14

Curepto
Tierra de tradiciones

APRUEBA CONVENIO PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL EN LA RED DE SALUD.

CUREPTO, 20 MAR. 2013

DECRETO EXENTO Nº 553 /

V I S T O S: Estos antecedentes; el Fallo del Tribunal Electoral Región del Maule, de fecha 30/11/12; el Acta de Instalación del Concejo Municipal de Curepto, de fecha 06/12/12; Resolución Exenta Nº 735, de fecha 05/03/13, que aprueba Convenio "Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud", de fecha 06/02/13 y las facultades que me confiere la Ley Nº 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

D E C R E T O:

1.- Apruébase CONVENIO, de fecha 06 de Febrero de 2013, celebrado entre la Ilustre Municipalidad de Curepto, representada por su Alcalde Don RENE ALEJANDRO CONCHA GONZALEZ y el Servicio de Salud del Maule, representado por su Director Dr. LUIS FRANCISCO URIBE URIBE; por su parte el Servicio traspasará la suma total y única de **$2.074.935.-**, para financiar el siguiente componente del programa.

- *Artrosis (Avances GES)*

2.- ANOTESE, COMUNIQUESE y ARCHIVESE este Decreto con los antecedentes que correspondan para conocimiento y control posterior.

MUNICIPALIDAD ★ SECRETARIO ★ CUREPTO

LUIS EVARISTO NAVARRO REYES
SECRETARIO MUNICIPAL

MUNICIPALIDAD ★ ALCALDE ★ CUREPTO

RENE ALEJANDRO CONCHA GONZALEZ
A L C A L D E

RAS/AS.RMV/cvc.
Distribución:
1.- Sr. Jefe Depto. Control Interno.
2.- Sr. Secretario Municipal.
3.- Sr. Jefe Depto. Administración y Finanzas Municipal.
4.- Sra. Encargada de Finanzas Depto. de Salud.
5.- Archivo Depto. de Salud. (2)
6.- Archivo Municipal.

SERVICIO DE SALUD MAULE
DEPTO. ARTICULACION Y DESARROLLO DE LA RED

RESOLUCION EXENTA Nº _____ /

Int.Nº 15 /
01.03.2013
Ref. 1334933

TALCA, 05 MAR 2013

VISTOS Y TENIENDO PRESENTE;

Convenio **"Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud"**, suscrito con fecha 06 de Febrero de 2013, entre este Servicio de Salud y la Municipalidad de **CUREPTO** y lo dispuesto en los artículos 56 y 57 de la Ley 19.378; las facultades que me confieren los artículos 6, 7 y 8 del D.S. Nº 140 de 2004 del Minsal; Decreto Supremo Nº41 del 30/08/2011 del Minsal; Resolución Nº1600 de 2008 de la Contraloría General de la República.

RESUELVO

APRUÉBASE:
Convenio **"Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud"**, suscrito con fecha 06 de Febrero de 2013, entre este Servicio de Salud y la I. Municipalidad de Curepto, cuyo texto es el siguiente:

CONVENIO
PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL EN LA RED DE SALUD

En Talca a 06 de febrero de 2013 entre el Servicio de Salud Maule, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Uno Oriente Nº 936, representado por su Director **DR. LUIS FRANCISCO URIBE URIBE**, Médico Cirujano, RUT. Nº 5.168.867-8, del mismo domicilio, en adelante el "**Servicio**" y la Ilustre Municipalidad de **CUREPTO**, persona jurídica de derecho público domiciliada en Plaza de Armas S/N, representada por su Alcalde **DON RENE ALEJANDRO CONCHA GONZALEZ**, Ingeniero en Ejecución Agrícola, RUT Nº 13.371.106-6 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 6º del Decreto Nº 82 del 24/12/2012 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 en la Red de Salud.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 07 del 04/01/2013, del Ministerio de Salud, que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar todas o algunas de las siguientes estrategias del Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud:

Componente 1: Artrosis (Avances GES)

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual de **$ 2.074.935**, para alcanzar el cumplimiento de las estrategias señaladas en la clausura anterior, según la siguiente especificación: **Medicamentos y Recurso Humano.**

El Municipio se compromete a coordinar la definición de coberturas en conjunto con el Servicio cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste para estrategias específicas y se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento.

QUINTA: El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes componentes especificados en el Programa:

1.- Desarrollar estrategias de rehabilitación integradas funcionalmente a la atención primaria de salud, bajo un enfoque biosicosocial y familiar.

2.- Asumir progresivamente la atención integral de la totalidad de las personas en situación de discapacidad leve, transitoria o definitiva, apoyar el manejo terapéutico de las personas en situación de discapacidad moderada, y sus familias, en el contexto comunitario.

3.- Desarrollar programas de prevención de discapacidades, promoción de la actividad física y mantención de la funcionalidad a lo largo del ciclo vital.

4.- Desarrollar las competencias de los equipos de salud, en particular de 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.

SEXTA: El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, en función de las orientaciones:

Los REM serán la base del proceso de monitoreo y evaluación de los distintos componentes, por lo que toda prestación o actividad debe ser registrada por los profesionales de los componentes (Anexos 1 y 2). El encargado de rehabilitación deberá enviar el consolidado, ya procesado, a la unidad de rehabilitación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL. Además, se solicitará una auditoría de las fichas clínicas para verificar la existencia de planes de tratamiento individual de las personas en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla, este proceso será de responsabilidad del encargado de rehabilitación del servicio de salud y el resultado debe ser anexado al consolidado de registros. El diagnóstico comunitario, para los componentes de rehabilitación de base comunitarias urbana y rural, debe ser realizado y analizado por el equipo que conforma el componente y sus resultados enviados por correo electrónico a los encargados de rehabilitación

de los servicios de salud, con copia a la unidad de rehabilitación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL.

La evaluación del programa se efectuará en dos etapas:

La primera evaluación, se efectuara con corte al 31 de Agosto del año en curso. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 60%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento de Metas por componente	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 40%
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.

La segunda evaluación y final, se efectuará al 31 de Diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

Para la evaluación de Diciembre se tomarán los indicadores contenidos en las Orientaciones Metodológicas para el Desarrollo de las Estrategias de Rehabilitación en A.P.S, 2010-2014. Los resultados deberán ser enviados al 30 de enero del año siguiente.

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

SEPTIMA: Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas (60% - 40%), la 1º cuota contra total tramitación del convenio y resolución aprobatoria y la 2º cuota contra el grado de cumplimiento del programa y la respectiva rendición de cuenta mensual al departamento de Finanzas.

OCTAVA: El Servicio, requerirá a la municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos en la cláusula tercera de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar en forma aleatoria supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el Servicio deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

NOVENA: El Servicio podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoria. Sin perjuicio de lo anterior, estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución Nº 759 de 2003, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, lo que debe ser fiscalizado por el Servicio respectivo. **Por consiguiente, el Servicio no entregará nuevos fondos, mientras la Municipalidad no haya cumplido con la obligación de rendir cuenta a la inversión de los fondos ya concedidos.**

DECIMA: Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el Servicio descontará de la transferencia regular de atención primaria, el valor correspondiente a la parte pagada y no ejecutada del Programa objeto de este instrumento.

DECIMA PRIMERA: 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.

En caso que habiendo ejecutado las metas mínimas acordadas quedasen excedentes producto de la optimización del gasto, podrán ser utilizados en la misma línea programática.

DÉCIMA SEGUNDA: El presente convenio tendrá vigencia desde el 1 de Enero hasta el 31 de diciembre del año en curso, sin perjuicio de lo anterior, se entenderá vigente hasta la firma del nuevo convenio y su resolución aprobatoria no excederá al 31 de Marzo del año respectivo.

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

DÉCIMA TERCERA: El presente convenio se firma en 4 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, uno en la Municipalidad y los dos restantes en el Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales y la División de Atención Primaria.

DECIMA CUARTA: La personería jurídica del Dr. Luis Francisco Uribe Uribe consta en Decreto Supremo N°41 con fecha 30/08/2011 del Ministerio de Salud. La personería jurídica de Don René Alejandro Concha González, para representar a la Municipalidad de Curepto, consta en Fallo del Tribunal Electoral Regional del Maule de fecha 30/11/2012 y Acta de Instalación del Concejo Municipal de fecha 06/12/12.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.

SERVICIO SALUD MAULE
DIRECTOR

DR. LUIS FRANCISCO URIBE URIBE
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD MAULE

DR.LFUU/DR.FPR/ABOG.MCMC/CVS/DRA.VSR/KLGO.JGF/mvh.

Transcribo fielmente el original
MINISTRO DE FE

DISTRIBUCION:

- ✓ **[redacted] Municipalidad de Curepto.**
- ✓ **Ministerio de Salud** (División de Atención Primaria y Departamento de Asignación de Recursos de Atención Primaria)
- ✓ Sra. Jefe Depto. Auditoría ***(Archivo Digital).***
- ✓ Sra. Jefa U. de Tesorería. ***(Archivo Digital).***
- ✓ Subdirección Médica Hospital Talca.
- ✓ Asesoría Jurídica Regional ***(Archivo Digital).***
- ✓ Archivo Programa Respiratorio y Rehabilitación.
- ✓ **Oficina de Partes.**

SERVICIO DE SALUD MAULE

CONVENIO

PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL EN LA RED DE SALUD

En Talca a 06 de Febrero de 2013 entre el Servicio de Salud Maule, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Uno Oriente N° 936, representado por su Director **DR. LUIS FRANCISCO URIBE URIBE**, Médico Cirujano, RUT. N° 5.168.867-8, del mismo domicilio, en adelante el "**Servicio**" y la Ilustre Municipalidad de **CUREPTO**, persona jurídica de derecho público domiciliada en Plaza de Armas s/n, representada por su Alcalde **DON RENE ALEJANDRO CONCHA GONZALEZ**, Ingeniero en Ejecución Agrícola, RUT N° 13.371.106-6 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° 6° del Decreto N° 82 del 24/12/2012 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 en la Red de Salud.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 07 del 04/01/2013, del Ministerio de Salud. Anexo al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar todas o algunas de las siguientes estrategias del Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud:

Componente 1: Artrosis (Avances GES)

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual de **$ 2.074.935**, para alcanzar el cumplimiento de las estrategias señaladas en la clausura anterior, según la siguiente especificación: **Medicamentos y Recurso Humano.**

El Municipio se compromete a coordinar la definición de coberturas en conjunto con el Servicio cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste para estrategias específicas y se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento.

QUINTA: El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes componentes especificados en el Programa:

1.- Desarrollar estrategias de rehabilitación integradas funcionalmente a la atención primaria de salud, bajo un enfoque biosicosocial y familiar.

2.- Asumir progresivamente la atención integral de la totalidad de las personas en situación de discapacidad leve, transitoria o definitiva, apoyar el manejo terapéutico de las personas en situación de discapacidad moderada, y sus familias, en el contexto comunitario.

3.- Desarrollar programas de prevención de discapacidades, promoción de la actividad física y mantención de la funcionalidad a lo largo del ciclo vital.

4.- Desarrollar las competencias de los equipos de salud, en particular de 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.

SEXTA: El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, en función de las orientaciones:

Los REM serán la base del proceso de monitoreo y evaluación de los distintos componentes, por lo que toda prestación o actividad debe ser registrada por los profesionales de los componentes (Anexos 1 y 2). El encargado de rehabilitación deberá enviar el consolidado, ya procesado, a la unidad de rehabilitación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL. Además, se solicitará una auditoría de las fichas clínicas para verificar la existencia de planes de tratamiento individual de las personas en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla, este proceso será de responsabilidad del encargado de rehabilitación del servicio de salud y el resultado debe ser anexado al consolidado de registros. El diagnóstico comunitario, para los componentes de rehabilitación de base comunitarias urbana y rural, debe ser realizado y analizado por el equipo que conforma el componente y sus resultados enviados por correo electrónico a los encargados de rehabilitación de los servicios de salud, con copia a la unidad de rehabilitación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL.

La evaluación del programa se efectuará en dos etapas:

La primera evaluación, se efectuara con corte al 31 de Agosto del año en curso. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 60%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento de Metas por componente	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 40%
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.

La segunda evaluación y final, se efectuará al 31 de Diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

Para la evaluación de Diciembre se tomarán los indicadores contenidos en las Orientaciones Metodológicas para el Desarrollo de las Estrategias de Rehabilitación en A.P.S, 2010-2014. Los resultados deberán ser enviados al 30 de enero del año siguiente.

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

SEPTIMA: Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas (60% - 40%), la 1º cuota contra total tramitación del convenio y resolución aprobatoria y la 2º cuota contra el grado de cumplimiento del programa y la respectiva rendición de cuenta mensual al departamento de Finanzas.

OCTAVA: El Servicio, requerirá a la municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos en la cláusula tercera de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar en forma aleatoria supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el Servicio deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

NOVENA: El Servicio podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoria. Sin perjuicio de lo anterior, estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución Nº 759 de 2003, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, lo que debe ser fiscalizado por el Servicio respectivo. **Por consiguiente, el Servicio no entregará nuevos fondos, mientras la Municipalidad no haya cumplido con la obligación de rendir cuenta a la inversión de los fondos ya concedidos**.

DECIMA: Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el Servicio descontará de la transferencia regular de atención primaria, el valor correspondiente a la parte pagada y no ejecutada del Programa objeto de este instrumento.

DECIMA PRIMERA: 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.

En caso que habiendo ejecutado las metas mínimas acordadas quedasen excedentes producto de la optimización del gasto, podrán ser utilizados en la misma línea programática.

DÉCIMA SEGUNDA: El presente convenio tendrá vigencia desde el 1 de Enero hasta el 31 de diciembre del año en curso, sin perjuicio de lo anterior, se entenderá vigente hasta la firma del nuevo convenio y su resolución aprobatoria no excederá al 31 de Marzo del año respectivo.

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

DÉCIMA TERCERA: El presente convenio se firma en 4 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, uno en la Municipalidad y los dos restantes en el Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales y la División de Atención Primaria.

DECIMA CUARTA: La personería jurídica del Dr. Luis Francisco Uribe Uribe consta en Decreto Supremo N° 41 con fecha 30/08/2011 del Ministerio de Salud. La personería jurídica de Don René Alejandro Concha González, para representar a la Municipalidad de Curepto, consta en Fallo del Tribunal Electoral Regional del Maule de fecha 30/11/2012 y Acta de Instalación del Concejo Municipal de fecha 06/12/12.

RENE ALEJANDRO CONCHA GONZALEZ
ALCALDE
MUNICIPALIDAD DE CUREPTO

SERVICIO DE SALUD DIRECTOR

DR. LUIS FRANCISCO URIBE URIBE
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD MAULE

ANEXO N°1: DISEÑO DE EVALUACIÓN ARTROSIS LEVE O MODERADA, PERSONAS

Ges Artrosis

AREA DE EVALUACION	Actividad	Meta	Indicador	Fuente	% evaluación
	Personas atendidas	100% de las personas atendidas son ingresadas al SIGGES	N° personas ingresadas al SIGGES /Total canastas entregadas *100	SIGGES/ Convenio	50
	Calidad de la aten	% de personas derivadas al nivel secundario	N° de personas derivadas al nivel secundario/ total de personas acogidas a la garantía en el establecimiento *100	Registro Listas de Espera	50

ANEXO N°2: DISEÑO DE EVALUACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL CON BASE COMUNITARIA (RBC)

EVALUACION	Actividad	Metas por estrategia			Indicador	Fuente	Estrategia	Cumplimientos				Peso RBC	Peso RI	Peso RR
		RBC	RI	RR				100%	75%	50%	Menos%			
Resultados obtenidos en las personas en situación de discapacidad	Inclusión Social producto de la intervención del equipo	10% de las PsD atendidas en el Centro logran la inclusión social (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)	5% de las PsD atendidas en el Centro logran la inclusión social (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)	5% de las PsD atendidas por el equipo logran la inclusión social (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)	Nº personas que logran inclusión /total de ingresos *100	REM	RBC	10 y más	7,5- 9,9	5 - 7,4	menos de 4,9	20		
							RI	5 y más	4-4,9	3-3,9	menos de 2,9		20	
							RR	5 y más	4-4,9	3-3,9	menos de 2,9			20
	Egreso posterior a cumplimiento del Plan de tratamiento	50% de PsD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo	50% de PsD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo		NºPsD egresadas/Tota ingresos*100	REM	RBC	50 y más	40- 49,9	30 - 39,9	menos de 29 ,9	30		
						REM	RI	50 y más	40- 49,9	30 - 39,9	menos de 29 ,9		30	
	"Familia con integrante en rehabilitación física"			**50% PsD con Visita Domiciliaria Integral**	Nº PsD con Visita Domiciliaria Integral/Total ingresos*100	REM	RR	50% y más	40- 49,9	30 - 39,9	menos de 29 ,9			30
	Ingresos y egresos	**Metas por estrategia**			**Indicador**	**Fuente**	**Estrategia**	**Cumplimientos**				**Peso RBC**	**Peso RI**	**Peso RR**
		RBC	**RI**	**RR**				**100%**	**75%**	**50%**	Menos%			
Resultados obtenidos en las PsD de acuerdo a problemas de salud	Síndrome Doloroso de origen traumático	Mantener al menos un 20% de PsD con Parkinson , secuela de AVE otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 15% de PsD con Parkinson , secuela de AVE otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Mantener al menos un 20% de PsD con Parkinson , secuela de AVE otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Nº PsD ingresados con Dg de parkinson, secuela de AVE otro déficit secundario a compromiso neuromuscular/ Total ingresos*100	REM	RBC	20y más	15-19,9	10- 14,9	menos de 9,9	30		
	Síndrome Doloroso de origen no traumático													
	Artrosis Leve y Moderada de rodilla y cadera													
	TEC						RI	15 y más	10- 14,9	5-9,9	menos de 4,9		30	
	Parkinson													
	Otro déficit secundario a compromiso neuromuscular													
	Otros						RR	20y más	15-19,9	10- 14,9	menos de 9,9			30
	Rehabilitación Física: Actividades de prevención de discapacidad	50% de las actividades de Educación corresponden a actividades grupales	50% de las actividades de Educación corresponden a actividades grupales	50% de las actividades de Educación corresponden a actividades grupales	Nºde actividades de educación grupal/ total de actividades de educación grupal + actividades de educación para la salud *100	REM	RBC, RI, RR	50 y más	40- 49,9	30 - 39,9	menos de 29 ,9	20	20	20
												100	**100**	**100**