

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE

SECRETARÍA MUNICIPAL

APRUEBA ADDENDUM A CONVENIO

SUSCRITO c/SERVICIO DE SALUD

DECRETO ALCALDICIO N° 938

DALCAHUE, 15 de marzo de 2023

VISTOS: El Decreto Alcaldicio N° 532 del 03 de marzo de 2022; la Resolución Exenta N° 1966 del 15 de marzo de 2023 del Servicio de Salud Chiloé; el Decreto Alcaldicio N° 548 del 07 de marzo de 2022, que nombra titular en el cargo de Alcalde de la Comuna a don ALEX WALDEMAR GÓMEZ AGUILAR; la Resolución del Tribunal Electoral Regional, Causa Rol 26-21-P; los Artículos 2°, 56 y siguientes de la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades, texto refundido.

DECRETO:

APRUÉBASE: En todos sus puntos el “*Addendum Rehabilitación Integral en la Red de Salud*” suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Dalcahue representada por el Alcalde don Alex Waldemar Gómez Aguilar y el Servicio de Salud Chiloé representado por su Directora doña Marcela Cárcamo Hemmelmann y mediante el cual se modifican las cláusulas Tercera y Cuarta del Convenio original.

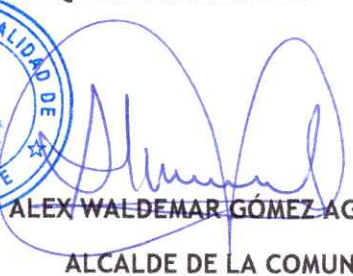
ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.




CLARA INÉS VERA GONZÁLEZ

SECRETARIA MUNICIPAL




ALEX WALDEMAR GÓMEZ AGUILAR

ALCALDE DE LA COMUNA

DISTRIBUCIÓN:

- Dirección Administración y Finanzas
- Corporación Municipal
- Secretaría Municipal
- Concejo Municipal
- Control Interno
- Oficina Transparencia
- Of. Partes

1966

RESOLUCION EXENTA N°

CASTRO,

15 MAR. 2023

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES: Resolución Exenta N° 184 del 24 de febrero de 2023, que aprueba el Programa **Rehabilitación Integral en la Red de Salud**, Resolución Exenta N°72 de fecha 03 de febrero de 2023, que aprueba los recursos 2023 para el Programa, ambas del Ministerio de Salud, convenio suscrito con fecha 28 de enero de 2022 entre **Servicio de Salud Chiloé** y la **Ilustre Municipalidad de Dalcahue**, aprobado por Resolución Exenta N° 682 de fecha 7 de febrero de 2022, del Servicio de Salud Chiloé; que conforme a la partida 16 Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02 de Atención Primaria, Subtítulo 24 Transferencias corrientes ítem 02 Al Gobierno Central, Asignación 042 Servicio de Salud Chiloé de Ley de Presupuesto N° 21.516 de fecha 07 de diciembre de 2022, que establece el Presupuesto del Sector Público para el año 2023, "Se permite la prórroga automática, en la medida que los programas a ejecutar cuenten con recursos disponibles según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año respectivo. Las metas y recursos asociados a dichas prórrogas serán fijadas por el Servicio de Salud, mediante resolución y deberán estar sujetos a las instrucciones que dicte el Ministerio de Salud"; Que los convenios citan "toda transferencia de recursos está sujeta a la disponibilidad presupuestaria del Servicio y se hace presente que de conformidad al inciso 2 del artículo N°18 de la Resolución N° 30 de 2015 de la Contraloría General de la República, en el caso de existir transferencias en cuotas, no procederá el otorgamiento de nuevos recursos mientras no se haya rendido cuenta de la transferencia anterior. En consecuencia, este Servicio de Salud, no transferirá nuevos recursos del programa, mientras la Municipalidad no haya resuelto el reintegro de los saldos no utilizados en el ejercicio anterior y que deben ser ingresados a Rentas Generales de la Nación, instrucción impartida en el Artículo N° 7 de la actual Ley de Presupuesto de la Nación N° 21.516 del año 2023"; Ordinario C52 N° 4530 de fecha 20 de diciembre de 2022, del departamento de Gestión Asistencial de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, de Ministerio de Salud, que informa continuidad de Programas de Reforzamiento (PRAPS) año 2022; Resolución Exenta N°9636 de fecha 27 de diciembre de 2022 que prorroga automáticamente convenios suscritos entre **Servicio de Salud Chiloé** y la **Ilustre Municipalidad de Dalcahue**; Resolución Exenta N°741 de fecha 02 de febrero de 2023, del Servicio de Salud Chiloé, que trasfiere recursos para los Programas de Reforzamiento en base a la Remesa informada por la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud del 27 de enero de 2023; lo dispuesto en el D.F.L. N° 29 de 2005 del Ministerio de Hacienda, que fijó texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley 18.834 sobre Estatuto Administrativo; DFL N° 1 de 2006 del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N° 2.763 de 1979; Ley 19.378; Ley 20.229 de 2007 que otorga facultades para la creación del Servicio de Salud Chiloé; Ley 18.575 de Bases Generales de la Administración del Estado; Decreto Supremo N° 140 de 2004 del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento de los Servicios de Salud; D.F.L. N° 1 del 13 de febrero de 2008 del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial el 28 de junio de 2008, que crea el Servicio de Salud Chiloé; lo previsto en la Resolución N° 7 de 2019 y Resolución N° 15 del 2023, de la Contraloría General de la República y , D.A. N° 49 de fecha 13 de diciembre de 2022, del Ministerio de Salud. **CONSIDERANDO:** 1.- Que conforme a la partida 16 Fondo Nacional de Salud, que establece el Presupuesto del Sector Público para el año 2023, se permite la prórroga automática en la medida que los Programas a ejecutar cuenten con recursos disponibles. 2.- Resolución Exenta N°72 de fecha 03 de febrero de 2023, que aprueba los recursos 2023 para el Programa. 3.-Que es necesario aprobar y transferir recursos en base al presupuesto 2023, para financiar el Programa de Reforzamiento Rehabilitación Integral en la Red de Salud 2023, además, que se hace necesario definir metas para el año 2023. 4.- Que el propósito del programa es contribuir mejorar la salud y la calidad de vida de las personas, con énfasis en la población adulta y personas mayores. 6.- Que se hace necesario aprobar mediante la presente Resolución el Addendum suscrito con fecha 1 de marzo de 2023. 7.- En mérito de los

argumentos antes indicados, acogiendo razones de buen servicio, y a fin de que produzca todos sus efectos como en derecho corresponde, dicto lo siguiente:

RESOLUCIÓN

- 1. APRUÉBASE**, "ADDENDUM REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA RED DE SALUD" suscrito con fecha 17 de octubre de 2022, entre el **SERVICIO DE SALUD CHILOE** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**, el que modifica Convenio con fecha 28 de enero de 2022, aprobado por Resolución Exenta N° 682 de fecha 7 de febrero de 2022, del Servicio de Salud Chiloé.
- 2. TRANSFIÉRASE**, las cuotas, previa verificación, por parte del Subdepartamento de Gestión Financiera del Servicio, del cumplimiento por parte de la comuna de los requisitos definidos en la Resolución 30/2015 de la Contraloría General de la República, que hubiere cumplido con los reintegros y convenios de pago que se han hecho exigibles, además, teniendo en consideración Resolución Exenta N° 741 de fecha 02 de febrero de 2023, del Servicio de Salud Chiloé, que trasfiere recursos para los Programas de Reforzamiento en base a la Remesa informada por la Subsecretaria de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud del 27 de enero de 2023.
- 3. SÍRVESE**, el presente documento como suficiente oficio remisor.
- 4. IMPÚTASE** el gasto que irroque el cumplimiento de este al ítem 24-03-298 del año 2023.
- 5. PUBLÍCASE**, en Portal de Transparencia Activa, del Servicio de Salud Chiloé

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.


D. MARCELA CARCAMO HEMMELMANN
DIRECTORA
SERVICIO DE SALUD CHILOÉ.

Dirección/Subdepartamento G.F./Jurídica/Dirección APS/Referente/UAGM/Igb

Distribución:

La que indica:

- Ilustre Municipalidad de Dalcahue
- Subdirección de Recursos Físicos y Financieros
- Subdepartamento Gestión Financiera, S.S. Chiloé.
- Departamento Jurídico, S.S. Chiloé.
- Dirección APS, S.S. Chiloé
- Referentes Técnicos del Programas. D. Jorge Andrade Marquez
- Of. Partes, S.S. Chiloé



ADDENDUM

REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA RED DE SALUD

ENTRE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE

Y

SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

En Castro a 1 de marzo de 2023 entre el **Servicio de Salud Chiloé**, persona jurídica de derecho público, RUT N° 61.979.210-6, domiciliado en calle O'Higgins N° 504, en la ciudad de Castro, representado por su Directora **D. Marcela Cárcamo Hemmelmann**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **Ilustre Municipalidad de Dalcahue**, corporación autónoma de derecho público RUT N° 69.230.300-8, domiciliada en Calle Pedro Montt N°105, de la comuna de Dalcahue, representada por su Alcalde **D. Alex Waldemar Gómez Aguilar**, de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un Addendum, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 184 del 24 de febrero de 2023, y sus recursos aprobados mediante Resolución Exenta N° 72 de fecha 03 de febrero de 2023, ambas del Ministerio de Salud.

El Servicio y Municipalidad han suscrito Convenio con fecha 28 de enero de 2022, aprobado por Resolución Exenta N° 682 de fecha 7 de febrero de 2022, del Servicio de Salud Chiloé.

El Servicio ha aprobado la Resolución Exenta N° 9636 de fecha 27 de diciembre de 2022, que prorroga automáticamente convenios suscritos entre **Servicio de Salud Chiloé** y la **Ilustre Municipalidad de Dalcahue**, y la Resolución Exenta N° 741 de fecha 02 de febrero de 2023, del Servicio de Salud Chiloé, que trasfiere recursos para los Programas de Reforzamiento en base a la Remesa informada por la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud del 27 de enero de 2022.

SEGUNDA: Que mediante este instrumento las partes acuerdan modificar el convenio suscrito en lo siguiente.

A. Se modifica cláusula TERCERA quedando de la siguiente manera:

1. ANTECEDENTES

El envejecimiento de la población, el incremento de enfermedades no transmisibles, la sobrevida a enfermedades y accidentes que antes generaban mortalidad precoz y el aumento de la prevalencia de personas con discapacidad genera la necesidad de desarrollar una red de rehabilitación en salud que abarque todos los niveles de complejidad de intervención que se requieren, teniendo como ejes para esta etapa: primero, acercar a los usuarios las atenciones de rehabilitación, desde un enfoque biopsicosocial con estrategias en atención primaria de salud y hospitales de baja complejidad y, segundo, impulsar el fortalecimiento de la rehabilitación en todos los niveles de la red, con un estándar mínimo de implementación, que significa tener equipamiento y equipo de rehabilitación completo adecuado.

La rehabilitación es entendida como un conjunto de intervenciones diseñadas para reducir discapacidad y optimizar funcionamiento en personas con problemas de salud, para permitirles interactuar mejor con su entorno. Como tal, no está restringido a un grupo de personas con discapacidad, sino que, también es relevante para personas que experimenten limitaciones en el funcionamiento asociadas con el envejecimiento, una lesión u otros problemas de salud crónicos.

Las intervenciones se centran en disminuir el impacto que las condiciones de salud tengan en la independencia de las actividades de la vida diaria y en su entorno familiar y social, potenciando en este nivel la inclusión social. Así mismo, las intervenciones tienen un foco preventivo evitando las secuelas, complicaciones que puedan llevar a generar discapacidad o dependencia.

MAGNITUD DE LAS NECESIDADES DE REHABILITACIÓN

A. Carga de enfermedad y años vividos con discapacidad

El estudio sobre la carga mundial de enfermedades, lesiones y factores de riesgo (Global Burden of Disease, GBD año 2017) del Institute for Health Metrics and Evaluation de la Universidad de Washington⁴, es un estudio exhaustivo sobre la pérdida de salud, diseñado para capturar patrones complejos de enfermedades y la carga de ellas en la población, medidos en términos de muertes, años vividos con discapacidad (YLDs) y años de vida ajustados por discapacidad (DALYs).

A nivel mundial, los patrones de pérdida de salud están condicionados al envejecimiento de la población, al aumento de la prevalencia de enfermedades no transmisibles y a un incremento de los factores de riesgo. En Chile, entre los años 1990 y 2017, los años de vida ajustados a discapacidad (DALYs) se han incrementado en un 20% representando pérdida de años de vida saludable. Así mismo, uno de los componentes de los DALYs, los años vividos con discapacidad (YLDs) han incrementado su proporción respecto a los años perdidos por muerte prematura (YLLs), en este contexto y con el aumento de la esperanza de vida en el país, se asume que estos años se ganan con pérdida de funcionalidad o discapacidad, espacio en donde la rehabilitación pasa a tener un rol desafiante en asumir la responsabilidad de aportar calidad de vida a estos años y actuando de manera precoz y oportuna contribuye a recuperar funcionalidad disminuyendo complicaciones, secuelas, discapacidad o dependencia.

B. Envejecimiento de la población

El envejecimiento de la población constituye un fenómeno consolidado en el mundo, y Chile no es la excepción. El país se encuentra en pleno proceso de transición demográfica, caracterizado por una etapa de envejecimiento poblacional, un aumento de la población de más edad y, al mismo tiempo, una disminución de la población joven. Esto plantea un tremendo desafío y particularmente en los sistemas de salud. En el módulo de capacidad de la Estrategia Nacional de Salud 2016-2017, el 99% de la población de 65 y más años presenta algún grado de alteración del funcionamiento, espacio en que la rehabilitación se vuelve una estrategia clave para un envejecimiento positivo, activo y saludable.

C. Aumento de enfermedades no transmisibles (ENTs)

El país en las últimas décadas muestra un importante aumento de la morbimortalidad asociada a ENTs. Estas representan la principal carga de enfermedad, siendo las enfermedades cardiovasculares la primera causa de mortalidad en Chile.

Según el Global Burden Disease de Chile, las ENTs generan 3.485.024 años de vida ajustados por discapacidad (DALYs) siendo en orden de frecuencia las más importantes las neoplasias, los trastornos musculoesqueléticos, las enfermedades cardiovasculares, desórdenes mentales y las otras no transmisibles en donde están contenidas las enfermedades de los órganos de los sentidos. Entre ellas destaca que en su mayoría la principal carga está dada por los años vividos con discapacidad (YLDs), espacio en que la rehabilitación aporta con años vividos con calidad.

D. Rehabilitación 2030 de la Organización Mundial de la Salud (OMS)²

La Organización Mundial de la Salud plantea que los cambios en el perfil epidemiológico y demográfico a nivel mundial hacen necesaria la ampliación de los servicios de rehabilitación, así como su incorporación a los sistemas de salud de cada país, como mecanismo que asegure calidad y financiamiento haciéndolos disponibles y asequibles para quienes lo requieren.

El llamado a la acción de la OMS entrega nueve recomendaciones para fortalecer la rehabilitación en los sistemas de salud y apoyar en la entrega de servicios de rehabilitación basadas en evidencia científica y buenas prácticas, apuntando a responder mejor a las necesidades de las personas.

Estas recomendaciones son las siguientes:

1. Integrar la rehabilitación en el Sistema de Salud: En muchos países la rehabilitación no está integrada de manera efectiva en el sistema de salud, y para que ello ocurra se requieren directrices de gobierno claras. Señala que, en la mayoría de los casos, el Ministerio de Salud resulta ser el

⁴ James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet. 2018 Nov 10;392(10159):1789–858.

**Servicio de
Salud Chiloé**
Dirección de Atención Primaria de Salud

organismo más adecuado para liderar la rehabilitación, con fuertes vínculos con otros sectores relevantes, tales como bienestar social, educación y trabajo.

2. Integrar los servicios de rehabilitación en los niveles primario, secundario y terciario de los sistemas de salud: La rehabilitación es requerida en todos los niveles de atención si quiere ser efectiva tanto en la identificación de las necesidades como en la atención integral de las personas. Las vías estandarizadas de derivación y otros mecanismos de coordinación entre niveles ayudan a garantizar una buena transición de la atención para lograr resultados óptimos.

3. Garantizar que los servicios de rehabilitación estén disponibles en la comunidad y en el hospital: Ambas instancias son necesarias para garantizar la rehabilitación de las personas. Su incorporación en los hospitales permite una intervención temprana, y con ello, acelerar la recuperación, optimizar los resultados y facilitar un alta hospitalaria fluida y oportuna. Por otra parte, muchas personas requieren rehabilitación más allá del alta hospitalaria incluyendo a la comunidad que permite intervenciones de más largo plazo y fuertemente orientadas a la inclusión.

4. Garantizar la disponibilidad de una fuerza de trabajo interdisciplinaria de rehabilitación: Ello permite asegurar que pueda satisfacerse el amplio rango de necesidades de rehabilitación dentro de la población y, con ello, mejorar significativamente la calidad de la atención y los resultados de salud. En este sentido, se requiere planificar y gestionar inversión a largo plazo en educación, desarrollo y retención de una fuerza de trabajo multidisciplinaria de rehabilitación.

5. Garantizar que los hospitales incluyan unidades especializadas de rehabilitación para pacientes hospitalizados con necesidades complejas: Ello permite intervenciones intensivas y altamente especializadas para restablecer el funcionamiento para personas con necesidades complejas de rehabilitación.

6. Garantizar que se ofrezca una capacitación adecuada a los usuarios a quienes se les proporcionan ayudas técnicas: Es importante capacitar a los usuarios en el uso y mantenimiento efectivo y seguro de las ayudas técnicas. Así mismo los encargados de rehabilitación pueden garantizar que los productos que la gente recibe son adecuados para sus necesidades y las de su entorno.

7. Garantizar que se asignen recursos financieros a servicios de rehabilitación: La asignación de recursos para rehabilitación puede aumentar tanto la disponibilidad como la calidad de los servicios de rehabilitación.

8. Implementar políticas de financiación y adquisición que garanticen que las ayudas técnicas estén disponibles para todas las personas que los necesitan: Si bien, estos desempeñan un rol importante en la mejora del funcionamiento y el incremento de independencia y participación, no siempre están disponibles para la población que lo requiera, haciéndose indispensable planificar su financiamiento.

9. Garantizar que los servicios de rehabilitación sean cubiertos por el seguro de salud: El seguro de salud es un mecanismo común para disminuir los obstáculos financieros a los servicios de salud, pero la inclusión de la rehabilitación en la cobertura de salud es variable. Cuando el seguro de salud incluye rehabilitación, aumenta el acceso y uso de los servicios de rehabilitación. Como el seguro de salud solo protege a una minoría de la población en muchas partes del mundo, este mecanismo de protección financiera debe ser parte de iniciativas más amplias para mejorar la asequibilidad de los servicios de rehabilitación.

Iniciativa "Global Cooperation on Assistive Technology" (GATE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS)²

La OMS estima que más mil millones de personas necesitan ayudas técnicas y que, a medida que envejece la población y la prevalencia de las enfermedades no transmisibles, esta cifra se elevará a más de dos mil millones para el año 2050.

Las ayudas técnicas permiten y promueven la inclusión y la participación de las personas con discapacidad, personas mayores, y aquellas con comorbilidades a la comunidad.

Con el fin de mejorar el acceso a ayudas técnicas la OMS ha impulsado la estrategia GATE y ha publicado una lista modelo de ayudas técnicas prioritarias. Esta lista es el primer paso para satisfacer el compromiso mundial de mejorar el acceso a las ayudas técnicas.

En la resolución WHA71.8 de 26 de mayo de 2018 de la Asamblea Mundial de Salud se insta a los Estados miembros a:

**Servicio de
Salud Chiloé**
Dirección de Atención Primaria de Salud

1. Desarrollar, implementar y fortalecer las políticas y programas, según proceda, para mejorar el acceso ayudas técnicas dentro de la salud universal y/o la cobertura de los servicios sociales;
2. Garantizar recursos humanos suficientes y capacitados para el suministro y mantenimiento de ayudas técnicas y estén disponibles en todos los niveles de prestación de salud y servicios sociales;
3. Garantizar que los usuarios de ayudas técnicas y sus cuidadores tengan acceso a productos adecuados y que puedan ser utilizados de forma segura y eficaz;
4. En relación a las necesidades y el contexto nacional, desarrollar una lista nacional de ayudas técnicas prioritarias que sean asequibles y rentables y cumplen con los estándares mínimos de calidad y seguridad, a partir de la lista de productos de apoyo prioridad de la OMS;
5. Promover o invertir en investigación, desarrollo, innovación y diseño de productos con el fin de hacer ayudas técnicas asequibles.
6. Recoger datos basados en la población sobre las necesidades de salud y de atención a largo plazo, incluidos los que pueden ser satisfechos por las ayudas técnicas con el fin de desarrollar estrategias basadas en la evidencia, de políticas y programas integrales;
7. Invertir y promover ambientes libres de barrera para que todas las personas que necesitan ayudas técnicas pueden hacer un uso óptimo de la misma, con el fin de vivir de forma independiente y segura y participar plenamente en todos los aspectos de la vida;
8. Finalmente, promover la inclusión de ayudas técnicas dentro de los programas de preparación y respuesta a la emergencia.

2. FUNDAMENTACIÓN

A la luz del incremento de las condiciones crónicas, la sobrevida de enfermedades y accidentes que antes generaban mortalidad precoz, el envejecimiento de la población y la exposición a factores de riesgo, fenómenos que conducen a un aumento de la carga de enfermedad y específicamente de los años vividos con discapacidad (YLDs), el disponer de servicios de rehabilitación en todos los niveles de la red asistencial permite garantizar la cobertura de servicios que respondan a las necesidades de las personas para la recuperación del impacto de una condición de salud. La rehabilitación es un proceso continuo y sus beneficios se maximizan con una atención oportuna e interdisciplinaria. Disponer de servicios de rehabilitación en la Atención Primaria de Salud permite mejorar y optimizar el funcionamiento de las personas alcanzando mayor independencia y participación en lo educativo, laboral y social. Contar con un equipo multidisciplinario permite mejorar significativamente la calidad de la atención, toda vez que contribuye a la provisión de una atención integral, centrada en la persona, a lo largo del continuo de la atención, las disciplinas se complementan y trabajan de manera conjunta en pro del logro de estos objetivos terapéuticos de la persona.

3. PROPÓSITO

"Contribuir mejorar la salud y la calidad de vida de las personas, con énfasis en la población adulta y personas mayores".

4. DESCRIPCIÓN

Este programa entrega prestaciones de rehabilitación de calidad, en forma oportuna, continua y accesible a personas que presentan deterioro en el funcionamiento y/o discapacidad, mediante la elaboración de un Plan de Tratamiento Integral centrado en las persona, el cual incluye estrategias de acción terapéutica directa (individual o grupal), además de trabajar con la cuidadora o cuidador, familia y la comunidad para el logro de los objetivos y favorecer la inclusión social. Además de realizar actividades preventivo promocionales para disminuir los factores de riesgo de discapacidad individuales y colectivos.

5. OBJETIVO GENERAL

Mejorar o mantener el funcionamiento y favorecer la participación en comunidad de las personas ingresadas al programa.

**Servicio de
Salud Chiloé**

Dirección de Atención Primaria de Salud

6. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Desarrollar estrategias de rehabilitación integradas funcionalmente a la atención primaria de salud, bajo un enfoque biopsicosocial y con base en el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitario (MAIS) y la estrategia de Rehabilitación con Base Comunitaria.
2. Brindar servicios de rehabilitación a las personas que presentan deterioro en el funcionamiento, apoyar el abordaje integral de las personas y sus familias, bajo el MAIS y la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas para la Promoción, Prevención y Manejo de la Cronicidad en el contexto de Multimorbilidad (ECICEP).
3. Articularse con programas de promoción de la actividad física, alimentación saludable y mantención de la funcionalidad a lo largo del curso de vida con objetivos de prevención de la discapacidad.
4. Desarrollar estrategias para el trabajo con cuidadores de personas con dependencia atendidas en el programa, para que logren competencias relativas al cuidado y disminuyan la sobrecarga instalando herramientas de autocuidado.
5. Apoyar el desarrollo de competencias del equipo de APS en el abordaje integral de las personas con condiciones de salud que se atienden en el programa.
6. Contribuir a la generación de redes comunitarias e intersectoriales para el logro de la participación en comunidad de las personas con discapacidad.

7. COMPONENTES

Estrategias implementadas

Componente 1: Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC)

Estrategia de rehabilitación que atiende problemas de salud física y sensorial en establecimientos de APS, con fuerte componente de trabajo comunitario e intersectorial. Cuenta con al menos, dos profesionales, un terapeuta ocupacional (44 horas) y un kinesiólogo (44 horas) que atienden a las personas con condiciones de salud que generan deterioro del funcionamiento, a través de actividades de prevención, promoción y terapéuticas, así como apoyo y educación a la familia y/o cuidadora 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 participación de las población atendida.

Componente 2: Rehabilitación Integral (RI)

Estrategia de rehabilitación constituida solamente por profesional kinesiólogo (33 horas), que atiende a las personas con condiciones de salud que generan deterioro del funcionamiento, a través de actividades de prevención, promoción y terapéuticas, así como apoyo y educación a la familia y/o cuidador. A la vez, se constituye en agente de cambio del entorno social, implementando estrategias en la comunidad que permitan mejorar las condiciones de participación en comunidad de la población atendida.

Componente 3: Rehabilitación Rural (RR)

Estrategia de rehabilitación que atiende problemas de salud física y sensorial en establecimientos APS, con fuerte componente de trabajo comunitario e intersectorial, orientada a zonas rurales y/o con dificultades de acceso. Cuenta con al menos dos profesionales, un terapeuta ocupacional (44 horas), un kinesiólogo (44 horas) y un conductor (44 horas) que atienden a las personas con condiciones de salud que generan deterioro del funcionamiento, a través de actividades de prevención, promoción y terapéuticas, así como apoyo y educación a la 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 participación en comunidad de la población atendida.

Componente N°4: Artrosis (Avance GES):

Estrategia de Rehabilitación que complementa la canasta GES en personas con diagnóstico de artrosis leve o moderada, mayor de 55 años que reciben la canasta GES.

Orientaciones Técnicas:

Para el desarrollo del programa se consideran como parte integrante de éste las "Orientaciones Metodológicas para el Desarrollo de la Rehabilitación Integral en la Atención Primaria de Salud", vigentes a la fecha.

8. PRODUCTOS ESPERADOS

El trabajo del (los) profesional (es) de rehabilitación está en estrecha relación y colaboración con las redes internas, de salud, y las externas, comunitarias. Asume que la persona con deterioro del funcionamiento o con discapacidad debe ser evaluada e intervenida considerando los dominios de función y estructura, actividad y participación, de acuerdo al modelo de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

1. Evaluación Integral en personas ingresadas con condiciones de salud que generan deterioro del funcionamiento.
2. Planes de Tratamiento Integral con objetivos y plazos acordados con la persona, su familia y/o su cuidador.
3. Valoración de impacto del tratamiento.
4. Actividades terapéuticas individuales y grupales.
5. Consejería individual y familiar.
6. Diagnóstico comunitario participativo: construir el diagnóstico a partir de la evaluación participativa, que permita identificar a las personas que en esa comunidad están con discapacidad o en riesgo de adquirirla y los perfiles que estas tienen. Así mismo identifica, cuantifica y valora, los recursos comunitarios que pueden actuar como facilitador o barrera en los procesos de rehabilitación. Es obligatorio para las estrategias de RBC, RI y RR, teniendo una vigencia de dos años.
7. Actividades de promoción de salud y prevención de discapacidad, individual y grupales.

9. MONITOREO Y EVALUACIÓN

Los Registros Estadísticos Mensuales serán la base del proceso de monitoreo y evaluación de los distintos componentes, por lo que toda prestación o actividad debe ser registrada. El diagnóstico participativo comunitario, debe ser realizado y analizado por el equipo que conforma el componente y sus resultados enviados por correo electrónico a los encargados de rehabilitación de los Servicios de Salud, quien remitirá el consolidado a Referente Ministerial.

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 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 59,9%	50%
Entre 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.

Para los establecimientos nuevos que se implementan durante el año, el porcentaje de cumplimiento deberá ser a lo menos de 30%, se aplicará la siguiente tabla de rebaja:

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%
9,9% o menos	100%

**Servicio de
Salud Chiloé**
Dirección de Atención Primaria de Salud

- **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 utilizarán los indicadores contenidos en las Orientaciones Metodológicas para el Desarrollo de las Estrategias de Rehabilitación en APS vigentes.

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 respectivo, 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 Ministerio de Salud la no reliquidación del Programa.

No obstante, la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del Programa al 31 de diciembre y las comunas mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período.

10. INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

Indicador	Meta por estrategia		Fórmula de cálculo	Fuente	Cumplimiento				Peso relativo
					100%	75%	50%	0%	
% de las personas que recupera o fortalece su participación en comunidad, producto de la intervención del programa.	RBC	20% de las personas ingresadas al programa recupera o fortalece su participación en comunidad (trabajo, educación, grupos sociales, organizaciones, entre otros)	N° personas ingresadas que recupera o fortalece su participación en comunidad/ Total de personas ingresadas*100	REMA28	20% y más	19,9%-15%	14,9%-10%	<10%	25%
	RI								
	RR								
% de personas ingresadas con condiciones de salud prioritarias: ACV, E. de Parkinson, Lesión Medular, TEC, otros déficits de origen neurológico, Secuelas de SARS COV2.	RBC	20% de las personas ingresadas al programa lo hace por una condición de salud prioritaria.	N° de personas ingresadas con una condición de salud prioritaria/ Total de personas ingresadas *100	REMA28	20% y más	19,9%-15%	14,9%-10%	<10%	25%
	RI	10% de las personas ingresadas al programa lo hace por una condición de salud prioritaria.			10% y más	9,9%-7,5%	7,4%-5%	<5%	
	RR	20% de las personas ingresadas al programa lo hace por una condición de salud prioritaria.			20% y más	19,9%-15%	14,9%-10%	<10%	
% de personas ingresadas que cuenta con Plan de Tratamiento Integral consensuado e informado.	RBC/RVRR	75% de las personas ingresadas cuenta con Plan de Tratamiento Integral	N° de personas ingresadas que cuenta con PTV Total de personas ingresadas *100	REMA28	75% y más	74,9%-60%	59,9%-45%	<45%	25%
% de personas que egresa del programa con objetivos terapéuticos cumplidos.	RBC/RI	60% de las personas ingresadas egresa con objetivos terapéuticos cumplidos	N° de personas egresadas por alta/ Total de personas ingresadas *100	REM A28	60% y más	59,9%-50%	49,9%-40%	<40%	25%
	RR	50% de las personas ingresadas egresa con objetivos terapéuticos cumplidos			50% y más	49,9%-40	39,9%-30	<30%	

11. FINANCIAMIENTO

- **Establecimientos de dependencia municipal:**

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, asociada al Subtítulo 24 03 298 "Transferencias Corrientes" Ley N° 19.378, glosa 02 y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de Enero a Diciembre de cada año de acuerdo al marco presupuestario asignado.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimientos).

Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas: 70% contra la total tramitación del convenio respectivo y el 30% restante en octubre, con el informe de cumplimiento del plan de mejora implementados para fortalecer y difundir la buena práctica en el territorio.

El Ministerio de Salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, asignará a los Municipios

**Servicio de
Salud Chiloé**
Dirección de Atención Primaria de Salud

mediante un convenio, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de este Programa.

El gasto que irrogue el Programa deberá ser imputado al ítem 24 03 298.

Se deja establecido, que estas transferencias se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República.

La tabla de descuento es la siguiente:

Porcentaje cumplimiento de Metas por componente	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 30%, Subt. 24
60% y más	0%
Entre 55% y 59,9%	50%
Entre 50% y 54,9%	75%
49,9% o Menos	100%

Los establecimientos nuevos que se implementan durante el año, el % de cumplimiento deberá ser a lo menos de 30%, se aplicará la siguiente tabla de rebaja:

Porcentaje cumplimiento de Metas por componente	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 30%, Subt. 24
30% y más	0%
Entre 20 y 29.9%	50%
Entre 10 y 19.19%	75%
Menos de 10	100%

B. Se modifica cláusula CUARTA quedando de la siguiente manera:

CUARTA: De los recursos financieros. Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Servicio de Salud viene en asignar a la "Municipalidad" los siguientes recursos para el logro de lo señalado en los indicadores de gestión e impacto, los que serán transferidos de la siguiente manera:

	Monto total	Cuotas	Monto cuota	Porcentaje cuota %	Requisito transferencia
Addendum	\$36.682.527.- Treinta y seis millones seiscientos ochenta y dos mil quinientos veintisiete pesos.	Primera cuota	\$25.677.769.-	70%	Aprobación de la presente resolución.
		Segunda cuota	\$11.004.758.-	30%	Sujeta a los resultados de la evaluación señalada en el presente Addendum.
Fecha Inicio Addendum e Ingreso a SISREC	Tendrá vigencia a partir de la total tramitación del último acto administrativo que lo apruebe, no obstante, por razones de buen servicio, se entiende que éste se ha iniciado a partir del 1º de enero de 2023, fecha anterior a la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, considerando el artículo 52 de la Ley N° 19.880 que autoriza la retroactividad del acto administrativo en la medida en que produce efectos favorables para las partes y no lesiona derechos de terceros. Este Addendum se ingresará a SISREC como un Proyecto por cada componente.				

Toda transferencia de recursos está sujeta a la disponibilidad presupuestaria del Servicio y se hace presente que de conformidad al inciso 2 del artículo N°18 de la Resolución N° 30 de 2015 de la Contraloría General de la República, "En el caso de existir transferencias en cuotas, no procederá el otorgamiento de nuevos recursos mientras no se haya rendido cuenta de la transferencia anterior,". En consecuencia, este Servicio de Salud, no transferirá nuevos recursos del programa, mientras la Municipalidad no haya resuelto el reintegro de los saldos no utilizados en el ejercicio anterior y que deben ser ingresados a Rentas Generales de la Nación, instrucción impartida en el Artículo Nro.7 de la actual Ley de Presupuesto de la Nación Nro.21.395 del año 2022.

**Servicio de
Salud Chiloé**
Dirección de Atención Primaria de Salud

Detalle Financiero

COMUNA	REHABILITACIÓN CON BASE COMUNITARIA			
	Nº SALAS	RRHH	INSUMOS	TOTAL (\$)
Dalcahue	1	\$32.612.029.-	\$4.070.498.-	\$36.682.527.-

TERCERA: En lo no modificado se mantiene íntegramente lo dispuesto en el Convenio original.

CUARTA: El presente Addendum se firma en 3 ejemplares, quedando dos en poder del Servicio de Salud Chiloé y uno en la Municipalidad.



D. ALEX WALDEMAR GÓMEZ AGUILAR
ALCALDE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE



D. MARCELA CÁRCAMO HEMMELMANN
DIRECTORA
SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

Dirección/Jurídica/Dirección APS/Referente/UAGM/Igb

Dirección de Atención Primaria de Salud