



320

SUBSECRETARÍA REDES ASISTENCIALES
DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

APRUEBA PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA RED DE SALUD.

AMS/OCC/JVC/PA/AJVP/ABG/ISL



EXENTA N° 1167

SANTIAGO, 21 NOV. 2014

VISTO: lo solicitado por memorando N° 169 de 2014, de la División de Atención Primaria; lo dispuesto en los artículos 4° y 7° del DFL N°1 de 2005, del Ministerio de Salud; en los artículos 6° y 25 del decreto N° 136 de 2004, del Ministerio de Salud; en la ley N° 19.378 y en la resolución N° 1.600 de 2008 de la Contraloría General de la República, y

CONSIDERANDO:

- La necesidad de entregar prestaciones de rehabilitación en forma oportuna y accesible, dicto la siguiente:

RESOLUCION:

1°.- **APRUEBASE**, el texto del Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud.

2°.- El programa que se aprueba en virtud de este acto administrativo, se expresa en un documento de 13 páginas, cuyo original, visado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, se mantendrá en poder del jefe de la División de Atención Primaria.

Todas las copias del programa en referencia deberán guardar estricta concordancia con el texto original.

3°.- **REMÍTASE** un ejemplar del Programa Rehabilitación Integral en la Red de Salud, a los Servicios de Salud del país.

4°.- La presente resolución entrará en vigencia el 1° de enero de 2015. **DERÓGASE** a contar de esa fecha, la resolución N° 1.243, de 2013, del Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



**DRA. HELIA MOLINA MILMAN
MINISTRA DE SALUD**



SUBSECRETARÍA REDES ASISTENCIALES
DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA
AVS/CCC/JVC/PYA/IVP/ABG/ISL

03903 - 17.11.14

**APRUEBA PROGRAMA DE REHABILITACIÓN
INTEGRAL EN LA RED DE SALUD.**

EXENTA N° _____/

SANTIAGO,

VISTO: lo solicitado por memorando N° 169 de 2014, de la División de Atención Primaria; lo dispuesto en los artículos 4° y 7° del DFL N°1 de 2005, del Ministerio de Salud; en los artículos 6° y 25 del decreto N° 136 de 2004, del Ministerio de Salud; en la ley N° 19.378 y en la resolución N° 1.600 de 2008 de la Contraloría General de la República, y

CONSIDERANDO:

- La necesidad de entregar prestaciones de rehabilitación en forma oportuna y accesible, dicto la siguiente:

RESOLUCION:

1°.- **APRUÉBASE**, el texto del Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud.

2°.- El programa que se aprueba en virtud de este acto administrativo, se expresa en un documento de 13 páginas, cuyo original, visado por la Subsecretaria de Redes Asistenciales, se mantendrá en poder del jefe de la División de Atención Primaria.

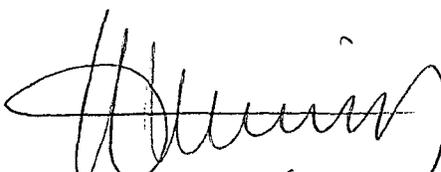
Todas las copias del programa en referencia deberán guardar estricta concordancia con el texto original.

3°.- **REMÍTASE** un ejemplar del Programa Rehabilitación Integral en la Red de Salud, a los Servicios de Salud del país.

4°.- La presente resolución entrará en vigencia el 1° de enero de 2015. **DERÓGASE** a contar de esa fecha, la resolución N° 1.243, de 2013, del Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE




DRA. HÈLIA MOLINA MILMAN
MINISTRA DE SALUD



SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

AVS

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA RED DE SALUD



INDICE

I. ANTECEDENTES:	3
II. FUNDAMENTACIÓN:	5
III. PROPÓSITO:	5
IV. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA:	6
<input type="checkbox"/> Objetivo General:	6
<input type="checkbox"/> Objetivos Específicos	6
V. COMPONENTES.....	6
VI. PRODUCTOS ESPERADOS	7
VII. MONITOREO Y EVALUACIÓN:	8
VIII. INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN	9
IX. FINANCIAMIENTO.....	9
<input type="checkbox"/> Establecimientos de dependencia del Servicio de Salud:	9
<input type="checkbox"/> Establecimientos de dependencia municipal:	10
X. ANEXOS.....	11
Anexo N°1 : Evaluación RBC, RI,RR	11
Anexo N°2 : Evaluación Artrosis.....	13



I. ANTECEDENTES:

La alta prevalencia de personas en situación de discapacidad, permanente o transitoria, o en riesgo de adquirir dicha condición, 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 que resuelvan sus problemas de discapacidad, transitoria o permanente, con un enfoque biosicosocial con estrategias en APS y hospitales de menor complejidad y, segundo, impulsar el fortalecimiento de la rehabilitación en los centros más complejos con un estándar mínimo de implementación, que significa tener equipamiento y equipo de rehabilitación completo.

La situación de discapacidad permanente considera que el déficit estructural y/o funcional, no es revertible y, por tanto, las intervenciones de rehabilitación se centran en disminuir el impacto que ello tenga en su independencia en actividades de la vida diaria y en su entorno familiar y social, potenciando su inclusión social. La situación de discapacidad transitoria, derivada de una patología aguda o traumática, en la que es esperable la recuperación ad integrum, las intervenciones de rehabilitación se centran en disminuir los tiempos de recuperación y evitar complicaciones en su evolución.

MAGNITUD DE LAS NECESIDADES DE REHABILITACIÓN.

Encuesta Calidad de Vida y Salud 2004.

El Ministerio de Salud y el INE realizaron, durante el año 2000, la Encuesta de Calidad de Vida y Salud, basándose en una muestra representativa de todo el país. Se encontró que un 21.7% de la población mayor de 15 años presenta algún tipo de discapacidad: el 13.8% para ver, el 5.9% para oír, el 2.1% para hablar y el 3.9% para caminar. Cuando esta población accede a los servicios de salud es, preferentemente, para obtener atención básica de salud, diagnóstico. Sólo un 6.49% obtuvo atención de rehabilitación en los últimos doce meses.

Encuesta de Discapacidad del 2004.

La Encuesta de Discapacidad (ENDISC 2004) muestra la asociación de discapacidad con pobreza, exclusión educacional y laboral, menor participación en la sociedad y en la familia; personas y ciudadanos con menores oportunidades, independientemente de sus capacidades.

En relación al adulto mayor, en Chile, el grupo etáreo de mayores de 60 años tiene cada vez más peso relativo en el total de la población, alcanzando un 11,4%. El grupo de 65 años y más corresponde al 8% de la población. De este total, las personas mayores de 80 años son el 14.7%. Actualmente, nuestra expectativa de vida es de (74,42 años para los hombres y 80,41 años para las mujeres).

Estudio “Salud y Bienestar de los Adultos Mayores”. OPS 2001

La prevalencia de enfermedades crónicas de la población adulta mayor con un alto potencial de generar discapacidad, según este estudio multicéntrico, son: Hipertensión Arterial 52,3%; artrosis y artritis 31,7%; Enfermedades coronarias 18,7%; Diabetes 13,4%; EPOC 12,6%; Enfermedad Cerebrovascular 6,9%, Visión de lejos mala 32,9%, Visión de cerca mala 43,4%; Depresión moderada 17,6 %, Depresión Severa 6,3%; Trastorno cognitivo, 12,5% , Demencia 9,1%; Caída 35, 3%, Sobre peso 14,7%; Obesidad 30,2%. En todas ellas el desarrollo de un programa preventivo de rehabilitación disminuye sustancialmente las complicaciones secundarias y permite mantener la funcionalidad e integración social o retrasar su pérdida. El 2021, el 73% de las personas que se atendieron fueron personas mayores.



Desafíos de rehabilitación asociados a Garantías Explícitas.

El año 2012, egresaron 26.474 casos de ACV de los hospitales públicos, de ellos, más del 80% de los que presentaron un ACV hemorrágico y el 60% de las personas que presentaron un ACV isquémico, queda con algún grado de incapacidad física o mental permanente, 16.674 personas con ACV al año, requieren una respuesta de rehabilitación. Es importante considerar que un 28 % de ellos son menores de 65 años.

Anualmente, alrededor de 1.600 personas portadoras de artrosis de cadera mayores de 65 años reciben una endoprótesis de cadera. Hay un amplio respaldo en la medicina basada en la evidencia a nivel internacional que, al ser incorporadas a un programa de rehabilitación, se disminuye los días de hospitalización, se mejora la condición funcional al alta, se disminuyen las complicaciones a mediano y largo plazo y los índices de reinserción laboral. Estas consideraciones son válidas para las personas menores de 65 años que reciben endoprótesis de cadera y son muy significativas en relación a los años de vida útil perdidos por el país.

En Chile se esperan alrededor de 150 casos nuevos de disrafia espinal al año. El cierre oportuno del defecto y manejo de las alteraciones asociadas, particularmente la hidrocefalia, junto con el apoyo de rehabilitación integral que entregan diversas instituciones en la infancia, han incidido en el aumento de la expectativa de vida de estas personas. Actualmente, no hay estadísticas disponibles de la prevalencia en población mayor de 20 años y tampoco servicios que puedan manejarlos integralmente.

Se esperan anualmente 11,5 a 53,4 casos nuevos al año de lesión medular por trauma, principalmente caídas, o sea entre 200 a 800 personas. A este número habría que sumar las lesiones medulares de causas tumorales, vasculares, etc. Si ello ocurre en una persona mayor de 20 años, la capacidad de respuesta país es mínima. El 2012 egresaron 1.461 casos de personas con Politraumatismos graves, 145 de ellos quedaron con lesión medular, requiriendo de Servicios de Rehabilitación para el resto de su vida.

Según un estudio sobre población infantil en Chile, hay 280 Traumatismos Encéfalo Craneanos (TEC) x cada 100.000 habitantes. El 2012 hubieron 13.831 casos por esta causa, el 30 % es moderado a severo y, por tanto, 4.623 personas debieran ser al menos evaluadas en su condición funcional post trauma y recibir el apoyo de un equipo de rehabilitación.

El 5% de los niños prematuros que sobreviven quedan con déficits que pueden originar una situación de discapacidad. La intervención de un equipo rehabilitador puede marcar la diferencia para ellos y para el país.

El año 2009 se incorporan al Sistema de Garantías Explícitas GES nuevas patologías que requieren de rehabilitación: 500 a 600 casos al año de displasia de caderas que necesitarán apoyo terapéutico, anualmente aparecen 240 casos nuevos de niños con pie bot, se esperan 150 casos anuales de Esclerosis Múltiple y 400 personas al año con Guillén Barre.

Por año, se reportan 826 casos nuevos por año de gran quemado, en los que invertimos una gran cantidad de recursos en salvarles la vida y casi nada en entregarles calidad de vida.

Por último, hay garantías explícitas en artrosis de rodillas y caderas, leves y moderadas, y entrega de ayudas técnicas, a las que en promedio se acogen 60.000 usuarios que, eventualmente, podrían ser resueltas en un alto porcentaje en el nivel de atención primaria de salud, el 2012 se atendieron 63.011 casos Ges artrosis en APS.



Impacto de la Rehabilitación:

A continuación se muestran los casos GES 2012 egresados de los hospitales públicos y los casos GES atendidos en atención primaria.

Diagnósticos CASOS GES	2012			2013		
	Casos GES	APS	%	Casos GES	APS	%
Artrosis leve y Moderada de Rodilla y Cadera	63.011	33.011	52,4	57.825	33.102	57,2
Secuela ACV	26.472	8.094	30,6	24.757	10.016	40,5
Secuela de TEC	13.871	330	2,4	14.942	439	2,9
Secuela TRM	145	319	220,0	177	470	265,5
Enfermedad Parkinson	4.434	2.113	47,7	3.685	2.527	68,6
TOTAL	107.933	43.867	40,6	101.386	46.554	45,9

Paulatinamente se observa el impacto de la rehabilitación y la coordinación de la red de rehabilitación, así como también el impacto en las personas.

Desafíos de Rehabilitación ante Estudio de Carga Enfermedad del año 2007.

Los resultados principales de este estudio, publicado a fines del 2008, mostraron que se perdieron 128,5 AVISA por cada 1000 habitantes, el 54,7 % de ellos por discapacidad, que predomina en varones en todas las edades y que, concentrándose en los extremos de la vida y en ellos predominar los AVISA por muerte prematura, en las edades medias predominan los AVISA por discapacidad. El 73 % de los AVISA es originado por enfermedades no transmisibles (Grupo II) y el 15 % por lesiones (Grupo III). A fin de obtener una orientación de la demanda que está detrás de los datos aportados por este estudio, se trabajaron las bases de datos, concluyéndose que un total de 1.263.973 personas podrían requerir de estrategias de rehabilitación. (anexo 2)

II. FUNDAMENTACIÓN:

Por un lado, para los usuarios en situación de discapacidad, permanente o transitoria, que no están hospitalizados, el acceso es uno de los principales problemas a resolver por dificultades físicas para el uso del transporte público, por el costo de éste, por los tiempos involucrados (de el mismo afectado y muchas veces del necesario acompañante) y por los tiempos de espera que existen en los hospitales que, generalmente, están exigidos por sus demandas internas. Así, el costo social y económico para la familia hacía inviable la rehabilitación.

Por otro lado, la medicina basada en la evidencia, ha demostrado que la mayor parte de las condicionantes de discapacidad pueden ser resueltas con intervenciones individuales o grupales, en el que el factor de calidad esencial es el profesional de rehabilitación y que la implementación requerida es relativamente básica. Por ello, acercando este recurso a las comunidades y capacitando al conjunto del equipo de los centros de atención primaria en el manejo de las condiciones discapacitantes, podemos dar una respuesta de calidad, en forma más oportuna, a una parte importante de los usuarios que requieren de intervenciones de rehabilitación.

III. PROPÓSITO:

Entregar prestaciones de rehabilitación de calidad, en forma oportuna y accesible, a las personas en situación de discapacidad, permanente o transitoria, mejorando la resolutivez a nivel de la atención primaria de salud.



IV. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA:

- **Objetivo General:**

Aumentar la cobertura de rehabilitación física en la red de atención primaria.

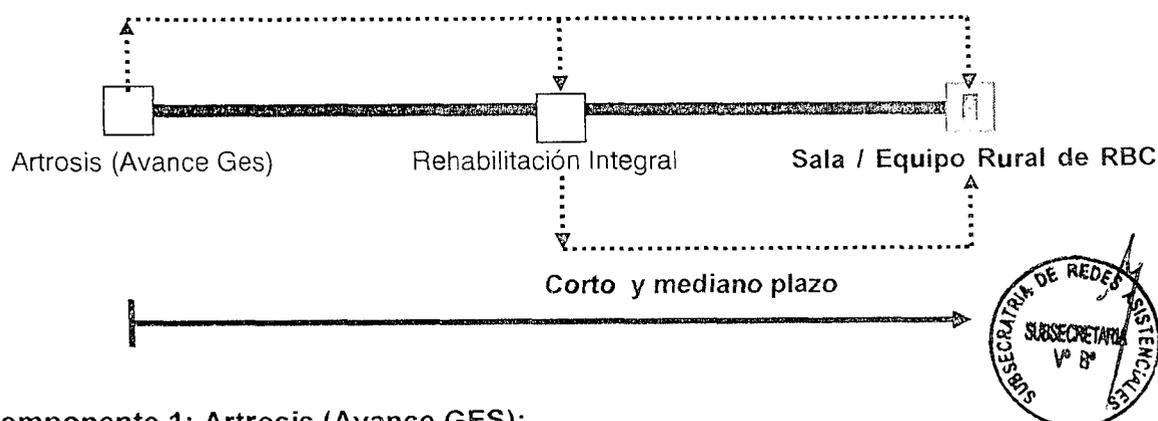
- **Objetivos Específicos**

1. Desarrollar estrategias de rehabilitación integradas funcionalmente a la atención primaria de salud, bajo un enfoque biopsicosocial y familiar.
2. Asumir progresivamente la atención integral de 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.

V. COMPONENTES

El desarrollo de la Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC) se ha realizado en forma progresiva, implementando estrategias con grados de avance diferenciado, sin embargo, a mediano y largo plazo todas apuntan al mismo objetivo.

DESARROLLO GRADUAL DE LA REHABILITACION DE BASE COMUNITARIA EN APS Y HOSPITALES COMUNITARIOS DE SALUD FAMILIAR Estrategias implementadas



Componente 1: Artrosis (Avance GES):

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

Componente 2: Salas de Rehabilitación Basada en la Comunidad o Centros de Rehabilitación de Base Comunitaria: (RBC)

Instalación de sala de rehabilitación física en establecimientos APS, con fuerte componente de trabajo comunitario e intersectorial para el logro de la inclusión social. Dos profesionales, un terapeuta y un kinesiólogo, atienden a las personas con discapacidad leve en actividades terapéuticas y de prevención, apoyan el manejo terapéutico de las personas en situación de discapacidad moderada, tanto transitoria como permanente, y apoyan a la persona en situación de discapacidad severa permanente, su familia y/o cuidador. A la vez, se constituyen en agentes de cambio del entorno social, implementando estrategias en la comunidad que permitan mejorar las condiciones de inserción social de las personas en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla.

Componente 3: Salas de Rehabilitación Integral Osteomuscular. (RI)

Salas de rehabilitación con kinesiólogo, se centra en el manejo del dolor de los síndromes osteomusculares. El(los) profesional(es) asumen el tratamiento integral de las personas portadoras de síndromes dolorosos osteomusculares, considerando el déficit, funcionamiento, actividades y participación. De la misma forma, en forma progresiva, asumen el tratamiento de personas en situación de discapacidad leve y apoyan el tratamiento de las personas en situación de discapacidad moderada y severa. Además, implementan estrategias de prevención de estos síndromes y de discapacidad a nivel comunitario. Se espera poder llevar este desarrollo hacia la RBC.

Componente 4: Equipo Rural. (RR)

Un terapeuta ocupacional y un kinesiólogo, implementan la rehabilitación con base comunitaria en zonas de ruralidad extrema, capacitan a las personas en situación de discapacidad, las familias, cuidadores, auxiliares paramédicos y a la comunidad en técnicas básicas de tratamiento, autocuidado y prevención de discapacidad. Promueven el trabajo intersectorial y buscan desarrollar el trabajo conjunto con los otros actores sociales y del Estado que pueden aportar en la resolución de las necesidades de las personas en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirlas.

Orientaciones Técnicas:

El desarrollo de este programa se realiza en base a las Orientaciones Metodológicas para el Desarrollo de las Estrategias de Rehabilitación en A.P.S., que incluye las orientaciones técnicas y de gestión.

I. PRODUCTOS ESPERADOS

El trabajo del (los) profesional (les) de rehabilitación es en estrecha relación y colaboración con las redes internas, de salud, y las externas, comunitarias. Asume que la persona en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla debe ser evaluada e intervenida considerando su déficit, funcionalidad, actividad y participación social. Considera a la familia como el núcleo primario de la persona en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla. Por lo anterior, los productos esperados se relacionan con todos los objetivos específicos.



1. Diagnóstico comunitario participativo: construir el diagnóstico a partir de la evaluación participativa, que permita identificar a las personas que en esa comunidad están en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla y los perfiles que estas tienen. Así mismo identifica, cuantifica y valora, los recursos comunitarios que pueden incidir positiva o negativamente en los procesos de rehabilitación. Es obligatorio en los centros y salas de rehabilitación de base comunitaria y para los equipos de rehabilitación rural.
2. Evaluación y manejo integral de las personas en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla.
3. Evaluación y manejo integral del entorno familiar y físico de la persona en situación de discapacidad.
4. Planes de tratamiento con objetivos y plazos acordados con la persona en situación de discapacidad, su familia y/o su cuidador.
5. Valoración de impacto del tratamiento.
6. Actividades de prevención de discapacidades individuales y grupales.
7. Actividades terapéuticas individuales y grupales.
8. Consejería individual y familiar.
9. Visitas domiciliarias integrales.

VII. MONITOREO Y EVALUACIÓN:

Los REM serán la base del proceso de monitoreo y evaluación de los distintos componentes, por lo que toda prestación u actividad debe ser registrada por los profesionales de 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 comunitaria 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 de Programa	Porcentaje de Descuento de Recursos 2 ^a cuota del 30%
≥ 60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	25%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30,00%	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 % 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 19.19%	75%
10 o Menos	100%

- **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.

VIII. INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

Ver Anexos 1, 2

IX. FINANCIAMIENTO

- **Establecimientos de dependencia del Servicio de Salud:**

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, glosa 01 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 los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación.

Los recursos serán asignados por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas: 70% contra resolución aprobatoria y el 30% restante en octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación señalada en el ítem VII de este Programa, el cual se aplicará a los recursos asociados a los Subtítulos de gasto 22 "Bienes y Servicios de Consumo" y 29 "Adquisición de activos no financieros", en su caso.

La tabla de descuento es la siguiente:

Porcentaje cumplimiento de Metas de Programa	Porcentaje de Descuento de Recursos 2ª cuota del 30%
≥ 60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	25%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30,00%	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%
30% y más	0%
Entre 20 y 29.9%	50%
Entre 10 y 19.19%	75%
10 o Menos	100%

El gasto que irrogue el Programa deberá ser imputado al ítem 21, 22 y/o 29, del presupuesto del Servicio de Salud, según corresponda.

▪ **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.

Se deja constancia que la glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público antes citada, contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 de la ley N° 19.378, la entidad administradora de salud municipal podrá contratar personal conforme la normativa establecida en esa misma ley o bien a honorarios acorde con lo dispuesto en el artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

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 convenio y el 30% restante en octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación señalada en el ítem VII de este Programa.

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

La tabla de descuento es la siguiente:

Porcentaje cumplimiento de Metas de Programa	Porcentaje de Descuento de Recursos 2ª cuota del 30%
≥ 60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	25%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30,00%	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%
10 o Menos	100%

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.



ANEXO N°1: DISEÑO DE EVALUACIÓN REHABILITACIÓN DE BASE COMUNITARIA (RBC, RI, RR)

AREA DE EVALUACION	DEFINICION	Meta	Indicador	Fuente	Cumplimientos				Peso
					100%	75%	50%	0	
Resultados obtenidos en las personas en situación de discapacidad	Participación en Comunidad (Inclusión Social)	10% de las PsD atendidas en el Centro logran la inclusión social (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)	Nº personas que logran Participación en Comunidad/total de ingresos *100	REM	10 y más	7,5- 9,9	5 - 7,4	menos de 4,9	20
	Prevenir y/o retardar la discapacidad en grupos de personas con enfermedades crónicas, cuidadores	50% de las actividades para fortalecer conocimientos y destrezas personales, se orientan al trabajo con cuidadores	Nº de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales a los cuidadores/ total de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales * 100	REM	50 y más	40- 49,9	30 - 39,9	menos de 29 ,9	20
	Cobertura, ingresos y egresos	Meta	Indicador	Fuente	Cumplimientos				Peso
Resultados obtenidos en las PsD de acuerdo a problemas de salud	PsD con diagnósticos de origen neurológico, tienen continuidad en la red de rehabilitación	Mantener al menos un 20% de PsD con secundarios a compromiso neuromuscular	Nº PsD ingresados con Dg de parkinson, secuela de ACV, TEC otro déficit secundario a compromiso neuromuscular en menor de 20 años congénito o adquirido y mayor de 20 años/ Total Ingresos*100	REM	20 y más	15-19,9	10-14,9	Menos de 9,9	20
	Egreso posterior a cumplimiento del Plan de tratamiento	50% de PsD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo	NºPsD egresadas/Total ingresos*100	REM	50 y más	40- 49,9	30 - 39,9	menos de 29 ,9	10
	Cobertura	Personas atendidas en Rehabilitación	60% cobertura de acuerdo a la meta anual de cada estrategia (RBC =466, RI=335, RR= 163)	Nº personas atendidas/60% de la meta anual de acuerdo a la estrategia*100	REM	60% y más	50-59.9	40-49.9	Menos de 40
100									



ANEXO N°2: DISEÑO DE EVALUACIÓN ARTROSIS LEVE O MODERADA, PERSONAS MAYORES DE 55 AÑOS

COMPONENTE	PRODUCTOS ESPERADOS	INDICADORES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
4.- Artrosis GES	80% de las personas con artrosis mayores de 55 años obtengan su Garantía explícita	80% Garantías cumplidas	SIGGES

AREA DE EVALUACION	DEFINICION	Meta	Indicador	Fuente	CUMPLIMIENTOS			
					100%	75%	50%	0
	Personas atendidas, GES artrosis en APS	90% de las personas atendidas con garantías cumplidas	Nº personas ingresadas al SIGGES /Total Garantías cumplidas *100	SIGGES	90 y más	80-89,9	70-79,9	69,9 y menos





SUBSECRETARÍA REDES ASISTENCIALES
DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA
MIS/MS/AMB/SIC/AMSCH/ISL

APRUEBA PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA RED DE SALUD.

EXENTA N° 1243 /

SANTIAGO, 19 DIC. 2013

VISTO: lo solicitado por memorandos N° 13 y 14 de 2013, de la División de Atención Primaria; lo dispuesto en los artículos 4° y 7° del DFL N°1 de 2005, del Ministerio de Salud; en los artículos 6° y 25 del decreto N° 136 de 2004, del Ministerio de Salud; en la ley N° 19.378 y en la resolución N° 1.600 de 2008 de la Contraloría General de la República, y

CONSIDERANDO:

- La necesidad de entregar prestaciones de rehabilitación de calidad, en forma oportuna y accesible, a las personas en situación de discapacidad en el nivel primario de salud, dicto la siguiente:

RESOLUCION:

1°.- **APRUEBASE**, a contar de la fecha de la presente resolución, el texto del Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud.

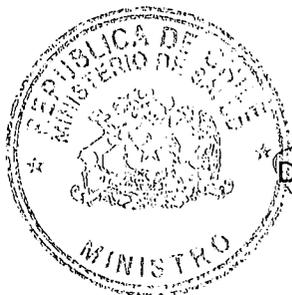
2°.- El programa que se aprueba en virtud de este acto administrativo, se expresa en un documento de 13 páginas, cuyo original, visado por el Subsecretario de Redes Asistenciales, se mantendrá en poder de la jefa de la División de Atención Primaria.

Todas las copias del programa en referencia deberán guardar estricta concordancia con el texto original.

3°.- **REMÍTASE** un ejemplar del Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud, a los Servicios de Salud del país.

4°.- **DERÓGASE** la resolución N° 7, de 2013, del Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



Jaime Mañalich Muxi
DR. JAIME MAÑALICH MUXI
MINISTRO DE SALUD



Subsecretaría de Redes Asistenciales
DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

LCF

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA RED DE SALUD



INDICE

I.	ANTECEDENTES:	3
II.	FUNDAMENTACIÓN:	5
III.	PROPÓSITO:	5
IV.	DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA:	6
II	Objetivo General:	6
II	Objetivos Específicos:	6
V.	COMPONENTES:	6
VI.	PRODUCTOS ESPERADOS:	7
VII.	MONITOREO Y EVALUACIÓN:	8
VIII.	INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:	9
IX.	FINANCIAMIENTO:	9
II	Establecimientos de dependencia del Servicio de Salud:	9
II	Establecimientos de dependencia municipal:	10
X.	ANEXOS:	11
	Anexo N°1 : Evaluación RBC:	12
	Anexo N°2 : Evaluación Artrosis:	13



I. ANTECEDENTES:

La alta prevalencia de personas en situación de discapacidad, permanente o transitoria, o en riesgo de adquirir dicha condición, 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 que resuelvan sus problemas de discapacidad, transitoria o permanente, con un enfoque biosicosocial con estrategias en APS y hospitales de menor complejidad y, segundo, impulsar el fortalecimiento de la rehabilitación en los centros más complejos con un estándar mínimo de implementación, que significa tener equipamiento y equipo de rehabilitación completo.

La situación de discapacidad permanente considera que el déficit estructural y/o funcional, no es revertible y, por tanto, las intervenciones de rehabilitación se centran en disminuir el impacto que ello tenga en su independencia en actividades de la vida diaria y en su entorno familiar y social, potenciando su inclusión social. La situación de discapacidad transitoria, derivada de una patología aguda o traumática, en la que es esperable la recuperación ad integrum, las intervenciones de rehabilitación se centran en disminuir los tiempos de recuperación y evitar complicaciones en su evolución.

MAGNITUD DE LAS NECESIDADES DE REHABILITACIÓN.

Encuesta Calidad de Vida y Salud 2004.

El Ministerio de Salud y el INE realizaron, durante el año 2000, la Encuesta de Calidad de Vida y Salud, basándose en una muestra representativa de todo el país. Se encontró que un 21.7% de la población mayor de 15 años presenta algún tipo de discapacidad: el 13.8% para ver, el 5.9% para oír, el 2.1% para hablar y el 3.9% para caminar. Cuando esta población accede a los servicios de salud es, preferentemente, para obtener atención básica de salud, diagnóstico. Sólo un 6.49% obtuvo atención de rehabilitación en los últimos doce meses. Las demás atenciones se orientan a beneficios sociales como subsidios, pensiones y ayudas técnicas; las dificultades físicas para el traslado independiente, las largas distancias para acceder a los establecimientos que cuentan con rehabilitación y el costo.

Encuesta de Discapacidad del 2004.

La Encuesta de Discapacidad (ENDISC 2004) muestra la asociación de discapacidad con pobreza, exclusión educacional y laboral, menor participación en la sociedad y en la familia; personas y ciudadanos con menores oportunidades, independientemente de sus capacidades.

En relación al adulto mayor, en Chile, el grupo etáreo de mayores de 60 años tiene cada vez más peso relativo en el total de la población, alcanzando un 11,4%. El grupo de 65 años y más corresponde al 8% de la población. De este total, las personas mayores de 80 años son el 14.7%. Actualmente, nuestra expectativa de vida es de (74,42 años para los hombres y 80,41 años para las mujeres).

Estudio "Salud y Bienestar de los Adultos Mayores". OPS 2001

La prevalencia de enfermedades crónicas de la población adulta mayor con un alto potencial de generar discapacidad, según este estudio multicéntrico, son: Hipertensión Arterial 52,3%; artrosis y artritis 31,7%; Enfermedades coronarias 18,7%; Diabetes 13,4%; EPOC 12,6%; Enfermedad Cerebrovascular 6,9%, Visión de lejos mala 32,9%, Visión de cerca mala 43,4%; Depresión moderada 17,6 %, Depresión Severa 6,3%; Trastorno cognitivo, 12,5% , Demencia 9,1%; Caída 35, 3%, Sobre peso 14,7%; Obesidad 30,2%. En todas ellas el desarrollo de un programa preventivo de rehabilitación disminuye sustancialmente las complicaciones secundarias y permite mantener la funcionalidad e integración social o retrasar su pérdida. El 2021, el 73% de las personas que se atendieron fueron personas mayores.



Desafíos de rehabilitación asociados a Garantías Explícitas.

El año 2012, egresaron 26.474 casos de ACV de los hospitales públicos, de ellos, más del 80% de los que presentaron un ACV hemorrágico y el 60% de las personas que presentaron un ACV isquémico, queda con algún grado de incapacidad física o mental permanente, 16.674 personas con ACV al año, requieren una respuesta de rehabilitación. Es importante considerar que un 28 % de ellos son menores de 65 años.

Anualmente, alrededor de 1.600 personas portadoras de artrosis de cadera mayores de 65 años reciben una endoprótesis de cadera. Hay un amplio respaldo en la medicina basada en la evidencia a nivel internacional que, al ser incorporadas a un programa de rehabilitación, se disminuye los días de hospitalización, se mejora la condición funcional al alta, se disminuyen las complicaciones a mediano y largo plazo y los índices de reinserción laboral. Estas consideraciones son válidas para las personas menores de 65 años que reciben endoprótesis de cadera y son muy significativas en relación a los años de vida útil perdidos por el país.

En Chile se esperan alrededor de 150 casos nuevos de disrafia espinal al año. El cierre oportuno del defecto y manejo de las alteraciones asociadas, particularmente la hidrocefalia, junto con el apoyo de rehabilitación integral que entregan diversas instituciones en la infancia, han incidido en el aumento de la expectativa de vida de estas personas. Actualmente, no hay estadísticas disponibles de la prevalencia en población mayor de 20 años y tampoco servicios que puedan manejarlos integralmente.

Se esperan anualmente 11,5 a 53,4 casos nuevos al año de lesión medular por trauma, principalmente caídas, o sea entre 200 a 800 personas. A este número habría que sumar las lesiones medulares de causas tumorales, vasculares, etc. Si ello ocurre en una persona mayor de 20 años, la capacidad de respuesta país es mínima. El 2012 egresaron 1.461 casos de personas con Politraumatismos graves, 145 de ellos quedaron con lesión medular, requiriendo de Servicios de Rehabilitación para el resto de su vida.

Según un estudio sobre población infantil en Chile, hay 280 Traumatismos Encéfalo Craneanos (TEC) x cada 100.000 habitantes. El 2012 hubieron 13.831 casos ges por esta causa, el 30 % es moderado a severo y, por tanto, 4.623 personas debieran ser al menos evaluadas en su condición funcional post trauma y recibir el apoyo de un equipo de rehabilitación.

El 5% de los niños prematuros que sobreviven quedan con déficits que pueden ser originar una situación de discapacidad. La intervención de un equipo rehabilitador puede marcar la diferencia para ellos y para el país.

El año 2009 se incorporan al Sistema de Garantías Explícitas GES nuevas patologías que requieren de rehabilitación: 500 a 600 casos al año de displasia de caderas que necesitarán apoyo terapéutico, anualmente aparecen 240 casos nuevos de niños con pie bot, se esperan 150 casos anuales de Esclerosis Múltiple y 400 personas al año con Guillén Barre.

Por año, se reportan 826 casos nuevos por año de gran quemado, en los que invertimos una gran cantidad de recursos en salvarles la vida y casi nada en entregarles calidad de vida.

Por último, hay garantías explícitas en artrosis de rodillas y caderas, leves y moderadas, y entrega de ayudas técnicas, a las que en promedio se acogen 60.000 usuarios que, eventualmente, podrían ser resueltas en un alto porcentaje en el nivel de atención primaria de salud, el 2012 se atendieron 63.011 casos Ges artrosis en APS.

Impacto de la Rehabilitación:

A continuación se muestran los casos GES 2012 egresados de los hospitales públicos y los casos GES atendidos en atención primaria.



Casos atendidos en rehabilitación en Atención Primaria, versus Casos GES 2012			
	Atendidos en Rehabilitación	Casos GES 2012	%
Artrosis leve y moderada de rodilla y cadera	33.642	63.011	53,4
Secuela de ACV	8.094	26.472	30,6
Secuelas de TEC	330	13.871	2,4
Secuela TRM	319	145	220
Enfermedad de parkinson	2.113	4.434	47,65

Paulatinamente se observa el impacto de la rehabilitación y la coordinación de la red de rehabilitación, así como también el impacto en las personas.

Desafíos de Rehabilitación ante Estudio de Carga Enfermedad del año 2007.

Los resultados principales de este estudio, publicado a fines del 2008, mostraron que se perdieron 128,5 AVISA por cada 1000 habitantes, el 54,7 % de ellos por discapacidad, que predomina en varones en todas las edades y que, concentrándose en los extremos de la vida y en ellos predominar los AVISA por muerte prematura, en las edades medias predominan los AVISA por discapacidad. El 73 % de los AVISA es originado por enfermedades no transmisibles (Grupo II) y el 15 % por lesiones (Grupo III). A fin de obtener una orientación de la demanda que está detrás de los datos aportados por este estudio, se trabajaron las bases de datos, concluyéndose que un total de 1.263.973 personas podrían requerir de estrategias de rehabilitación. (anexo 2)

II. FUNDAMENTACIÓN:

Por un lado, para los usuarios en situación de discapacidad, permanente o transitoria, que no están hospitalizados, el acceso es uno de los principales problemas a resolver por dificultades físicas para el uso del transporte público, por el costo de éste, por los tiempos involucrados (de el mismo afectado y muchas veces del necesario acompañante) y por los tiempos de espera que existen en los hospitales que, generalmente, están exigidos por sus demandas internas. Así, el costo social y económico para la familia hacía inviable la rehabilitación.

Por otro lado, la medicina basada en la evidencia, ha demostrado que la mayor parte de las condicionantes de discapacidad pueden ser resueltas con intervenciones individuales o grupales, en el que el factor de calidad esencial es el profesional de rehabilitación y que la implementación requerida es relativamente básica. Por ello, acercando este recurso a las comunidades y capacitando al conjunto del equipo de los centros de atención primaria en el manejo de las condiciones discapacitantes, podemos dar una respuesta de calidad, en forma más oportuna, a una parte importante de los usuarios que requieren de intervenciones de rehabilitación.

III. PROPÓSITO:

Entregar prestaciones de rehabilitación de calidad, en forma oportuna y accesible, a las personas en situación de discapacidad, permanente o transitoria, mejorando la resolutivez a nivel de la atención primaria de salud.



IV. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA:

▪ **Objetivo General:**

Aumentar la cobertura de rehabilitación física en la red de atención primaria.

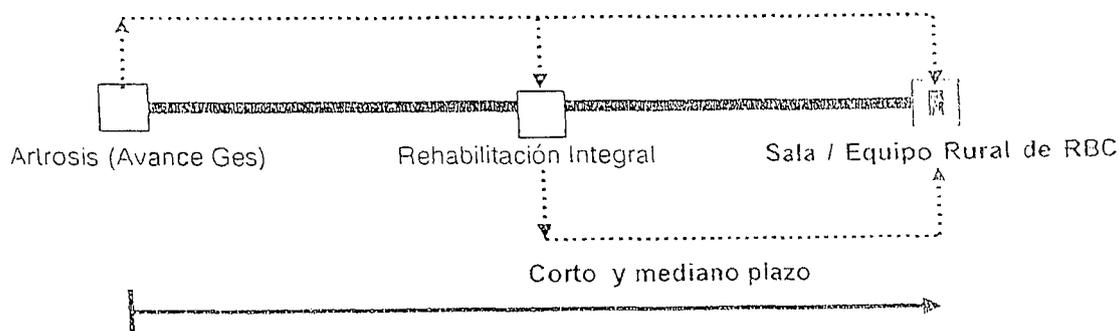
▪ **Objetivos Específicos**

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.

V. COMPONENTES

El desarrollo de la Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC) se ha realizado en forma progresiva, implementando estrategias con grados de avance diferenciado, sin embargo, a mediano y largo plazo todas apuntan al mismo objetivo.

DESARROLLO GRADUAL DE LA REHABILITACION DE BASE COMUNITARIA EN APS Y HOSPITALES COMUNITARIOS DE SALUD FAMILIAR Estrategias implementadas



Componente 1: Artrosis (Avance GES):

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

Componente 2: Salas de Rehabilitación Basada en la Comunidad o Centros de Rehabilitación de Base Comunitaria: (RBC)

Instalación de sala de rehabilitación física en establecimientos APS, con fuerte componente de trabajo comunitario e intersectorial para el logro de la inclusión social. Dos profesionales, un terapeuta y un kinesiólogo, atienden a las personas con discapacidad leve en actividades terapéuticas y de prevención, apoyan el manejo terapéutico de las personas en situación de discapacidad moderada, tanto transitoria como permanente, y apoyan a la persona en situación de discapacidad severa permanente, su familia y/o cuidador. A la vez, se constituyen en agentes de cambio del entorno social, implementando estrategias en la comunidad que permitan mejorar las condiciones de inserción social de las personas en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla.

Componente 3: Salas de Rehabilitación Integral Osteomuscular. (RI)

Salas de rehabilitación con kinesiólogo, se centra en el manejo del dolor de los síndromes osteomusculares. El (los) profesional(es) asumen el tratamiento integral de las personas portadoras de síndromes dolorosos osteomusculares, considerando el déficit, funcionamiento, actividades y participación. De la misma forma, en forma progresiva, asumen el tratamiento de personas en situación de discapacidad leve y apoyan el tratamiento de las personas en situación de discapacidad moderada y severa. Además, implementan estrategias de prevención de estos síndromes y de discapacidad a nivel comunitario. Se espera poder llevar este desarrollo hacia la RBC.

Componente 4: Equipo Rural. (RR)

Un terapeuta ocupacional y un kinesiólogo, implementan la rehabilitación con base comunitaria en zonas de ruralidad extrema, capacitan a las personas en situación de discapacidad, las familias, cuidadores, auxiliares paramédicos y a la comunidad en técnicas básicas de tratamiento, autocuidado y prevención de discapacidad. Promueven el trabajo intersectorial y buscan desarrollar el trabajo conjunto con los otros actores sociales y del Estado que pueden aportar en la resolución de las necesidades de las personas en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirlas. FONADIS, en particular, aporta la compra de un vehículo e implementos terapéuticos necesarios.

Orientaciones Técnicas:

Para el desarrollo del programa se incluyen como parte integrante de este convenio las Orientaciones Metodológicas para el Desarrollo de las Estrategias de Rehabilitación en A.P.S, 2010-2014

VI. PRODUCTOS ESPERADOS

El trabajo del (los) profesional(les) de rehabilitación es en estrecha relación y colaboración con las redes internas, de salud, y las externas, comunitarias. Asume que la persona en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla debe ser evaluada e intervenida considerando su déficit, funcionalidad, actividad y participación social. Considera a la familia como el núcleo primario de la persona en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla. Por lo anterior, los productos esperados se relacionan con todos los objetivos específicos.



1. Diagnóstico comunitario participativo: construir el diagnóstico a partir de la evaluación participativa, que permita identificar a las personas que en esa comunidad están en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla y los perfiles que estas tienen. Así mismo identifica, cuantifica y valora, los recursos comunitarios que pueden incidir positiva o negativamente en los procesos de rehabilitación. Es obligatorio en los centros y salas de rehabilitación de base comunitaria y para los equipos de rehabilitación rural.
2. Evaluación y manejo integral de las personas en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla.
3. Evaluación y manejo integral del entorno familiar y físico de la persona en situación de discapacidad.
4. Planes de tratamiento con objetivos y plazos acordados con la persona en situación de discapacidad, su familia y/o su cuidador.
5. Valoración de impacto del tratamiento.
6. Actividades de prevención de discapacidad individuales y grupales.
7. Actividades terapéuticas individuales y grupales.
8. Consejería individual y familiar.
9. Visitas domiciliarias integrales.

VII. MONITOREO Y EVALUACIÓN:

Los REM serán la base del proceso de monitoreo y evaluación de los distintos componentes, por lo que toda prestación u actividad debe ser registrada por los profesionales de 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, de acuerdo a lo siguiente:
 1. En el caso de los establecimientos, equipos rurales o actividades de continuidad, si es que su cumplimiento es inferior al 60%, 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 59,99%	50%
Entre 50% y 54,99%	75%
49,99% o Menos	100%



2. En relación con los establecimientos o equipos rurales nuevos que se implementan durante el año, si es que su cumplimiento es inferior al 30%, acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento de Metas por componente	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 40%
30% y más	0%
Entre 20% y 29,99%	50%
Entre 10% y 19,99%	75%
9,99% 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.

VIII. INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

Ver Anexos 1, 2

IX. FINANCIAMIENTO

- **Establecimientos de dependencia del Servicio de Salud:**

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, 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 y establecimientos dependientes).

Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas: 60% contra convenio y el 40% restante en octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación señalada en el ítem VII de este Programa.

Las tablas de descuentos son las siguientes:



1. En el caso de los establecimientos, equipos rurales o actividades de continuidad, si es que su cumplimiento es inferior al 60%, 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 59,99%	50%
Entre 50% y 54,99%	75%
49,99% o Menos	100%

2. En relación con los establecimientos o equipos rurales nuevos que se implementan durante el año, si es que su cumplimiento es inferior al 30%, acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento de Metas por componente	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 40%
30% y más	0%
Entre 20% y 29,99%	50%
Entre 10% y 19,99%	75%
9,99% o Menos	100%

El gasto que irrogue el Programa deberá ser imputado al ítem 21 y/o 22, del presupuesto del Servicio de Salud, según corresponda.

▪ **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 03 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 el Servicio de Salud en 2 cuotas, en representación del Ministerio de Salud.

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

Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas: 60% contra convenio y el 40% restante en octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación señalada en el ítem VII de este Programa.

Las tablas de descuentos son las siguientes:



1. En el caso de los establecimientos, equipos rurales o actividades de continuidad, si es que su cumplimiento es inferior al 60%, 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 59,99%	50%
Entre 50% y 54,99%	75%
49,99% o Menos	100%

2. En relación con los establecimientos o equipos rurales nuevos que se implementan durante el año, si es que su cumplimiento es inferior al 30%, acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento de Metas por componente	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 40%
30% y más	0%
Entre 20% y 29,99%	50%
Entre 10% y 19,99%	75%
9,99% o Menos	100%

Se deja establecido, que estas transferencias se rigen por las normas establecidas en la Resolución N°759 de 2003, de la Contraloría General de la República.



ANEXO N°1: DISEÑO DE EVALUACIÓN REHABILITACIÓN DE BASE COMUNITARIA (RBC)

AREA DE EVALUACION	Actividad	Metas por estrategia			Indicador	Fuente	Estrategia	Cumplimientos				Peso indicador
		RBC	RI	RR				100%	75%	50%	0	
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)	4% de las PsD atendidas por el equipo logran la inclusión social (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)	N° personas que logran inclusión /total de ingresos *100	REM	RBC	10 y más	7,5- 9,9	5 - 7,4	menos de 4,9	40
		RI	5 y más	4-4,9			3-3,9	menos de 2,9				
		RR	4 y más	3-3,9			2-2,9	menos de 2				
	Meta año esperada 466	Meta año esperada 335	Meta año esperada 215		REM	Estrategia	100%	75%	50%	0		
Cobertura	60% cobertura	60% cobertura	60%cobertura	N° personas ingresadas *100/ Meta esperada	REM	RI RBC RR	60 y más	50- 59,9	40 - 49,9	menos de 40	60	



ANEXO N°2: DISEÑO DE EVALUACIÓN ARTROSIS LEVE O MODERADA, PERSONAS MAYORES DE 55 AÑOS

COMPONENTE	PRODUCTOS ESPERADOS	INDICADORES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
4.- Artrosis GES	100% de las personas con artrosis mayores de 55 años obtengan su Garantía explícita	100% Garantías cumplidas	SIGGES

Ges Artrosis

AREA DE EVALUACIÓN	Actividad	Meta	Indicador	Fuente	Cumplimientos			
					100%	75%	50%	0
	Personas atendidas	100% de las personas atendidas con garantías cumplidas	Nº personas ingresadas al SIGGES / Total Garantías cumplidas *100	SIGGES	100	90 y 99,9	80 y 89,9	79 y menos

