

APRUEBA PROGRAMA MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES AÑO 2021

Lota, 25 de marzo de 2021

DECRETO D.S.M. Nº **148**

VISTOS:

Resolución Exenta 2R/Nº 1641 de fecha 23.03.2021

que aprueba “Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes año 2021” de fecha 22.02.2021, celebrado entre el Servicio de Salud Concepción y la I. Municipalidad de Lota, y en uso de las facultades que me confieren los Arts. 12º y 63º del D.F.L. Nº 1/2006, que refunde la Ley Nº 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

DECRETO:

1.- Apruébase “Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes año 2021” de fecha 22.02.2021, suscrito entre el Servicio de Salud Concepción y la I. Municipalidad de Lota.

2.- Mediante el presente instrumento, el Ministerio de Salud, conviene en asignar recursos a la Municipalidad a través del Servicio, la suma anual y única de **\$31.106.761 (treinta y un millones ciento seis mil setecientos sesenta y un pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de los componentes y estrategias del Convenio “Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes”, según la siguiente distribución:

Municipalidad	Población 60 años y más a intervenir	Nº de duplas	Recursos Humanos Anual \$ 2021 Subt. 24 Componente		Insumos \$ 2021 Subt. 24	Capacitación \$ 2021 Subt. 24	Movilización \$ 2021 Subt. 24	TOTAL \$ 2021 Subt. 24
			Nº1	Nº2				
			Lota	538				

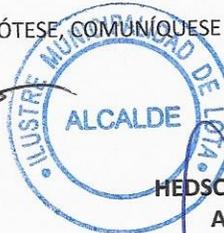
- Asignación de RRHH corresponde a contratación de Kinesiólogo y Terapeuta Ocupacional u otro profesional capacitado para el logro de los componentes.

3.- Impútese el gasto que genere el cumplimiento del presente Convenio a la Cuenta Contable 215-21, 215-22 y/o 215-29 “Adultos Mayores Autovalentes”.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE. -



JOSE MIGUEL ARJONA BALLESTEROS
SECRETARIO MUNICIPAL



HEDSON DIAZ CRUCES
ALCALDE (S)

Distribución:

- C/c Archivo Alcaldía
- C/c Encargada de Personal, Srta. María José Isla Azócar.
- C/c Encargado(a) adquisiciones DAS Lota
- C/c Encargada Financiera Convenios, Srta. Yenny Sánchez Salinas.
- C/c Referente Técnico DAS, Sra. Miriam Peña Chávez.
- C/c. Encargada de Calidad, Srta. Constanza Erices P.
- C/c Director CESFAM Dr. Juan Cartes Arias, Sr. Pablo Núñez M.



SUBDIRECCION GESTION ASISTENCIAL
DPTO. ATENCION PRIMARIA EN SALUD

RESOLUCIÓN EXENTA 2.R 23 MAR 2021 1641

DR. RGR/ING/NPC/CA. WGR/jra
[Handwritten signature]

CONCEPCIÓN,

VISTOS:

1. Resolución Exenta N°161 de fecha 08 de Febrero de 2021 de Ministerio de Salud, que aprueba Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes.
2. Resolución Exenta N°92 de fecha 02 de Febrero de 2021 Ministerio de Salud, que aprueba los recursos de Mas Adultos Mayores Autovalentes.
3. Correo electrónico de fecha 16 de Febrero de 2021 de Jefa Departamento de Gestión Operacional de la División de Atención del Ministerio de Salud, sobre la autorización en distribución del programa.
4. Correo electrónico de fecha 16 de Febrero de 2021 de la encargada técnica del programa del Servicio de Salud Concepción, el cual instruye sobre la confección de la documentación correspondiente.
5. Convenio de fecha 22 de Febrero de 2021 de Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes, celebrado entre el Servicio de Salud Concepción y la I. Municipalidad de Lota.

Y TENIENDO PRESENTE:

1. Decreto Afecto N° 69 de fecha 16 de octubre de 2018 del Ministerio de Salud, que nombra al Doctor Carlos Guillermo Grant del Río como director del Servicio de Salud Concepción.
2. Artículo 9, D.S. N°140/05 del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, que establece subrogación legal del cargo del Director.
3. Artículo 79 al 81 letra a), D.F.L 29/2004, DEL Ministerio de Hacienda, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N°18.834, sobre Estatuto Administrativo.
4. Decreto Exento N°71 de fecha 27.11.2020 que informa subrogancia en el cargo de Director Servicio Salud Concepción. Que conforme con lo anterior, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1.- **APRUEBASE;** convenio de fecha 22 de Febrero del 2021, celebrado entre el **SERVICIO DE SALUD CONCEPCIÓN Y LA I. MUNICIPALIDAD DE LOTA**, para la Ejecución del Programa **MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES, AÑO 2021.**

2.- **IMPÚTESE:** El gasto que irrogue el presente convenio al ítem 24-03-298-02 Atención Primaria.

ANONÚSE Y COMUNIQUESE,

[Handwritten signature]

SRC DR. CARLOS GUILLERMO GRANT DEL RÍO
DIRECTOR(S)
SERVICIO DE SALUD CONCEPCIÓN

ASESORÍA JURÍDICA
SERVICIO DE SALUD CONCEPCIÓN

RESOL. INT.2R/ 161 / 18.03.2020

DISTRIBUCION:

- Subdirección de Gestión Asistencial
- Depto. Finanzas SSC
- Depto. Asesoría Jurídica
- Depto. Auditoría SSC
- Oficina de Porteo

Lo que transcribo fielmente

MINISTRO DE FE

[Handwritten signature]



SUBDIRECCION GESTION ASISTENCIAL
DPTO. ATENCION PRIMARIA EN SALUD

DRA. RLS/NUT. MOMC. A. EGR

CONVENIO PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES AÑO 2021

En Concepción a 22 de Febrero de 2021, entre el **SERVICIO DE SALUD CONCEPCIÓN**, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle O'Higgins N°297, Concepción, representado por su Director(S) **SR. NEIL PALMA CARTES**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la Ilustre **MUNICIPALIDAD DE LOTA** persona jurídica de derecho público domiciliada en calle Pedro Aguirre Cerda N°302, Lota, representada por su Alcalde **SR. MAURICIO VELASQUEZ VALENZUELA** de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N° 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49". Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo N°29 de fecha 30 de Diciembre de 2020, 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, enamadas 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."

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 161 de fecha 8 de febrero de 2021, del Ministerio de Salud. Anexo al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

TERCERA: El Servicio de Salud, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar todas o algunas de los siguientes componentes del Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes".

- 1) Componente 1: Intervención sociosanitaria promocional y preventiva para mantener y/o mejorar la condición funcional:** servicio de estimulación funcional y autocuidado grupal a las personas mayores que consisten en sesiones mixtas que incluye una sesión de Taller de Estimulación de funciones motoras y prevención de caídas y una sesión de Taller de Estimulación de funciones cognitivas o una sesión del Taller de autocuidado y estilos de vida saludable.
- 2) Componente 2: Fomento del autocuidado y estimulación funcional en las organizaciones sociales y servicios locales.**

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, conviene en asignar recursos mediante Resolución Exenta N°92 de fecha 02 de febrero de 2021 a través del Servicio, a la Municipalidad la suma anual y única de **\$31.106.761** (treinta y un millones ciento seis mil setecientos sesenta y un pesos) para alcanzar el propósito y cumplimiento de los componentes y estrategias del "Programa Más Adultos Mayores Autovalentes" que se entiende forma parte integrante el Programa antes citado, luego de cumplirse los siguientes requisitos copulativos:

- Desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria
- Desde la fecha de la transferencia de recursos para el programa desde el MINSAL.
- Que la transferencia se realice en cumplimiento de fechas de programación de transferencias de recursos del Servicio de Salud Concepción, establecidas por el Dpto. de Finanzas.

Asignación según siguiente distribución:

Municipalidad	Población 60 años y más a intervenir	N° de duplas	Recursos Humanos Anual \$ 2021		Insumos \$ 2021	Capacitación \$ 2021	Movilización \$ 2021	TOTAL \$ 2021
			Subt. 24					
			Componente					
		N°1	N°2					
Lota	538	1	27.607.074	1.100.587	715.100	1.110.000	574.000	31.106.761

- **Asignación de RRHH corresponde a contratación de Kinesiólogo y Terapeuta ocupacional u otro profesional capacitado para el logro de los componentes.**

QUINTA: El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar las siguientes actividades y metas:

1. COMPONENTE 1: INTERVENCIÓN SOCIOSANITARIA PROMOCIONAL Y PREVENTIVA PARA MANTENER Y/O MEJORAR LA CONDICIÓN FUNCIONAL:

Criterios de ingreso al Programa son:

- ✓ **Personas entre 60 y 64 años**, beneficiarios de FONASA, inscritos en centros de salud de atención primaria, con su Examen de Medicina Preventiva (EMP) Vigente, que manifiesten su participación informada y voluntaria mediante la firma del Compromiso informado. Se considerará el control Cardiovascular vigente como requisito de ingreso, en caso de no contar con el Examen de Medicina Preventiva, en personas de 60 a 64 años.
- ✓ **Personas de 65 años y más**, beneficiarios de FONASA, inscritos en centros de salud de atención primaria, con su Examen de Medicina Preventiva (EMP) vigente y con resultado de Autovalentes Sin Riesgo, Autovalentes Con Riesgo y en Riesgo de Dependencia, que manifieste su participación informada y voluntaria mediante la firma del Compromiso informado.

Estrategias:

- a) El ingreso de las personas de 60 años y más que cumplan con los criterios de ingreso al Programa de estimulación funcional.
- b) La incorporación de las personas de 60 años y más implica: la información sobre el Programa y las actividades asociadas, la constatación del EMP vigente o la gestión

- c) La actividad de ingreso debe registrarse en la Ficha Clínica del usuario. Para el registro de ingresos en REM se debe considerar a aquellos usuarios que tengan su EMP vigente o Control Cardiovascular al día y hayan firmado el compromiso informado.
- d) Las personas de 60 años y más pueden ingresar al Programa una vez al año, favoreciéndose al egreso del programa la mantención en o la incorporación a las organizaciones sociales capacitadas en el componente 2.
- e) Cada centro de Salud debe identificar las organizaciones y entidades participantes en la red para el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo.
- f) La programación y ejecución de los siguientes Talleres de Estimulación funcional para los usuarios debe contener 24 sesiones mixtas en su totalidad distribuidas en:
 - ✓ **Taller de Estimulación de funciones motoras y prevención de caídas:** 24 sesiones, 2 sesiones por semana, de 45-60 minutos de duración.
 - ✓ **Taller de Estimulación de funciones cognitivas:** 12 sesiones, 1 ó 2 sesiones por semana de 45-60 minutos de duración.
 - ✓ **Taller de Autocuidado y Estilos de vida saludable:** 12 sesiones, 1 ó 2 sesiones por semana de 45-60 minutos de duración.
- g) Cada **sesión mixta** incluye: 1 sesión del Taller de estimulación de Funciones Motoras y Prevención de Caídas y 1 sesión del Taller de estimulación de Funciones Cognitivas o 1 sesión del Taller de estimulación de Autocuidado o Estilos de Vida Saludable.
- h) Las actividades se realizan con una frecuencia de 2 sesiones mixtas en la semana de 90 a 120 minutos de duración cada una.
- i) 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.
- j) Requiere la realización de estrategias para dar continuidad en el hogar, mediante el desarrollo de actividades relacionadas con el reforzamiento de los contenidos tratados en los tres talleres, procurando la participación activa de las personas y rol protagónico en su proceso de aprendizaje.
- k) Los talleres del Programa se realizarán en espacios preferentemente comunitarios ubicados en sectores geográficos cercanos y accesibles a la población correspondiente al centro de salud.
- l) La oferta de Talleres es en horario habitual del centro de salud, incluyendo el horario de 17 a 20 horas, facilitando la participación de los adultos mayores que no pueden acudir en otro horario a las actividades.
- m) Para finalizar un ciclo de Programa, se debe completar un total de 24 sesiones mixtas y un periodo de 3 meses.
- n) En caso de presentar **inasistencias** a las sesiones comprometidas por parte de la persona mayor, para egresarlo debe al menor haber participado en **18 de 24 sesiones mixtas. No corresponde realizar ciclos de intervención menores a 24 sesiones mixtas.**
- i) En el egreso de cada participante se deben aplicar la **Escala HAQ-8 modificada** y **Test Timed Up and Go**, cuyos resultados serán registrados en el instrumento diseñado para ello para compararlos con los resultados de...

- p) El egreso por abandono se considerará, cuando una persona luego de 2 veces seguidas de inasistencia, no asiste a 2 citaciones de rescate, sin excusarse ni informar al equipo. En caso de que la persona informe que por motivos personales o de salud debe interrumpir el programa, debe acordarse un mecanismo de contacto para retomar actividades.
- q) Para las practicas seguras durante el programa, bioseguridad del usuario y el manejo médico legal del equipo profesional, se debe actualizar y difundir de flujogramas para el **"Manejo y derivación de incidentes asociados a eventos adversos y eventos centinelas surgidos durante las sesiones"** y Flujograma **"Derivación al Programa"**.

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, se deberá adaptar el formato de contacto y realización de talleres del programa. 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 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 las actividades en el hogar (como por ejemplo la entrega de manuales o cuadernillos con actividades)

Para el **ingreso al programa**, en comunas que se encuentren realizando acciones remotas se deberá utilizar el *Cuestionario de ingreso remoto al programa*.

Para la evaluación al **ingreso y egreso remoto** se establece la utilización del Cuestionario de funcionalidad HAQ-8 modificado para el programa (contenido en el actual Cuestionario de ingreso remoto a programa), no siendo posible la aplicación del Test Timep Up and Go por su aplicación presencial.

Para el **registro de las actividades remotas** del Componente 1 se mantienen 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.

Si existen situaciones de fuerza mayor que implican modificar las actividades afectando el rendimiento y la organización habitual de trabajo, se deberá presentar un Plan de trabajo al Servicio de Salud, considerando un eventual ajuste en las metas de cobertura.

Productos esperados del desarrollo del Componente N°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 cumplan con los criterios establecidos, no existiendo ingresos de personas son los criterios de inclusión.

3. Personas mayores ingresadas al programa participación en al menos 18 sesiones dentro de un ciclo de 24 sesiones para ser egresadas.
4. Personas mayores que egresan del Programa de Estimulación Funcional mantienen su condición funcional (producto evaluado dentro de la meta de resultado del programa mediante REM)
5. Personas mayores que egresan del Programa de Estimulación Funcional mejoran su condición funcional (producto evaluado dentro de la meta de resultado del programa mediante REM)
6. El Componente 1 se dispone 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.
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 dialogo y reflexión para conocer la percepción de las personas mayores 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.
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.
9. Flujograma de Derivación y Contrarreferencia para el sector salud construido y funcionando en forma efectiva.
10. Flujograma de Derivación y Contraderivación para el intersector funcionando en forma efectiva.
11. 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.
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.

2. COMPONENTE 2: FOMENTO DEL AUTOCUIDADO Y ESTIMULACIÓN FUNCIONAL EN LAS ORGANIZACIONES SOCIALES Y SERVICIOS LOCALES.

Estrategias:

- a) Contacto y coordinación con la red local de servicios y organizaciones sociales relacionadas.
- b) Etapas del Fomento del Autocuidado y estimulación Funcional en las Organizaciones Sociales y Actividades Asociadas

2.1. Organización de la información para la gestión local

2.1.1. Catastro de Organizaciones Locales actualizado de personas mayores o destinadas al trabajo con personas mayores. Como ejemplos de organizaciones se considera una agrupación de personas mayores, club de adulto mayor, centro de madres, club deportivo, etc.

2.1.2. Catastro de Servicios Locales actualizado que dé cuenta de la oferta programática local para las personas mayores. Por ejemplo, oficina municipal del adulto mayor, dirección de deportes, departamento de acción social, biblioteca, etc.

2.1.4. 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.

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

2.2.1. Diagnóstico Situacional: análisis de los antecedentes sociodemográficos y sanitarios más relevantes para la población objetivo y los determinantes sociales de la salud, presente la situación en que se encuentra la población adulta mayor en la comuna.

2.2.2. 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 del adulto mayor. 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.

2.2.3 Plan de Acción resultante del Diagnostico Participativo:

Comprende el Programa de Capacitación de los Líderes comunitarios y el plan de trabajo intersectorial, entregando 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, acciones que se deben realizar en forma continua dentro del año de ejecución del programa.

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

2.3.1 Capacitación de Líderes Comunitarios para el autocuidado y estimulación funcional en sus organizaciones: es realizado de acuerdo con los resultados del diagnostico participativo. Considera la priorización de temáticas a abordar el desarrollo progresivo de habilidades entre los líderes. Se espera que entregue material para la realización de actividades de estimulación funcional y autocuidado en las organizaciones sociales.

2.3.2. Planes intersectoriales entre los Centros de Salud y los Servicios Locales para el Fomento del Envejecimiento Activo y positivo: son instrumentos elaborados en conjunto por el sector salud y otros sectores (externos al sector salud) para la articulación entre las instituciones destinadas a entregar servicios o bienes a las personas mayores.

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, 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).

Para el **registro de las organizaciones que cuentan con Líderes comunitarios capacitados por el Programa y de servicios locales con Planes intersectoriales** del Componente 2 se mantienen en el REM Serie A, dada a 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 la 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 sea de mayor utilidad para el fomento del envejecimiento activo y positivo como por ejemplo flujogramas conjuntos de trabajo, acuerdo para atención sociosanitaria de situaciones de riesgo de personas mayores. Estas situaciones deben ponerse en conocimiento del Referente Técnico del Servicio de Salud.

Productos esperados del desarrollo del Componente N°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 sociales 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 menciona 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.

9. Organizaciones Sociales que cuentan con Líderes Comunitarios capacitados por el Programa participan de actividades de acompañamiento por parte del equipo del programa.

SIXTA: El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, se realizarán tres evaluaciones durante la ejecución del programa, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación.

Primera Evaluación Mes de marzo

Se efectuará con corte al 31 de marzo dando cuenta de:

1. Contratación de las duplas profesionales con fecha tope **02 de marzo** para la contratación de ambos profesionales establecidos por programa.

Segunda Evaluación: Mes de agosto

Se efectuará con corte al 31 de agosto del año en curso. De acuerdo con los resultados se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si el cumplimiento de las metas del Programa es inferior al 60%, de acuerdo con el siguiente cuadro:

Porcentaje de cumplimiento de metas del Programa	Porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos (30%)
≥60%	0%
Entre 50,00 % y 59,99%	25%
Entre 40,00 % y 49,99%	50%
Entre 30,00 % y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%

La reliquidación se hará efectiva en el mes de octubre, si es que el cumplimiento del indicador de la comuna o establecimiento dependiente del Servicio de Salud es inferior al 60%. En tal caso, se aplicará un descuento proporcional al porcentaje de incumplimiento, señalado en la tabla precedente.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento, la comuna podrá apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un Plan de Trabajo que incluya un cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez, el Servicio de Salud, una vez analizada y avalada la solicitud podría solicitar al MINSAL la no reliquidación del Programa. Para la situación excepcional indicada, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del programa al 31 de diciembre y las comunas mantienen en toda circunstancia a la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del periodo. El no cumplimiento de las actividad y metas anuales podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

Tercera Evaluación: Desarrollo del programa entre los meses de enero y diciembre

Se realizará con corte al 31 de diciembre, fecha en que los establecimientos y comunas beneficiarias deberán tener el **100% de las prestaciones comprometidas** por componente ejecutadas.

Las comunas y establecimiento deberán información del cierre anual del programa y del desarrollo final obtenido, en el informe final del programa que dé cuenta del logro de los productos de ambos componentes, entregando con fecha tope 06 de enero del año siguiente, al Servicio de Salud.

Se podrá solicitar el envío de informes de avances mensuales requeridos por parte del Servicio de Salud.

INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

El Servicio de Salud Concepción evaluará el grado de cumplimiento del programa conforme a las metas contenidas en este y en concordancia a los pesos relativos de cada componente, indicador y meta asociada. Las metas y el cumplimiento anual esperado del Programa con sus pesos relativos se muestran en la siguiente tabla:

1. INDICADORES ASOCIADOS A RELIQUIDACIÓN: Meta Anual de cumplimiento para las comunas con dependencia municipal o establecimientos dependientes de Servicio de Salud u ONG

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta Agosto	Meta Diciembre	Verificador	Peso relativo
N°1 programa de estimulación funcional y cognitiva	% de población de 60 años y más participantes 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	60%	60%	REM A03, sección D4/ REM A05, sección M	12.5
	% de población mayor a 60 años y más participantes 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	60%	60%	REM A03, sección D4/ REM A05, sección M	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	60%= 323	100%= 538	REM A05, sección M/ meta convenio	12.5
	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 A27, sección E	12.5
Trabajo del autocuidado del por en organizaciones servicios locales.	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	20%	40%	REM A27, sección J	25

		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				
--	--	---	--	--	--	--

2. INDICADORES NO ASOCIADOS A RELIQUIDACIÓN: MONITOREO Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA.

COMPONENTE	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	META AGOSTO	META DICIEMBRE	VERIFICACIÓN
N°1 PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN FUNCIONAL	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 A05, sección M (egresos)/ REM A05, sección M (ingresos)
	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 A03, sección D4/ REM A05, sección M
	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 A03, sección D4/ REM A05, sección M

SEPTIMA: Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos en 2 cuotas: 70% a la total tramitación del acto aprobatorio y el 30% restante en octubre, de acuerdo con los resultados de la evaluación.

- a) La primera cuota, correspondiente al 70% del total de los recursos del convenio se transferirán una vez cumplidos los siguientes requisitos copulativos:
- Desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria
 - Desde la fecha de la transferencia de recursos para el programa desde el MINSAL.
 - Que la transferencia se realice en cumplimiento de fechas de programación de transferencias de recursos del Servicio de Salud Concepción, establecidas por el Dpto. de Finanzas.

- b) La segunda cuota, corresponderá al 30% contra el mes de octubre del presente año.

La primera cuota deberá considerar la contratación del 100% del recurso humano destinado a implementar el Programa con una dupla idealmente compuesta por Kinesiólogo – Terapeuta Ocupacional u otro profesional de salud capacitado en caso de no disponer del recurso humano señalado de profesionales.

El financiamiento de los materiales y otros costos asociados para las actividades se incluye dentro de los ítems:

- **Capacitación:** Elementos para el confort del taller y la capacitación de líderes comunitarios como **alimentos saludables**, agua embotellada, té, café, azúcar o endulzante, servilletas, hervidor, bolsos, poleras, impresora, termo laminadora, anilladora etc.
Incorpora también los costos asociados a actividades de difusión y comunicación con los participantes de los talleres, el intersector y el acompañamiento de los líderes comunitarios, como material de difusión impreso, manuales para los líderes comunitarios, elementos de identificación, teléfono celular prepago, teléfono celular con plan de datos etc.
- **Insumos:** Materiales destinados a las actividades de los Talleres del Programa de Estimulación Funcional, tanto para estimulación de funciones motoras y prevención de caídas, estimulación de funciones cognitivas y Autocuidado y Estilos de Vida Saludable. Incluye materiales para ejercicios físicos, cognitivos, para el entrenamiento y adquisición de habilidades de autocuidado y elementos tecnológicos y no tecnológicos para favorecer y reforzar el aprendizaje de las personas mayores y facilitar el desarrollo de los talleres.
Incluye la adquisición de materiales para entrega a las personas a fin de dar continuidad a las actividades en su hogar y organizaciones sociales según evaluación del equipo. Además, se considera la opción de utilizar este ítem para financiar elementos destinados a innovación en los talleres de estimulación funcional y autocuidado según los requerimientos de cada territorio.
- **Mobilización urbana:** ítem destinado a apoyar a comunas y establecimientos en la movilización e informados en la distribución de recursos. Para financiar los gastos asociados a la movilización de la dupla en terreno y el apoyo de la movilización de personas mayores participantes del programa de sectores aislados y líderes comunitarios capacitados por el programa.

OCTAVA: El Servicio de Salud realizará un seguimiento y monitoreo técnico-financiero de manera aleatoria de los programas y la Municipalidad deberá rendir Informe Financiero Mensual, dentro de los 5 días hábiles siguientes al mes a que corresponda, entendiéndose para estos efectos de lunes a viernes o en las fechas que la ley excepcionalmente contemple, verificando el cumplimiento de metas y de los gastos involucrados en las actividades comprometidas en este convenio, en acuerdo a las orientaciones técnicas y administrativas entregadas.

NOVENA: El Servicio podrá auditar aleatoriamente los programas y la correcta utilización de los fondos transferidos a través de su Departamento de Auditoría. Sin perjuicio de lo anterior, estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N°30 de fecha 28 de Marzo de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, lo que debe ser fiscalizado por el Servicio respectivo.

DECIMA: Si producto del seguimiento realizado por el Departamento de Atención Primaria en Salud, según lo estipulado en las cláusulas octava y novena del presente convenio, se detecta incumplimiento de la obligación de rendir las cuentas de gastos mensuales que en ellas se señalan, o se realicen en forma no satisfactoria, el Servicio de Salud Concepción estará facultado para retener la segunda cuota del programa indicado en la cláusula séptima del presente convenio, hasta que el Municipio correspondiente esté al día en el cumplimiento de dicha obligación o lo realice en la forma indicada.

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

DECIMA SEGUNDA: Las partes acuerdan que el presente convenio se prorrogará automáticamente, siempre que el programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la ley de presupuestos del sector público del año respectivo, sin perjuicio de término por alguna de las causales pactadas o que las partes acuerden su finalización 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.

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

Se deja constancia que las metas y recursos financieros entregados para el año en curso, deben estar ejecutados al 31 de diciembre de dicho año.

Si existiese una situación excepcional y fundada argumentada por el Municipio, y que requiera más plazo para ejecutar los fondos del año presupuestario respectivo, deberá solicitarlo vía Ordinario a la Dirección del Salud con copia al Dpto. de APS para que los entes técnicos evalúen si procede o no la solicitud y entregar respuesta.”

DECIMA TERCERA: Todo ello, en concordancia con lo establecido en artículo 52 de Ley 19.880. Efectivamente, la norma citada señala que los actos de los órganos de la administración del Estado no tendrán efecto retroactivo salvo cuando se cumplan los siguientes requisitos:

- a) Cuando produzcan consecuencias favorables para los interesados
- b) No lesionen derechos de terceros.

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


SR. MAURICIO VELASQUEZ VALENZUELA
ALCALDE




SR. NEIL PALMA CARTES
DIRECTOR (S)

