Ilustre Municipalidad de Dalcahue

APRUEBA CONVENIO c/SERVICIO DE SALUD

"REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA RED DE SALUD"

DECRETO ALCALDICIO N° 1.125.-

DALCAHUE, 14 de abril del 2025.-

VISTOS: La Resolución Exenta N° 2475 del Servicio de Salud Chiloé de fecha 17 de marzo de 2025; la Resolución del Tribunal Electoral Regional de Los Lagos, Causa Rol 111-2024; los Artículos 1°, 2°, 8°, 56° y siguientes de la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades, texto refundido.

DECRETO:

APRUÉBASE: En todos sus puntos el ***"Convenio Rehabilitación Integral en la Red de Salud"*** año 2025, suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Dalcahue representada por la Alcaldesa sra. Alejandra Villegas Huichamán y el Servicio de Salud Chiloé representado por su Directora don Eric Gutiérrez Morales y mediante el cual el Servicio de Salud se compromete a transferir la suma anual y única de $44.181.522.-(cuarenta y cuatro millones ciento ochenta y un mil quinientos veintidos pesos) en dos cuotas, siendo la primera de $30.927.065.- (treinta millones novecientos veintisiete mil sesenta y cinco pesos), correspondiente al 70% del valor total.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.

DOCUMENTO FIRMADO ELECTRONICAMENTE
DALCAHUE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD
DALCAHUE

SECRETARIA MUNICIPAL
DALCAHUE

DOCUMENTO FIRMADO ELECTRONICAMENTE
DALCAHUE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD
DALCAHUE

ALCALDESA DE LA COMUNA
DALCAHUE

MAB

[redacted]

Acceder al documento en línea

firma.gob

[redacted]

MARÍA ALEJANDRA VILLEGAS HUICHAMÁN
ALCALDESA

[redacted]

CLARA INES VERA GONZALEZ
SECRETARIA MUNICIPAL

RESOLUCION EXENTA Nº 2475

CASTRO, 17 MAR. 2025

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES: El **Convenio** Rehabilitación Integral en la Red de Salud, suscrito con fecha 25 de febrero de 2025 entre el **Servicio de Salud Chiloé** y **la Ilustre Municipalidad de Dalcahue**; Resolución Exenta N° 1032 del 30 de diciembre de 2024, que aprueba el Programa **Rehabilitación Integral en la Red de Salud**, Resolución Exenta N° 117 del 05 de febrero de 2025,y que aprueba los recursos 2024 para el Programa, ambas del Ministerio de Salud; lo dispuesto en el D.F.L. Nº 29 de 2005 del Ministerio de Hacienda, que fijó texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley 18.834 sobre Estatuto Administrativo; DFL Nº 1de 2006 del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. Nº 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 Nº 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° 36 del 2024 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**.- Resolución Exenta N° 117 del 05 de febrero de 2025 y que aprueba los recursos 2025 para el Programa. **2.-**Que es necesario aprobar y trasferir recursos en base al presupuesto 2025, para financiar el Programa de Reforzamiento Rehabilitación Integral en la Red de Salud 2024, cuyo propósito es personas adultas y personas mayores, con deterioro del funcionamiento, inscritas en los establecimientos de Atención Primaria de Salud. **3.-** Que el Servicio ha modificado cláusulas del convenio para ajustarse a la legislación vigente, acoger alcances de la Contraloría Regional de Los Lagos y perfeccionar el cumplimiento del mismo.4.- Dado lo anteriormente expuesto, es que a este Servicio de Salud le asiste la necesidad de aprobar el Convenio **"Rehabilitación Integral en la Red de Salud"** suscrito con fecha 25 de febrero de 2025 entre el **SERVICIO DE SALUD CHILOE** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**, ajustándose a la distribución de recursos establecidos en Resolución Exenta N° 117 del 05 de febrero de 2025 del Ministerio de Salud **5.**-Que, en base a lo razonado anteriormente se debe necesariamente dejar sin efecto la Resolución Exenta N° 5144 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:

R E S O L U C I Ó N

1. **APRUÉBASE, "CONVENIO REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA RED DE SALUD"** suscrito con fecha 25 de febrero de 2025, entre el **SERVICIO DE SALUD CHILOE** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE,** en virtud del cual el Servicio de Salud Chiloé conviene en asignar recursos, los que han sido aprobados mediante Resolución Exenta N° 117 del 05 de febrero de 2025, del Ministerio de Salud, fondos presupuestarios que ascienden la suma anual y única de **$44.181.522.- (Cuarenta y cuatro millones ciento ochenta y un mil**

quinientos veintidós pesos) a fin de ejecutar las acciones que se detallan en el Convenio señalado.

2. **DEJESÉ SIN EFECTO,** Resolución Exenta N° 5144 del 28 de mayo de 2024 que aprueba convenio suscrito del 22 de febrero de 2024, del Servicio de Salud Chiloé.

3. **TRANSFIERASE,** cuota correspondiente al 70% del total de los recursos del convenio, correspondiente a $30.927.065.- 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.

4. **SÍRVESE,** el presente documento como suficiente oficio remisor.

5. **IMPÚTASE** el gasto que irrogue el cumplimiento de este al ítem 24-03-298 del año 2025.

6. **PUBLÍCASE,** en Portal de Transparencia Activa, del Servicio de Salud Chiloé

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.

SERVICIO DE SALUD DIRECCION CHILOE

D. MARCELA CÁRCAMO HEMMELMANN
DIRECTORA
SERVICIO DE SALUD CHILOÉ.

Dirección/Subdepartamento G.F./Jurídica/Dirección APS/SGO/cmv

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
- Subdepartamento de Cursos de Vida y Programas Transversales
- Subdepartamento Modelo de Salud Familiar y Gestión Territorial
- Subdepartamento de Gestión Operacional
- Subdepartamento de Programas y Procesos Estratégicos
- Referentes Técnicos del Programas. D. Jorge Andrade Marquez
- Of. Partes, S.S. Chiloé

SERVICIO DE SALUD MINISTRO DE FE CHILOE

CONVENIO

PROGRAMA REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA RED DE SALUD

ENTRE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE

Y

SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

En Castro a 25 de febrero de 2025 entre el **Servicio de Salud Chiloé**, persona jurídica de derecho público, RUT Nº 61.979.210-6, domiciliado en calle O'Higgins Nº 504, en la ciudad de Castro, representado por su Director (S) **D. Eric Gutiérrez Morales**, del mismo domicilio, en adelante el **"Servicio"** y la **Ilustre Municipalidad de Dalcahue**, corporación autónoma de derecho público RUT Nº 69.230.300-8, domiciliada en Calle Pedro Montt N°105, de la comuna de Dalcahue, representada por su Alcaldesa **D. María Alejandra Villegas Huichamán**, 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 Nº 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 6º del Decreto Supremo Nº 35 del 26 de diciembre de 2016, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

Por último, se indica que, mediante la dictación de Resolución Exenta N°01858 de fecha 15 de septiembre de 2023, de la Contraloría General de la República de Chile, se instaura el uso obligatorio del Sistema de Rendición electrónica de Cuentas (SISREC) por parte de los Servicios Públicos y Municipalidades que transfieren recursos públicos imputados a los subtítulos 24 y 33 del clasificador presupuestario.

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:

Programa Rehabilitación Integral en la Red de Salud aprobado por Resolución Exenta Nº 1032 del 30 de diciembre de 2024, y sus recursos aprobados mediante Resolución Exenta Nº 117 del 05 de febrero de 2025, ambas del Ministerio de Salud.

Además, si se disponen, se complementa con las Orientaciones Técnicas del Programa. El Programa y sus Orientaciones Técnicas, de estar disponibles, se entienden forma parte integrante del convenio, el que la "Municipalidad" se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento, el que se encuentra disponible en la página WEB institucional del "Servicio" (https://sschi.redsalud.gob.cl/).

TERCERA: De las orientaciones técnicas. El Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar el cumplimiento Programa según lo siguiente:

1. **Diagnóstico:**

Para entender la relevancia de la rehabilitación como la intervención sanitaria clave para mejorar el funcionamiento y prevenir discapacidad se debe conocer el marco conceptual de referencia, que es la clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y Salud (CIF) de la OMS. De acuerdo a la CIF, se entiende que las personas experimentan un continuo entre funcionamiento y discapacidad, el cual ocurre a partir de la interacción de condiciones de salud, factores personales y factores ambientales. Cuando esta interacción es positiva se habla de funcionamiento y cuando es negativa de discapacidad. El funcionamiento incluye funciones, estructuras corporales, actividades y participación, por su parte la discapacidad incluye deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. La rehabilitación es definida por la OMS "un conjunto de

intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en individuos con condiciones de salud, en interacción con su entorno", cuando se diseñan programas de rehabilitación, estos dirigen sus acciones a mejorar el funcionamiento (Organización Mundial de la Salud, 2017), de acuerdo al marco conceptual de la CIF, una mejora en el funcionamiento impactará positivamente en la participación social. Esto implica por una parte, acciones terapéuticas orientadas al manejo de síntomas como el dolor, (estructuras), el desarrollo de otras orientadas al desempeño en funciones como la marcha (funciones) entregar herramientas y desarrollar competencias para ir mejorando progresivamente el desempeño en la variedad de actividades de la vida diaria que son relevantes y significativas para su edad (actividades) y, por otra, trabajar en el ambiente para disminuir las barreras que dificultan la ejecución de actividades y la participación social. Luego, los ámbitos de acción de la rehabilitación son el cuerpo humano (estructuras y funciones) y el ambiente y sus barreras (para mejorar la relación entre las personas y el entorno).

2. Definición del problema

2.1. Problema principal que el programa intenta resolver:

Adultos y Personas Mayores presentan deterioro en el funcionamiento y/o discapacidad producto de condiciones de salud y del envejecimiento y en interacción con el entorno.

2.2 Justificación de la necesidad del programa:

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 Washington, 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 respeto a los años perdidos por muerte prematura (YLLs), en este contexto y con el aumento de la esperanza de vida en el país, estos años se ganan con deterioro en el funcionamiento o discapacidad, espacio en donde la rehabilitación pasa a tener un rol fundamental para aportar calidad de vida, actuando de manera precoz y oportuna contribuye a mejorar el funcionamiento, disminuyendo complicaciones, secuelas, discapacidad o dependencia.

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 trasmisibles.

Junto con lo anteriormente descrito, la red asistencial se ha visto enfrentada a nuevos desafíos, como fue la pandemia ocurrida por SARS-COV2, en donde los requerimientos de atención por parte de los equipos de rehabilitación aumentaron, tanto en la fase aguda, como en el manejo de las secuelas. Es así que, para este proceso de atención, los equipos de rehabilitación de Atención Primera juegan un rol crucial en favorecer los procesos de participación de los usuarios que han visto afectada su funcionalidad ya sea por cursar un proceso de hospitalización o por presentar secuelas producto del cuadro clínico.

Dada la relevancia de esta intervención, es que se incorpora el problema de salud 87 al Régimen de Garantías, el cual está dirigido a asegurar la rehabilitación de las personas afectadas por SARS COV2. Esta garantía deberá ser otorgada entonces, por los equipos de rehabilitación en atención primaria, según los criterios definidos en este problema de salud.

Rehabilitación 2030, OMS

La OMS 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. Para ello entrega 9 recomendaciones.

1. Integrar la rehabilitación en el Sistema de Salud, ya que en muchos países la rehabilitación no está integrada de manera efectiva, y para que ello ocurra se requieren directrices de gobierno claras. En la mayoría de los casos, el Ministerio de Salud resulta ser el organismo más adecuado para liderar la rehabilitación, con fuertes vínculos con otros sectores relevantes, como bienestar social, educación y trabajo.

2. Integrar los servicios de rehabilitación en los niveles primario, secundario y terciario de los sistemas de salud, con vías estandarizadas de derivación y otros mecanismos de coordinación entre niveles que garanticen 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, permitiendo una intervención temprana, acelerando la recuperación y optimizando resultados para facilitar un alta hospitalaria fluida y oportuna. Por otra parte, se requiere rehabilitación más allá del alta hospitalaria incluyendo a la comunidad lo que permite intervenciones de más largo plazo y fuertemente orientadas a la participación.

4. Garantizar la disponibilidad de una fuerza de trabajo interdisciplinaria de rehabilitación, lo que permite asegurar que pueda satisfacerse el amplio rango de necesidades de rehabilitación dentro de la población, mejorando significativamente la calidad de la atención y los resultados de salud.

5. Garantizar que los hospitales incluyan unidades especializadas de rehabilitación para personas hospitalizadas con necesidades complejas.

6. Garantizar que se ofrezca una capacitación adecuada a los usuarios a quienes se les proporcionan ayudas técnicas.

7. Garantizar que se asignen recursos financieros a servicios de rehabilitación, lo que 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.

9.Garantizar que los servicios de rehabilitación sean cubiertos por el seguro de salud.

Objetivos:

Contribuir a mejorar o mantener la participación en comunidad, la salud, y la calidad de vida de adultos y personas mayores.

3.1 Propósito:
Las personas adultas y personas mayores que ingresan a Rehabilitación Integral en la APS mantienen o mejoran su funcionamiento.

3. POBLACION

a. Población objetivo:

Personas adultas y personas mayores, con deterioro del funcionamiento, inscritas en los establecimientos de Atención Primaria de Salud.

Cuantificación de la población objetivo: De acuerdo a la estimación realizada por OMS basada en el Estudio de Carga Global de enfermedad de 2019, en Chile 3 de cada 8 personas tienen necesidades de rehabilitación.
Criterio de focalización: Personas de 18 años y más inscritas en establecimientos de APS, a las que se les aplica la estimación de necesidades de rehabilitación.

Fuente de información: REM A28, Inscritos Validados FONASA.

b. Cobertura del programa

	2021	2022	2023 (junio)
Población Objetivo	3.978.137	4.195.242	4.194.852
Beneficiarios efectivos	127.435	191.865	112.182
Cobertura	3.20%	4.57%	2.67%

Fuente: Inscritos Validados FONASA

4. ESTRATEGIA:

5.1Componentes

Nombre Componente	Descripción
Rehabilitación Integral en Atención Primaria	Entrega de prestaciones de rehabilitación integral mediante la elaboración de un Plan de Tratamiento Integral, consensuado e informado, el cual debe contener objetivos en los niveles de estructuras, funciones, actividades y participación, de acuerdo a la condición de salud, factores personales y ambientales de las personas ingresadas. Las actividades planificadas se ejecutan en un determinado número de sesiones, las cuales pueden variar en un rango promedio de 4 a 20, dependiendo de las deficiencias, limitaciones y restricciones y necesidades de las personas y su familia, evaluadas al ingreso. Estas sesiones pueden ser individuales o grupales, e incluyen actividades terapéuticas, entrenamiento de ayudas técnicas, ejercicios terapéuticos, orientaciones de servicios, derivaciones al intersector, entre otros. Para la intervención de los factores ambientales y colectivos, la de prevención de discapacidad y fomento del funcionamiento, los equipos realizan acciones de promoción, prevención y coordinaciones con intersector y comunidad.
Rehabilitación COVID en Atención Primaria	Estrategia orientada a coordinar y articular los distintos niveles de atención de la red, con el fin de brindar atenciones de rehabilitación en el nivel primario a personas secueladas de COVID-19. Para este propósito se reforzará los equipos de APS con kinesiólogo, terapeuta ocupacional o fonoaudiólogo. Las atenciones a otorgar, deberán ser definidas en el Plan de Tratamiento Integral.

5.2 Estrategia de intervención del Programa

Brindar servicios de rehabilitación a las personas de 18 años en adelante que presentan deterioro en el funcionamiento por condiciones de salud y /o envejecimiento, centrado en sus necesidades y condiciones ambientales; teniendo como bases de la intervención el Modelo de Atención de Salud Integral Familiar y Comunitario (MAIS) y la Estrategia de Rehabilitación con Base Comunitaria (RBC). Articulándose con otros programas de la APS, otros niveles de atención de Salud, el intersector y la comunidad.

Se desarrollan estrategias para el trabajo con cuidadoras/es de las personas ingresadas al programa a fin de entregar herramientas que faciliten las labores de cuidado y de autocuidado para prevenir el deterioro del funcionamiento de las personas cuidadoras.

Para el desarrollo del Trabajo con la comunidad e intersector, los equipos del programa deben realizar cada dos años un Diagnóstico Participativo de los recursos intersectoriales y comunitarios para la participación social en el territorio de su incumbencia, y a partir de este diagnóstico realizar una planificación de las actividades comunitarias e intersectoriales, las cuales deben ejecutarse para favorecer la participación social de las personas que ingresen al programa y disminuir los factores de riesgo colectivos de la discapacidad.

Los equipos de rehabilitación están compuestos por profesionales kinesiólogo, terapeuta ocupacional y/o fonoaudiólogo (en equipos móviles/RR se incluye también chófer), que trabajan de forma interdisciplinaria para el desarrollo del Plan de Tratamiento Integral, donde se establecen los objetivos específicos para la mejora o mantención del funcionamiento y favorecer la inclusión y/o participación en comunidad.

Las especificaciones técnicas para el proceso de atención y de planificación y trabajo comunitario e intersectorial, están contenidas en las Orientaciones Técnicas Vigentes.

5. Complementariedades:

6.1 Complementariedad a nivel interno:

Plan de Salud Familiar, ECICEP: La estrategia de rehabilitación en Atención Primaria complementa el abordaje de las necesidades de las personas que se encuentran bajo control de manera interdisciplinaria, constituyéndose los equipos de Rehabilitación Integral en equipos transversales que apoyan el trabajo de los sectores para el logro de los objetivos del Plan de Cuidados Integral.
Más AM Autovalentes: Las personas mayores pueden requerir intervenciones de rehabilitación y una vez que ha logrado su objetivo terapéutico, continuará su intervención en el Más AM Autovalente para fomentar su funcionalidad. En caso de que el Más AM Autovalente detecte requerimientos de rehabilitación, deriva para evaluación.
Dependencia Severa: Se complementa por el rol en la prevención de alteraciones del funcionamiento en las personas cuidadoras que requieran rehabilitación y, por otro lado, en el abordaje de personas que se encuentran con dependencia severa y que con intervenciones de rehabilitación puedan transitar hacia la independencia y fomentar su autonomía.
GES: Actualmente 17 problemas de salud GES cuentan con garantía de Rehabilitación, algunos de ellos como Ayudas técnicas en Personas Mayores, ACV, Rehabilitación post COVID, y TEC, entre otros, corresponden a los mismos grupos etarios que este PRAPS y tienen continuidad de estos procesos en la Atención Primaria.
Sistema de Calificación y Certificación de Discapacidad: Los equipos de rehabilitación integral que estén formados como calificadores del sistema, forman parte de este y se coordinan con el equipo de la subcomisión de COMPIN respectiva, para dar respuesta a los requerimientos de calificación de las personas ingresadas al programa.

6.2 Complementariedad a nivel externo:

Ayudas Técnicas SENADIS: Los equipos de Rehabilitación Integral en APS son parte del proceso de prescripción de las ayudas técnicas que se solicitan a través del programa del Servicio Nacional de la discapacidad.
Estrategia de Desarrollo Local Inclusivo SENADIS: En aquellas comunas donde se implementa la EDLI-SENADIS, se realizan coordinaciones con los equipos de Rehabilitación Integral para favorecer los procesos de inclusión social y/o participación comunitaria de las personas con discapacidad.
RBC SENADIS: Las estrategias de Rehabilitación Integral en APS, puede recibir apoyos del programa RBC-SENADIS para el fortalecimiento de la inclusión y/o participación en comunidad de las personas con discapacidad.
Tránsito a la vida independiente SENADIS: Los equipos de rehabilitación se articulan con este programa, para dar continuidad a los procesos de fortalecimiento de la participación comunitaria/inclusión.
Programas/oficinas de discapacidad municipales: La coordinación con la oferta local de servicios relativos a la participación/inclusión de las personas con discapacidad permite dar continuidad a los procesos iniciados desde la APS.
Programas municipales y/o locales de inclusión y apoyo al empleo: Los procesos de rehabilitación tienen siempre como objetivo contribuir al fortalecimiento de la participación en comunidad de las personas con deterioro del funcionamiento y/o discapacidad, por tanto, deben estar siempre en coordinación con aquellos que apoyan el empleo y la inclusión comunitaria.

6. INDICADORES

7.1 Indicadores de Propósito:

COMPONENTE	INDICADOR	FORMULA	META	PESO RELATIVO	MEDIO VERIFICACION
Rehabilitación Integral en Atención Primaria	Personas que recuperan o fortalecen su participación en comunidad, producto de la intervención del programa.	N° personas Ingresadas que recupera o fortalece su participación en comunidad/ Total de personas Ingresadas*100	30%	30%	REM A28
	% de personas ingresadas que cuenta con Plan de Tratamiento Integral consensuado e informado.	N° de personas ingresadas que cuenta con PTI/ Total de personas ingresadas *100	75%	30%	REM A28
	% de personas ingresadas con diagnóstico de COVID19 que cuenta con Plan de Tratamiento Integral	N° de personas ingresadas con diagnóstico de COVID 19 con PTI/ N° de personas	100%	5%	Registro local/ REM 28

		ingresadas con COVID 19 *100			

7.2 Indicadores Complementarios (por componente):

COMPONENTE	INDICADOR	FORMULA	META	PESO RELATIVO	MEDIO VERIFICACION
Rehabilitación Integral en Atención Primaria	Cobertura de Actividades de atención directa según programación asistencial*	(Evaluaciones iniciales realizadas+ Evaluaciones intermedias realizadas +Sesiones realizada +actividades terapéuticas grupales realizadas) en el periodo evaluado/ Evaluaciones iniciales programadas +Evaluaciones intermedias programadas +Sesiones programadas +actividades terapéuticas grupales programadas) *100	60%	35%	REM A28 Informe Servicios de Salud

***La Programación de actividades asistenciales debe enviarse en el corte del 30 de abril, señalando oferta para el GES 87.**

7. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El proceso de monitoreo del programa se realizará tres veces en el año, emitiendo informes al 30 de abril, 31 Julio y 31 de Diciembre. Dichos informes deberán ser enviados al Ministerio de Salud antes del 20 de mayo, 20 de septiembre del año en curso y 20 de enero del año siguiente.

La evaluación del programa se efectuará en tres etapas:

Primera evaluación: Se efectuará con corte al 30 de abril de cada año, se deberá informar en planilla que será enviada vía correo electrónico a referentes del Programa, sobre el estado de avance de la ejecución del convenio.

Segunda evaluación: Se efectuará con corte al 31 de julio de cada año y, 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 40%, de acuerdo al siguiente cuadro:

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2º CUOTA DEL 30%
40%	0%
Entre 30% y 39,9%	50%
Entre 20% y 29,9%	75%
Menos del 20%	100%

El incumplimiento de las metas comprometidas dará lugar a la reliquidación del Programa.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento, la comuna podrá solicitar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, la no reliquidación del Programa, adjuntando los antecedentes de respaldo y un Plan de Trabajo que incluya un cronograma para el cumplimiento de las metas. El Servicio de Salud, una vez analizada la solicitud, remitirá ésta y los antecedentes al Ministerio de Salud, que resolverá la petición.

Tercera evaluación: no obstante, la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la tercera evaluación del Programa al **31 de diciembre** de cada año, y las comunas mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período. El no cumplimiento de las actividades y metas anuales, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

Los recursos (producto de la reliquidación) que provengan de aquellas comunas y establecimientos que no cumplan con las prestaciones y metas proyectadas, podrán ser reasignados por el Servicio de Salud, a comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación a la fecha del corte del año en curso, en el mismo Programa.
En el caso de existir recursos disponibles, una vez cumplidas las metas comprometidas, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud, la autorización para la adquisición de insumos que permitan mejorar las acciones contempladas en el Programa, dentro del año presupuestario.

Orientación Técnica de Programa: Se entienden parte integrante del presente convenio.

Plan de mejoras: El referente técnico podrá solicitar plan de mejora cuando estime conveniente, principalmente cuando detecte casos en que se observe incumplimiento de los indicadores del programa que afecten la correcta ejecución de este.

Evaluación: El servicio podrá realizar auditorías y solicitar informes complementarios si se requiere y utilizar otras fuentes de verificación de la información presentada por la comuna en el caso que fuera necesario para evaluar pertinencia técnica y proporcionalidad del gasto, lo anterior sustentado en el uso eficiente de los recursos del estado.

Registro REM para evaluar proporcionalidad: Se realizará en base a la programación de
N° de actividades a acordar entre referente técnico del Servicio de Salud y encargados técnicos de las respectivas comunas. La programación de la cartera de prestaciones asociada al programa se elaborará en base a las orientaciones técnicas del programa, u otros instrumentos normativos de MINSAL según corresponda.
El acuerdo de las prestaciones a realizar deberá quedar escrito en acta de reunión entre los referentes técnicos del Servicio de Salud y los referentes técnicos de las comunas u a través de otro mecanismo formal de acuerdo. Sin embargo, al ser el proceso de programación operativa un proceso dinámico, éste podrá ser modificado si se requiere a solicitud de la comuna, para tal efecto se podrá solicitar por correo electrónico con la debida fundamentación, la que será revisada y sujeta a aprobación del Servicio de Salud y MINSAL.
Si los acuerdos de prestaciones mínimas a registrar en REM u otro medio de verificación de parte de la comuna no se cumplen se deberá rendir proporcionalmente de acuerdo a las horas o prestaciones efectivamente ejecutadas.

Modificaciones: se podrán solicitar Modificaciones de cláusulas técnicas, financieras y administrativas hasta los 5 primeros días hábiles de septiembre del año en curso, esto implica que la comuna deberá prever anticipadamente aquellas situaciones que pueden poner en riesgo el cumplimiento de uno o más componentes del convenio. Dichas modificaciones, en términos financieros, sólo aplican a la segunda y/o tercera cuota o duodécimos, pendientes de transferir.

La solicitud de la Municipalidad, debe ingresar al Servicio en el plazo ya definido, vía oficio al Servicio o correo electrónico por parte del Jefe(a) de Salud comunal indicado el programa y argumentos técnicos que respaldan la solicitud. De utilizar como medio de envío el correo electrónico se debe enviar al correo informado por oficio del Servicio de Salud. De no contar con la argumentación técnica se rechazará de plano la solicitud, considerándose como no presentada, lo que se informará a la comuna por escrito, mediante el medio de comunicación más expedito. La aprobación de una solicitud será mediante addendum al Convenio y dictación de la respectiva Resolución Aprobatoria.

No se aceptarán solicitudes de extensión de vigencia del convenio en materias financieras, ya que se entiende que prever situaciones problemáticas para el término de éste es una actividad acordada por las partes y se podrá establecer alternativas de solución en forma oportuna.

Del personal

Los contratos del personal que se vayan a celebrar para el cumplimiento de los objetivos del convenio, así como su calidad jurídica, se ajustarán a las profesiones definidas en el programa de reforzamiento, orientaciones técnicas y el presente convenio, en el marco de la Ley 19.378 del Estatuto de la Atención Primaria de Salud Municipal, reglamentos, leyes complementarias y leyes de aplicación supletoria.

De los plazos

Los plazos definidos en el presente instrumento, y que afecten a la Municipalidad, tendrán por regla general el carácter de fatales; salvo aquellas que se refieren a la presentación de planes de gastos o modificaciones, que podrán excepcionalmente ser considerados, cuando se fundamenten en circunstancias o consideraciones de caso fortuito o fuerza mayor lo que será evaluado y sancionado por la Direccion de Servicio (o Subdirección de APS), previo informe del Departamento Jurídico del Servicio de Salud.

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
Convenio	**$44.181.522.- Cuarenta y cuatro millones ciento ochenta y un mil quinientos veintidós**	Primera cuota	$30.927.065.-	70	Contra la aprobación del convenio mediante resolución.
		Segunda cuota	$13.254.457.-	30	Sujeta a los resultados de la evaluación señalada en el presente convenio.
Fecha Inicio Convenio / 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 2025, fecha anterior a la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, considerando el artículo 52 de la Ley Nº 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 Convenio se ingresará a SISREC como Proyecto Nuevo 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 Nº18 de la Resolución Nº 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 Articulo Nro.26 de la actual Ley de Presupuesto de la Nación Nro.21.722 del año 2025.

Detalle Financiero:

2025			
RRHH ($)	**INSUMOS ($)**	**RHB COVID**	**TOTAL ($) (4)**
$35.566.785.-	$4.428.882.-	$4.185.855.-	$44.181.522.-

QUINTA: El Servicio podrá requerir a la "Municipalidad" los datos e informes relativos a la ejecución del Programa y lo señalado en el presente convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso efectuando evaluación del mismo.

Sin perjuicio de lo anterior, la Municipalidad deberá rendir cuenta de las actividades efectuadas, con los respectivos respaldos documentales que correspondan, de acuerdo a lo establecido en la Resolución Nº 30 del año 2015 de la Contraloría General de la República que "Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas". Al respecto dicha Resolución señala en su artículo Nº 20 "Las referidas unidades deberán preparar mensualmente una rendición de cuentas de sus operaciones, dentro de los quince (15) días hábiles administrativos siguientes al mes que corresponda, o en las fechas que la ley contemple."

La Municipalidad, quedará obligada en su calidad de ejecutor, a lo siguiente:

a) Utilizar el SISREC para la rendición de cuentas a que dé lugar el presente convenio, ocupando las funcionalidades que otorga el perfil ejecutor, dando cumplimiento al marco normativo aplicable, incluyendo la preceptiva de la resolución Nº 30, de 2015, de la Contraloría General de la República. En relación a lo anterior, el "Servicio" sólo revisará rendiciones a través de SISREC.

b) Designar a los funcionarios que tengan las calidades de analista ejecutor, encargado ejecutor y su subrogante y ministro de fe en el SISREC.

c) Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas con documentación electrónica y digital a través del SISREC. Lo anterior incluye, por ejemplo, la habilitación de firma electrónica avanzada del encargado ejecutor, y quién corresponda, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e internet.

d) Custodiar adecuadamente los documentos originales de la rendición garantizando su autenticidad, integridad y disponibilidad para las revisiones de la Contraloría General de la República, en el marco de la normativa legal pertinente.

e) Rendir gastos en forma proporcional a la ejecución técnica del Convenio según define el artículo tercero de este convenio.

f) Quienes rindan gastos en una rendición de cuentas deberán ajustar su actuar por iniciativa propia en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación y rapidez de los trámites en que intervengan. Lo anterior en consideración al Artículo Nº8 de la Ley Nº 18.575 LEY ORGANICA CONSTITUCIONAL DE BASES GENERALES DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO y lo que disponga la LEY DE PRESUPUESTOS DEL SECTOR PÚBLICO correspondiente al año de los convenios suscritos.

Ante un gasto observado por parte del Servicio, la Municipalidad podrá subsanarlo, sólo a través de la plataforma SISREC, presentando los antecedentes requeridos. Presentados estos antecedentes, el Servicio de Salud procederá a su revisión y si aún existen gastos que resulten observados, se llevarán los antecedentes a una comisión integrada por el Jefe del departamento Salud o Desam de la Comuna respectiva, encargado del respectivo programa de la Comuna, la Directora (or) de APS, Jefe del Subdepartamento respectivo, el referente del programa y el Asesor jurídico del Servicio de Salud Chiloé, quienes resolverán su aprobación o eliminación.

El Servicio, quedará obligado en su calidad de otorgante, a lo siguiente:

a) Designar a los funcionarios para perfilarse en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de encargado y analista otorgante.

b) Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas del proyecto con documentación electrónica y digital a través del SISREC durante el período de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para la ejecución del proyecto. Lo anterior incluye, por ejemplo, la habilitación de firma electrónica avanzada del encargado otorgante y su subrogante, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e internet.

c) Quienes revisen gastos en una rendición de cuentas deberán ajustar su actuar por iniciativa propia en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación y rapidez de los trámites en que intervengan. Lo anterior en consideración al Artículo N°8 de la Ley N° 18.575 LEY ORGANICA CONSTITUCIONAL DE BASES GENERALES DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO y lo que disponga la LEY DE PRESUPUESTOS DEL SECTOR PÚBLICO correspondiente al año de los convenios suscritos.

La obligación de rendir cuenta, señalada en el inciso precedente, subsistirá aun cuando la Municipalidad ejecute las actividades, a través de su Corporación de Salud, en cuyo caso la "Municipalidad", deberá arbitrar las medidas administrativas que sean necesarias, para que dicha entidad también le rinda cuenta, tanto de los recursos como de las actividades realizadas.

SEXTA: Será de responsabilidad de la "Municipalidad" velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en los diferentes establecimientos de salud. Lo anterior independiente de las atribuciones que le competen al Servicio, en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de eventuales revisiones que pudiese efectuar.

SÉPTIMA: Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el valor correspondiente a la parte transferida y no ejecutada, observada o no rendida del programa objeto de este instrumento, deberá ser reintegrado por la "Municipalidad" a la Renta general de la Nacional dentro del mes de enero de 2026 o al cierre del proyecto en SISREC.

Los recursos transferidos a la "Municipalidad" sólo podrán ser destinados para el cumplimiento de las prestaciones mínimas establecidas en el convenio, sin embargo en el caso de que la "Municipalidad" cumpla con lo acordado y optimice el gasto de dichos recursos, los excedentes se podrán utilizar en la realización de las mismas prestaciones dentro de los parámetros establecidos en el programa, que no implique una modificación de cláusulas del convenio ni extensión de su vigencia, lo cual se realizará previa solicitud, vía oficio dirigido al Servicio de Salud, antes del término del año en curso y con la aprobación de éste el cual constará por cualquier medio de comunicación por escrito.

El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. Por ello, en el caso que la "Municipalidad" se exceda de los fondos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante.

OCTAVA: El presente convenio de transferencias de recursos incluidas las modificaciones que regulen las actividades, acciones y gastos del mismo, tendrá una vigencia hasta el 31 de diciembre del mismo año y extendiéndose la revisión de los gastos hasta la aprobación de la rendición de cuentas, o bien, hasta la restitución de los saldos no ejecutados, no rendidos u observados o rechazados.

El convenio se podrá prorrogar de manera automática en los siguientes términos

a) De la prórroga automática.

Las partes acuerdan que el presente convenio se prorrogará automática y sucesivamente, siempre que el Programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuesto del Sector Público del año respectivo (siguiente), salvo que las partes decidan ponerle término por motivos fundados.

b) De la vigencia y cómo se formaliza.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo año. Esta prórroga se formalizará mediante Resolución Exenta o la toma de razón de Resolución Afecta del Servicio de Salud la que establecerá las metas y recursos asociados.

c) De la representación por parte del Municipio.

La Municipalidad podrá representar mediante oficio al Servicio la Resolución de prórroga automática dentro de un plazo de 10 día hábiles desde su notificación.

d) Constancia.
Se deja constancia que las metas y recursos financieros entregados en el año en curso, deben estar ejecutados al 31 de diciembre de dicho año. Se entiende que la prórroga automática se refiere a la continuidad del programa en relación de la ejecución técnica y financiera del marco presupuestario

del año siguiente, con el fin de dar inicio las prestaciones o actividades que requieren continuidad a partir del 1 de enero del año siguiente.

NOVENA: El Servicio y la Municipalidad incorporarán al presente Convenio el Anexo: "Plan de Gastos", que se entiende forma parte integrante del convenio, y la información contenida en el será la utilizada para revisar la pertinencia sanitaria de los gastos. Por otra parte, la revisión financiera de los gastos está regulada por la Resolución N° 30/2015 de la Contraloría General de la República en el "TÍTULO I. NORMAS GENERALES".

Para que exista acuerdo de voluntades respecto al Plan de Gastos y sus modificaciones, la Municipalidad y Servicio definirán su contenido y se entenderá aprobado por la comuna al ser enviado al Servicio por Oficio/Ordinario o correo electrónico por parte del Jefe(a) de Salud comunal y la aprobación del Servicio mediante medio de comunicación por escrito. De utilizar como medio de envío el correo electrónico se debe enviar al correo informado por oficio del Servicio de Salud.

Se deja expresamente estipulado que la no presentación o acuerdo o aprobación de un plan de gastos faculta al "Servicio" a utilizar el Plan de Gastos elaborado por éste, el que se informará a la comuna por la vía escrita más expedita posible. El Plan de Gastos podrá ser modificado durante la vigencia del convenio por parte del Servicio de ser necesario ajustar aspectos sanitarios del mismo.

El plazo máximo para modificar un Plan de Gastos es hasta los 5 primeros días hábiles de septiembre del año en curso. Dichas modificaciones, en términos financieros, sólo aplican a la segunda y/o tercera cuota o duodécimos, pendientes de transferir.

DÉCIMA: En el evento de que el presente convenio se vea beneficiado, con mayores recursos de los indicados en el presente instrumento, se procederá a confeccionar el respectivo addendum y se mantendrán o fijarán nuevas fechas para modificaciones al convenio y/o plan de gasto, según sea el caso.

DÉCIMA PRIMERA: El presente convenio se firma en 3 ejemplares, quedando dos en poder del Servicio y uno en la "Municipalidad".

DÉCIMA SEGUNDA: La personería de D. María Alejandra Villegas Huichamán por la Ilustre Municipalidad de Dalcahue, en su calidad de Alcaldesa, consta en el Decreto Alcaldicio N° 2.894 del 06 de diciembre de 2024.

ILUSTRE MUNICIPALIDAD ALCALDE DALCAHUE

SERVICIO DE SALUD CHILOÉ DIRECTOR (S)

CORPORACIÓN MUNICIPAL EDUCACIÓN Y SERVICIOS SECRETARIO GENERAL RAMÓN FREIRE DALCAHUE

D. MARÍA ALEJANDRA VILLEGAS HUICHAMÁN
ALCALDESA
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE

D. ERIC GUTIÉRREZ MORALES
DIRECTOR (S)
SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

Dirección/Jurídica/Dirección APS/Jefe Subdepto/Referente/SGO/cmv

ANEXO: "PLAN DE GASTOS"

El presente formato contiene la información mínima a utilizar y cada programa lo adaptará a las necesidades específicas de este.

PLAN DE GASTOS			
PROGRAMA			
N° RESOLUCIÓN ASOCIADO AL PLAN DE GASTOS			
COMUNA			
NOMBRE, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE REFERENTE COMUNAL			
NOMBRE, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE REFERENTE SERVICIO DE SALUD			
Gastos de Operación			
Descripción de gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad y/u Horas mínima, según programa	Monto total	Respaldo para acreditarlo.
Gastos de Personal			
Descripción de gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad y/u Horas mínima, según programa	Monto total	Respaldo para acreditarlo
Gastos de Inversión			
Descripción de gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad y/u Horas mínima, según programa	Monto total	Respaldo para acreditarlo.