Ilustre Municipalidad de Villa Alemana**, persona jurídica de derecho público domiciliada en Calle Buenos Aires N° 850 Villa Alemana, representada por su Alcalde **D. JOSÉ SABAT MARCOS** 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° 132 de diciembre 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”.

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 Rehabilitación Integral, que tiene como propósito aumentar la cobertura de rehabilitación, la promoción y la prevención de los problemas de salud física y sensorial en la red de Atención Primaria de Salud (APS).

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°1213 del 14 diciembre 2018** y los recursos financieros por **Resolución Exenta N°71 del 19 febrero del 2020**, ambas del Ministerio de Salud.

TERCERA: Conforme lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en transferir a la “**Municipalidad**”, en su calidad de entidad administradora de salud municipalizada, los recursos destinados a financiar una segunda sala de rehabilitación, con los siguientes Componentes del **Programa Rehabilitación Integral**:

Componente 1: Salas de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC)

Instalación de sala de rehabilitación que atiende problemas de salud física y sensorial 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 (44hrs) y un kinesiólogo (44hrs), atienden a las personas con discapacidad leve en actividades terapéuticas y de prevención, apoyan el manejo terapéutico de las personas con y sin discapacidad, y en diferentes etapas leve, moderada, transitoria o permanente, y apoyan a la persona con discapacidad y alta dependencia, 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.

Componente 2: Artrosis (Avance GES):

Personas con diagnósticos de artrosis leve o moderada, mayor de 55 años que reciben la canasta AUGE y se complementa con atención kinésica.

La ejecución de este Programa deberá ceñirse la orientación técnica entregada por el MINSAL y el Referente Técnico del Servicio de Salud.

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar a la Municipalidad, en dos cuotas por un total de **\$31.004.910.- (Treinta y un millones, cuatro mil, novecientos diez pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior. Los cuales se distribuyen entre Recursos Humanos, que corresponde a la suma de **\$27.107.646.- (Veintisiete millones, ciento siete mil, seiscientos cuarenta y seis pesos)**, en Insumos, que corresponde a la suma de **\$3.383.464.- (Tres millones, trecientos ochenta y tres mil, cuatrocientos sesenta y cuatro pesos)** y en Equipamiento, que corresponde a la suma de **\$513.800.- (quinientos trece mil, ochocientos pesos)** para una Sala de Rehabilitación en Base Comunitaria (RBC):

Sala	Estrategias	Monto (\$)			
		RRHH	Insumos	Equipamiento	TOTAL
1	RBC	\$27.107.646	\$3.383.464	\$513.800	\$31.004.910

La contratación de los 2 (dos) profesionales, **1 Kinesiólogo (44Hrs.)** y **1 Terapeuta Ocupacional (44Hrs.)**, tiene que ser de forma íntegra con sus 44 horas asignadas al Programa de Rehabilitación Integral.

Lo anterior será fiscalizado por el Servicio de Salud su cumplimiento en el marco que exige el Ministerio de Salud de Chile.

El Servicio de Salud determinará la pertinencia de la adquisición de insumos, materiales o implementos, que sean acordes a las necesidades del Programa y de acuerdo a la normativa vigente (modelo de gestión y orientaciones del programa).

El servicio corroborará la utilización de los recursos asignados para insumos y equipamiento con la presentación de las facturas y/o boletas correspondientes a la adquisición de insumos, materiales o implementos acordes al programa en ejecución.

QUINTA: El Municipio se compromete a utilizar los recursos transferidos en las acciones definidas por el establecimiento y aprobado por el Referente Técnico, para financiar las siguientes actividades:

1. Desarrollar estrategias de rehabilitación integradas funcionalmente a la atención primaria de salud, bajo un enfoque biopsicosocial y familiar.
2. Asumir progresivamente la atención integral de las personas discapacidad leve, moderada y severa con objetivos de rehabilitación, o aquellas personas que presentan dificultades en su funcionamiento, apoyar el manejo terapéutico de las personas con discapacidad moderada, y sus familias, en el contexto comunitario.

The first part of the report is devoted to a general description of the project and its objectives. It also includes a brief review of the literature on the subject. The second part of the report describes the methodology used in the study, including the data sources and the statistical methods employed. The third part of the report presents the results of the study, and the fourth part discusses the implications of these results.

The methodology used in this study is based on a combination of qualitative and quantitative methods. The data were collected through a series of interviews and focus groups, and were analyzed using content analysis. The results of the study indicate that there are significant differences in the way that different groups of people perceive the issue.

The findings of this study have important implications for the development of policies and programs aimed at addressing the issue. It is clear that a one-size-fits-all approach is not sufficient, and that a more nuanced and targeted approach is needed. The study also highlights the need for further research in this area, particularly in relation to the development of effective interventions.

Variable	Mean	Standard Deviation
Variable 1	4.5	1.2
Variable 2	3.8	0.9
Variable 3	5.2	1.5

The results of the statistical analysis are presented in the table above. As can be seen, there are significant differences between the groups on all three variables. The first variable shows a mean score of 4.5, with a standard deviation of 1.2. The second variable has a mean score of 3.8 and a standard deviation of 0.9. The third variable has a mean score of 5.2 and a standard deviation of 1.5. These results suggest that the groups differ significantly in their responses to the variables measured.

The implications of these findings are discussed in the following section. It is clear that the results of this study have important implications for the development of policies and programs aimed at addressing the issue. The study highlights the need for a more nuanced and targeted approach, and suggests that further research is needed in this area.

In conclusion, this study has provided valuable insights into the way that different groups of people perceive the issue. The findings have important implications for the development of policies and programs aimed at addressing the issue. It is clear that a one-size-fits-all approach is not sufficient, and that a more nuanced and targeted approach is needed. The study also highlights the need for further research in this area, particularly in relation to the development of effective interventions.

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)

Será responsabilidad de la I. Municipalidad, velar por la correcta inversión de los fondos recibidos, conforme con los objetivos de este convenio. Asimismo, la **"Municipalidad"** deberá efectuar todas las acciones necesarias para alcanzar con eficacia el Programa, de acuerdo a las normas y reglas correspondientes; así como a las orientaciones técnicas de las estrategias referidas del presente Programa.

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

- Se realizará seguimiento de la ejecución del convenio, a través de la solicitud de información por parte del Referente Técnico del Servicio de Salud.
- Supervisión en terreno del cumplimiento de los lineamientos del programa en los equipos de rehabilitación por el Referente Técnico del Servicio de Salud.
- Los registros estadísticos mensuales (REM) serán la base del proceso de monitoreo y evaluación de los distintos componentes e indicadores, por lo que toda prestación y/o actividad debe ser registrada por los profesionales en el REM correspondiente. Los REM deben ser enviados a la unidad de estadística del servicio.
- El diagnóstico comunitario participativo, debe ser realizado y analizado por el equipo de rehabilitación y sus resultados enviados por correo electrónico al Referente de Rehabilitación del Servicio de Salud.

La información deberá ser remitida al Referente Técnico del Servicio de Salud **Andrea Vergara Díaz** al correo electrónico andrea.vergarad@redsalud.gov.cl.

La evaluación del programa se efectuará en dos etapas:

- **La primera evaluación**, se efectuará con corte al 31 de agosto del año 2020. 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 30%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento de Metas por componente	Porcentaje de Descuento de recursos 2° cuota del 30%
30% y más	0%
Entre 20% y 29,9%	50%
Entre 10% y 19,9%	75%
10% o Menos	100%

Los indicadores quedan establecidos en los anexos 1 y 2 del presente convenio y corresponden a Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC, RI, RR) y Artrosis.

... el programa de desarrollo de la industria de la construcción en el sector privado...

... el programa de desarrollo de la industria de la construcción en el sector privado...

... el programa de desarrollo de la industria de la construcción en el sector privado...

... el programa de desarrollo de la industria de la construcción en el sector privado...

... el programa de desarrollo de la industria de la construcción en el sector privado...

... el programa de desarrollo de la industria de la construcción en el sector privado...

... el programa de desarrollo de la industria de la construcción en el sector privado...

... el programa de desarrollo de la industria de la construcción en el sector privado...

... el programa de desarrollo de la industria de la construcción en el sector privado...

... el programa de desarrollo de la industria de la construcción en el sector privado...

... el programa de desarrollo de la industria de la construcción en el sector privado...

... el programa de desarrollo de la industria de la construcción en el sector privado...

Indicador	1990	1991	1992	1993	1994
Producción de cemento (en toneladas)	100	105	110	115	120
Producción de hierro (en toneladas)	100	105	110	115	120
Producción de acero (en toneladas)	100	105	110	115	120
Producción de aluminio (en toneladas)	100	105	110	115	120

... el programa de desarrollo de la industria de la construcción en el sector privado...

- **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 del Programa de Rehabilitación Integral en La Atención Primaria de Salud**", año 2019 (anexo 3). La evaluación se realizará en forma independiente para cada Componente del Programa. El incumplimiento de acciones y metas requeridas dará lugar a la reliquidación del Programa.

SÉPTIMA: Estos recursos serán transferidos por el Servicio, en representación del Ministerio de Salud, en dos (02) cuotas. La primera cuota (70%) se transferirá una vez dictada la resolución aprobatoria del presente convenio y bajo la condición que se hayan recibidos los recursos financieros en el Servicio. La segunda cuota (30%) se transferirá en octubre del año respectivo, de acuerdo a la primera evaluación y bajo la condición que se hayan recibidos los recursos financieros en el Servicio.

OCTAVA: Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el Servicio descontará de la transferencia regular de atención primaria, el valor correspondiente a la parte no ejecutada de las actividades, objeto de este instrumento. Para estos efectos la comuna deberá enviar informe con los siguientes antecedentes:

Rendición financiera de acuerdo al Manual de Rendiciones de APS y los informes detallados en la sexta cláusula del presente convenio.

La información deberá ser remitida al referente del Programa del Servicio de Salud, **Klga. Andrea Vergara Díaz**, al correo electrónico: andrea.vergarad@redsalud.gov.cl

NOVENA: En el caso de que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados por el Servicio para los efectos de este convenio, ésta deberá asumir el mayor gasto que involucre su ejecución.

DÉCIMA: El Servicio de Salud en este acto designa administradora y coordinadora a **Andrea Vergara Díaz**, al correo electrónico: andrea.vergarad@redsalud.gov.cl quien tendrá como función principal actuar como Referente Técnico de este servicio respecto de la Municipalidad y del Ministerio de Salud además de velar por la correcta ejecución y adecuado cumplimiento de las obligaciones asumidas por las partes. La Municipalidad notificará del plazo de cinco días contados desde la fecha de suscripción del presente convenio.

DÉCIMA PRIMERA: El Servicio, requerirá a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus estrategias señaladas 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, en conformidad con lo establecido en la **Resolución N° 30 de 2015 de la Contraloría General de la República**.

DÉCIMO SEGUNDA: El Servicio deberá velar por la correcta utilización de los fondos traspasados acto que fiscalizará a través de la Unidad de Rendiciones de la Dirección de Atención Primaria y por el Departamento de Auditoría del Servicio de Salud de ser requerido. Sin perjuicio de lo anterior, estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la resolución N° 30 del 2015 de la Contraloría General de la República, **que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, dentro de los quince primeros días hábiles administrativos del mes siguiente** al que se informa, a fin de determinar la correcta inversión de los fondos otorgados y el cumplimiento de los objetivos previstos en la Ley o en el acto que ordena la transferencia, lo que debe ser fiscalizado por el Servicio. Considerar además que no

cumplir con esta normativa significará no transferir los recursos financieros del respectivo período.

DÉCIMA TERCERA: El presente convenio tendrá vigencia hasta el 31 de diciembre de 2020 pudiéndose extender hasta el 31 de marzo del año siguiente, previa autorización del Referente Técnico.

DÉCIMO CUARTA: 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.

DÉCIMO QUINTA: Para todos los efectos legales derivados del presente convenio, las partes prorrogan competencia para ante los Tribunales de Justicia de la ciudad de Viña del Mar.

DÉCIMO SEXTA: El presente convenio se firma en 2 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, y otro en el de la Municipalidad.

PERSONERIAS: La facultad y personería de **D. Alfredo Molina Naves**, Director (S) del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, para celebrar convenios están contenidos en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1/2005, que fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y de las Leyes N°18.469 y N°18.933, conjuntamente, con los Decretos Supremos N°140/2004 Y 08/2020, ambos del Ministerio de Salud y Res. Toma Razón N°120950/179/2019 que nombra en cargo de Alta Dirección Pública, como Director de Hospital de La Calera. La personería de **D. José Sabat Marcos**, Alcalde de la Ilustre Municipalidad de Villa Alemana, que consta en Decreto Alcaldicio N° 2019 de Fecha 06 de diciembre del 2016.




D. JOSÉ SABAT MARCOS
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE VILLA ALEMANA




D. ALFREDO MOLINA NAVES
DIRECTOR (S)
SERVICIO SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA

 EU.CHB /CA.GFT /pcm

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

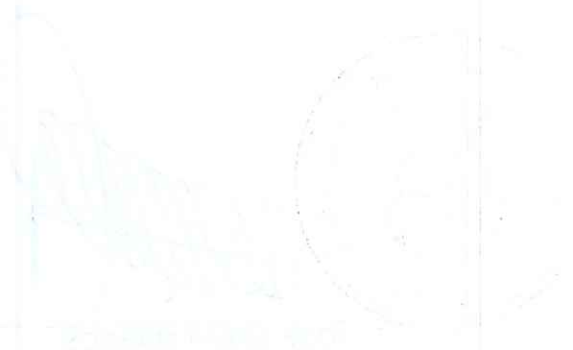
... ..

... ..

... ..



... ..



... ..

Anexo 1 Diseño de Evaluación Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC, RI, RR) Corte Agosto

OBJETIVO	Actividad	Metas	Indicador	Fuente	Estrategia	Cumplimientos				Peso
		RBC /RI/RR				100%	75%	50%	0	
Contribuir a la generación de redes comunitarias e intersectoriales para el logro de la participación en comunidad (inclusión social) de las PsD	PROMOCION									
	Participación en comunidad producto de la intervención del equipo	10% de las PcD atendidas en el Centro logran la participación en comunidad (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)	N° personas que logran participación en comunidad /total de ingresos *100	REM	RBC, RI, RR	10 y más	7,5- 9,9	5 - 7,4	menos de 5	30
Disminuir la Discapacidad	TRATAMIENTO Y REHABILITACION									
	Mantener la atención a personas en situación de discapacidad leve, moderada o severa	Mantener al menos un 20% de PcD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficits secundarios a compromiso neuromuscular	N° PcD 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 10	20
		Mantener al menos un 15% de PcD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficits secundarios a compromiso neuromuscular		REM	RI	15 y más	10- 14,9	5 a 9,9	menos de 5	
		Mantener al menos un 10% de PcD con Parkinson, secuela de AVE, otros déficits secundarios a compromiso neuromuscular		REM	RR	10 y más	7,5- 9,9	5 - 7,4	menos de 5	
	Favorecer que las PsD atendidas en APS, logren el máximo de autonomía e independencia	60% de PcD reciben el alta posterior a cumplimiento del Plan de tratamiento	N° PcD egresadas /Total ingresos*100	REM	RBC, RI	60 y más	50- 59,9	40 - 49,9	menos de 40	20
		30% de PcD reciben el alta posterior a cumplimiento del Plan de tratamiento		REM	RR	30 y más	20- 29,9	10 - 19,9	menos de 10	
Cobertura	Personas atendidas en Rehabilitación	60% de la cobertura según meta anual RBC= 466, RI= 355, RR = 163	N° Total de Ingresos *100/Meta por estrategia	REM	RBC, RR, RI	60 y más	50-59,9	40- 40,9	menos de 40	30
Los indicadores descritos en esta tabla son los que se encuentran sujetos a reliquidación del programa.									TOTAL	100

Table 1: Summary of the results of the regression analysis. The dependent variable is the log of the number of employees. The independent variables are the log of the number of employees in the previous period, the log of the number of employees in the previous period squared, the log of the number of employees in the previous period cubed, the log of the number of employees in the previous period to the fourth power, the log of the number of employees in the previous period to the fifth power, the log of the number of employees in the previous period to the sixth power, the log of the number of employees in the previous period to the seventh power, the log of the number of employees in the previous period to the eighth power, the log of the number of employees in the previous period to the ninth power, the log of the number of employees in the previous period to the tenth power, the log of the number of employees in the previous period to the eleventh power, the log of the number of employees in the previous period to the twelfth power, the log of the number of employees in the previous period to the thirteenth power, the log of the number of employees in the previous period to the fourteenth power, the log of the number of employees in the previous period to the fifteenth power, the log of the number of employees in the previous period to the sixteenth power, the log of the number of employees in the previous period to the seventeenth power, the log of the number of employees in the previous period to the eighteenth power, the log of the number of employees in the previous period to the nineteenth power, the log of the number of employees in the previous period to the twentieth power.

Variable	Parameter	Estimate	Standard Error	t-Statistic	p-Value
Constant	Intercept	1.0000	0.0000	1.0000	0.0000
	Intercept	1.0000	0.0000	1.0000	0.0000
Lagged Dependent Variable	L1	0.8500	0.0100	85.0000	0.0000
	L2	0.0500	0.0100	5.0000	0.0000
Lagged Dependent Variable Squared	L1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	L2	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Lagged Dependent Variable Cubed	L1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	L2	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Lagged Dependent Variable to the Fourth Power	L1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	L2	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Lagged Dependent Variable to the Fifth Power	L1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	L2	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Lagged Dependent Variable to the Sixth Power	L1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	L2	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Lagged Dependent Variable to the Seventh Power	L1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	L2	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Lagged Dependent Variable to the Eighth Power	L1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	L2	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Lagged Dependent Variable to the Ninth Power	L1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	L2	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Lagged Dependent Variable to the Tenth Power	L1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	L2	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Lagged Dependent Variable to the Eleventh Power	L1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	L2	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Lagged Dependent Variable to the Twelfth Power	L1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	L2	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Lagged Dependent Variable to the Thirteenth Power	L1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	L2	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Lagged Dependent Variable to the Fourteenth Power	L1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	L2	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Lagged Dependent Variable to the Fifteenth Power	L1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	L2	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Lagged Dependent Variable to the Sixteenth Power	L1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	L2	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Lagged Dependent Variable to the Seventeenth Power	L1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	L2	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Lagged Dependent Variable to the Eighteenth Power	L1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	L2	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Lagged Dependent Variable to the Nineteenth Power	L1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	L2	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Lagged Dependent Variable to the Twentieth Power	L1	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	L2	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

Anexo 2 Diseño de evaluación artrosis leve o moderada, personas mayores de 55 años

COMPONENTE	PRODUCTOS ESPERADOS	INDICADORES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Artrosis GES	90% de las personas con artrosis mayores de 55 años obtengan su garantía explícita	90% garantías cumplidas	SIGGES

Anexo 3 Diseño de Evaluación Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC, RI, RR) Corte Diciembre

OBJETIVO	Actividad	Metas por estrategia			Indicador	Fuente	Estrategia	Cumplimientos			
		RBC	RI	RR				100%	75%	50%	0
Asumir progresivamente la atención integral de las personas que presentan problemas de funcionamiento y sus familias en el contexto comunitario	Mantener y aumentar la cobertura de rehabilitación física y sensorial en la red de APS	465	335	163	% de cobertura	REM	RBC; RI; RR	30 y más	80-89,9	70-79,9	menos de 70
PREVENCIÓN											
Contribuir a la generación de redes comunitarias a intersectoriales para el logro de la participación en comunidad (inclusión social) de las personas atendidas en el programa que lo requieran	Realizar Diagnóstico Participativo* con la comunidad y planificación participativa	20% de total de Actividades y Participación corresponden a actividades de Diagnóstico o Planificación Participativa	20% de total de Actividades y Participación corresponden a actividades de Diagnóstico o Planificación Participativa	20% de total de Actividades y Participación corresponden a actividades de Diagnóstico o Planificación Participativa	N° total de Actividades de Diagnóstico o Planificación Participativa/ Total de Actividades y Participación *100	REM 28	RBC, RI, RR	20 y más	15-19,9	10-14,9	menos de 10
	Elaborar documento con Diagnóstico Participativo	100% Equipos de Rehabilitación realizan Diagnóstico Participativo	100% Equipos de Rehabilitación realizan Diagnóstico Participativo	80 % comunas intervenidas cuentan con Diagnóstico Participativo	SI / NO	Informe	RBC, RI, RR	SI = 100%			No= 0
	Realizar plan de trabajo anual con las organizaciones de discapacidad	100% de los equipos de rehabilitación cuentan con Plan de trabajo con las organizaciones de personas con discapacidad	100% de los equipos de rehabilitación cuentan con Plan de trabajo con las organizaciones de personas con discapacidad	100% de los equipos de rehabilitación cuentan con Plan de trabajo con las organizaciones de personas con discapacidad	SI / NO	Informe	RBC, RI, RR	SI = 100%			No= 0
	Realizar gestiones sectoriales e intersectoriales que apunten a la inclusión de las personas con discapacidad	10% de las personas ingresadas al programa logran la participación en comunidad (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)	10% de las personas ingresadas al programa logran la participación en comunidad (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)	10% de las personas ingresadas al programa logran la participación en comunidad (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)	N° personas que logran participación en comunidad /total de ingresos *100	REM	RBC, RI, RR	10 y más	7,5- 9,9	5 - 7,4	menos de 5
Prevenir problemas de funcionamiento y/o retardar la discapacidad	Realizar actividades de educación grupal a todas las personas que ingresan al programa con artritis y otros en etapas iniciales, Lumbago, Parkinson, etc., entregando herramientas para el autocuidado	35% de las personas que ingresan al Programa, reciben Educación Grupal	35% de las personas que ingresan al Programa, reciben Educación Grupal	35% de las personas que ingresan al Programa, reciben Educación Grupal	N° Total de Personas que ingresan a Educación Grupal/ Total de Ingresos *100	REM	RBC, RI, RR	35 y más	25-34,9	15-24,9	menos de 15
	Realizar actividades destinadas a fortalecer conocimientos y destrezas personales de los cuidadores, entregando herramientas para el cuidado en domicilio, como su autocuidado	50% de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales, se orientan al trabajo con cuidadores	50% de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales, se orientan al trabajo con cuidadores	50% de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales, se orientan al trabajo con cuidadores	N° de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales a los cuidadores/ total de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales *100	REM	RBC, RI, RR	50 y más	40-49,9	30-39,9	menos de 30

Year	Q1	Q2	Q3	Q4	Total	Average	Standard Deviation	Minimum	Maximum
2010	100	120	110	130	460	115	15	100	130
2011	110	130	120	140	500	125	15	110	140
2012	120	140	130	150	540	135	15	120	150
2013	130	150	140	160	580	145	15	130	160
2014	140	160	150	170	620	155	15	140	170
2015	150	170	160	180	660	165	15	150	180
2016	160	180	170	190	700	175	15	160	190
2017	170	190	180	200	740	185	15	170	200
2018	180	200	190	210	780	195	15	180	210
2019	190	210	200	220	820	205	15	190	220
2020	200	220	210	230	860	215	15	200	230

REHABILITACION											
Mejorar al funcionamiento para el logro de la participación en comunidad	Peculiar y brindar la atención oportuna de personas con Parkinson, ACV, LM, TEC, TRM, Disrafias, otro déficit secundario a compromiso neuromuscular, priorizándolos	Mantener al menos un 20% de personas con Parkinson, ACV, LM, TEC, TRM, Disrafias, otro déficit secundario a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 15% de personas con P Parkinson, ACV, LM, TEC, TRM, Disrafias, otro déficit secundario a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 10% de personas con Parkinson, ACV, LM, TEC, TRM, Disrafias, otro déficit secundario a compromiso neuromuscular	N° personas ingresadas con Dg de personas con Parkinson, ACV, LM, TEC, TRM, Disrafias, otro déficit secundario a compromiso neuromuscular/ Total de Ingresos *100	REM	RBC	20 y más	15-10,0	10- 14,0	menos de 10
						REM	RJ	15 y más	10- 14,0	5 a 8,0	menos de 5
						REM	RR	10 y más	7,5- 0,0	5-7,4	menos de 5
Abordar de manera integral a las personas que presentan problemas en su funcionamiento y sus familias, en el contexto comunitario	Realizar intervenciones de consejería individual y familiar programadas, con a lo menos 3 sesiones por persona y/o familia	20% de las personas ingresadas reciben consejerías individuales y/o familiares	20% de las personas ingresadas reciben consejerías individuales y/o familiares	20% de las personas ingresadas reciben consejerías individuales y/o familiares	N° de (consejerías individuales+ Consejerías Familiares /3) N° Ingresos *100	REM	RBC, RJ, RR	20 y más	15-10,0	10- 14,0	menos de 10
						REM	RBC, RJ, RR	50 y más	40-40,0	30-30,0	menos de 30
Maximizar autonomía e independencia de personas	Realizar ingreso con Plan Tratamiento Integral (PTI), consensuado, con objetivos y tiempos de tratamientos definidos. Alta posterior al cumplimiento del plan	80% de las personas ingresadas al programa reciben el alta posterior a cumplimiento del Plan de Tratamiento	60% de las personas ingresadas al programa reciben el alta posterior a cumplimiento del Plan de Tratamiento	30% de las personas ingresadas al programa reciben el alta posterior a cumplimiento del Plan de Tratamiento	N° personas egresadas /Total ingresos*100	REM	RBC, RJ	60 y más	50-50,0	40- 40,0	menos de 40
						REM	RR	30 y más	20- 20,0	10 - 10,0	menos de 10
Promover el trabajo en rehabilitación de acuerdo a medicina basada en la evidencia	Entregar prestaciones y/o procedimientos mayoritariamente orientados a la movilización activa de las personas intervenidas en el Programa y utilizar fisioterapia solo en casos necesarios	30 % o menos de los procedimientos corresponden a fisioterapia.	30 % o menos de los procedimientos corresponden a fisioterapia.	30% o menos de los procedimientos corresponden a fisioterapia.	N° total procedimientos fisioterapia / total de procedimientos *100	REM	RBC, RJ, RR	30 y menos	31-35,0	30-30,0	más de 40

*Validez de 2 años

Year	Month	Day	Time	Location	Activity	Remarks
1950	Jan	1	08:00	...	...	...
1950	Jan	2	08:00	...	...	...
1950	Jan	3	08:00	...	...	...
1950	Jan	4	08:00	...	...	...
1950	Jan	5	08:00	...	...	...
1950	Jan	6	08:00	...	...	...
1950	Jan	7	08:00	...	...	...
1950	Jan	8	08:00	...	...	...
1950	Jan	9	08:00	...	...	...
1950	Jan	10	08:00	...	...	...
1950	Jan	11	08:00	...	...	...
1950	Jan	12	08:00	...	...	...
1950	Jan	13	08:00	...	...	...
1950	Jan	14	08:00	...	...	...
1950	Jan	15	08:00	...	...	...
1950	Jan	16	08:00	...	...	...
1950	Jan	17	08:00	...	...	...
1950	Jan	18	08:00	...	...	...
1950	Jan	19	08:00	...	...	...
1950	Jan	20	08:00	...	...	...
1950	Jan	21	08:00	...	...	...
1950	Jan	22	08:00	...	...	...
1950	Jan	23	08:00	...	...	...
1950	Jan	24	08:00	...	...	...
1950	Jan	25	08:00	...	...	...
1950	Jan	26	08:00	...	...	...
1950	Jan	27	08:00	...	...	...
1950	Jan	28	08:00	...	...	...
1950	Jan	29	08:00	...	...	...
1950	Jan	30	08:00	...	...	...
1950	Jan	31	08:00	...	...	...