



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD
VIÑA DEL MAR - QUILLOTA
DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA
Int. N° 267 de fecha 17.03.2021

RESOLUCION EXENTA N° (E)

VIÑA DEL MAR,

VISTO:

- Lo dispuesto en la Ley N° 18.575 sobre Bases de la Administración del Estado,; lo dispuesto en el DFL N° 29 (Hacienda), publicado con fecha 16 de marzo de 2005, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.834 sobre Estatuto Administrativo; lo dispuesto en la Ley N° 19.880 que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado; lo dispuesto en la Ley N° 19.378 de 1995 que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, y el Decreto Supremo N° 118 de 2007 del Ministerio de Salud; la resolución N°07 y 08/ 2019 de la Contraloría General de la República, que fija Normas sobre Exención del Trámite de Toma de Razón; las facultades que al suscrito otorgan el DFL N°1/2005 (Salud), publicado en el Diario Oficial con fecha 24 de abril de 2006, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del DL N°2763 de 1979 y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.469, y los Decretos Supremos N° 140/2004 y N°26/2020 ambos del Ministerio de Salud.

CONSIDERANDO:

- 1.- La necesidad del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, de dar cumplimiento a los objetivos que ha implicado la Reforma del sector salud, cuyos principios orientadores apuntan a la equidad, participación, descentralización y satisfacción de los usuarios, mediante el “**Programa Más Adultos Mayores Autovalentes**” como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención.
- 2.- Que, conforme con lo señalado precedentemente, el Ministerio de Salud a través del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, conviene en asignar a la **I. Municipalidad de Viña del Mar**, los recursos destinados a financiar las prestaciones que se definen en los componentes del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.
- 3.- El convenio suscrito con fecha 01 de enero de 2021, entre el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota y la **I. Municipalidad de Viña del Mar**, en virtud del cual la I. Municipalidad se compromete a desarrollar el “**Programa Más Adultos Mayores Autovalentes**”.

RESUELVO:

- 1.- **APRUEBESE**, el convenio celebrado con fecha 01 de enero del 2021, entre el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota y la **I. Municipalidad de Viña del Mar**, en virtud del cual la I. Municipalidad se compromete a desarrollar el “**Programa Más Adultos Mayores Autovalentes**”.
- 2.- **CÚMPLASE**, de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución Exenta N° 07 y 08 de fecha 29 de marzo del 2019 de Contraloría General de la República, con la transcripción íntegra del Convenio que se aprueba en este acto y cuyo tenor es el siguiente:

En Viña del Mar, a 01 de enero de 2021 entre el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Von Schroeders N°392, Viña del Mar, representado por su Director, Sr. Alfredo Molina Naves, del mismo domicilio, en adelante el “Servicio” y la Ilustre Municipalidad de Viña del Mar, persona jurídica de derecho público domiciliada en Av. Arlegui N°615, Viña del Mar, representada por su Alcaldesa, D. Virginia **Reginato** Bozzo, 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° 118 de 2007, 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 de “**MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES**”. El referido programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N°161 del 8 de febrero de 2021 y Resolución Exenta N°92, con fecha del 2 de febrero de 2021, la cual distribuye recursos al programa, ambas del Ministerio de Salud.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar los siguientes componentes del Programa “Más Adultos Mayores Autovalentes en Atención Primaria” y sus respectivas estrategias en el (los) Centros de Salud de esa comuna que se indican, cuya matriz de Indicadores se encuentra en el Programa, que forma parte integrante de este convenio:

1. 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.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Mejorar la capacidad funcional individual y comunitaria para enfrentar el proceso de envejecimiento
- b. Capacitar líderes comunitarios de las organizaciones sociales locales en autocuidado y estimulación funcional de las personas mayores
- c. Fomentar el desarrollo de la red local para el abordaje del envejecimiento y el fomento del envejecimiento Activo y positivo

3. COMPONENTES

a. Componente 1: PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN FUNCIONAL

Este componente es desarrollado por la dupla profesional del Programa, y consiste la intervención sociosanitaria Promocional y preventiva para mantener y/o mejorar la condición funcional, entregando servicios de estimulación funcional, motora y cognitiva y educación para habilidades en autocuidado, mediante talleres grupales de tres meses de duración, para personas mayores derivadas desde el centro de salud, desde servicios locales y desde las organizaciones sociales de personas mayores. El componente de Estimulación Funcional, el cual debe contener 24 sesiones mixtas en

su totalidad distribuidas en los siguientes talleres:

- i. **Taller de Estimulación de Funciones Motoras y Prevención de Caídas:** Compuesto por 24 sesiones de 45'-60' de duración.
- ii. **Taller de Estimulación de Funciones Cognitivas:** Compuesto por 12 sesiones de 45'-60' de duración.
- iii. **Taller de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable:** Compuesto por 12 sesiones de 45'-60' de duración.

Las actividades se realizan con una frecuencia de 2 sesiones mixtas a la semana. 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.

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 el caso de localidades con acceso limitado por medios remotos(déficit en acceso a equipo, niveles deficitarios de alfabetización digital, limitación de datos móviles, entre otros), es posible modificar la ejecución de actividades del programa, mediante la entrega de material (manuales o cuadernillos) para el autocuidado y estimulación funcional en formato físico a los participantes, para el desarrollo de actividades en el hogar.

Según las posibilidades, se puede desarrollar el programa combinando actividades remotas con la entrega de material para el desarrollo individual.

Para el ingreso al Programa, en situación del desarrollo en modalidad remota, se utilizará el CUESTIONARIO DE INGRESO REMOTO AL PROGRAMA. Además para la evaluación del ingreso y egreso remoto se establece la aplicación del Cuestionario HAQ-8 modificado para el Programa, no siendo posible la aplicación del Test Time Up and Go.

El registro de actividades remotas se mantiene en REM Serie A, habiéndose homologado las actividades remotas con las presenciales cuando cumplan con las características de objetivo, 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 como la visita domiciliaria.

Si existen situaciones de fuerza mayor que implican 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, considerando un eventual ajuste en las Metas de cobertura.

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

Este componente propone una intervención en la red local para fomento del envejecimiento activo y positivo.

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

El programa en este componente aporta horas de recursos humanos para la Capacitación de lo líderes Comunitarios (actividades de capacitación, seguimiento y acompañamiento técnico) y desarrollo de Planes intersectoriales (planificación, ejecución y seguimiento)

1. Organización de la información para la gestión local. Se espera que las comunas o establecimientos, desarrollen:

a. Catastro de Organizaciones Locales Actualizado. De las personas mayores o destinadas al trabajo con personas mayores, que identifique las organizaciones en cuanto a su perfil organizacional y relación con el programa.

b. 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 adulta mayor y también aquellos que dentro de su oferta programática cuentan con estrategias que benefician a la población adulta mayor.

c. 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 de salud 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.

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

a. Diagnóstico Situacional: Que mediante el análisis de los antecedentes sociodemográficos y sanitarios más relevantes pueda aproximar 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.

b. 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.

c. 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. Se recomienda que los planes consideren 2 años de trabajo con las organizaciones y los líderes comunitarios, los cuales se deberán ajustar de acuerdo a nuevas necesidades.

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

a. 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. D

Por lo tanto, de las Organizaciones Sociales que cuentan con Líderes Comunitarios capacitados por el Programa, las duplas participan de actividades de acompañamiento organizadas por dichos Líderes Comunitarios.

b. 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. Se recomienda que los Planes de Trabajo Intersectorial consideren un periodo de ejecución de 2 años, dependiendo del nivel de relación entre el programa o centro de salud y el servicio local.

4. PRODUCTOS ESPERADOS

Productos esperados del componente 1:

- a. Personas de 60 años y más que cumplan con los criterios de inclusión, ingresados al Programa de Estimulación Funcional una vez al año.
- b. Ciclos de 24 sesiones del Programa de Estimulación Funcional, en un período de 3 meses: no se determina arbitrariamente a nivel local su disminución en cuanto a periodo de tiempo y frecuencia.
- c. Personas mayores ingresadas al programa participación en al menos 18 sesiones dentro de un ciclo de 24 sesiones para ser egresadas.
- d. Personas mayores que egresan del Programa de Estimulación Funcional mantienen su condición funcional.
- e. Personas mayores que egresan del Programa de Estimulación Funcional mejoran su condición funcional.
- f. El Programa de Estimulación Funcional desarrollado 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.
- g. Evaluación Participativa de cada ciclo del Programa para incorporación de mejoras en el componente 1.
- h. 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.
- i. Flujograma de Derivación y Contrarreferencia para el sector salud construido y funcionando en forma efectiva.
- j. Flujograma de Derivación y Contraderivación para el intersector funcionando en forma efectiva.
- k. 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.
- l. Organizaciones Sociales de personas mayores ingresan al Programa de Estimulación Funcional. Se realizan actividades de difusión a organizaciones sociales de personas mayores.

Productos esperados del Componente 2:

1. Acciones de difusión y coordinación del Programa con el intersector y la comunidad.
2. Organizaciones Sociales Locales de y para personas mayores son reportadas en el Catastro de Organizaciones Sociales.
3. Servicios locales con oferta programática para personas mayores se incluyen en el Catastro de Servicios Locales y son ingresados al Programa.
4. Mapa de Red Local o elemento que cumpla funciones según lo descrito.

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.
6. Diagnóstico Situacional y Diagnóstico Participativo para definición de necesidades de capacitación de Líderes Comunitarios en Autocuidado y Estimulación Funcional diseñado y ejecutado por el Programa.
7. Plan de Capacitación de Líderes Comunitarios diseñado y ejecutado.
8. Plan(es) intersectorial(es) para fomento del envejecimiento activo y positivo diseñado y ejecutado
9. Organizaciones Sociales que cuentan con Líderes Comunitarios capacitados por el Programa participan de actividades de acompañamiento por parte del equipo 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 de **\$152.128.679.- (Ciento cincuenta y dos millones ciento veintiocho mil seiscientos setenta y nueve pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento del programa, objeto del presente convenio, siendo asignados para las siguientes categorías en cada centro de salud, los montos descritos a continuación:

Centro de Salud	Categoría	Monto
CESFAM Dr. Marco Maldonado	Recurso Humano	\$ 27.586.401.-
	Insumos	\$ 715.100.-
	Capacitación	\$ 1.110.000.-
	Movilización	\$ 574.000.-
CESFAM Dr. Jorge Kaplan	Recurso Humano	\$ 27.586.401.-
	Insumos	\$ 715.100.-
	Capacitación	\$ 1.110.000.-
	Movilización	\$ 574.000.-
	RRHH acompañamiento líderes comunitarios	\$ 1.100.587.-
CESFAM Gómez Carreño	Recurso Humano	\$ 27.586.401.-
	Insumos	\$ 715.100.-
	Capacitación	\$ 1.110.000.-
	Movilización	\$ 574.000.-
	RRHH acompañamiento líderes comunitarios	\$ 1.100.587.-
CESFAM Miraflores	Recurso Humano	\$ 27.586.401.-
	Insumos	\$ 715.100.-
	Capacitación	\$ 1.110.000.-
	Movilización	\$ 574.000.-
CESFAM Nueva Aurora	Recurso Humano	\$ 27.586.401.-
	Insumos	\$ 715.100.-
	Capacitación	\$ 1.110.000.-
	Movilización	\$ 574.000.-
Total		\$ 152.128.679.-

El financiamiento del Componente 2, es exclusivo para recurso humano destinado al acompañamiento y apoyo a los líderes comunitarios. Esto equivale a 14.3 horas mensuales, aparte de horario que deben cumplir los profesionales contratados para el programa. En el caso que la dupla no pueda realizar a esta labor por diversos motivos, se podrá realizar las gestiones para que otro profesional del equipo del establecimiento pueda realizar el mencionado acompañamiento a los líderes.

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: Monitoreo y Evaluación

Se efectuará el seguimiento y monitoreo sistemático de la ejecución del programa. Se efectuarán en los meses de abril, agosto y diciembre. Evaluando se el desarrollo de ambos componentes y del cumplimiento de los indicadores, productos y medios de verificación.

Primera Evaluación: Mes de Marzo

Se efectuará con corte al 31 de marzo. La información deberá enviarse consolidada al Servicio de salud con fecha tope al 05 de abril.

Las metas a cumplir en esta evaluación son:

1. Contratación de las duplas profesionales con fecha tope 02 de marzo para la contratación de ambos profesionales establecidos por programa.
2. Primera reunión de trabajo de la red de establecimientos y comunas de los servicios de salud que desarrollan el programa con participación de los profesionales ejecutores.
3. Entrega de la información básica para el desarrollo del Programa a las duplas profesionales (Resolución Exenta del Programa, Orientación Técnica del Programa para todos los equipos y Manual de Apoyo a los Equipos de Atención Primaria para equipos de establecimientos y comunas que incorporan por primera vez el programa).
4. En esta evaluación debe informarse respecto a aquellas comunas o establecimientos que hayan descontinuado la intervención del programa durante los primeros meses del año, para proceder a la redistribución de recursos correspondiente, recordando que se debe promover la continuidad de la atención y el acceso de las personas mayores durante todo el año.

De acuerdo a los resultados de esta evaluación se procederá a la redistribución de recursos no utilizados y a la solicitud de planes de mejora a los servicios de salud, los que deberán dar cuenta de las acciones comprometidas por las comunas y el Servicio de Salud respectivo que corrijan las situaciones de incumplimiento.

El Municipio se compromete a enviar las estadísticas correspondientes a la ejecución del Programa vía REM y los Informes requeridos por el Programa, con fecha de corte al 31 de marzo, hasta el día 05 del mes de abril del año en curso.

Segunda Evaluación: Mes de Agosto

Se efectuará con corte al 31 de agosto del año en curso. De acuerdo a 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 al 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.

La comuna y establecimientos deberá informar al corte de agosto el desarrollo del programa en el informe del programa que, de cuenta del logro de los productos de ambos componentes, entregado con fecha tope 06 de septiembre, al respectivo Servicio de Salud.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento, la comuna podrá apelar al Servicio de salud, 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.

Tercera Evaluación: Mes de Diciembre

Se realizará con corte al 31 de diciembre, fecha en que la comuna beneficiaria deberá tener el 100% de las prestaciones comprometidas por componente ejecutadas.

Las comuna y establecimientos deberá informar del cierre anual del programa y del desarrollo final obtenido, en el informe final del programa que, de cuenta del logro de los productos de ambos componentes, entregado con fecha tope 06 de enero del siguiente año, 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 mismo.

Finalmente, el no cumplimiento de las actividades y metas anuales, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

Frente a situaciones que limiten por fuerza mayor el desarrollo habitual del programa según su diseño, limitando el desarrollo de las actividades y metas comprometidas, el servicio de Salud según su evaluación, considerará mantener la continuidad del programa y la no afectación de los recursos aun cuando no se cumpla la meta comprometida por el programa.

SEXTA: El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los componentes, indicadores y metas del programa, que se presentan a continuación, en Tabla N°1:

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta Agosto	Meta Diciembre	Verificador	Peso relativo
N°1 PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN FUNCIONAL Y COGNITIVA	% de población mayores de 60 años que mantienen o mejoran 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	12.5
	% de población mayor a 60 años que mantienen o mejoran 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	12.5
	% de población de 60 años y más	(N° de personas de 65 años y más ingresadas al programa con	60%	100%	REM	12.5

	en control en condición autovalente + Centro de Salud, autovalente con riesgo ingresados al + en riesgo de Programa Más dependencia) +(N° de Adultos Mayores personas entre 60 y 64 Autovalentes años ingresadas al programa con EMPA vigente) / Población comprometida a ingresar) x 100 ^[1]					
	Promedio de Asistentes Sesiones Programa	Suma de asistentes a sesiones en el mes/N° de Sesiones realizadas en el mes	Promedio de 15	Promedio de 15	REM	12.5
N° 2: Fomento del Autocuidado del Adulto Mayor en Organizaciones Sociales Y 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 programática para personas mayores (total o parcial) en el período) x100	20%	30%	REM	25
	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%	30%	REM	25

Indicadores para monitoreo y seguimiento, no asociados a reliquidación, en Tabla N°2:

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
N°1 PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN	Porcentaje de Personas que Mejoran Condición	(N° de personas que mejoran su condición funcional	incremento de 5% respecto a línea base	incremento de 5% respecto a línea base	REM

N FUNCIONAL	Funcional al egreso del Programa	según tu/n° de personas que egresan del programa) x100	del año anterior.	del año anterior.	
N°1 PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN FUNCIONAL	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

SEPTIMA: Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas (70% - 30%); la 1ª cuota contra total tramitación del convenio y, bajo la condición que se hayan recepcionado los recursos en el Servicio de Salud, y, la 2ª cuota, contra los resultados de la segunda evaluación, como se señala en la cláusula Quinta.

OCTAVA: El uso de los recursos de 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.

NOVENA: El Servicio, podrá requerir a la Municipalidad los datos e informes relativos a la ejecución del Programa y sus componentes específicos en la cláusula quinta de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

Adicionalmente, para el seguimiento, el Servicio de Salud, podrá requerir el envío de informes de avance mensuales del desarrollo del Programa.

La información deberá ser enviada al referente técnico de programa del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota **Enf. Pamela Condeza Mardones**, al correo electrónico pamela.condeza@redsalud.gov.cl

DÉCIMA: El Servicio deberá velar por la correcta utilización de los fondos traspasados acto que fiscalizará a través de la Unidad de Rendiciones de la Dirección de Atención Primaria y por el Departamento de Auditoría del Servicio de Salud de ser requerido. Sin perjuicio de lo anterior, estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la resolución N° 30 del 2015 de la Contraloría General de la República, **que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, dentro de los quince primeros días hábiles administrativos del mes siguiente** al que se informa, a fin de determinar la correcta inversión de los fondos otorgados y el cumplimiento de los objetivos previstos en la Ley o en el acto que ordena la transferencia, lo que debe ser fiscalizado por el Servicio. Considerar además que no cumplir con esta normativa significará no transferir los recursos financieros del respectivo período. Todo saldo del Programa no ejecutado deberá ser ingresado a la cuenta corriente del SSVQ, RUT: 61.606.600-5, Cuenta corriente N° 23509122458 del BancoEstado.

DÉCIMA PRIMERA: El presente convenio tiene vigencia desde el 01 de enero hasta el 31 de diciembre de 2021. En la última cuota de transferencia de recursos asignados, sujeta a evaluación de cumplimiento de metas, tendrá un plazo de 90 días de ejecución, una vez recibida la remesa, garantizando la continuidad del Programa. Sin perjuicio de esto, el presente programa podrá extender su funcionamiento hasta el 31 de marzo del año siguiente, previa evaluación y autorización del referente técnico del programa.

DECIMA SEGUNDA: Las partes acuerdan que el presente contrato 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 su término por alguna de las causales pactadas o que las partes acuerden de común acuerdo su finalización, por motivos fundados.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 01 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del año mismo.

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

DECIMA TERCERA: 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 CUARTA: El presente convenio se firma en 3 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, uno con la Municipalidad y el restante, en la División de Atención Primaria, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

PERSONERIAS: La facultad y personería del Sr. **Alfredo Molina Naves**, Director del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, para celebrar convenios, están contenidos en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1/2005, que fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y de las Leyes N°18.469 y N°18.933, conjuntamente, con los Decretos Supremos N°140/2004 y 26/2020, ambos del Ministerio de Salud. La facultad de la Sra. Alcaldesa de la Ilustre Municipalidad de Viña del Mar, **D. Virginia Reginato Bozzo**, consta en el Decreto Alcaldicio N°12.976, de fecha 06.12.2016.

3.- TRANSFIÉRASE, a la I. Municipalidad de Viña del Mar, la suma **\$152.128.679.- (Ciento cincuenta y dos millones ciento veintiocho mil seiscientos setenta y nueve pesos)**,

Estos recursos serán transferidos por el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, en representación del Ministerio de Salud 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 cuota, correspondiente al 30% restante, monto que estará sujeto a la evaluación de cumplimiento de metas y será proporcional a este, según se indica en la cláusula quinta.

4.- DECLÁRESE, el presente convenio tendrá vigencia hasta el 31 de diciembre de 2021 pudiéndose extender hasta el 31 de marzo del año siguiente, previa autorización del referente técnico e informando a referente de rendiciones del SS.

5.- DECLÁRESE, El Servicio de Salud **NO** asume responsabilidad financiera mayor que la que en este convenio se señala. En el caso de que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados por el Servicio para los efectos de este convenio, ésta deberá asumir el mayor gasto que involucre su ejecución.

6.- REQUIÉRASE, a la I. Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del Convenio, con los detalles y especificaciones que se estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

- 7.- **REQUIÉRASE**, a la I. Municipalidad dar cuenta de las sumas recibidas por este Programa y su inversión, conforme a lo establecido en la **Resolución Exenta N° 30 de 2015**, de Contraloría General de la República.
- 8.- **ESTABLÉCESE**, como administrador y coordinador del Servicio de Salud de Viña del Mar-Quillota, a **Enf. Pamela Condeza Mardones**, correo electrónico pamela.condeza@redsalud.gov.cl, quien tendrá como función principal actuar como referente técnico de este servicio respecto de la I. Municipalidad y del Ministerio de Salud además de velar por la correcta ejecución y adecuado cumplimiento de las obligaciones asumidas por las partes.
- 9.- **REQUIÉRASE**, a la I. Municipalidad la designación de una persona que actuará como referente técnico y la notificación de dicha designación a este Servicio, dentro del plazo de cinco días contados desde la fecha de suscripción del convenio.
- 10.- **FISCALÍCESE**, la correcta utilización de los fondos traspasados por departamento de Auditoría del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.
- 11.- **IMPÚTESE**, el gasto que genere el cumplimiento de la presente Resolución al subtítulo N° 24 del presupuesto del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.

ANÓTESE, REGISTRESE Y COMUNÍQUESE,

**D. ALFREDO MOLINA NAVES
DIRECTOR
S. S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA**



SERVICIO DE SALUD
VIÑA DEL MAR-QUILLOTA

CONVENIO

SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA

E

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE VIÑA DEL MAR

(Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes")

En Viña del Mar, a 01 de enero de 2021, entre el **Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Von Schroeders N°392, Viña del Mar, representado por su Director, **Sr. Alfredo Molina Naves**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **Ilustre Municipalidad de Viña del Mar**, persona jurídica de derecho público domiciliada en Av. Arlegui N°615, Viña del Mar, representada por su Alcaldesa, **D. Virginia Reginato Bozzo**, 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° 118, de 2007, 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 de "**MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES**". El referido programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N°161 del 8 de febrero de 2021 y Resolución Exenta N°92, con fecha del 2 de febrero de 2021, la cual distribuye recursos al programa, ambas del Ministerio de Salud.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar los siguientes componentes del Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes en Atención Primaria" y sus respectivas estrategias en el (los) Centros de Salud de esa comuna que se indican, cuya matriz de Indicadores se encuentra en el Programa, que forma parte integrante de este convenio:

1. 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.



2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Mejorar la capacidad funcional individual y comunitaria para enfrentar el proceso de envejecimiento
- b. Capacitar líderes comunitarios de las organizaciones sociales locales en autocuidado y estimulación funcional de las personas mayores
- c. Fomentar el desarrollo de la red local para el abordaje del envejecimiento y el fomento del envejecimiento Activo y positivo

3. COMPONENTES

a. Componente 1: PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN FUNCIONAL

Este componente es desarrollado por la dupla profesional del Programa, y consiste la intervención sociosanitaria Promocional y preventiva para mantener y/o mejorar la condición funcional, entregando servicios de estimulación funcional, motora y cognitiva y educación para habilidades en autocuidado, mediante talleres grupales de tres meses de duración, para personas mayores derivadas desde el centro de salud, desde servicios locales y desde las organizaciones sociales de personas mayores. El componente de Estimulación Funcional, el cual debe contener 24 sesiones mixtas en su totalidad distribuidas en los siguientes talleres:

- i. **Taller de Estimulación de Funciones Motoras y Prevención de Caídas:** Compuesto por 24 sesiones de 45'-60' de duración.
- ii. **Taller de Estimulación de Funciones Cognitivas:** Compuesto por 12 sesiones de 45'-60' de duración.
- iii. **Taller de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable:** Compuesto por 12 sesiones de 45'-60' de duración.

Las actividades se realizan con una frecuencia de 2 sesiones mixtas a la semana. 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.

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 el caso de localidades con acceso limitado por medios remotos(déficit en acceso a equipo, niveles deficitarios de alfabetización digital, limitación de datos móviles, entre otros), es posible modificar la ejecución de actividades del programa, mediante la entrega de material (manuales o cuadernillos) para el autocuidado y estimulación funcional en formato físico a los participantes, para el desarrollo de actividades en el hogar.

Según las posibilidades, se puede desarrollar el programa combinando actividades remotas con la entrega de material para el desarrollo individual.

Para el ingreso al Programa, en situación del desarrollo en modalidad remota, se utilizará el CUESTIONARIO DE INGRESO REMOTO AL PROGRAMA. Además para la evaluación del ingreso y egreso remoto se establece la aplicación del Cuestionario HAQ-8 modificado para el Programa, no siendo posible la aplicación del Test Time Up and Go.

El registro de actividades remotas se mantiene en REM Serie A, habiéndose homologado las actividades remotas con las presenciales cuando cumplan con las características de objetivo, 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 como la visita domiciliaria.

Si existen situaciones de fuerza mayor que implican 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, considerando un eventual ajuste en las Metas de cobertura.

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

Este componente propone una intervención en la red local para fomento del envejecimiento activo y positivo.

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

El programa en este componente aporta horas de recursos humanos para la Capacitación de los líderes Comunitarios (actividades de capacitación, seguimiento y acompañamiento técnico) y desarrollo de Planes intersectoriales (planificación, ejecución y seguimiento)

1. **Organización de la información para la gestión local.** Se espera que las comunas o establecimientos, desarrollen:

a. **Catastro de Organizaciones Locales Actualizado.** De las personas mayores o destinadas al trabajo con personas mayores, que identifique las organizaciones en cuanto a su perfil organizacional y relación con el programa.

b. **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 adulta mayor.

c. **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 de salud 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.

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

a. **Diagnóstico Situacional:** Que mediante el análisis de los antecedentes sociodemográficos y sanitarios más relevantes pueda aproximar 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.

b. **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.

c. **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. Se recomienda que los planes consideren 2 años de trabajo con las organizaciones y los líderes comunitarios, los cuales se deberán ajustar de acuerdo a nuevas necesidades.

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

a. 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. D

Por lo tanto, de las Organizaciones Sociales que cuentan con Líderes Comunitarios capacitados por el Programa, las duplas participan de actividades de acompañamiento organizadas por dichos Líderes Comunitarios.

b. 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.

Se recomienda que los Planes de Trabajo Intersectorial consideren un periodo de ejecución de 2 años, dependiendo del nivel de relación entre el programa o centro de salud y el servicio local.

4. PRODUCTOS ESPERADOS

Productos esperados del componente 1:

- a. Personas de 60 años y más que cumplan con los criterios de inclusión, ingresados al Programa de Estimulación Funcional una vez al año.
- b. Ciclos de 24 sesiones del Programa de Estimulación Funcional, en un período de 3 meses: no se determina arbitrariamente a nivel local su disminución en cuanto a periodo de tiempo y frecuencia.
- c. Personas mayores ingresadas al programa participación en al menos 18 sesiones dentro de un ciclo de 24 sesiones para ser egresadas.
- d. Personas mayores que egresan del Programa de Estimulación Funcional mantienen su condición funcional.
- e. Personas mayores que egresan del Programa de Estimulación Funcional mejoran su condición funcional.
- f. El Programa de Estimulación Funcional desarrollado 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.
- g. Evaluación Participativa de cada ciclo del Programa para incorporación de mejoras en el componente 1.
- h. 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.
- i. Flujograma de Derivación y Contrarreferencia para el sector salud construido y funcionando en forma efectiva.
- j. Flujograma de Derivación y Contraderivación para el intersector funcionando en forma efectiva.
- k. 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.
- l. Organizaciones Sociales de personas mayores ingresan al Programa de Estimulación Funcional. Se realizan actividades de difusión a organizaciones sociales de personas mayores.

Productos esperados del Componente 2:

1. Acciones de difusión y coordinación del Programa con el intersector y la comunidad.



2. Organizaciones Sociales Locales de y para personas mayores son reportadas en el Catastro de Organizaciones Sociales.
3. Servicios locales con oferta programática para personas mayores se incluyen en el Catastro de Servicios Locales y son ingresados al Programa.
4. Mapa de Red Local o elemento que cumpla funciones según lo descrito.
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.
6. Diagnóstico Situacional y Diagnóstico Participativo para definición de necesidades de capacitación de Líderes Comunitarios en Autocuidado y Estimulación Funcional diseñado y ejecutado por el Programa.
7. Plan de Capacitación de Líderes Comunitarios diseñado y ejecutado.
8. Plan(es) intersectorial(es) para fomento del envejecimiento activo y positivo diseñado y ejecutado
9. Organizaciones Sociales que cuentan con Líderes Comunitarios capacitados por el Programa participan de actividades de acompañamiento por parte del equipo 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 de **\$152.128.679.- (Ciento cincuenta y dos millones ciento veintiocho mil seiscientos setenta y nueve pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento del programa, objeto del presente convenio, siendo asignados para las siguientes categorías en cada centro de salud, los montos descritos a continuación:

Centro de Salud	Categoría	Monto
CESFAM Dr. Marco Maldonado	Recurso Humano	\$ 27.586.401.-
	Insumos	\$ 715.100.-
	Capacitación	\$ 1.110.000.-
	Movilización	\$ 574.000.-
CESFAM Dr. Jorge Kaplan	Recurso Humano	\$ 27.586.401.-
	Insumos	\$ 715.100.-
	Capacitación	\$ 1.110.000.-
	Movilización	\$ 574.000.-
	RRHH acompañamiento líderes comunitarios	\$ 1.100.587.-
CESFAM Gómez Carreño	Recurso Humano	\$ 27.586.401.-
	Insumos	\$ 715.100.-
	Capacitación	\$ 1.110.000.-
	Movilización	\$ 574.000.-
	RRHH acompañamiento líderes comunitarios	\$ 1.100.587.-
CESFAM Miraflores	Recurso Humano	\$ 27.586.401.-
	Insumos	\$ 715.100.-
	Capacitación	\$ 1.110.000.-
	Movilización	\$ 574.000.-
CESFAM Nueva Aurora	Recurso Humano	\$ 27.586.401.-
	Insumos	\$ 715.100.-
	Capacitación	\$ 1.110.000.-
	Movilización	\$ 574.000.-
Total		\$ 152.128.679.-



El financiamiento del Componente 2, es exclusivo para recurso humano destinado al acompañamiento y apoyo a los líderes comunitarios. Esto equivale a 14.3 horas mensuales, aparte de horario que deben cumplir los profesionales contratados para el programa. En el caso que la dupla no pueda realizar a esta labor por diversos motivos, se podrá realizar las gestiones para que otro profesional del equipo del establecimiento pueda realizar el mencionado acompañamiento a los líderes.

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: Monitoreo y Evaluación

Se efectuará el seguimiento y monitoreo sistemático de la ejecución del programa. Se efectuarán en los meses de abril, agosto y diciembre. Evaluando se el desarrollo de ambos componentes y del cumplimiento de los indicadores, productos y medios de verificación.

Primera Evaluación: Mes de Marzo

Se efectuará con corte al 31 de marzo. La información deberá enviarse consolidada al Servicio de salud con fecha tope al 05 de abril.

Las metas a cumplir en esta evaluación son:

1. Contratación de las duplas profesionales con fecha tope 02 de marzo para la contratación de ambos profesionales establecidos por programa.
2. Primera reunión de trabajo de la red de establecimientos y comunas de los servicios de salud que desarrollan el programa con participación de los profesionales ejecutores.
3. Entrega de la información básica para el desarrollo del Programa a las duplas profesionales (Resolución Exenta del Programa, Orientación Técnica del Programa para todos los equipos y Manual de Apoyo a los Equipos de Atención Primaria para equipos de establecimientos y comunas que incorporan por primera vez el programa).
4. En esta evaluación debe informarse respecto a aquellas comunas o establecimientos que hayan descontinuado la intervención del programa durante los primeros meses del año, para proceder a la redistribución de recursos correspondiente, recordando que se debe promover la continuidad de la atención y el acceso de las personas mayores durante todo el año.

De acuerdo a los resultados de esta evaluación se procederá a la redistribución de recursos no utilizados y a la solicitud de planes de mejora a los servicios de salud, los que deberán dar cuenta de las acciones comprometidas por las comunas y el Servicio de Salud respectivo que corrijan las situaciones de incumplimiento.

El Municipio se compromete a enviar las estadísticas correspondientes a la ejecución del Programa vía REM y los Informes requeridos por el Programa, con fecha de corte al 31 de marzo, hasta el día 05 del mes de abril del año en curso.

Segunda Evaluación: Mes de Agosto

Se efectuará con corte al 31 de agosto del año en curso. De acuerdo a 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 al 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.

La comuna y establecimientos deberá informar al corte de agosto el desarrollo del programa en el informe del programa que, de cuenta del logro de los productos de ambos componentes, entregado con fecha tope 06 de septiembre, al respectivo Servicio de Salud.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento, la comuna podrá apelar al Servicio de salud, 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.

Tercera Evaluación: Mes de Diciembre

Se realizará con corte al 31 de diciembre, fecha en que la comuna beneficiaria deberá tener el 100% de las prestaciones comprometidas por componente ejecutadas.

Las comuna y establecimientos deberá informar del cierre anual del programa y del desarrollo final obtenido, en el informe final del programa que, de cuenta del logro de los productos de ambos componentes, entregado con fecha tope 06 de enero del siguiente año, 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 mismo.

Finalmente, el no cumplimiento de las actividades y metas anuales, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

Frente a situaciones que limiten por fuerza mayor el desarrollo habitual del programa según su diseño, limitando el desarrollo de las actividades y metas comprometidas, el servicio de Salud según su evaluación, considerará mantener la continuidad del programa y la no afectación de los recursos aun cuando no se cumpla la meta comprometida por el programa.

SEXTA: El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los componentes, indicadores y metas del programa, que se presentan a continuación, en Tabla N°1:

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta Agosto	Meta Diciembre	Verificador	Peso relativo
N°1 PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN FUNCIONAL Y COGNITIVA	% de población mayores de 60 años que mantienen o mejoran 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	12.5
	% de población mayor a 60 años que mantienen	(N° de personas egresadas del programa que mantie	60%	60%	REM	12.5

	o mejoran su condición funcional según Timed up and go	o mejoran su condición funcional según timed up and go) / N° de total personas que egresan del Programa) x 100				
	% de población de 60 años y más enal programa con 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 de dependencia) + (N° de personas entre 60 y 64 años ingresadas al programa con EMPA vigente) / Población comprometida a ingresar) x 100 ^[1]	60%	100%	REM	12.5
	Promedio de Asistentes Sesiones Programa	Suma de asistentes a sesiones en el mes/N° de Sesiones realizadas en el mes	Promedio de 15	Promedio de 15	REM	12.5
N° 2: Fomento del Autocuidado del Adulto Mayor en Organizaciones Sociales Y 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 programática para personas mayores (total o parcial) en el período) x100	20%	30%	REM	25
	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%	30%	REM	25

Indicadores para monitoreo y seguimiento, no asociados a reliquidación, en Tabla N°2:

COMPONENTE	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	META AGOSTO	META DICIEMBRE	VERIFICACIÓN
N°1 PROGRAMA DE	Porcentaje de Personas Mayores que	(N° de personas mayores que egresan del	80%	80%	REM



ESTIMULACIÓN FUNCIONAL	egresan del Programa	programa/ n° de personas mayores que ingresan al programa) x100			
N°1 PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN FUNCIONAL	Porcentaje de Personas que Mejoran Condición Funcional al egreso del Programa	(N° de personas que mejoran su condición funcional según tu g/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 PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN FUNCIONAL	Porcentaje de Personas que Mejoran Condición Funcional al egreso del Programa	(N° de personas que mejoran su condición funcional según el 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

SEPTIMA: Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas (70% - 30%); la 1ª cuota contra total tramitación del convenio y, bajo la condición que se hayan recepcionado los recursos en el Servicio de Salud, y, la 2ª cuota, contra los resultados de la segunda evaluación, como se señala en la cláusula Quinta.

OCTAVA: El uso de los recursos de 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.

NOVENA: El Servicio, podrá requerir a la Municipalidad los datos e informes relativos a la ejecución del Programa y sus componentes específicos en la cláusula quinta de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

Adicionalmente, para el seguimiento, el Servicio de Salud, podrá requerir el envío de informes de avance mensuales del desarrollo del Programa.

La información deberá ser enviada al referente técnico de programa del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota **Enf. Pamela Condeza Mardones**, al correo electrónico pamela.condeza@redsalud.gov.cl

DÉCIMA: El Servicio deberá velar por la correcta utilización de los fondos traspasados acto que fiscalizará a través de la Unidad de Rendiciones de la Dirección de Atención Primaria y por el Departamento de Auditoría del Servicio de Salud de ser requerido. Sin perjuicio de lo anterior, estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la resolución N° 30 del 2015 de la Contraloría General de la República, **que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, dentro de los quince primeros días hábiles administrativos del mes siguiente** al que se informa, a fin de determinar la correcta inversión de los fondos otorgados y el cumplimiento de los objetivos previstos en la Ley o en el acto que ordena la transferencia, lo que debe ser fiscalizado por el Servicio. Considerar además que no cumplir con esta normativa significará no transferir los recursos financieros del respectivo período.

Todo saldo del Programa no ejecutado deberá ser ingresado a la cuenta corriente del SSVQ, RUT: 61.606.600-5, Cuenta corriente N° 23509122458 del BancoEstado.

DÉCIMO PRIMERA: El presente convenio tiene vigencia desde el 01 de enero hasta el 31 de diciembre de 2021. En la última cuota de transferencia de recursos asignados, sujeta a evaluación de cumplimiento de metas, tendrá un plazo de 90 días de ejecución, una vez recibida la remesa, garantizando la continuidad del Programa. Sin perjuicio de esto, el presente programa podrá extender su funcionamiento hasta el 31 de marzo del año siguiente, previa evaluación y autorización del referente técnico del programa.

DECIMO SEGUNDA: Las partes acuerdan que el presente contrato 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 su término por alguna de las causales pactadas o que las partes acuerden de común acuerdo su finalización, por motivos fundados.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 01 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del año mismo.

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

DECIMO TERCERA: 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.

DÉCIMO CUARTA: El presente convenio se firma en 3 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, uno con la Municipalidad y el restante, en la División de Atención Primaria, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

PERSONERIAS: La facultad y personería del Sr. **Alfredo Molina Naves**, Director del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, para celebrar convenios, están contenidos en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1/2005, que fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y de las Leyes N°18.469 y N°18.933, conjuntamente, con los Decretos Supremos N°140/2004 y 26/2020, ambos del Ministerio de Salud. La facultad de la Sra. Alcaldesa de la Ilustre Municipalidad de Viña del Mar, **D. Virginia Reginato Bozzo**, consta en el Decreto Alcaldicio N°12.976, de fecha 06.12.2016.



D. VIRGINIA REGINATO BOZZO
ALCALDESA
I. MUNICIPALIDAD DE VIÑA DEL MAR

SR. ALFREDO MOLINA NAVES
DIRECTOR
SERVICIO SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA

EU.CHB/CA.GFT/aeg.



Resolución comuna Viña del Mar, Int. 267

Correlativo: 1572 / 18-03-2021

Documento firmado por:

Nombre	Establecimiento	Cargo
Alfredo Andrés Molina Naves	DIRECCIÓN SSVQ	Director Servicio Salud

Documento visado por:

Nombre	Establecimiento	Cargo
Graciela Del Carmen Fuentes Torres	DIRECCIÓN SSVQ	Profesional Y Técnico Universitario
Maria Constanza Harbin Barahona	DIRECCIÓN SSVQ	Enfermera



Verificar: <https://verificar.ssvq.cl/>

Folio: 1F1-2MD-7KN

Código de verificación: W8I-9JZ-QTZ