



RESOLUCIÓN EXENTA N°

2235

LA SERENA,

17 ABR. 2023

SAC/MOC/PGG/END/PRA/afc

VISTOS:

VISTOS:

El D.F.L. N°1/05 que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.S. N°2.753 de 1979, el D.S. N°140 de 2004 sobre Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, Decreto Afecto N° 06 de 02 de marzo de 2023 del Ministerio de Salud; y

CONSIDERANDO:

1. Que, 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 "Más Adultos Mayores Autovalentes".
2. Que por resolución Exenta N°327, de 13 de enero de 2023 del Servicio de Salud Coquimbo, se dispuso la prórroga del convenio programa Mas adultos mayores autovalentes.
3. Los recursos asociados al Programa para el año 2023 fueron aprobados mediante Resolución Exenta N° 67 del 03 de Febrero de 2023 del Ministerio de Salud.
4. Que, con fecha 10 de Abril del 2023, el Servicio de Salud Coquimbo y la Ilustre Municipalidad de Ovalle suscribieron un convenio programa Mas Adultos Mayores Autovalentes.
5. Por lo anteriormente expuesto y en razón de las facultades de mi cargo, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1°.- **DÉJESE SIN EFECTO**, la Resolución Exenta N° 327 de fecha 13 de Enero del 2023 del Servicio de Salud Coquimbo.

2°.-**APRUEBESE** el convenio de fecha 10-04-2023 suscrito entre la **MUNICIPALIDAD DE OVALLE**, representada por su Alcalde (S) **D. JONATHAN ACUÑA ROJAS** y el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO** representado por su Director **D. CHRISTIAN VARGAS ALDAY**, relativo al Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes.

CONVENIO

PROGRAMA MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES EN ATENCION PRIMARIA

En La Serena a.....10-04-2023....., entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, representado por su Director Dr. **CHRISTIAN VARGAS ALDAY**, ambos domiciliados en Avda. Francisco de Aguirre N°795, La Serena, personería jurídica según Decreto Afecto N°06, de 2023 del Ministerio de Salud, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE OVALLE**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Vicuña Mackenna N°441, Ovalle, representada por su Alcalde (S) D. **JONATHAN ACUÑA ROJAS** de ese mismo domicilio, personería jurídica según Decreto Alcaldicio N°6806/22, en adelante la "Municipalidad" o el "Municipio", indistintamente, 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 4° del Decreto Supremo N° 37 del 23.12.2021 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 "Más Adultos Mayores Autovalentes", con el objetivo de Mantener o mejorar la condición funcional de la población de 60 años o más beneficiaria de los establecimientos de atención primaria del sector público de salud.

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N° 154 del 17 de Febrero de 2023** del Ministerio de Salud y que se entiende forma parte integrante del presente convenio, el que la Municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento. Los recursos asociados al programa fueron aprobados mediante **Resolución Exenta N° 67 del 03 de Febrero de 2023** del Ministerio de Salud.



TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar todos los componentes del Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes en Atención Primaria que se indican con sus respectivas estrategias en los Centros de Salud de esa comuna:

Objetivo General:

Mantener o mejorar la condición funcional de la población de 60 años o más beneficiaria de los establecimientos de atención primaria del sector público de salud.

Objetivos específicos:

1. Mejorar la capacidad funcional individual y comunitaria para enfrentar el proceso de envejecimiento.
2. Capacitar a Líderes Comunitarios de las organizaciones sociales locales en Autocuidado y Estimulación Funcional de las personas mayores.
3. Fomentar el desarrollo de la red local para el abordaje del envejecimiento y el Fomento del envejecimiento activo y Positivo.

Componentes:

1) Componente 1: Intervención sociosanitaria promocional y preventiva para mantener y/o mejorar la condición funcional (ex programa de estimulación funcional)

El objetivo de este componente es entregar el servicio de estimulación funcional y autocuidado grupal a las personas mayores (PM) que cumplen con los criterios de ingreso al programa.

Las sesiones mixtas semanales de 90 a 120 minutos de duración cada una, facilitadas por una dupla profesional formada por un(a) kinesiólogo y un(a) terapeuta ocupacional y/u otro profesional de la Salud. Considerando que ambos profesionales de la dupla deben de ser de distinta profesión.

Cada sesión mixta incluye una sesión del Taller de Estimulación de Funciones Motoras y Prevención de Caídas y una sesión del Taller de Estimulación de Funciones Cognitivas o una sesión del Taller de Estimulación de Autocuidado o Estilos de Vida Saludable.

Estas sesiones deben desarrollarse con actividades que involucren aspectos de estimulación física, cognitiva y autocuidado en forma simultánea, propiciando la integración de contenidos en las personas mayores y el trabajo conjunto entre la dupla profesional. Al mismo tiempo se espera, que con el transcurso de las sesiones los participantes desarrollen en forma progresiva un rol protagónico, para favorecer posteriormente la realización de actividades de estimulación funcional y autocuidado en forma autónoma dentro de las organizaciones.

Los grupos de personas mayores intervenidos, se conforman de distintas maneras reconociéndose al menos las siguientes posibilidades de grupos formados: exclusivamente por PM participantes de una misma organización; por PM sin relación previa entre sí, derivadas por equipo de salud, intersector o comunidad; en forma mixta, en la que una parte del grupo pertenece a una organización y otra corresponde a personas derivadas desde los diferentes sectores.

Las personas mayores manifiestan la voluntariedad de ingreso y participación mediante la firma del Compromiso Informado. Son evaluadas al ingreso y al egreso del programa con el Cuestionario de Funcionalidad y el Test Timed Up And Go. Al inicio de la intervención se presenta a cada grupo los objetivos del programa y se determina con las personas mayores los aspectos a abordar dentro de este componente, teniendo en consideración sus necesidades e intereses, para la pertinencia de las actividades a desarrollar. El proceso de estimulación funcional y autocuidado grupal, se compone de un total de 24 sesiones mixtas, en las que se reúne intervención funcional motora, cognitiva y de autocuidado. La metodología de desarrollo del programa es la de Educación Popular y Aprender Haciendo descrita en los documentos técnicos. Dentro de estas sesiones también participa el equipo de salud y servicios locales, para abordar el autocuidado y bienestar en forma integral. Existe un documento de apoyo denominado Cuadernillo del Participante y un Manual para los equipos del Programa.

Se incentiva la participación de las PM y el progresivo avance para la adquisición de rutinas de ejercicios de estimulación funcional y autocuidado, mediante actividades colaborativas facilitadas por las PM. Esto además de potenciar los logros alcanzados, permite identificar a líderes para el componente 2. Este componente contempla una evaluación participativa respecto a la percepción de las personas mayores sobre los talleres y sus propuestas de mejora, que consiste en diferentes técnicas para facilitar el diálogo, la identificación y priorización de opiniones y propuestas de los participantes. El programa aporta el financiamiento de RRHH e insumos para los talleres y elementos para la comunicación con las PM y el confort de las sesiones.

Este componente se desarrolla en espacios preferentemente comunitarios, considerando el apoyo local de las comunidades e intersector en la gestión de los mismos y en horarios diferidos según la dinámica de cada comunidad, favoreciendo la participación de las personas mayores que desempeñan roles de cuidado y productivos, que no cuentan con la disponibilidad horaria para asistir en el horario habitual de funcionamiento de los centros de salud.

En cada comuna en que se realiza el programa debe realizar un diagnóstico de situación y diagnóstico participativo para definir en qué temas y en qué forma se capacitarán los líderes comunitarios de las organizaciones sociales participantes del Programa en el Componente 2. Además, en el Componente 1, los talleres son planificados en forma participativa sobre temas de interés de las personas mayores, promoviendo su participación en la selección de temáticas y en la planificación de los talleres y, además al finalizar cada ciclo de intervención se realiza una evaluación participativa para retroalimentar el Programa e introducir mejoras.

Etapas de la Estimulación Funcional y Actividades Asociadas

Se describen etapas claves para el desarrollo de este componente, las que según el nivel alcanzado por el Programa en cada localidad pueden seguir el orden propuesto o desarrollarse en forma simultánea.

1. Planificación y Programación de las sesiones

La planificación y programación del programa, debe ser participativa considerando los intereses, necesidades y propuestas manifestadas por las personas mayores. Para finalizar un ciclo de Estimulación Funcional, se deberá considerar el desarrollo total de 24 de las sesiones mixtas y la duración determinada para cada uno de los talleres en un período ideal de tres meses de duración.

La planificación, programación y ejecución considera el trabajo interdisciplinario, ordenado y efectivo de ambos integrantes de la dupla profesional, los que deben velar por la coordinación con el equipo de salud y en el intersector. Debe propender a la adquisición por parte de las personas mayores de una rutina básica de ejercicios, actividades o técnicas para efectuar en el hogar o en las actividades dentro de sus organizaciones sociales, para su mantención y/o mejora funcional.

La realización de los talleres del programa se realizará en espacios preferentemente comunitarios ubicados en sectores geográficos cercanos y accesibles a la población correspondiente al centro de salud. Se deberá contar con un mecanismo efectivo de aviso ante situaciones de ausencia y suspensión y reprogramación de actividades.

El horario de realización del programa se ajustará a las necesidades locales tanto de las personas mayores que participan en organizaciones sociales intervenidas como de aquellos que no participan y/o que deben realizar otras actividades. Por lo anterior el programa se desarrollará en el horario habitual del centro de salud, incluyendo el horario de 17 a 20 horas, facilitando la participación de las personas mayores que no pueden acudir en otro horario a las actividades.

2. Ingreso de las personas mayores al Programa de Estimulación Funcional:

El Ingreso de los participantes al Programa implica un proceso de información sobre el programa y las actividades asociadas, la constatación del Examen de Medicina Preventiva vigente y Controles Cardiovasculares al día o la gestión con el centro de salud para su realización.

La actividad de Ingreso puede realizarse en la primera sesión mixta del componente y comprende la valoración funcional inicial de ingreso al programa, efectuada con la escala HAQ-8 modificada para el programa y el Test Timed Up and Go, cuyos resultados serán registrados en el instrumento diseñado para ello y que permita la comparación con los resultados al egreso del programa.



La actividad de Ingreso debe consignarse en la Ficha Clínica del usuario por la dupla profesional y en el Registro Estadístico Mensual que aporta información estadística al programa. Deben considerarse como ingreso a aquellas personas mayores que tengan su Examen de Medicina Preventiva Vigente y Control Cardiovascular al día y hayan firmado el Compromiso Informado.

En caso de no contar con el Examen de Medicina Preventiva vigente, el establecimiento o comuna beneficiaria del programa deberá gestionar con prontitud la evaluación de la persona mayor por parte del equipo de salud, **no debiendo ser mayor a 21 días la realización del examen una vez pesquizada la falta de éste**. Se deberá también considerar otras estrategias que mejoren el acceso y la oportunidad a este examen, que forma parte de las prestaciones establecidas para los centros de Atención Primaria y debe ser realizado por otros integrantes del equipo de salud diferentes a los del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, quienes deben dedicarse a las prestaciones propias del programa.

Cada establecimiento donde se desarrolle el Programa deberá contar con un esquema de atención de personas mayores, dentro del que se consignen las formas de acceso al programa Más Adultos Mayores Autovalentes y las posibles derivaciones al egreso o durante el programa,

Las personas pueden ingresar al programa una vez por año, favoreciendo posterior al egreso del Programa la mantención en o la incorporación a las organizaciones sociales capacitadas en el componente 2 para dar continuidad a la intervención y la participación en actividades para el fomento del envejecimiento activo.

3. Desarrollo del componente de Estimulación Funcional

Este será desarrollado por ambos profesionales, quienes actuarán de facilitador principal y colaborador según la actividad desarrollada, debiendo permanecer presentes y participando durante todo el desarrollo de la sesión mixta y estar atentos ante las dificultades de las personas mayores que participan, relacionadas con la comprensión, ejecución o con descompensaciones físicas, cognitivas o emocionales. Se espera que los talleres contenidos en este programa se desarrollen en forma íntegra durante 24 sesiones, en modalidad de intervención multicomponente, entendiendo que la funcionalidad física y cognitiva están íntimamente relacionadas.

Se considera un número promedio de 15 participantes por sesión. Por lo anterior las duplas pueden trabajar con organizaciones sociales con mayor cantidad de integrantes y también con grupos más pequeños con un mínimo de 10 personas.

Las sesiones se desarrollarán en un clima de amabilidad y respeto entre la dupla profesional y las personas mayores. Las actividades educativas y de estimulación funcional desarrolladas por el programa deberán basarse en el Enfoque de Educación Popular, metodologías participativas y la metodología del Aprender Haciendo, procurando un aprendizaje desde la propia experiencia y experimentación de las personas mayores, el refuerzo de contenidos teórico-práctico de autocuidado y estimulación funcional por parte de la dupla profesional y la puesta en práctica de los conocimientos, habilidades y estrategias aprendidas en los talleres en el hogar y en las situaciones cotidianas de los participantes de los talleres.

4. Egreso del Componente de Estimulación Funcional

Cada ciclo debe alcanzar un total de 24 sesiones mixtas de los talleres, para la incorporación de los cambios de hábitos esperados relacionados con el autocuidado y la mantención y/o mejora funcional del adulto mayor. Luego de haber completado la Estimulación Funcional (24 sesiones mixtas), las personas mayores serán egresadas del Programa y vinculadas a la red local capacitada en Estimulación Funcional, según sus intereses.

En caso de presentar inasistencias a las sesiones comprometidas por parte del adulto mayor, para considerarse egresado, **debe al menos haber participado en 20 de 24 sesiones mixtas** del componente de Estimulación Funcional. No corresponde realizar ciclos de intervención menores a 24 sesiones mixtas.

En el egreso se evaluará al adulto mayor con la escala HAQ-8 modificada para el programa y el Test Timed Up and Go, cuyos resultados serán registrados en el instrumento diseñado para este fin y que permita la comparación con los resultados obtenidos al inicio del programa, procediendo su registro tanto en Ficha Clínica como en el Registro Estadístico Mensual.

En relación a la evaluación grupal, cada cierre de ciclo deberá considerar una evaluación participativa con los integrantes, con fines de retroalimentar las estrategias de intervención del equipo en pro de una mejora constante del Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes a nivel local. Esta evaluación participativa busca conocer la percepción de los participantes en cuanto a su aprendizaje, adquisición de nuevas herramientas para su Autocuidado y Estimulación Funcional y sugerencias de mejoras a incorporar en el Programa, en cuanto a contenidos a tratar, formas de trabajo, materiales empleados, difusión, etc.

Con respecto a los abandonos del Programa, se considerará egreso por abandono cuando una persona mayor luego de dos veces seguidas de inasistencia, no asiste a dos citaciones de rescate, sin excusarse ni informar al equipo. En caso que la persona informe que por motivos personales o de salud debe interrumpir el programa, deberá acordarse un mecanismo de contacto para informar respecto del retorno a las actividades, promoviendo su participación una vez resuelta la situación, no correspondiendo considerarlo como un nuevo ingreso.

Para las prácticas seguras durante el programa, bioseguridad del paciente y el manejo médico legal del equipo profesional, se espera que el equipo de salud de cada CESFAM junto con la red local de urgencias desarrolle los Procedimientos para el manejo y derivación de incidentes asociados a la atención: Eventos Adversos (situación o acontecimiento inesperado relacionado con la atención sanitaria recibida y que tiene o puede tener consecuencias negativas para el mismo y que no está relacionado con el curso natural de enfermedad; incidente producido en traslado en ambulancia o móvil), Eventos Centinelas (situación o acontecimiento inesperado que puede producir la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas o el riesgo potencial que esto ocurra), o asociados a la pesquisa de descompensaciones u otras situaciones de salud en el terreno.

MODIFICACIÓN DE LA MODALIDAD DE EJECUCIÓN DEL PROGRAMA Y AJUSTES EN EL COMPONENTE 1

Frente a la existencia de condiciones que limiten el desarrollo presencial del programa según la anterior descripción, se deberá promover la adaptación de las formas de contacto y realización de los talleres del Programa en otros formatos. Se valida la posibilidad de realizar acciones a distancia mediante el uso de dispositivos tecnológicos, manteniéndose la frecuencia de las actividades e idealmente su duración según las posibilidades locales.

En caso de localidades con acceso limitado por medios remotos (por déficit en acceso a equipo, niveles deficitarios de alfabetización digital, limitación de datos móviles, entre otros), es posible modificar la ejecución de las actividades del programa, mediante la entrega de material para el autocuidado y estimulación funcional en formato físico a los participantes, para el desarrollo de actividades en el hogar. Dentro de esto, se reconoce la opción de entregar manuales o cuadernillos y materiales para actividades a las personas mayores, con las correspondientes acciones de seguimiento por parte del equipo de salud.

Según las posibilidades de cada localidad se puede desarrollar el programa combinando actividades remotas con la entrega de material para el desarrollo en forma individual por parte de la persona mayor en el hogar y otras actividades para el logro de los objetivos del programa en forma excepcional cuando las condiciones epidemiológicas no permitan la actividad presencial o cuando las personas residan en lugares aislados sin posibilidad de reunirse para los talleres. **Estas excepciones deben ser informadas y respaldadas ante el Servicio de Salud respectivo, quien validará la pertinencia de las mismas, de acuerdo a la evaluación y acompañamiento técnico permanente realizado por el Servicio de Salud a las duplas del programa y equipos de APS en general.**

Para el Ingreso al Programa, cuando éste se encuentre desarrollando acciones remotas por limitación de las actividades presenciales, se utilizará el Cuestionario de Ingreso Remoto al Programa, el que deberá enmarcarse dentro de las acciones de continuidad de atención para las personas mayores por parte de los establecimientos de APS que ejecuten el Programa, facilitando las derivaciones pertinentes en caso de pesquisa de situaciones que ameriten atención por parte del equipo de salud y que no reemplaza el Examen de Medicina Preventiva. Para la evaluación de ingreso y egreso remoto se establece la utilización del Cuestionario de Funcionalidad HAQ-8 modificado para el Programa, no siendo posible la aplicación del Test Timed Up and Go por su aplicación presencial.

El Registro de las Actividades Remotas del Componente 1 se mantiene en el REM Serie A, habiéndose homologado las actividades remotas con las presenciales cuando cumplan con las características de objetivos, frecuencia y duración establecida para las actividades presenciales.

Se establece dentro de las actividades para promover la continuidad de la intervención, las relacionadas con acompañamiento de las personas mayores, por vía telefónica, radial, de redes sociales, u otras actividades de APS como la visita domiciliaria. Se indica la complementariedad



de las actividades del programa dentro de las dispuestas en cada centro de salud, para favorecer el seguimiento de las personas mayores y la adherencia a los cuidados consensuados con el equipo de salud.

Si existen situaciones de fuerza mayor que impliquen modificar las actividades afectando el rendimiento y la organización habitual del trabajo del programa, se deberá presentar un Plan de Trabajo al Servicio de Salud correspondiente, incorporando el desarrollo de los dos componentes del programa, para su aprobación. En este Plan es posible considerar un eventual ajuste en las metas de cobertura, el que debe ser consensuado con la División de Atención Primaria.

2) Componente 2 Fomento del autocuidado y estimulación funcional en las organizaciones sociales y servicios locales y todas las etapas descritas en el programa.

El objetivo es entregar un servicio de fomento del envejecimiento activo y positivo a la red local compuesta por organizaciones de personas mayores y servicios locales. Basa su intervención en el desarrollo de un proceso diagnóstico para la acción mediante el mejoramiento de capacidades colectivas e intersectoriales para el envejecimiento de las comunidades. Comienza con la identificación de características locales que entregan un mayor conocimiento al equipo del programa respecto a la realidad de las comunidades intervenidas, facilitando la adaptación del programa al contexto local y planificación pertinente de actividades. Además, se realiza un Catastro de Organizaciones Sociales de PM (o se actualiza la base de datos), y un Catastro de Servicios Locales con oferta para PM (o respectiva actualización). Posteriormente, corresponde la realización de la etapa de diagnóstico participativo, en la que se trabaja en el levantamiento de necesidades y propuestas para el Autocuidado de PM, para determinar los contenidos de la Capacitación de Líderes Comunitarios del Programa. En él participan PM vinculadas al programa a través del Componente 1, equipos de salud, integrantes de servicios locales, otras entidades y autoridades. Usando metodología participativa, se generan espacios reflexivos y de diálogo para conocer cuáles son los aspectos identificados como relevantes y necesarios de abordar en torno al autocuidado y estimulación funcional de las PM y se priorizan según importancia en cada comunidad. A partir de ello se genera junto a las PM, la Planificación de la Capacitación de Líderes Comunitarios. Estos corresponden a PM de organizaciones formales o informales que generan acciones en sus grupos tendientes a potenciar los logros del programa mediante la continuidad de acciones de autocuidado, entre las que se cuentan el acceso a información clave para las PM, la estimulación funcional física y cognitiva, apoyo en gestión de beneficios, promoción de derechos de las PM, entre otras. Se ha visto como necesario para mejorar este componente el contar con acciones de acompañamiento por parte del equipo del programa hacia estos líderes y sus grupos, para favorecer el reconocimiento entre sus pares, generar espacios de aprendizaje continuo y retroalimentación respecto a su práctica en las organizaciones y potenciar la interfase entre ambos componentes.

El Programa en este componente aporta horas de recurso humano para la Capacitación de los Líderes Comunitarios (actividades de capacitación, seguimiento y acompañamiento técnico) y desarrollo de los Planes Intersectoriales (planificación, ejecución, seguimiento).

Etapas del proceso a realizar por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes para el Fomento del Autocuidado y Estimulación Funcional en las Organizaciones Sociales y Servicios Locales

Se describen etapas claves para el desarrollo de este componente, las que según el nivel alcanzado por el Programa en cada localidad pueden seguir el orden propuesto o desarrollarse en forma simultánea.

1. Organización de la información para la gestión local.

Se espera que las comunas o establecimientos, desarrollen:

- Catastro de Organizaciones Locales Actualizado de personas mayores o destinadas al trabajo con personas mayores, que identifique las organizaciones en cuanto a su perfil organizacional y relación con el Programa. Como ejemplos de organizaciones se considera una agrupación de personas mayores, club de adulto mayor, centro de madres, club deportivo, etc. Este catastro debe ser actualizado en forma anual por el programa, de modo de tener actualizados los datos sobre vigencia y contacto con las organizaciones. Este instrumento sirve además para identificar aquellas organizaciones en las que ya se ha desarrollado el Programa de Estimulación Funcional, aquellas en las que se cuenta con Líderes Comunitarios del Programa, las que se han pesquisado con menor cobertura de EMPAM, etc. Para organizar las intervenciones a desarrollar, procurando alcanzar la mayor cobertura de organizaciones con acciones promocionales y preventivas de salud y favoreciendo la corresponsabilidad en salud.

- Catastro de Servicios Locales Actualizado que dé cuenta de la oferta programática local para las personas mayores, incorporando aquellos servicios locales relacionados directamente con la población adulto mayor y también aquellos que dentro de su oferta programática cuentan con estrategias que benefician a la población mayor. Este catastro identifica a los servicios que incorpora y su relación con el Programa. Por ejemplo, oficina municipal del adulto mayor, dirección de deportes, departamento de acción social, biblioteca municipal, universidades, escuelas, etc. Este catastro debe identificar además el nivel de relación intersectorial que existe entre el centro de salud y el servicio local, procurando pasar del nivel de relación incidental al desarrollo de planes de trabajo intersectoriales que fomenten el Envejecimiento Activo, Autocuidado y Estimulación Funcional de las Personas Mayores.

- Mapa de Red Local con Organizaciones Sociales y Servicios, que representa la localización y la vinculación con el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes y la red sociosanitaria de la que forman parte, para orientar el trabajo del equipo y la información entregada a los participantes de ambos componentes del programa, en cuanto a posibilidades de continuidad de Estimulación Funcional y Autocuidado en la red Local. Puede incorporar herramientas tecnológicas de georreferenciación para favorecer la gestión territorial y las acciones de promoción y prevención de salud en personas mayores.

- Guía u otro elemento que entregue la información identificada por este componente a las personas mayores (Guía, Manual, otro) en lo respectivo a los Servicios disponibles en cada localidad, su localización, la vinculación con el programa y las formas de acceso de las personas a ellas.

2. Diagnóstico Participativo sobre las necesidades y propuestas de capacitación de líderes comunitarios

Dentro del desarrollo progresivo de obtención de información y propuestas de intervención en promoción y prevención de salud, junto a la comunidad, se realizará el Proceso de Diagnóstico Participativo, el que deberá tener como mínimo las siguientes etapas desarrolladas y actualizadas para un período de tiempo máximo de dos años:

- Diagnóstico Situacional: Que mediante el análisis de los antecedentes sociodemográficos y sanitarios más relevantes para la población objetivo del programa, de la implicancia de los determinantes sociales de la salud y de antecedentes aportados por informantes claves (miembros del equipo de salud, de servicios locales, de organizaciones sociales y comunidad no organizada, etc.), aproxime al equipo a la situación en que se encuentra la población adulta mayor en la comuna y permita determinar algunas características y necesidades de la población con que trabajan para planificar las actividades del Programa.

- Diagnóstico Participativo sobre las necesidades y propuestas de capacitación de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional de adultos mayores: Realizado junto a las organizaciones sociales participantes del programa y/o sus representantes, comunidad no organizada e intersector vinculado al programa, para conocer los requerimientos específicos en cuanto a capacitación de Líderes Comunitarios en Estimulación Funcional y Autocuidado de la Salud de las personas mayores. Este Diagnóstico debe considerar como fundamentales la participación voluntaria e informada sobre el proceso diagnóstico que efectúa el Programa y la validación de la información construida. Es preciso considerar que la información obtenida debe generar acciones conjuntas para mejorar la situación actual de las personas mayores, con respecto a los ámbitos de acción del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

- Plan de Acción resultante del Diagnóstico Participativo: Comprende el Programa de Capacitación de los Líderes comunitarios y puede incorporar también Planes de Trabajo intersectoriales, entregando los objetivos, metodología y plan de acompañamiento de los líderes comunitarios capacitados. Este plan de acción debe ser realizado junto con las personas mayores participantes, validando las propuestas presentadas y en acuerdo en los contenidos y líneas de trabajo.

Se recomienda que los Planes de Capacitación consideren dos años de trabajo con las organizaciones y los Líderes Comunitarios mediante acciones de capacitación, seguimiento y acompañamiento técnico. Se deberán ajustar estos planes frente a nuevas necesidades surgidas de información actualizada entregada por las personas mayores o pesquisadas por el equipo del programa, en caso de ser necesario.



Las actividades de capacitación, seguimiento y acompañamiento de los Líderes Comunitarios se realizan en forma continua dentro del año de ejecución del Programa.

3. Diseño y ejecución de estrategias locales para el Fomento del Autocuidado y Estimulación Funcional en la Red Local

- Capacitación de Líderes Comunitarios para el Autocuidado y Estimulación Funcional en sus organizaciones: La capacitación de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional, es realizado de acuerdo a los resultados del diagnóstico participativo y actualizado con antecedentes presentes al momento de desarrollar la capacitación. Considera la priorización de temáticas a abordar, el desarrollo progresivo de habilidades entre los líderes, que puede verse apoyado desde la participación previa o posterior en el componente 1 del programa. Incluye además el aporte de otros miembros del equipo de salud y del intersector. Requiere que la dupla profesional contemple actividades para planificar la capacitación y ejecutarla con las personas mayores. Las actividades de capacitación, seguimiento y acompañamiento de los Líderes Comunitarios se realizan en forma continua dentro del año de ejecución del Programa

Se espera que entregue material para la realización de actividades de estimulación funcional y autocuidado en las organizaciones sociales, lo que puede ser financiado mediante recursos gestionados a nivel local y apoyado con recursos del programa. Se recomienda resguardar la entrega de materiales mediante documentos por escrito y generar compromisos de trabajo conjunto.

Por otra parte, se deben planificar y ejecutar actividades de acompañamiento a los líderes y capacitados por el programa y sus organizaciones, para actualizar conocimientos, resolver inquietudes y el fomento de la corresponsabilidad en salud en las organizaciones, entre otras. Se debe promover la conexión de los líderes con otras actividades desarrolladas en el sector salud en torno al autocuidado, participación, intersector y proyectos alusivos a los intereses de las personas mayores y los roles de los líderes comunitarios del programa en su territorio.

- Planes Intersectoriales entre los Centros de Salud y los Servicios Locales para Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo: Los planes intersectoriales corresponden a instrumentos elaborados en conjunto por el sector salud y otros sectores (externos al sector salud) identificados a nivel local, para el desarrollo de la articulación entre instituciones destinadas en forma parcial o total a la provisión de bienes o servicios a personas mayores, teniendo como eje central la atención centrada en la persona, tendiendo a superar la atención centrada en los servicios.

Las necesidades planteadas por las personas mayores deben primar en la definición de los problemas a abordar con el intersector. Además, se deben considerar aquellos aspectos que concitan el interés de los otros sectores, los factores asociados y las posibilidades de aportar en conjunto a las soluciones de los problemas. El plan de trabajo intersectorial corresponde a un proceso de trabajo, con un propósito y objetivos del trabajo conjunto entre los sectores, que debe contar con planificación de actividades y determinación de recursos, monitoreo de las mismas que evidencien el progreso en el área abordada y una evaluación que informe sobre los resultados alcanzados. Se espera que anualmente se ejecuten y evalúen los Planes Intersectoriales por parte de los servicios involucrados y con representantes de personas mayores participantes del programa.

Esta estrategia requiere la planificación y ejecución de actividades de coordinación, evaluación y seguimiento conjuntas con el intersector. Se recomienda que los Planes de Trabajo Intersectorial consideren un período de ejecución de dos años dependiendo del nivel de relación entre el programa o centro de salud y el servicio local.

MODIFICACIÓN DE LA MODALIDAD DE EJECUCIÓN DEL PROGRAMA Y AJUSTES EN EL COMPONENTE 2

Frente a la existencia de condiciones que limiten el desarrollo presencial del programa según la anterior descripción, se deberá promover la adaptación de las formas de contacto y realización de las actividades del Componente 2. Se valida la posibilidad de realizar acciones a distancia mediante el uso de dispositivos tecnológicos y otras actividades que permitan el logro de los productos y el contacto con Líderes Comunitarios e Intersector para el desarrollo adaptado del componente (Visita domiciliaria, contacto por teléfono, radio, redes sociales, otros)

Las organizaciones que cuentan con Líderes Comunitarios Capacitados por el Programa y de Servicios Locales con Planes Intersectoriales para el fomento del envejecimiento activo y positivo, independiente del formato de realización (presencial o a distancia) mantiene su registro en el REM serie A, dada lo homologación de actividades de capacitación de Líderes y Planificación Intersectorial remotas y presenciales.

Es posible que durante situaciones que limiten el trabajo presencial con los Líderes Comunitarios o el Intersector, por protección de las personas mayores y del equipo de salud, el trabajo intersectorial no permita el desarrollo y seguimiento de Planes, por lo que se debe evaluar su pertinencia y considerar otros elementos que según cada realidad y momento, sean de mayor utilidad para el fomento del envejecimiento activo y positivo como, por ejemplo, flujogramas conjuntos de trabajo, acuerdos para atención socio-sanitaria de situaciones de riesgo de personas mayores, entre otros. Estas situaciones deben ponerse en conocimiento del Referente Técnico del Servicio de Salud, para su conocimiento y orientación al respecto.

3) Componente 3: plan de formación para equipos del programa más adultos mayores autovalentes

Este componente se encuentra contenido en el rediseño del programa aprobado por MDS. Su aplicación desde el año 2023 permite el desarrollo y refuerzo de conocimientos y competencias en los equipos del programa Más Adultos Mayores Autovalentes para la atención promocional y preventiva en personas mayores y el trabajo comunitario en salud.

Consiste en el desarrollo de actividades de capacitación destinadas a reforzar áreas técnicas y operativas del programa entre los Referentes de Servicios de Salud y equipos de APS que desarrollan el programa, entendiéndose duplas del programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

La participación de los equipos de salud podrá efectuarse en forma remota y/o presencial según la planificación anual comunicada desde la División de Atención Primaria y los Servicios de Salud.

Los equipos de APS (duplas del programa Más Adultos Mayores Autovalentes) deben participar en las actividades de este componente, según comunicación desde cada Servicio de Salud, correspondiendo su asistencia a actividades de capacitación a nivel de Servicio de Salud, nivel Macrozonal o Nacional, convocadas en modalidad remota o presencial. Estas actividades se llevarán a cabo en coordinación con otras líneas programáticas relacionadas con capacitación y cuidado integral de personas mayores procurando el perfeccionamiento continuo de los conocimientos y competencias para la atención promocional y preventiva de personas mayores y la gestión del programa.

Las entidades administradoras que suscriben el convenio para la ejecución del programa Más Adultos Mayores Autovalentes deberán entregar las facilidades para la participación de las duplas del programa en las actividades de capacitación a nivel de Servicio de Salud, Macrozonal o Nacional, tanto presenciales como remotas, debiendo considerar que su participación y la formación en estas instancias de capacitación forma parte de la adecuada ejecución del programa, siendo evaluada para la continuidad del mismo, según se describe en los criterios de asignación del programa.

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 y única de **\$ 91.200.000 (noventa y un millones, doscientos mil pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior, distribuidos de la siguiente forma

Comuna	Nombre Establecimiento	Dependencia	Subtítulo	Nº Dupla profesional asignada	Meta asignada 2022 (Nº de Adultos Mayores ingresados al Programa)
OVALLE	CESFAM JORGE JORDÁN	MUNICIPAL	24	1	1.075
OVALLE	CESFAM MARCOS MACUADA	MUNICIPAL	24	1	1.075
OVALLE	CESFAM FRAY JORGE	MUNICIPAL	24	1	600

El Municipio se compromete a cumplir los objetivos señalados por éste y a implementar y desarrollar las acciones señaladas en el Programa, para los beneficiarios del sector público de salud, que se atienden en la Atención Primaria.



QUINTA: Los recursos serán transferidos por el Servicio a la Municipalidad, en representación del Ministerio de Salud en 2 cuotas, de la siguiente forma:

- a) La primera cuota, correspondiente al 70% del total de los recursos, se transferirá una vez tramitada la resolución aprobatoria de este convenio.
 - b) La segunda, corresponderá a un máximo del 30% restante, monto que estará sujeto a la evaluación de cumplimiento de metas y será proporcional a éste, según se indica en la cláusula sexta.
- El servicio no entregará nuevos fondos a rendir, cuando la rendición se haya hecho exigible y la entidad receptora no haya rendido cuenta de la inversión de cualquier fondo ya concedido. En el caso de existir transferencias en cuotas, no procederá el otorgamiento de nuevos recursos mientras no se haya rendido la remesa anterior.

SEXTA: Los siguientes serán los mecanismos de evaluación que dispondrá el Servicio para medir la ejecución técnica del Programa, los que serán concordantes con la estrategia financiada en la comuna:

El uso de los recursos de la primera cuota, considerará la contratación del total del recurso humano señalado en el Programa destinado a su implementación, el que forma parte integrante de este convenio. En caso de no disponer de éste, considerará la contratación del recurso humano capacitado señalado en el Programa.

Productos esperados del desarrollo del Componente 1:

1. Personas de 60 años y más que cumplan con los criterios de inclusión, ingresados al Programa de Estimulación Funcional una vez al año: Las personas ingresadas cumplen con los criterios establecidos, no existiendo ingresos de personas sin los criterios de inclusión y **no existiendo interrupción del acceso de las personas mayores al programa, por desarrollo de otras actividades ajenas al mismo.**

Los verificadores de este producto son los listados de asistencia, la planificación de los talleres, el registro en ficha clínica de la actividad de ingreso y el registro en REM.

2. Ciclos de 24 sesiones del Componente 1, en un período de 3 meses: Los ciclos se ciñen a este número de sesiones y no se determina arbitrariamente a nivel local su disminución en cuanto a período de tiempo y frecuencia.
3. Personas mayores ingresadas al programa participaron en al menos **20** sesiones dentro de un ciclo de 24 sesiones para ser egresadas. **Se considerará desarrollo inadecuado del programa cuando arbitrariamente se egrese a las personas en períodos de intervención menor.**

Verificadores de los productos 2 y 3 son el respaldo de la programación de los talleres, de la evaluación final de cada persona mayor, el listado de asistencia con el correspondiente registro de las sesiones a las que asiste la persona, la entrevista aleatoria a personas mayores, los elementos de registro de citaciones al programa que usan las personas mayores, el registro en ficha clínica al egreso del componente 1 y otros según pertinencia local.

4. Personas mayores que egresan del Programa de Estimulación Funcional mantienen su condición funcional, evaluados con Test Timed Up And Go y Cuestionario de Funcionalidad.
5. Personas mayores que egresan del Programa de Estimulación Funcional mejoran su condición funcional, evaluadas con Test Timed Up And Go y Cuestionario de Funcionalidad.

Verificadores de los productos 4 y 5, son el registro en ficha clínica al ingreso, y al egreso del programa de las personas que completan ciclos con los respectivos resultados obtenidos en ambas evaluaciones y la evaluación con REM.

6. El Componente 1 se compone de 24 sesiones del Taller de Estimulación de Funciones Motoras y Prevención de Caídas; 12 sesiones del Taller de Estimulación de Funciones Cognitivas y 12 sesiones del Taller de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable, desarrolladas según la modalidad descrita para el componente mediante actividades que combinan los distintos talleres y consideran la participación de ambos profesionales de las duplas y de las personas mayores. Verificador de este producto se obtiene de la programación y ejecución de las actividades propias del programa, de las visitas de supervisión y acompañamiento técnico por parte de Referente del Servicio de Salud a la dupla del programa, registro audiovisual de las sesiones, entrevista a personas mayores.
7. Evaluación Participativa de cada ciclo del Programa para incorporación de mejoras en el componente 1. En cada cierre de ciclo de intervención a cada grupo, se genera un espacio de diálogo y reflexión para conocer la percepción de las PM sobre el desarrollo del componente, sus aprendizajes y propuestas de mejora. Esta información debe quedar consignada junto a las acciones resultantes para el seguimiento por parte del Programa a nivel local y de Servicio de Salud.

Verificador de la Evaluación Participativa, es la sistematización de las evaluaciones participativas presentadas en los cortes de agosto y diciembre y las respectivas propuestas de planificación y ejecución de esta actividad al cierre de los ciclos respaldada con información entregada por escrito, registro audiovisual u otro que respalde la participación de las personas mayores y resuma los resultados y propuestas de estas evaluaciones.

8. Protocolo de Procedimientos para el Manejo de Eventos Centinelas, Eventos Adversos y descompensaciones u otras situaciones de salud pesquisadas en las actividades del programa, formulado y validado con los centros de salud y servicios de urgencia respectivos, que opere frente a los eventos descritos.

Este protocolo debe encontrarse incorporado en el protocolo general del centro de salud.

Verificador de este producto es el documento descrito validado por los representantes de los servicios involucrados y las acciones de validación y comunicación del mismo al equipo de salud.

9. Esquema de atención y cuidado integral de personas mayores en los centros de salud incluye al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

Cada comuna o establecimiento en que se desarrolle el programa deberá organizar la atención de personas mayores, facilitando el acceso, y el cuidado integral y continuo mediante las atenciones disponibles por el Plan de Salud Familia, PRAPS, otras garantizadas por el GES y las disponibles a través de Telegeriatría u otra de atención remota, incorporando el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes dentro de las estrategias de atención promocionales y preventivas de personas mayores y reforzando su participación dentro de la implementación de la Estrategia de Cuidado Integral.

Para este desarrollo se deberá coordinar fuertemente el trabajo en cada sector del CESFAM con los equipos involucrados en la atención de personas mayores y las distintas líneas de atención en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS). Para el soporte técnico de este desarrollo se deberá fortalecer la integración para el acompañamiento conjunto e integrado por parte de los Referentes de Servicio involucrados (Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, Personas Mayores, MAIS, Salud Mental, Cardiovascular, Promoción, entre otros), siendo el equipo gestor de la ECICEP del Servicio de Salud el espacio para ello.

Verificador de este producto son los **esquemas de atención de personas mayores** diseñados, validados y comunicados a los equipos de cada centro de salud incluyendo todos los estamentos, las actas de reunión respectivas y otros según pertinencia local.

10. Esquemas de integración Sociosanitarios Locales incluyen el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

Dentro de la implementación del programa, en su continua mejora para el acceso de las personas mayores a las prestaciones del componente 1 y, para el acompañamiento en la resolución de necesidades o acceso a servicios, se debe establecer en forma organizada el trabajo con los Servicios Locales, definiendo formatos accesibles de entrega de información y mecanismos de comunicación que faciliten el tránsito de las personas mayores entre servicios de diferentes sectores.

Verificador de este producto son los **flujogramas intersectoriales de organización de la atención de personas mayores**, actas de reuniones intersectoriales y otros según pertinencia local.

11. La dupla del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes se encuentra incorporada en el equipo de salud, participando en las actividades de los centros de salud. Al mismo tiempo las actividades de los Talleres de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable, cuentan con la participación de otros integrantes del equipo de salud, bajo la modalidad educativa determinada para el Programa.

Verificador: **Actas de reuniones, informe de actividades.**

12. Organizaciones Sociales de personas mayores ingresan al Programa de Estimulación Funcional. Se realizan actividades de difusión a organizaciones sociales de personas mayores para participar del Componente 1.

Verificador: **Reporte de organizaciones ingresadas, entrevistas a líderes comunitarios, registro clínico electrónico.**

Productos esperados del desarrollo del Componente 2:

1. Acciones de difusión y coordinación del Programa con el intersector y la comunidad: Se realizan las acciones descritas por parte del Programa en coordinación con los respectivos centros de salud, promoviendo la difusión de los mecanismos de ingreso al Programa y la coordinación con el intersector para la evaluación de áreas en que se requiere una planificación conjunta.
2. Organizaciones Sociales Locales de y para personas mayores son reportadas en el Catastro de Organizaciones Sociales: El Catastro de Organizaciones Sociales da cuenta del N° de Organizaciones existentes a nivel local.
3. Servicios locales con oferta programática para personas mayores se incluyen en el Catastro de Servicios Locales y son ingresados al Programa: El Catastro de Servicios Locales con oferta programática para personas mayores da cuenta de los servicios existentes a nivel local.
4. Mapa de Red Local o elemento construido en forma colaborativa que cumpla funciones de entrega didáctica de información para apoyo al equipo del centro de salud (y otros servicios) para las gestiones con organizaciones sociales y servicios locales. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.
5. Guía u otro elemento para usuarios personas mayores u organizaciones sociales, de construcción participativa, que mencione los servicios disponibles para personas mayores en cada territorio y su caracterización. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.
6. Diagnóstico Situacional y Diagnóstico Participativo para: definición de necesidades de capacitación de Líderes Comunitarios en Autocuidado y Estimulación Funcional diseñado y/o evaluación del Proceso de Capacitación de Líderes Comunitarios. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.
7. Plan de Capacitación de Líderes Comunitarios ejecutado anualmente. Se recomienda que los Planes de Capacitación consideren dos años de trabajo con las organizaciones y los Líderes Comunitarios mediante acciones de capacitación, seguimiento y acompañamiento técnico. Se deberán ajustar estos planes frente a nuevas necesidades surgidas de información actualizada entregada por las personas mayores o pesquisadas por el equipo del programa, en caso de ser necesario.
8. Plan(es) intersectorial(es) para fomento del envejecimiento activo y positivo ejecutados anualmente. Se recomienda que los Planes de Trabajo Intersectorial consideren un período de ejecución de dos años dependiendo del nivel de relación entre el programa o centro de salud y el servicio local.
9. Organizaciones Sociales que cuentan con Líderes Comunitarios capacitados por el Programa participan de actividades de acompañamiento por parte del equipo del programa: El Programa desarrolla en forma continua actividades de acompañamiento a los Líderes del Programa, destinadas a conocer el funcionamiento del trabajo con las organizaciones, nuevos requerimientos de educación para el autocuidado y estimulación funcional y a un trabajo más personalizado con cada una de los Líderes formados y sus organizaciones.

Productos esperados del desarrollo del Componente 3 De los Servicios de Salud:

- Colaboración y participación de Referentes del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en las actividades de acompañamiento técnico y capacitación convocadas desde la División de Atención Primaria y /o Servicios de Salud, a nivel nacional, macrozonal y otras según indicaciones.

- Trabajo colaborativo con referentes de líneas de Capacitación para gestión y acceso de equipos de salud a estrategias de capacitación disponibles a nivel de Servicio de Salud y comunal.

Verificador: Reporte por Servicio de Salud, participación en reuniones y espacios de gestión convocados, participación en Jornadas y Cursos del Programa, reporte difusión de instancias relacionadas a la APS.

En los equipos de Atención Primaria:

-Participación en actividades diagnósticas de necesidades de capacitación a nivel de Servicio de Salud, Macrozonal y Nacional

-Participación de las duplas del programa Más Adultos Mayores Autovalentes (equipos de atención directa del programa, financiados con recursos del mismo) en las actividades de difusión, capacitación, acompañamiento técnico y evaluación a nivel de Servicio de Salud, Macrozona o Nacional, presenciales y remotas.

-Otras determinadas por el Servicio de Salud

Verificador: **Reporte del Servicio de Salud respecto a la participación en actividades descritas, listas de asistencia, certificación de actividades de capacitación.**

Monitoreo y Evaluación.

El Servicio está facultado a monitorear el avance del Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes", lo que se realizará 3 veces en el año, para el que la comuna deberá emitir informes en los siguientes periodos:

- a. El primero de ellos al **31 de marzo de 2023** a fin de pesquisar dificultades y corregirlas oportunamente. En este corte se solicitará informar:
 - **Contratación de duplas**
 - **Primera reunión de trabajo**
 - **Entrega de información básica para el desarrollo del Programa a las duplas profesionales.**

De acuerdo a los resultados de esta evaluación se procederá a la redistribución de recursos no utilizados y a la solicitud de planes de mejoras que corrijan las situaciones de incumplimiento.

- b. El segundo al **31 de agosto de 2023**, 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 de las metas del Programa es inferior al 60%, de acuerdo al siguiente cuadro:



Porcentaje cumplimiento de metas del programa	Porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos (30%)
60% y más	0%
Entre 50% y 59,9%	25%
Entre 40% y 49,9%	50%
30% y 39,9%	75%
Menos del 30%	100%

El Municipio se compromete a enviar al Servicio de Salud los Informes parciales de avance del desarrollo del Programa, con fecha de corte al 31 de agosto del año en curso, **y con fecha tope el día 5 de septiembre** del mismo año.

- c. El tercero y final al **31 de diciembre de 2023**, fecha que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones y del plan de apoyo **según las metas comprometidas por cada establecimiento**. Las comunas y establecimientos deberán informar del cierre anual del programa y del desarrollo final obtenido, en el informe final del programa, entregado con fecha tope 05 de enero de 2021 al respectivo Servicio de Salud. Esta evaluación, junto a la evaluación del cumplimiento de metas establecidas por el programa, determinará la devolución de recursos no ejecutados y la evaluación de continuidad del programa en comunas o establecimientos con ejecución deficitaria del programa.

De acuerdo a lo anterior, existirán los **INDICADORES ASOCIADOS A RELIQUIDACIÓN**: Metas de cumplimiento del programa, en cortes de agosto y diciembre

Compo_nente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta Agosto	Meta Diciembre	Verificador	Peso relativo
N°1	% de población de 60 años y más participante del programa que mantiene o mejora su condición funcional según cuestionario de funcionalidad	(N° de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad) / N° de total personas que egresan del programa) x 100	80%	80%	REM	12.5
	% de población de 60 años y más participante del programa que mantiene o mejora su condición funcional según Timed up and Go	(N° de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según Timed up and Go) / N° de total personas que egresan del Programa) x 100	80%	80%	REM	12.5
	% de población de 60 años y más en control en Centro de Salud, ingresados al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	(N° de personas de 65 años y más ingresadas al programa con condición autovalente + autovalente con riesgo + en riesgo de dependencia) + (N° de personas entre 60 y 64 años ingresadas al programa con EMPA vigente) / Población comprometida a ingresar) x 100 [2]	60%	100%	REM	25
	Promedio de Asistentes a Sesiones del Programa	Suma de asistentes a sesiones en el mes/N° de Sesiones realizadas en el mes	Promedio de 15	Promedio de 15	REM	10



N° 2:	Trabajo en Red Local	(N° de Servicios Locales con Planes Intersectoriales para el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo junto al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en desarrollo en el período/Servicios Locales con oferta programática para personas mayores (total o parcial) en el período) x100	20%	40%	REM	20
	Capacitación de Líderes Comunitarios	(N° Organizaciones con Líderes Comunitarios Capacitados por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período/Organizaciones ingresadas al Programa de Estimulación Funcional del programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período) x100	20%	40%	REM	20

¹ Frente a la interrupción de la actividad presencial por motivos de fuerza mayor, descritos en el componente 1, este indicador no se podrá medir, por asociarse a una evaluación presencial. En estos casos, para efectos de evaluación, el peso relativo se agregará al del indicador % de población de 60 años y más participante del programa que mantiene o mejora su condición funcional según cuestionario de funcionalidad, el que puede ser aplicado en forma remota. Esta situación debe ser comunicada por el Servicio de Salud previo a los cortes.

² La población comprometida a ingresar anualmente corresponde a 538 personas por dupla profesional por establecimiento. En la situación que un establecimiento tenga dos duplas profesionales asignadas, la población comprometida a ingresar corresponde a 1100 personas por establecimiento. En casos excepcionales la población comprometida puede ser rebajada con autorización de la División de Atención Primaria, presentados los antecedentes desde el Servicio de Salud.

³ Servicios Locales con Planes Intersectoriales: Corresponden a aquellos Servicios Locales con los que el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes formalice y ejecute en el período, acciones de integración de la red, definiendo objetivos y acciones para el fomento del Envejecimiento Activo y Positivo que favorezcan el acceso y participación de las personas mayores. Servicios Locales con oferta programática para personas mayores: Corresponde a los Servicios Locales que dentro de su oferta disponen de acciones para las personas mayores y que se encuentran en el catastro. En caso de más de una dupla por comuna, el registro se realiza una única vez por cada servicio local. El registro de REM permite obtener el porcentaje de cumplimiento. El Servicio de Salud deberá verificar la realización de los Planes de Trabajo Intersectorial registrados como realizados, pudiendo ser requeridos desde la División de Atención Primaria. Para los establecimientos o comunas que están por primer año desarrollando el programa, la meta anual del trabajo en red se modifica a disponer del Catastro de Servicios Locales, y el diseño de Planes Intersectoriales. Para el mes de agosto se dará por cumplida con la entrega del Catastro de Servicios Locales y Catastro de Organizaciones Locales.

Además existirán los **INDICADORES NO ASOCIADOS A RELIQUIDACIÓN:**

Son indicadores necesarios de realizar para evaluación y seguimiento del programa, respecto a resultados alcanzados, en términos de cobertura e impacto.

Los siguientes indicadores se recomiendan para la evaluación y seguimiento del programa respecto de los resultados alcanzados por el programa en términos de cobertura e impacto, como parte del monitoreo realizado por los Servicios de Salud para un favorecer la adherencia del Programa y las intervenciones asociadas a mejora de la condición funcional. No representan indicadores asociados a reliquidación del Programa.

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta agosto	Meta diciembre	Verificación
N°1	Porcentaje de Personas Mayores que egresan del Programa	$(\text{N}^\circ \text{ de personas mayores que egresan del programa} / \text{n}^\circ \text{ de personas mayores que ingresan al programa}) \times 100$	80%	80%	REM
N°1	Porcentaje de Personas que Mejoran Condición Funcional al	$(\text{N}^\circ \text{ de personas que mejoran su condición funcional según TUG} / \text{n}^\circ \text{ de personas que egresan del})$	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	REM



	egreso del Programa	del programa) x100			
N°1	Porcentaje de Personas que Mejoran Condición Funcional al egreso del Programa	(N° de personas que mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad/n° de personas que egresan del programa) x100	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	REM

⁴ Organizaciones con Líderes Comunitarios Capacitados: corresponde a organizaciones con al menos un integrante capacitado como Líder Comunitario por el Programa. Se considera también para Líderes anteriormente formados que durante el período reciben una actualización de la capacitación. Organizaciones Sociales ingresadas al Programa: Corresponde a las Organizaciones Formales que hayan accedido a participar del componente 1 y en que el Programa se ejecute según lo indicado (se complete el ciclo de 24 sesiones) junto con otras organizaciones informales que al ingreso al programa tengan una antigüedad de 3 meses o más, o a grupos de personas mayores reunidas por el programa de estimulación funcional, que continúen con actividades de autocuidado al término de éste y que participen en la capacitación de líderes comunitarios. El registro de REM permite obtener el porcentaje de cumplimiento, El Servicio de Salud deberá verificar la realización de la capacitación de Líderes registrada como realizada. Para los establecimientos o comunas que están por primer año desarrollando el programa, la meta anual de Ejecución del Programa de Capacitación de Líderes Comunitarios, se considerará cumplida mediante el logro del Proceso de Diagnóstico Participativo, y la entrega del Plan de Acción para Capacitación de Líderes Comunitarios. Al mes de agosto se dará por cumplida entregando el Diagnóstico Situacional y la Planificación del Diagnóstico Participativo.

SÉPTIMA: La rendición de cuentas se efectuará conforme los procedimientos establecidos en la Resolución N° 30 de 2015 de la Contraloría General de la República, que contempla la posibilidad de rendir cuentas con documentación auténtica en soporte papel, o bien, en formato electrónico o digital. A fin de contar con medios electrónicos compatibles con los utilizados por la Contraloría General de la República y que cuenten con un nivel de resguardo y seguridad que garantice la autenticidad, integridad y disponibilidad de la información, a partir del presente convenio el municipio deberá rendir los recursos traspasados por el Servicio de Salud Coquimbo a través de la plataforma tecnológica denominada "Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas" o SISREC, para la ejecución de los proyectos antes individualizados y rendir las cuentas con documentación electrónica y digital, para tal efecto deberán designar a los funcionarios que cuenten con las competencias técnicas y las atribuciones necesarias para perfilarse en el sistema en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de Ministro de fe, encargado, analista y administrador del SISREC, además disponer de los medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas de las tareas, iniciativas y actividades del respectivo Programa de Atención Primaria de Salud, durante el período de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para su ejecución.

En casos excepcionales y fundados, en que el ejecutor se vea imposibilitado de rendir a través del SISREC, el Servicio de Salud Coquimbo dispondrá de un procedimiento alternativo para la rendición de los recursos; dichos casos serán informados a la Contraloría para su conocimiento. No obstante, dichas rendiciones deberán ser regularizadas en el SISREC una vez superados los inconvenientes.

OCTAVA: El Servicio podrá solicitar a la Municipalidad, datos e informes extraordinarios e impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

NOVENA: El Servicio, a través de su Departamento de Auditoría, podrá validar aleatoriamente la correcta utilización de los fondos traspasados. Conjuntamente a ello, cada municipalidad deberá utilizar y registrar los gastos efectuados en conformidad a lo estipulado por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos.

DÉCIMA: Finalizado el período de vigencia del convenio y en caso que la evaluación final dé cuenta de un incumplimiento de las acciones comprometidas, el Servicio reliquidará los montos traspasados, debiendo en estos casos la Municipalidad reintegrar a Rentas Generales de la Nación los recursos del convenio que no hayan sido ejecutados oportunamente, antes del 31 de enero del año siguiente, según lo establecido en el artículo 7° de la Ley N° 21.516, respaldos que deberán adjuntarse en el cierre del Programa de la plataforma de SISREC.

DÉCIMA 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.

DÉCIMA SEGUNDA: El Servicio de Salud pondrá término anticipado al presente convenio, si se produce incumplimiento grave de las obligaciones establecidas en él, o si su ejecución se desvía de los fines que se tuvieron a la vista para celebrarlo.

Para tales efectos, se enviará aviso por escrito a las contrapartes, mediante carta certificada al domicilio indicado en la comparecencia, expresando las circunstancias que motivan el término del convenio, dentro de los cinco días hábiles siguientes que el Servicio de Salud tome conocimiento de las irregularidades.

La Municipalidad, dentro de los 20 días hábiles siguientes a la notificación de dicha carta, deberá entregar un informe de los gastos efectuados a la fecha. El Servicio deberá revisar dicho informe dentro del plazo de 15 días hábiles, contados desde su recepción y podrá aprobarlo u observarlo. En caso de tener observaciones o requerir aclaraciones por parte de la Municipalidad respecto del informe, éstas deberán notificarse por escrito dentro de los dos días hábiles siguientes al término de la revisión. La Municipalidad tendrá un plazo de 8 días hábiles contados desde la notificación de las observaciones, para hacer las correcciones o aclaraciones pertinentes y entregarlas al Servicio, el que deberá revisarlas y pronunciarse dentro de los 7 días hábiles siguientes a la fecha de su recepción. La Municipalidad deberá restituir en cualquier caso los saldos no ejecutados, dentro del plazo de 10 días hábiles contados desde el pronunciamiento efectuado por el Servicio de Salud. En el mismo plazo deberá restituir los saldos no rendidos u observados, en caso de que el informe no haya sido aprobado.

DÉCIMA TERCERA: El presente convenio tendrá vigencia desde la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, hasta el 31 de diciembre del año 2023 o hasta la aprobación del informe final de rendición de cuentas o hasta que se realice el reembolso de los gastos objetados según corresponda. Sin perjuicio de lo anterior, se deja constancia por las partes, que las actividades a las que se refiere la cláusula tercera de este convenio, comenzaron a ser otorgadas a partir del 1 de enero del año 2023 por razones de continuidad y/o buen servicio, atendido lo señalado en los dictámenes N°11.189/08 y N°16.037/08, ambos de la Contraloría General de la República, y lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley N°19.880, y el artículo 13 inciso segundo de la Resolución N° 30/2015 de la Contraloría General de la República, toda vez que dichas actividades producen consecuencias favorables para los beneficiarios legales inscritos en los establecimientos de la comuna.

Las partes acuerdan que el contrato se prorrogará en forma automática y sucesiva, siempre que el programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del sector público del año respectivo, salvo que el convenio termine por las causales señaladas en la cláusula décimo segunda o que las partes decidan ponerle término por motivos fundados.

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.

Para todos los efectos legales, la prórroga automática da inicio a un nuevo convenio de transferencia, cuyo monto a transferir se establecerá mediante Resolución Exenta o Afecta del Servicio de Salud, según corresponda, del Servicio de Salud, de conformidad a lo que se disponga en la Ley de Presupuestos del sector público respectiva.

Por otro lado, y mediante convenios complementarios, podrá modificarse anualmente los montos a transferir a la Municipalidad, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sean necesarios introducirle en su operación.

Prorrogado el convenio, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo período.

DÉCIMA CUARTA: El presente convenio se firma en 2 ejemplares del mismo tenor y oficio, quedando uno en poder de cada parte.

Firmas Ilegibles

D. JONATHAN ACUÑA ROJAS
ALCALDE (S)
I. MUNICIPALIDAD DE OVALLE

D. CHRISTIAN VARGAS ALDAY
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

2°.- **IMPÚTESE**, el gasto que irrogue el presente convenio Subt. N°24-03-298, del Presupuesto vigente del Servicio de Salud Coquimbo para el año 2023.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.



D. CHRISTIAN VARGAS ALDAY
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

DISTRIBUCIÓN:
- Archivo

Servicio De Salud Coquimbo, Subdirección Atención Primaria De Salud
Av. Francisco de Aguirre # 795 La Serena
Teléfono : (51) 2 685091 -515091 (Red Salud)





SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

CONVENIO

PROGRAMA MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES EN ATENCION PRIMARIA

En La Serena a.....10 ABR 2023....., entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, representado por su Director Dr. **CHRISTIAN VARGAS ALDAY**, ambos domiciliados en Avda. Francisco de Aguirre N°795, La Serena, personería jurídica según Decreto Afecto N°06, de 2023 del Ministerio de Salud, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE OVALLE**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Vicuña Mackenna N°441, Ovalle, representada por su Alcalde (S) D. **JONATHAN ACUÑA ROJAS** de ese mismo domicilio, personería jurídica según Decreto Alcaldicio N°6806/22, en adelante la "Municipalidad" o el "Municipio", indistintamente, 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 4° del Decreto Supremo N° 37 del 23.12.2021 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 "Más Adultos Mayores Autovalentes", con el objetivo de Mantener o mejorar la condición funcional de la población de 60 años o más beneficiaria de los establecimientos de atención primaria del sector público de salud.

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N° 154 del 17 de Febrero de 2023** del Ministerio de Salud y que se entiende forma parte integrante del presente convenio, el que la Municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento. Los recursos asociados al programa fueron aprobados mediante **Resolución Exenta N° 67 del 03 de Febrero de 2023** del Ministerio de Salud.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar todos los componentes del Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes en Atención Primaria que se indican con sus respectivas estrategias en los Centros de Salud de esa comuna:

Objetivo General:

Mantener o mejorar la condición funcional de la población de 60 años o más beneficiaria de los establecimientos de atención primaria del sector público de salud.

Objetivos específicos:

1. Mejorar la capacidad funcional individual y comunitaria para enfrentar el proceso de envejecimiento.
2. Capacitar a Líderes Comunitarios de las organizaciones sociales locales en Autocuidado y Estimulación Funcional de las personas mayores.
3. Fomentar el desarrollo de la red local para el abordaje del envejecimiento y el Fomento del envejecimiento activo y Positivo.



Componentes:

1) Componente 1: Intervención sociosanitaria promocional y preventiva para mantener y/o mejorar la condición funcional (ex programa de estimulación funcional)

El objetivo de este componente es entregar el servicio de estimulación funcional y autocuidado grupal a las personas mayores (PM) que cumplen con los criterios de ingreso al programa.

Las sesiones mixtas semanales de 90 a 120 minutos de duración cada una, facilitadas por una dupla profesional formada por un(a) kinesiólogo y un(a) terapeuta ocupacional y/u otro profesional de la Salud. Considerando que ambos profesionales de la dupla deben de ser de distinta profesión.

Cada sesión mixta incluye una sesión del Taller de Estimulación de Funciones Motoras y Prevención de Caídas y una sesión del Taller de Estimulación de Funciones Cognitivas o una sesión del Taller de Estimulación de Autocuidado o Estilos de Vida Saludable.

Estas sesiones deben desarrollarse con actividades que involucren aspectos de estimulación física, cognitiva y autocuidado en forma simultánea, propiciando la integración de contenidos en las personas mayores y el trabajo conjunto entre la dupla profesional. Al mismo tiempo se espera, que con el transcurso de las sesiones los participantes desarrollen en forma progresiva un rol protagónico, para favorecer posteriormente la realización de actividades de estimulación funcional y autocuidado en forma autónoma dentro de las organizaciones.

Los grupos de personas mayores intervenidos, se conforman de distintas maneras reconociéndose al menos las siguientes posibilidades de grupos formados: exclusivamente por PM participantes de una misma organización; por PM sin relación previa entre sí, derivadas por equipo de salud, intersector o comunidad; en forma mixta, en la que una parte del grupo pertenece a una organización y otra corresponde a personas derivadas desde los diferentes sectores.

Las personas mayores manifiestan la voluntariedad de ingreso y participación mediante la firma del Compromiso Informado. Son evaluadas al ingreso y al egreso del programa con el Cuestionario de Funcionalidad y el Test Timed Up And Go. Al inicio de la intervención se presenta a cada grupo los objetivos del programa y se determina con las personas mayores los aspectos a abordar dentro de este componente, teniendo en consideración sus necesidades e intereses, para la pertinencia de las actividades a desarrollar. El proceso de estimulación funcional y autocuidado grupal, se compone de un total de 24 sesiones mixtas, en las que se reúne intervención funcional motora, cognitiva y de autocuidado. La metodología de desarrollo del programa es la de Educación Popular y Aprender Haciendo descrita en los documentos técnicos. Dentro de estas sesiones también participa el equipo de salud y servicios locales, para abordar el autocuidado y bienestar en forma integral. Existe un documento de apoyo denominado Cuadernillo del Participante y un Manual para los equipos del Programa.

Se incentiva la participación de las PM y el progresivo avance para la adquisición de rutinas de ejercicios de estimulación funcional y autocuidado, mediante actividades colaborativas facilitadas por las PM. Esto además de potenciar los logros alcanzados, permite identificar a líderes para el componente 2. Este componente contempla una evaluación participativa respecto a la percepción de las personas mayores sobre los talleres y sus propuestas de mejora, que consiste en diferentes técnicas para facilitar el diálogo, la identificación y priorización de opiniones y propuestas de los participantes. El programa aporta el financiamiento de RRHH e insumos para los talleres y elementos para la comunicación con las PM y el confort de las sesiones.

Este componente se desarrolla en espacios preferentemente comunitarios, considerando el apoyo local de las comunidades e intersector en la gestión de los mismos y en horarios diferidos según la dinámica de cada comunidad, favoreciendo la participación de las personas mayores que desempeñan roles de cuidado y productivos, que no cuentan con la disponibilidad horaria para asistir en el horario habitual de funcionamiento de los centros de salud.

En cada comuna en que se realiza el programa debe realizar un diagnóstico de situación y diagnóstico participativo para definir en qué temas y en qué forma se capacitarán los líderes comunitarios de las organizaciones sociales participantes del Programa en el Componente 2. Además, en el Componente 1, los talleres son planificados en forma participativa sobre temas de interés de las personas mayores, promoviendo su participación en la selección de temáticas y en la planificación de los talleres y, además al finalizar cada ciclo de intervención se realiza una evaluación participativa para retroalimentar el Programa e introducir mejoras.

Etapas de la Estimulación Funcional y Actividades Asociadas

Se describen etapas claves para el desarrollo de este componente, las que según el nivel alcanzado por el Programa en cada localidad pueden seguir el orden propuesto o desarrollarse en forma simultánea.

1. Planificación y Programación de las sesiones

La planificación y programación del programa, debe ser participativa considerando los intereses, necesidades y propuestas manifestadas por las personas mayores. Para finalizar un ciclo de



Estimulación Funcional, se deberá considerar el desarrollo total de 24 de las sesiones mixtas y la duración determinada para cada uno de los talleres en un período ideal de tres meses de duración. La planificación, programación y ejecución considera el trabajo interdisciplinario, ordenado y efectivo de ambos integrantes de la dupla profesional, los que deben velar por la coordinación con el equipo de salud y en el intersector. Debe propender a la adquisición por parte de las personas mayores de una rutina básica de ejercicios, actividades o técnicas para efectuar en el hogar o en las actividades dentro de sus organizaciones sociales, para su mantención y/o mejora funcional. La realización de los talleres del programa se realizará en espacios preferentemente comunitarios ubicados en sectores geográficos cercanos y accesibles a la población correspondiente al centro de salud. Se deberá contar con un mecanismo efectivo de aviso ante situaciones de ausencia y suspensión y reprogramación de actividades. El horario de realización del programa se ajustará a las necesidades locales tanto de las personas mayores que participan en organizaciones sociales intervenidas como de aquellos que no participan y/o que deben realizar otras actividades. Por lo anterior el programa se desarrollará en el horario habitual del centro de salud, incluyendo el horario de 17 a 20 horas, facilitando la participación de las personas mayores que no pueden acudir en otro horario a las actividades.

2. Ingreso de las personas mayores al Programa de Estimulación Funcional:

El Ingreso de los participantes al Programa implica un proceso de información sobre el programa y las actividades asociadas, la constatación del Examen de Medicina Preventiva vigente y Controles Cardiovasculares al día o la gestión con el centro de salud para su realización.

La actividad de Ingreso puede realizarse en la primera sesión mixta del componente y comprende la valoración funcional inicial de ingreso al programa, efectuada con la escala HAQ-8 modificada para el programa y el Test Timed Up and Go, cuyos resultados serán registrados en el instrumento diseñado para ello y que permita la comparación con los resultados al egreso del programa.

La actividad de Ingreso debe consignarse en la Ficha Clínica del usuario por la dupla profesional y en el Registro Estadístico Mensual que aporta información estadística al programa. Deben considerarse como ingreso a aquellas personas mayores que tengan su Examen de Medicina Preventiva Vigente y Control Cardiovascular al día y hayan firmado el Compromiso Informado.

En caso de no contar con el Examen de Medicina Preventiva vigente, el establecimiento o comuna beneficiaria del programa deberá gestionar con prontitud la evaluación de la persona mayor por parte del equipo de salud, **no debiendo ser mayor a 21 días la realización del examen una vez pesquisada la falta de éste.** Se deberá también considerar otras estrategias que mejoren el acceso y la oportunidad a este examen, que forma parte de las prestaciones establecidas para los centros de Atención Primaria y debe ser realizado por otros integrantes del equipo de salud diferentes a los del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, quienes deben dedicarse a las prestaciones propias del programa.

Cada establecimiento donde se desarrolle el Programa deberá contar con un esquema de atención de personas mayores, dentro del que se consignen las formas de acceso al programa Más Adultos Mayores Autovalentes y las posibles derivaciones al egreso o durante el programa,

Las personas pueden ingresar al programa una vez por año, favoreciendo posterior al egreso del Programa la mantención en o la incorporación a las organizaciones sociales capacitadas en el componente 2 para dar continuidad a la intervención y la participación en actividades para el fomento del envejecimiento activo.

3. Desarrollo del componente de Estimulación Funcional

Este será desarrollado por ambos profesionales, quienes actuarán de facilitador principal y colaborador según la actividad desarrollada, debiendo permanecer presentes y participando durante todo el desarrollo de la sesión mixta y estar atentos ante las dificultades de las personas mayores que participan, relacionadas con la comprensión, ejecución o con descompensaciones físicas, cognitivas o emocionales. Se espera que los talleres contenidos en este programa se desarrollen en forma íntegra durante 24 sesiones, en modalidad de intervención multicomponente, entendiendo que la funcionalidad física y cognitiva están íntimamente relacionadas.

Se considera un número promedio de 15 participantes por sesión. Por lo anterior las duplas pueden trabajar con organizaciones sociales con mayor cantidad de integrantes y también con grupos más pequeños con un mínimo de 10 personas.

Las sesiones se desarrollarán en un clima de amabilidad y respeto entre la dupla profesional y las personas mayores. Las actividades educativas y de estimulación funcional desarrolladas por el programa deberán basarse en el Enfoque de Educación Popular, metodologías participativas y la metodología del Aprender Haciendo, procurando un aprendizaje desde la propia experiencia y experimentación de las personas mayores, el refuerzo de contenidos teórico-práctico de autocuidado y estimulación funcional por parte de la dupla profesional y la puesta en práctica de los conocimientos,



habilidades y estrategias aprendidas en los talleres en el hogar y en las situaciones cotidianas de los participantes de los talleres.

4. Egreso del Componente de Estimulación Funcional

Cada ciclo debe alcanzar un total de 24 sesiones mixtas de los talleres, para la incorporación de los cambios de hábitos esperados relacionados con el autocuidado y la mantención y/o mejora funcional del adulto mayor. Luego de haber completado la Estimulación Funcional (24 sesiones mixtas), las personas mayores serán egresadas del Programa y vinculadas a la red local capacitada en Estimulación Funcional, según sus intereses.

En caso de presentar inasistencias a las sesiones comprometidas por parte del adulto mayor, para considerarse egresado, **debe al menos haber participado en 20 de 24 sesiones mixtas** del componente de Estimulación Funcional. No corresponde realizar ciclos de intervención menores a 24 sesiones mixtas.

En el egreso se evaluará al adulto mayor con la escala HAQ-8 modificada para el programa y el Test Timed Up and Go, cuyos resultados serán registrados en el instrumento diseñado para este fin y que permita la comparación con los resultados obtenidos al inicio del programa, procediendo su registro tanto en Ficha Clínica como en el Registro Estadístico Mensual.

En relación a la evaluación grupal, cada cierre de ciclo deberá considerar una evaluación participativa con los integrantes, con fines de retroalimentar las estrategias de intervención del equipo en pro de una mejora constante del Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes a nivel local. Esta evaluación participativa busca conocer la percepción de los participantes en cuanto a su aprendizaje, adquisición de nuevas herramientas para su Autocuidado y Estimulación Funcional y sugerencias de mejoras a incorporar en el Programa, en cuanto a contenidos a tratar, formas de trabajo, materiales empleados, difusión, etc.

Con respecto a los abandonos del Programa, se considerará egreso por abandono cuando una persona mayor luego de dos veces seguidas de inasistencia, no asiste a dos citaciones de rescate, sin excusarse ni informar al equipo. En caso que la persona informe que por motivos personales o de salud debe interrumpir el programa, deberá acordarse un mecanismo de contacto para informar respecto del retorno a las actividades, promoviendo su participación una vez resuelta la situación, no correspondiendo considerarlo como un nuevo ingreso.

Para las prácticas seguras durante el programa, bioseguridad del paciente y el manejo médico legal del equipo profesional, se espera que el equipo de salud de cada CESFAM junto con la red local de urgencias desarrolle los Procedimientos para el manejo y derivación de incidentes asociados a la atención: Eventos Adversos (situación o acontecimiento inesperado relacionado con la atención sanitaria recibida y que tiene o puede tener consecuencias negativas para el mismo y que no está relacionado con el curso natural de enfermedad; incidente producido en traslado en ambulancia o móvil), Eventos Centinelas (situación o acontecimiento inesperado que puede producir la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas o el riesgo potencial que esto ocurra), o asociados a la pesquisa de descompensaciones u otras situaciones de salud en el terreno.

MODIFICACIÓN DE LA MODALIDAD DE EJECUCIÓN DEL PROGRAMA Y AJUSTES EN EL COMPONENTE 1

Frente a la existencia de condiciones que limiten el desarrollo presencial del programa según la anterior descripción, se deberá promover la adaptación de las formas de contacto y realización de los talleres del Programa en otros formatos. Se valida la posibilidad de realizar acciones a distancia mediante el uso de dispositivos tecnológicos, manteniéndose la frecuencia de las actividades e idealmente su duración según las posibilidades locales.

En caso de localidades con acceso limitado por medios remotos (por déficit en acceso a equipo, niveles deficitarios de alfabetización digital, limitación de datos móviles, entre otros), es posible modificar la ejecución de las actividades del programa, mediante la entrega de material para el autocuidado y estimulación funcional en formato físico a los participantes, para el desarrollo de actividades en el hogar. Dentro de esto, se reconoce la opción de entregar manuales o cuadernillos y materiales para actividades a las personas mayores, con las correspondientes acciones de seguimiento por parte del equipo de salud.

Según las posibilidades de cada localidad se puede desarrollar el programa combinando actividades remotas con la entrega de material para el desarrollo en forma individual por parte de la persona mayor en el hogar y otras actividades para el logro de los objetivos del programa en forma excepcional cuando las condiciones epidemiológicas no permitan la actividad presencial o cuando las personas residan en lugares aislados sin posibilidad de reunirse para los talleres. **Estas excepciones deben ser informadas y respaldadas ante el Servicio de Salud respectivo, quien validará la pertinencia de las mismas, de acuerdo a la evaluación y acompañamiento técnico permanente realizado por el Servicio de Salud a las duplas del programa y equipos de APS en general.**

Para el Ingreso al Programa, cuando éste se encuentre desarrollando acciones remotas por limitación de las actividades presenciales, se utilizará el Cuestionario de Ingreso Remoto al Programa, el que deberá enmarcarse dentro de las acciones de continuidad de atención para las personas mayores por

parte de los establecimientos de APS que ejecuten el Programa, facilitando las derivaciones pertinentes en caso de pesquisa de situaciones que ameriten atención por parte del equipo de salud y que no reemplaza el Examen de Medicina Preventivo. Para la evaluación de ingreso y egreso remoto se establece la utilización del Cuestionario de Funcionalidad HAQ-8 modificado para el Programa, no siendo posible la aplicación del Test Timed Up and Go por su aplicación presencial.

El Registro de las Actividades Remotas del Componente 1 se mantiene en el REM Serie A, habiéndose homologado las actividades remotas con las presenciales cuando cumplan con las características de objetivos, frecuencia y duración establecida para las actividades presenciales.

Se establece dentro de las actividades para promover la continuidad de la intervención, las relacionadas con acompañamiento de las personas mayores, por vía telefónica, radial, de redes sociales, u otras actividades de APS como la visita domiciliaria. Se indica la complementariedad de las actividades del programa dentro de las dispuestas en cada centro de salud, para favorecer el seguimiento de las personas mayores y la adherencia a los cuidados consensuados con el equipo de salud.

Si existen situaciones de fuerza mayor que impliquen modificar las actividades afectando el rendimiento y la organización habitual del trabajo del programa, se deberá presentar un Plan de Trabajo al Servicio de Salud correspondiente, incorporando el desarrollo de los dos componentes del programa, para su aprobación. En este Plan es posible considerar un eventual ajuste en las metas de cobertura, el que debe ser consensuado con la División de Atención Primaria.

2) Componente 2 Fomento del autocuidado y estimulación funcional en las organizaciones sociales y servicios locales y todas las etapas descritas en el programa.

El objetivo es entregar un servicio de fomento del envejecimiento activo y positivo a la red local compuesta por organizaciones de personas mayores y servicios locales. Basa su intervención en el desarrollo de un proceso diagnóstico para la acción mediante el mejoramiento de capacidades colectivas e intersectoriales para el envejecimiento de las comunidades. Comienza con la identificación de características locales que entregan un mayor conocimiento al equipo del programa respecto a la realidad de las comunidades intervenidas, facilitando la adaptación del programa al contexto local y planificación pertinente de actividades. Además, se realiza un Catastro de Organizaciones Sociales de PM (o se actualiza la base de datos), y un Catastro de Servicios Locales con oferta para PM (o respectiva actualización). Posteriormente, corresponde la realización de la etapa de diagnóstico participativo, en la que se trabaja en el levantamiento de necesidades y propuestas para el Autocuidado de PM, para determinar los contenidos de la Capacitación de Líderes Comunitarios del Programa. En él participan PM vinculadas al programa a través del Componente 1, equipos de salud, integrantes de servicios locales, otras entidades y autoridades. Usando metodología participativa, se generan espacios reflexivos y de diálogo para conocer cuáles son los aspectos identificados como relevantes y necesarios de abordar en torno al autocuidado y estimulación funcional de las PM y se priorizan según importancia en cada comunidad. A partir de ello se genera junto a las PM, la Planificación de la Capacitación de Líderes Comunitarios. Éstos corresponden a PM de organizaciones formales o informales que generan acciones en sus grupos tendientes a potenciar los logros del programa mediante la continuidad de acciones de autocuidado, entre las que se cuentan el acceso a información clave para las PM, la estimulación funcional física y cognitiva, apoyo en gestión de beneficios, promoción de derechos de las PM, entre otras. Se ha visto como necesario para mejorar este componente el contar con acciones de acompañamiento por parte del equipo del programa hacia estos líderes y sus grupos, para favorecer el reconocimiento entre sus pares, generar espacios de aprendizaje continuo y retroalimentación respecto a su práctica en las organizaciones y potenciar la interfase entre ambos componentes.

El Programa en este componente aporta horas de recurso humano para la Capacitación de los Líderes Comunitarios (actividades de capacitación, seguimiento y acompañamiento técnico) y desarrollo de los Planes Intersectoriales (planificación, ejecución, seguimiento).

Etapas del proceso a realizar por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes para el Fomento del Autocuidado y Estimulación Funcional en las Organizaciones Sociales y Servicios Locales

Se describen etapas claves para el desarrollo de este componente, las que según el nivel alcanzado por el Programa en cada localidad pueden seguir el orden propuesto o desarrollarse en forma simultánea.

1. Organización de la información para la gestión local.

Se espera que las comunas o establecimientos, desarrollen:

- Catastro de Organizaciones Locales Actualizado de personas mayores o destinadas al trabajo con personas mayores, que identifique las organizaciones en cuanto a su perfil organizacional y relación con el Programa. Como ejemplos de organizaciones se considera una agrupación de personas mayores, club de adulto mayor, centro de madres, club deportivo, etc. Este catastro debe ser actualizado en forma anual por el programa, de modo de tener actualizados los datos sobre vigencia y contacto con las organizaciones. Este instrumento sirve además para identificar aquellas



organizaciones en las que ya se ha desarrollado el Programa de Estimulación Funcional, aquellas en las que se cuenta con Líderes Comunitarios del Programa, las que se han pesquisado con menor cobertura de EMPAM, etc. Para organizar las intervenciones a desarrollar, procurando alcanzar la mayor cobertura de organizaciones con acciones promocionales y preventivas de salud y favoreciendo la corresponsabilidad en salud.

- **Catastro de Servicios Locales Actualizado** que dé cuenta de la oferta programática local para las personas mayores, incorporando aquellos servicios locales relacionados directamente con la población adulto mayor y también aquellos que dentro de su oferta programática cuentan con estrategias que benefician a la población mayor. Este catastro identifica a los servicios que incorpora y su relación con el Programa. Por ejemplo, oficina municipal del adulto mayor, dirección de deportes, departamento de acción social, biblioteca municipal, universidades, escuelas, etc. Este catastro debe identificar además el nivel de relación intersectorial que existe entre el centro de salud y el servicio local, procurando pasar del nivel de relación incidental al desarrollo de planes de trabajo intersectoriales que fomenten el Envejecimiento Activo, Autocuidado y Estimulación Funcional de las Personas Mayores.
- **Mapa de Red Local con Organizaciones Sociales y Servicios**, que representa la localización y la vinculación con el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes y la red sociosanitaria de la que forman parte, para orientar el trabajo del equipo y la información entregada a los participantes de ambos componentes del programa, en cuanto a posibilidades de continuidad de Estimulación Funcional y Autocuidado en la red Local. Puede incorporar herramientas tecnológicas de georreferenciación para favorecer la gestión territorial y las acciones de promoción y prevención de salud en personas mayores.
- **Guía u otro elemento** que entregue la información identificada por este componente a las personas mayores (Guía, Manual, otro) en lo respectivo a los Servicios disponibles en cada localidad, su localización, la vinculación con el programa y las formas de acceso de las personas a ellas.

2. Diagnóstico Participativo sobre las necesidades y propuestas de capacitación de líderes Comunitarios

Dentro del desarrollo progresivo de obtención de información y propuestas de intervención en promoción y prevención de salud, junto a la comunidad, se realizará el Proceso de Diagnóstico Participativo, el que deberá tener como mínimo las siguientes etapas desarrolladas y actualizadas para un período de tiempo máximo de dos años:

- **Diagnóstico Situacional:** Que mediante el análisis de los antecedentes sociodemográficos y sanitarios más relevantes para la población objetivo del programa, de la implicancia de los determinantes sociales de la salud y de antecedentes aportados por informantes claves (miembros del equipo de salud, de servicios locales, de organizaciones sociales y comunidad no organizada, etc.), aproxime al equipo a la situación en que se encuentra la población adulta mayor en la comuna y permita determinar algunas características y necesidades de la población con que trabajan para planificar las actividades del Programa.
- **Diagnóstico Participativo sobre las necesidades y propuestas de capacitación de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional de adultos mayores:** Realizado junto a las organizaciones sociales participantes del programa y/o sus representantes, comunidad no organizada e intersector vinculado al programa, para conocer los requerimientos específicos en cuanto a capacitación de Líderes Comunitarios en Estimulación Funcional y Autocuidado de la Salud de las personas mayores. Este Diagnóstico debe considerar como fundamentales la participación voluntaria e informada sobre el proceso diagnóstico que efectúa el Programa y la validación de la información construida. Es preciso considerar que la información obtenida debe generar acciones conjuntas para mejorar la situación actual de las personas mayores, con respecto a los ámbitos de acción del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.
- **Plan de Acción resultante del Diagnóstico Participativo:** Comprende el Programa de Capacitación de los Líderes comunitarios y puede incorporar también Planes de Trabajo intersectoriales, entregando los objetivos, metodología y plan de acompañamiento de los líderes comunitarios capacitados. Este plan de acción debe ser realizado junto con las personas mayores participantes, validando las propuestas presentadas y en acuerdo en los contenidos y líneas de trabajo.

Se recomienda que los Planes de Capacitación consideren dos años de trabajo con las organizaciones y los Líderes Comunitarios mediante acciones de capacitación, seguimiento y acompañamiento técnico. Se deberán ajustar estos planes frente a nuevas necesidades surgidas de información actualizada entregada por las personas mayores o pesquisadas por el equipo del programa, en caso de ser necesario.

Las actividades de capacitación, seguimiento y acompañamiento de los Líderes Comunitarios se realizan en forma continua dentro del año de ejecución del Programa.



3. Diseño y ejecución de estrategias locales para el Fomento del Autocuidado y Estimulación Funcional en la Red Local

- Capacitación de Líderes Comunitarios para el Autocuidado y Estimulación Funcional en sus organizaciones: La capacitación de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional, es realizado de acuerdo a los resultados del diagnóstico participativo y actualizado con antecedentes presentes al momento de desarrollar la capacitación. Considera la priorización de temáticas a abordar, el desarrollo progresivo de habilidades entre los líderes, que puede verse apoyado desde la participación previa o posterior en el componente 1 del programa. Incluye además el aporte de otros miembros del equipo de salud y del intersector. Requiere que la dupla profesional contemple actividades para planificar la capacitación y ejecutarla con las personas mayores. Las actividades de capacitación, seguimiento y acompañamiento de los Líderes Comunitarios se realizan en forma continua dentro del año de ejecución del Programa

Se espera que entregue material para la realización de actividades de estimulación funcional y autocuidado en las organizaciones sociales, lo que puede ser financiado mediante recursos gestionados a nivel local y apoyado con recursos del programa. Se recomienda resguardar la entrega de materiales mediante documentos por escrito y generar compromisos de trabajo conjunto.

Por otra parte, se deben planificar y ejecutar actividades de acompañamiento a los líderes y capacitados por el programa y sus organizaciones, para actualizar conocimientos, resolver inquietudes y el fomento de la corresponsabilidad en salud en las organizaciones, entre otras. Se debe promover la conexión de los líderes con otras actividades desarrolladas en el sector salud en torno al autocuidado, participación, intersector y proyectos alusivos a los intereses de las personas mayores y los roles de los líderes comunitarios del programa en su territorio.

- Planes Intersectoriales entre los Centros de Salud y los Servicios Locales para Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo: Los planes intersectoriales corresponden a instrumentos elaborados en conjunto por el sector salud y otros sectores (externos al sector salud) identificados a nivel local, para el desarrollo de la articulación entre instituciones destinadas en forma parcial o total a la provisión de bienes o servicios a personas mayores, teniendo como eje central la atención centrada en la persona, tendiendo a superar la atención centrada en los servicios.

Las necesidades planteadas por las personas mayores deben primar en la definición de los problemas a abordar con el intersector. Además, se deben considerar aquellos aspectos que concitan el interés de los otros sectores, los factores asociados y las posibilidades de aportar en conjunto a las soluciones de los problemas. El plan de trabajo intersectorial corresponde a un proceso de trabajo, con un propósito y objetivos del trabajo conjunto entre los sectores, que debe contar con planificación de actividades y determinación de recursos, monitoreo de las mismas que evidencien el progreso en el área abordada y una evaluación que informe sobre los resultados alcanzados. Se espera que anualmente se ejecuten y evalúen los Planes Intersectoriales por parte de los servicios involucrados y con representantes de personas mayores participantes del programa.

Esta estrategia requiere la planificación y ejecución de actividades de coordinación, evaluación y seguimiento conjuntas con el intersector.

Se recomienda que los Planes de Trabajo Intersectorial consideren un período de ejecución de dos años dependiendo del nivel de relación entre el programa o centro de salud y el servicio local.

MODIFICACIÓN DE LA MODALIDAD DE EJECUCIÓN DEL PROGRAMA Y AJUSTES EN EL COMPONENTE 2

Frente a la existencia de condiciones que limiten el desarrollo presencial del programa según la anterior descripción, se deberá promover la adaptación de las formas de contacto y realización de las actividades del Componente 2. Se valida la posibilidad de realizar acciones a distancia mediante el uso de dispositivos tecnológicos y otras actividades que permitan el logro de los productos y el contacto con Líderes Comunitarios e Intersector para el desarrollo adaptado del componente (Visita domiciliaria, contacto por teléfono, radio, redes sociales, otros)

Las organizaciones que cuentan con Líderes Comunitarios Capacitados por el Programa y de Servicios Locales con Planes Intersectoriales para el fomento del envejecimiento activo y positivo, independiente del formato de realización (presencial o a distancia) mantiene su registro en el REM serie A, dada la homologación de actividades de capacitación de Líderes y Planificación Intersectorial remotas y presenciales.

Es posible que durante situaciones que limiten el trabajo presencial con los Líderes Comunitarios o el Intersector, por protección de las personas mayores y del equipo de salud, el trabajo intersectorial no permita el desarrollo y seguimiento de Planes, por lo que se debe evaluar su pertinencia y considerar otros elementos que según cada realidad y momento, sean de mayor utilidad para el fomento del envejecimiento activo y positivo como, por ejemplo, flujogramas conjuntos de trabajo, acuerdos para atención sociosanitaria de situaciones de riesgo de personas mayores, entre otros. Estas situaciones deben ponerse en conocimiento del Referente Técnico del Servicio de Salud, para su conocimiento y orientación al respecto.



3) Componente 3: plan de formación para equipos del programa más adultos mayores autovalentes

Este componente se encuentra contenido en el rediseño del programa aprobado por MDS. Su aplicación desde el año 2023 permite el desarrollo y refuerzo de conocimientos y competencias en los equipos del programa Más Adultos Mayores Autovalentes para la atención promocional y preventiva en personas mayores y el trabajo comunitario en salud.

Consiste en el desarrollo de actividades de capacitación destinadas a reforzar áreas técnicas y operativas del programa entre los Referentes de Servicios de Salud y equipos de APS que desarrollan el programa, entendiéndose duplas del programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

La participación de los equipos de salud podrá efectuarse en forma remota y/o presencial según la planificación anual comunicada desde la División de Atención Primaria y los Servicios de Salud.

Los equipos de APS (duplas del programa Más Adultos Mayores Autovalentes) deben participar en las actividades de este componente, según comunicación desde cada Servicio de Salud, correspondiendo su asistencia a actividades de capacitación a nivel de Servicio de Salud, nivel Macrozonal o Nacional, convocadas en modalidad remota o presencial. Estas actividades se llevarán a cabo en coordinación con otras líneas programáticas relacionadas con capacitación y cuidado integral de personas mayores procurando el perfeccionamiento continuo de los conocimientos y competencias para la atención promocional y preventiva de personas mayores y la gestión del programa.

Las entidades administradoras que suscriben el convenio para la ejecución del programa Más Adultos Mayores Autovalentes deberán entregar las facilidades para la participación de las duplas del programa en las actividades de capacitación a nivel de Servicio de Salud, Macrozonal o Nacional, tanto presenciales como remotas, debiendo considerar que su participación y la formación en estas instancias de capacitación forma parte de la adecuada ejecución del programa, siendo evaluada para la continuidad del mismo, según se describe en los criterios de asignación del programa.

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 y única de \$ **91.200.000 (noventa y un millones, doscientos mil pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior, distribuidos de la siguiente forma

Comuna	Nombre Establecimiento	Dependencia	Subtítulo	Nº Dupla profesional asignada	Meta asignada 2022 (Nº de Adultos Mayores ingresados al Programa)
OVALLE	CESFAM JORGE JORDÁN	MUNICIPAL	24	1	1.075
OVALLE	CESFAM MARCOS MACUADA	MUNICIPAL	24	1	1.075
OVALLE	CESFAM FRAY JORGE	MUNICIPAL	24	1	600

El Municipio se compromete a cumplir los objetivos señalados por éste y a implementar y desarrollar las acciones señaladas en el Programa, para los beneficiarios del sector público de salud, que se atienden en la Atención Primaria.

QUINTA: Los recursos serán transferidos por el Servicio a la Municipalidad, en representación del Ministerio de Salud en 2 cuotas, de la siguiente forma:

- La primera cuota, correspondiente al 70% del total de los recursos, se transferirá una vez tramitada la resolución aprobatoria de este convenio.
- La segunda, corresponderá a un máximo del 30% restante, monto que estará sujeto a la evaluación de cumplimiento de metas y será proporcional a éste, según se indica en la cláusula sexta. El servicio no entregará nuevos fondos a rendir, cuando la rendición se haya hecho exigible y la entidad receptora no haya rendido cuenta de la inversión de cualquier fondo ya concedido. En el caso de existir transferencias en cuotas, no procederá el otorgamiento de nuevos recursos mientras no se haya rendido la remesa anterior.

SEXTA: Los siguientes serán los mecanismos de evaluación que dispondrá el Servicio para medir la ejecución técnica del Programa, los que serán concordantes con la estrategia financiada en la comuna:

El uso de los recursos de la primera cuota, considerará la contratación del total del recurso humano señalado en el Programa destinado a su implementación, el que forma parte integrante de este convenio. En caso de no disponer de éste, considerará la contratación del recurso humano capacitado señalado en el Programa.

Productos esperados del desarrollo del Componente 1:

1. Personas de 60 años y más que cumplan con los criterios de inclusión, ingresados al Programa de Estimulación Funcional una vez al año: Las personas ingresadas cumplen con los criterios establecidos, no existiendo ingresos de personas sin los criterios de inclusión y **no existiendo interrupción del acceso de las personas mayores al programa, por desarrollo de otras actividades ajenas al mismo.**

Los verificadores de este producto son los listados de asistencia, la planificación de los talleres, el registro en ficha clínica de la actividad de ingreso y el registro en REM.

2. Ciclos de 24 sesiones del Componente 1, en un período de 3 meses: Los ciclos se ciñen a este número de sesiones y no se determina arbitrariamente a nivel local su disminución en cuanto a período de tiempo y frecuencia.
3. Personas mayores ingresadas al programa participaron en al menos **20** sesiones dentro de un ciclo de 24 sesiones para ser egresadas. **Se considerará desarrollo inadecuado del programa cuando arbitrariamente se egrese a las personas en períodos de intervención menor.**

Verificadores de los productos 2 y 3 son el respaldo de la programación de los talleres, de la evaluación final de cada persona mayor, el listado de asistencia con el correspondiente registro de las sesiones a las que asiste la persona, la entrevista aleatoria a personas mayores, los elementos de registro de citaciones al programa que usan las personas mayores, el registro en ficha clínica al egreso del componente 1 y otros según pertinencia local.

4. Personas mayores que egresan del Programa de Estimulación Funcional mantienen su condición funcional, evaluados con Test Timed Up And Go y Cuestionario de Funcionalidad.
5. Personas mayores que egresan del Programa de Estimulación Funcional mejoran su condición funcional, evaluadas con Test Timed Up And Go y Cuestionario de Funcionalidad.
Verificadores de los productos 4 y 5, son el registro en ficha clínica al ingreso, y al egreso del programa de las personas que completan ciclos con los respectivos resultados obtenidos en ambas evaluaciones y la evaluación con REM.
6. El Componente 1 se compone de 24 sesiones del Taller de Estimulación de Funciones Motoras y Prevención de Caídas; 12 sesiones del Taller de Estimulación de Funciones Cognitivas y 12 sesiones del Taller de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable, desarrolladas según la modalidad descrita para el componente mediante actividades que combinan los distintos talleres y consideran la participación de ambos profesionales de las duplas y de las personas mayores.

Verificador de este producto se obtiene de la programación y ejecución de las actividades propias del programa, de las visitas de supervisión y acompañamiento técnico por parte de Referente del Servicio de Salud a la dupla del programa, registro audiovisual de las sesiones, entrevista a personas mayores.

7. Evaluación Participativa de cada ciclo del Programa para incorporación de mejoras en el componente 1. En cada cierre de ciclo de intervención a cada grupo, se genera un espacio de diálogo y reflexión para conocer la percepción de las PM sobre el desarrollo del componente, sus aprendizajes y propuestas de mejora. Esta información debe quedar consignada junto a las acciones resultantes para el seguimiento por parte del Programa a nivel local y de Servicio de Salud.

Verificador de la Evaluación Participativa, es la sistematización de las evaluaciones participativas presentadas en los cortes de agosto y diciembre y las respectivas propuestas de planificación y ejecución de esta actividad al cierre de los ciclos respaldada con información entregada por escrito, registro audiovisual u otro que respalde la participación de las personas mayores y resuma los resultados y propuestas de estas evaluaciones.

8. Protocolo de Procedimientos para el Manejo de Eventos Centinelas, Eventos Adversos y descompensaciones u otras situaciones de salud pesquisadas en las actividades del programa, formulado y validado con los centros de salud y servicios de urgencia respectivos, que opere frente a los eventos descritos.

Este protocolo debe encontrarse incorporado en el protocolo general del centro de salud.

Verificador de este producto es el documento descrito validado por los representantes de los servicios involucrados y las acciones de validación y comunicación del mismo al equipo de salud.

9. Esquema de atención y cuidado integral de personas mayores en los centros de salud incluye al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

Cada comuna o establecimiento en que se desarrolle el programa deberá organizar la atención de personas mayores, facilitando el acceso, y el cuidado integral y continuo mediante las



atenciones disponibles por el Plan de Salud Familia, PRAPS, otras garantizadas por el GES y las disponibles a través de Telegeriatría u otra de atención remota, incorporando el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes dentro de las estrategias de atención promocionales y preventivas de personas mayores y reforzando su participación dentro de la implementación de la Estrategia de Cuidado Integral.

Para este desarrollo se deberá coordinar fuertemente el trabajo en cada sector del CESFAM con los equipos involucrados en la atención de personas mayores y las distintas líneas de atención en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS). Para el soporte técnico de este desarrollo se deberá fortalecer la integración para el acompañamiento conjunto e integrado por parte de los Referentes de Servicio involucrados (Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, Personas Mayores, MAIS, Salud Mental, Cardiovascular, Promoción, entre otros), siendo el equipo gestor de la ECICEP del Servicio de Salud el espacio para ello.

Verificador de este producto son los **esquemas de atención de personas mayores** diseñados, validados y comunicados a los equipos de cada centro de salud incluyendo todos los estamentos, las actas de reunión respectivas y otros según pertinencia local.

10. Esquemas de integración Sociosanitarios Locales incluyen el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

Dentro de la implementación del programa, en su continua mejora para el acceso de las personas mayores a las prestaciones del componente 1 y, para el acompañamiento en la resolución de necesidades o acceso a servicios, se debe establecer en forma organizada el trabajo con los Servicios Locales, definiendo formatos accesibles de entrega de información y mecanismos de comunicación que faciliten el tránsito de las personas mayores entre servicios de diferentes sectores.

Verificador de este producto son los **flujogramas intersectoriales de organización de la atención de personas mayores**, actas de reuniones intersectoriales y otros según pertinencia local.

11. La dupla del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes se encuentra incorporada en el equipo de salud, participando en las actividades de los centros de salud. Al mismo tiempo las actividades de los Talleres de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable, cuentan con la participación de otros integrantes del equipo de salud, bajo la modalidad educativa determinada para el Programa.

Verificador: **Actas de reuniones, informe de actividades.**

12. Organizaciones Sociales de personas mayores ingresan al Programa de Estimulación Funcional. Se realizan actividades de difusión a organizaciones sociales de personas mayores para participar del Componente 1.

Verificador: **Reporte de organizaciones ingresadas, entrevistas a líderes comunitarios, registro clínico electrónico.**

Productos esperados del desarrollo del Componente 2:

1. Acciones de difusión y coordinación del Programa con el intersector y la comunidad: Se realizan las acciones descritas por parte del Programa en coordinación con los respectivos centros de salud, promoviendo la difusión de los mecanismos de ingreso al Programa y la coordinación con el intersector para la evaluación de áreas en que se requiere una planificación conjunta.
2. Organizaciones Sociales Locales de y para personas mayores son reportadas en el Catastro de Organizaciones Sociales: El Catastro de Organizaciones Sociales da cuenta del N° de Organizaciones existentes a nivel local.
3. Servicios locales con oferta programática para personas mayores se incluyen en el Catastro de Servicios Locales y son ingresados al Programa: El Catastro de Servicios Locales con oferta programática para personas mayores da cuenta de los servicios existentes a nivel local.
4. Mapa de Red Local o elemento construido en forma colaborativa que cumpla funciones de entrega didáctica de información para apoyo al equipo del centro de salud (y otros servicios) para las gestiones con organizaciones sociales y servicios locales. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.
5. Guía u otro elemento para usuarios personas mayores u organizaciones sociales, de construcción participativa, que mencione los servicios disponibles para personas mayores en cada territorio y su caracterización. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.



6. Diagnóstico Situacional y Diagnóstico Participativo para: definición de necesidades de capacitación de Líderes Comunitarios en Autocuidado y Estimulación Funcional diseñado y/o evaluación del Proceso de Capacitación de Líderes Comunitarios. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.
7. Plan de Capacitación de Líderes Comunitarios ejecutado anualmente. Se recomienda que los Planes de Capacitación consideren dos años de trabajo con las organizaciones y los Líderes Comunitarios mediante acciones de capacitación, seguimiento y acompañamiento técnico. Se deberán ajustar estos planes frente a nuevas necesidades surgidas de información actualizada entregada por las personas mayores o pesquisadas por el equipo del programa, en caso de ser necesario.
8. Plan(es) intersectorial(es) para fomento del envejecimiento activo y positivo ejecutados anualmente. Se recomienda que los Planes de Trabajo Intersectorial consideren un período de ejecución de dos años dependiendo del nivel de relación entre el programa o centro de salud y el servicio local.
9. Organizaciones Sociales que cuentan con Líderes Comunitarios capacitados por el Programa participan de actividades de acompañamiento por parte del equipo del programa: El Programa desarrolla en forma continua actividades de acompañamiento a los Líderes del Programa, destinadas a conocer el funcionamiento del trabajo con las organizaciones, nuevos requerimientos de educación para el autocuidado y estimulación funcional y a un trabajo más personalizado con cada una de los Líderes formados y sus organizaciones.

Productos esperados del desarrollo del Componente 3 De los Servicios de Salud:

- Colaboración y participación de Referentes del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en las actividades de acompañamiento técnico y capacitación convocadas desde la División de Atención Primaria y/o Servicios de Salud, a nivel nacional, macrozonal y otras según indicaciones.

- Trabajo colaborativo con referentes de líneas de Capacitación para gestión y acceso de equipos de salud a estrategias de capacitación disponibles a nivel de Servicio de Salud y comunal.

Verificador: Reporte por Servicio de Salud, participación en reuniones y espacios de gestión convocados, participación en Jornadas y Cursos del Programa, reporte difusión de instancias relacionadas a la APS.

En los equipos de Atención Primaria:

-Participación en actividades diagnósticas de necesidades de capacitación a nivel de Servicio de Salud, Macrozonal y Nacional

-Participación de las duplas del programa Más Adultos Mayores Autovalentes (equipos de atención directa del programa, financiados con recursos del mismo) en las actividades de difusión, capacitación, acompañamiento técnico y evaluación a nivel de Servicio de Salud, Macrozona o Nacional, presenciales y remotas.

-Otras determinadas por el Servicio de Salud

Verificador: **Reporte del Servicio de Salud respecto a la participación en actividades descritas, listas de asistencia, certificación de actividades de capacitación.**

Monitoreo y Evaluación.

El Servicio está facultado a monitorear el avance del Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes", lo que se realizará 3 veces en el año, para el que la comuna deberá emitir informes en los siguientes periodos:

- a. El primero de ellos al **31 de marzo de 2023** a fin de pesquisar dificultades y corregirlas oportunamente. En este corte se solicitará informar:

- **Contratación de duplas**
- **Primera reunión de trabajo**
- **Entrega de información básica para el desarrollo del Programa a las duplas profesionales.**

De acuerdo a los resultados de esta evaluación se procederá a la redistribución de recursos no utilizados y a la solicitud de planes de mejoras que corrijan las situaciones de incumplimiento.



- b. El segundo al **31 de agosto de 2023**, 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 de las metas del Programa es inferior al 60%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento de metas del programa	Porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos (30%)
60% y más	0%
Entre 50% y 59,9%	25%
Entre 40% y 49,9%	50%
30% y 39,9%	75%
Menos del 30%	100%

El Municipio se compromete a enviar al Servicio de Salud los Informes parciales de avance del desarrollo del Programa, con fecha de corte al 31 de agosto del año en curso, **y con fecha tope el día 5 de septiembre** del mismo año.

- c. El tercero y final al **31 de diciembre de 2023**, fecha que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones y del plan de apoyo **según las metas comprometidas por cada establecimiento**. Las comunas y establecimientos deberán informar del cierre anual del programa y del desarrollo final obtenido, en el informe final del programa, entregado con fecha tope 05 de enero de 2021 al respectivo Servicio de Salud. Esta evaluación, junto a la evaluación del cumplimiento de metas establecidas por el programa, determinará la devolución de recursos no ejecutados y la evaluación de continuidad del programa en comunas o establecimientos con ejecución deficitaria del programa.

De acuerdo a lo anterior, existirán los **INDICADORES ASOCIADOS A RELIQUIDACIÓN**: Metas de cumplimiento del programa, en cortes de agosto y diciembre

Compo_nente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta Agosto	Meta Diciem bre	Verificador	Peso relativo
N°1	% de población de 60 años y más participante del programa que mantiene o mejora su condición funcional según cuestionario de funcionalidad	(N° de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad) / N° de total personas que egresan del programa) x 100	80%	80%	REM	12.5
	% de población de 60 años y más participante del programa que mantiene o mejora su condición funcional según Timed up and Go	(N° de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según Timed up and Go) / N° de total personas que egresan del Programa) x 100	80%	80%	REM	12.5
	% de población de 60 años y más en control en Centro de Salud, ingresados al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	(N° de personas de 65 años y más ingresadas al programa con condición autovalente + autovalente con riesgo + en riesgo de dependencia) +(N° de personas entre 60 y 64 años ingresadas al programa con EMPA vigente) / Población comprometida a ingresar) x 100 [2]	60%	100%	REM	25



	Promedio de Asistentes a Sesiones del Programa	Suma de asistentes a sesiones en el mes/Nº de Sesiones realizadas en el mes	Promedio de 15	Promedio de 15	REM	10
Nº 2:	Trabajo en Red Local	(Nº de Servicios Locales con Planes Intersectoriales para el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo junto al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en desarrollo en el período/Servicios Locales con oferta programática para personas mayores (total o parcial) en el período) x100	20%	40%	REM	20
	Capacitación de Líderes Comunitarios	(Nº Organizaciones con Líderes Comunitarios Capacitados por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período/Organizaciones ingresadas al Programa de Estimulación Funcional del programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período) x100	20%	40%	REM	20

¹ Frente a la interrupción de la actividad presencial por motivos de fuerza mayor, descritos en el componente 1, este indicador no se podrá medir, por asociarse a una evaluación presencial. En estos casos, para efectos de evaluación, el peso relativo se agregará al del indicador % de población de 60 años y más participante del programa que mantiene o mejora su condición funcional según cuestionario de funcionalidad, el que puede ser aplicado en forma remota. Esta situación debe ser comunicada por el Servicio de Salud previo a los cortes.

² La población comprometida a ingresar anualmente corresponde a 538 personas por dupla profesional por establecimiento. En la situación que un establecimiento tenga dos duplas profesionales asignadas, la población comprometida a ingresar corresponde a 1100 personas por establecimiento. En casos excepcionales la población comprometida puede ser bajada con autorización de la División de Atención Primaria, presentados los antecedentes desde el Servicio de Salud.

³ Servicios Locales con Planes Intersectoriales: Corresponden a aquellos Servicios Locales con los que el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes formalice y ejecute en el período, acciones de integración de la red, definiendo objetivos y acciones para el fomento del Envejecimiento Activo y Positivo que favorezcan el acceso y participación de las personas mayores. Servicios Locales con oferta programática para personas mayores: Corresponde a los Servicios Locales que dentro de su oferta disponen de acciones para las personas mayores y que se encuentran en el catastro. En caso de más de una dupla por comuna, el registro se realiza una única vez por cada servicio local. El registro de REM permite obtener el porcentaje de cumplimiento. El Servicio de Salud deberá verificar la realización de los Planes de Trabajo Intersectorial registrados como realizados, pudiendo ser requeridos desde la División de Atención Primaria. Para los establecimientos o comunas que están por primer año desarrollando el programa, la meta anual del trabajo en red se modifica a disponer del Catastro de Servicios Locales, y el diseño de Planes Intersectoriales. Para el mes de agosto se dará por cumplida con la entrega del Catastro de Servicios Locales y Catastro de Organizaciones Locales.

Además existirán los **INDICADORES NO ASOCIADOS A RELIQUIDACIÓN:**

Son indicadores necesarios de realizar para evaluación y seguimiento del programa, respecto a resultados alcanzados, en términos de cobertura e impacto.

Los siguientes indicadores se recomiendan para la evaluación y seguimiento del programa respecto de los resultados alcanzados por el programa en términos de cobertura e impacto, como parte del monitoreo realizado por los Servicios de Salud para un favorecer la adherencia del Programa y las intervenciones asociadas a mejora de la condición funcional. No representan indicadores asociados a reliquidación del Programa.



Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta agosto	Meta diciembre	Verificación
N°1	Porcentaje de Personas Mayores que egresan del Programa	(N° de personas mayores que egresan del programa/ n° de personas mayores que ingresan al programa) x100	80%	80%	REM
N°1	Porcentaje de Personas que Mejoran Condición Funcional al egreso del Programa	(N° de personas que mejoran su condición funcional según TUG/n° de personas que egresan del programa) x100	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	REM
N°1	Porcentaje de Personas que Mejoran Condición Funcional al egreso del Programa	(N° de personas que mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad/n° de personas que egresan del programa) x100	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	REM

⁴ **Organizaciones con Líderes Comunitarios Capacitados:** corresponde a organizaciones con al menos un integrante capacitado como Líder Comunitario por el Programa. Se considera también para Líderes anteriormente formados que durante el período reciben una actualización de la capacitación. **Organizaciones Sociales ingresadas al Programa:** Corresponde a las Organizaciones Formales que hayan accedido a participar del componente 1 y en que el Programa se ejecute según lo indicado (se complete el ciclo de 24 sesiones) junto con otras organizaciones informales que al ingreso al programa tengan una antigüedad de 3 meses o más, o a grupos de personas mayores reunidas por el programa de estimulación funcional, que continúen con actividades de autocuidado al término de éste y que participen en la capacitación de líderes comunitarios. El registro de REM permite obtener el porcentaje de cumplimiento, El Servicio de Salud deberá verificar la realización de la capacitación de Líderes registrada como realizada. Para los establecimientos o comunas que están por primer año desarrollando el programa, la meta anual de Ejecución del Programa de Capacitación de Líderes Comunitarios, se considerará cumplida mediante el logro del Proceso de Diagnóstico Participativo, y la entrega del Plan de Acción para Capacitación de Líderes Comunitarios. Al mes de agosto se dará por cumplida entregando el Diagnóstico Situacional y la Planificación del Diagnóstico Participativo.

SÉPTIMA: La rendición de cuentas se efectuará conforme los procedimientos establecidos en la Resolución N° 30 de 2015 de la Contraloría General de la República, que contempla la posibilidad de rendir cuentas con documentación auténtica en soporte papel, o bien, en formato electrónico o digital. A fin de contar con medios electrónicos compatibles con los utilizados por la Contraloría General de la República y que cuenten con un nivel de resguardo y seguridad que garantice la autenticidad, integridad y disponibilidad de la información, a partir del presente convenio el municipio deberá rendir los recursos traspasados por el Servicio de Salud Coquimbo a través de la plataforma tecnológica denominada "Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas" o SISREC, para la ejecución de los proyectos antes individualizados y rendir las cuentas con documentación electrónica y digital, para tal efecto deberán designar a los funcionarios que cuenten con las competencias técnicas y las atribuciones necesarias para perfilarse en el sistema en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de Ministro de fe, encargado, analista y administrador del SISREC, además disponer de los medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas de las tareas, iniciativas y actividades del respectivo Programa de Atención Primaria de Salud, durante el período de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para su ejecución.

En casos excepcionales y fundados, en que el ejecutor se vea imposibilitado de rendir a través del SISREC, el Servicio de Salud Coquimbo dispondrá de un procedimiento alternativo para la rendición de los recursos; dichos casos serán informados a la Contraloría para su conocimiento. No obstante, dichas rendiciones deberán ser regularizadas en el SISREC una vez superados los inconvenientes.

OCTAVA: El Servicio podrá solicitar a la Municipalidad, datos e informes extraordinarios e impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

NOVENA: El Servicio, a través de su Departamento de Auditoría, podrá validar aleatoriamente la correcta utilización de los fondos traspasados. Conjuntamente a ello, cada municipalidad deberá utilizar y registrar los gastos efectuados en conformidad a lo estipulado por las normas establecidas en



la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos.

DÉCIMA: Finalizado el período de vigencia del convenio y en caso que la evaluación final dé cuenta de un incumplimiento de las acciones comprometidas, el Servicio reliquidará los montos traspasados, debiendo en estos casos la Municipalidad reintegrar a Rentas Generales de la Nación los recursos del convenio que no hayan sido ejecutados oportunamente, antes del 31 de enero del año siguiente, según lo establecido en el artículo 7° de la Ley N° 21.516, respaldos que deberán adjuntarse en el cierre del Programa de la plataforma de SISREC.

DÉCIMA 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.

DÉCIMA SEGUNDA: El Servicio de Salud pondrá término anticipado al presente convenio, si se produce incumplimiento grave de las obligaciones establecidas en él, o si su ejecución se desvía de los fines que se tuvieron a la vista para celebrarlo.

Para tales efectos, se enviará aviso por escrito a las contrapartes, mediante carta certificada al domicilio indicado en la comparecencia, expresando las circunstancias que motivan el término del convenio, dentro de los cinco días hábiles siguientes que el Servicio de Salud tome conocimiento de las irregularidades.

La Municipalidad, dentro de los 20 días hábiles siguientes a la notificación de dicha carta, deberá entregar un informe de los gastos efectuados a la fecha. El Servicio deberá revisar dicho informe dentro del plazo de 15 días hábiles, contados desde su recepción y podrá aprobarlo u observarlo. En caso de tener observaciones o requerir aclaraciones por parte de la Municipalidad respecto del informe, éstas deberán notificársele por escrito dentro de los dos días hábiles siguientes al término de la revisión. La Municipalidad tendrá un plazo de 8 días hábiles contados desde la notificación de las observaciones, para hacer las correcciones o aclaraciones pertinentes y entregarlas al Servicio, el que deberá revisarlas y pronunciarse dentro de los 7 días hábiles siguientes a la fecha de su recepción. La Municipalidad deberá restituir en cualquier caso los saldos no ejecutados, dentro del plazo de 10 días hábiles contados desde el pronunciamiento efectuado por el Servicio de Salud. En el mismo plazo deberá restituir los saldos no rendidos u observados, en caso de que el informe no haya sido aprobado.

DÉCIMA TERCERA: El presente convenio tendrá vigencia desde la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, hasta el 31 de diciembre del año 2023 o hasta la aprobación del informe final de rendición de cuentas o hasta que se realice el reembolso de los gastos objetados según corresponda. Sin perjuicio de lo anterior, se deja constancia por las partes, que las actividades a las que se refiere la cláusula tercera de este convenio, comenzaron a ser otorgadas a partir del 1 de enero del año 2023 por razones de continuidad y/o buen servicio, atendido lo señalado en los dictámenes N°11.189/08 y N°16.037/08, ambos de la Contraloría General de la República, y lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley N°19.880, y el artículo 13 inciso segundo de la Resolución N° 30/2015 de la Contraloría General de la República, toda vez que dichas actividades producen consecuencias favorables para los beneficiarios legales inscritos en los establecimientos de la comuna.

Las partes acuerdan que el contrato se prorrogará en forma automática y sucesiva, siempre que el programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del sector público del año respectivo, salvo que el convenio termine por las causales señaladas en la cláusula décimo segunda o que las partes decidan ponerle término por motivos fundados.

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.

Para todos los efectos legales, la prórroga automática da inicio a un nuevo convenio de transferencia, cuyo monto a transferir se establecerá mediante Resolución Exenta o Afecta del Servicio de Salud, según corresponda, del Servicio de Salud, de conformidad a lo que se disponga en la Ley de Presupuestos del sector público respectiva.

Por otro lado, y mediante convenios complementarios, podrá modificarse anualmente los montos a transferir a la Municipalidad, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sean necesarios introducirle en su operación.

Prorrogado el convenio, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo período.



DÉCIMA CUARTA: El presente convenio se firma en 2 ejemplares del mismo tenor y oficio, quedando uno en poder de cada parte.



D. JONATHAN ACUÑA ROJAS
ALCALDE (S)
I. MUNICIPALIDAD DE OVALLE



DR. CHRISTIAN VARGAS ALDAY
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

SAC/MOC/RGG/END/PRA

k

