MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD
VIÑA DEL MAR – QUILLOTA
DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA
INT. N°401 de fecha 01.03.2024

RESOLUCION EXENTA N° (E)

VIÑA DEL MAR,

VISTOS:

- Lo dispuesto en la Ley N°18.575 sobre Bases de la Administración del Estado, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N°1/19.653, publicado con fecha 17 de noviembre de 2001. 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°07/2019 y N°14/2022, ambas 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 D.F.L. 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 Decreto Ley N°2763, de 1979 y de las Leyes N°18.933 y N°18.469; DL N°1.263, del año 1975; Ley N°21.640 publicada en el Diario Oficial del 18 de diciembre de 2023, que fija el presupuesto nacional para el año 2024; conjuntamente con los Decretos Supremos N°140/2004 y N°52/2022 ambos del Ministerio de Salud.

CONSIDERANDO:

1. 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"**.

2. Que, el referido programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°154 del 17 de febrero de 2023.** Los recursos son distribuidos e informados por medio de la **Resolución Exenta N°106 con fecha del 01 de febrero de 2024,** ambas del Ministerio de Salud.

3. Que, conforme con lo señalado precedentemente, el Ministerio de Salud a través del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, conviene en transferir a la **I. Municipalidad de Nogales** como entidad administradora de salud municipalizada, los recursos destinados a implementar el **Programa "Mas Adultos Mayores Autovalentes".**

4. El Convenio suscrito con fecha 01 de enero del 2024, entre el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota y la **I. Municipalidad de Nogales**, en virtud del cual la I. Municipalidad se compromete a desarrollar el **Programa "Mas Adultos Mayores Autovalentes".**

RESUELVO:

1. **APRUÉBESE,** el convenio celebrado con fecha 01 de enero del 2024, entre el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota y la **I. Municipalidad de Nogales** en virtud del cual ésta se compromete a desarrollar el **Programa "Mas Adultos Mayores Autovalentes".**

2. **CÚMPLASE,** de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución Exenta N°07/2019 y N°14/2022, ambas de la 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 2024, entre el **Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota,** RUT N°61.606.600-5, persona jurídica de Derecho Público, representada por su Directora **Andrea Quiero Gelmi**, ambos domiciliados en calle Von Schroeders N°392, Viña del Mar, en adelante **"El Servicio",** por una parte; y la **Ilustre Municipalidad de Nogales,** persona jurídica de Derecho Público, representada por su Alcaldesa **Margarita Osorio Pizarro**, ambos domiciliado en Pedro Félix Vicuña N°199, comuna de Nogales, en adelante **"La Municipalidad"** por la otra, han acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley Nº 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49°".

Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo Nº 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 Nº154 del 17 de febrero de 2023 y Resolución Exenta N°106 con fecha del 01 de febrero de 2023, 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: INTERVENCIÓN SOCIOSANITARIAPROMOCIONAL Y PREVENTIVA PARA MANTENER Y/O MEJORAR LA CONDICIÓN FUNCIONAL (Ex Programa de Estimulación Funcional)

El objetivo de este componente es entregar el servicio de estimulación funcional y autocuidado grupal a las personas mayores (PM) que cumplen con los criterios de ingreso al programa, mediante una intervención sociosanitaria realizada por la dupla del programa.

Dura 3 meses e implica dos sesiones mixtas semanales de 90 a120 minutos de duración cada una, facilitadas por una dupla profesional formada por un(a) kinesiólogo y un(a) terapeuta ocupacional. El componente de Estimulación Funcional, el cual debe contener 24 sesiones mixtas en su totalidad distribuidas en los siguientes talleres:

a. Taller de Estimulación de Funciones Motoras y Prevención de Caídas 24 sesiones.
b. Taller de Estimulación de Funciones Cognitivas 12 sesiones.
c. Taller de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable 12 sesiones.

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

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

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

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

Para el Ingreso al Programa, cuando éste se encuentre desarrollando acciones remotas por limitación de las actividades presenciales, se utilizará el Cuestionario de Ingreso Remoto al Programa, el que deberá enmarcarse dentro de las acciones de continuidad de atención para las personas mayores por parte de los establecimientos de APS que ejecuten el Programa, facilitando las derivaciones pertinentes en caso de pesquisa de situaciones que ameriten atención por parte del equipo de salud y que no reemplaza el Examen de Medicina Preventivo. Para la evaluación de ingreso y egreso remoto se establece la

utilización del Cuestionario de Funcionalidad HAQ-8 modificado para el Programa, no siendo posible la aplicación del Test Timed Up and Go por su aplicación presencial.

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

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

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

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.

1. Organización de la información para la gestión local.

Se espera que las comunas o establecimientos, desarrollen:

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

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

- **Mapa de Red Local con Organizaciones Sociales y Servicios**, que representa la localización y la vinculación con el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes y

la red sociosanitaria de la que forman parte, para orientar el trabajo del equipo y la información entregada a los participantes de ambos componentes del programa, en cuanto a posibilidades de continuidad de Estimulación Funcional y Autocuidado en la red Local. Puede incorporar herramientas tecnológicas de georreferenciación para favorecer la gestión territorial y las acciones de promoción y prevención de salud en personas mayores.

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

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

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

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

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

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

  Se recomienda que los Planes de Capacitación consideren dos años de trabajo con las organizaciones y los Líderes Comunitarios mediante acciones de capacitación, seguimiento y acompañamiento técnico. Se deberán ajustar estos planes frente a nuevas necesidades identificadas por las personas mayores y situaciones contingentes. Las actividades de capacitación, seguimiento y acompañamiento de los Líderes Comunitarios se realizan en forma continua dentro del año de ejecución del Programa.

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

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

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

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

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

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

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

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

Frente a la existencia de condiciones que limiten el desarrollo presencial del programa según la anterior descripción, se deberá promover la adaptación de las formas de contacto y realización de las actividades del Componente 2. Se valida la posibilidad de realizar

acciones a distancia mediante el uso de dispositivos tecnológicos y otras actividades que permitan el logro de los productos y el contacto con Líderes Comunitarios e Intersector para el desarrollo adaptado del componente (Visita domiciliaria, contacto por teléfono, radio, redes sociales, otros)

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

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

c. Componente 3: PLAN DE FORMACIÓN PARA EQUIPOS DEL PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES

Permite el desarrollo y refuerzo de conocimientos y competencias en los equipos del programa Más Adultos Mayores Autovalentes para la atención promocional y preventiva en personas mayores y el trabajo comunitario en salud.
Consiste en el desarrollo de actividades de capacitación destinadas a reforzar áreas técnicas y operativas del programa entre los Referentes de Servicios de Salud y equipos de APS que desarrollan el programa, entiéndase duplas del programa Más Adultos Mayores Autovalentes.
La participación de los equipos de salud podrá efectuarse en forma remota y/o presencial según la planificación anual comunicada desde la División de Atención Primaria y los Servicios de Salud.
Los equipos de APS (duplas del programa Más Adultos Mayores Autovalentes) deben participar en las actividades de este componente, según comunicación desde cada Servicio de Salud, correspondiendo su asistencia a actividades de capacitación a nivel de Servicio de Salud, nivel Macrozonal o Nacional, convocadas en modalidad remota o presencial. Estas actividades se llevarán a cabo en coordinación con otras líneas programáticas relacionadas con capacitación y cuidado integral de personas mayores procurando el perfeccionamiento continuo de los conocimientos y competencias para la atención promocional y preventiva de personas mayores y la gestión del programa.
Los Municipios que suscriben el convenio para la ejecución del programa Más Adultos Mayores Autovalentes deberán entregar las facilidades para la participación de las duplas del programa en las actividades de capacitación a nivel de Servicio de Salud, Macrozonal o Nacional, tanto presenciales como remotas, debiendo considerar que su participación y la formación en estas instancias de capacitación forma parte de la adecuada ejecución del programa, siendo evaluada para la continuidad del mismo, según se describe en los criterios de asignación del programa.

4. PRODUCTOS ESPERADOS: Los Servicios de Salud evaluarán el desarrollo de los productos del programa, en las actividades de acompañamiento en terreno y mediante la revisión de verificadores.

4.1. Productos esperados del desarrollo del Componente 1:

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

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

2. Ciclos de 24 sesiones del Componente 1, en un período de 3 meses: Los ciclos se ciñen a este número de sesiones y no se determina arbitrariamente a nivel local su disminución en cuanto a período de tiempo y frecuencia.

3. Personas mayores ingresadas al programa participaron en al menos **20** sesiones dentro de un ciclo de 24 sesiones para ser egresada**s. Se considerará desarrollo inadecuado del programa cuando arbitrariamente se egrese a las personas en períodos de intervención menor.**

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

4. Personas mayores que egresan del Programa de Estimulación Funcional mantienen su condición funcional, evaluados con Test Timed Up And Go y Cuestionario de Funcionalidad.
5. Personas mayores que egresan del Programa de Estimulación Funcional mejoran su condición funcional, evaluadas con Test Timed Up And Go y Cuestionario de Funcionalidad.
   Verificadores de los productos 4 y 5, son el registro en ficha clínica al ingreso, y al egreso del programa de las personas que completan ciclos con los respectivos resultados obtenidos en ambas evaluaciones y la evaluación con REM.
6. El Componente 1 se compone de 24 sesiones del Taller de Estimulación de Funciones Motoras y Prevención de Caídas; 12 sesiones del Taller de Estimulación de Funciones Cognitivas y 12 sesiones del Taller de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable, desarrolladas según la modalidad descrita para el componente mediante actividades que combinan los distintos talleres y consideran la participación de ambos profesionales de las duplas y de las personas mayores.
   Verificador de este producto se obtiene de la programación y ejecución de las actividades propias del programa, de las visitas de supervisión y acompañamiento técnico por parte de Referente del Servicio de Salud a la dupla del programa, registro audiovisual de las sesiones, entrevista a personas mayores.
7. Evaluación Participativa de cada ciclo del Programa para incorporación de mejoras en el componente 1. En cada cierre de ciclo de intervención a cada grupo, se genera un espacio de diálogo y reflexión para conocer la percepción de las PM sobre el desarrollo del componente, sus aprendizajes y propuestas de mejora. Esta información debe quedar consignada junto a las acciones resultantes para el seguimiento por parte del Programa a nivel local y de Servicio de Salud.

   Verificador de la Evaluación Participativa, es la sistematización de las evaluaciones participativas presentadas en los cortes de agosto y diciembre y las respectivas propuestas de planificación y ejecución de esta actividad al cierre de los ciclos respaldada con información entregada por escrito, registro audiovisual u otro que respalde la participación de las personas mayores y resuma los resultados y propuestas de estas evaluaciones.
8. Protocolo de Procedimientos para el Manejo de Eventos Centinelas, Eventos Adversos y descompensaciones u otras situaciones de salud pesquisadas en las actividades del programa, formulado y validado con los centros de salud y servicios de urgencia respectivos, que opere frente a los eventos descritos.

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

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

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

   Cada comuna o establecimiento en que se desarrolle el programa deberá organizar la atención de personas mayores, facilitando el acceso, y el cuidado integral y continuo mediante las atenciones disponibles por el Plan de Salud Familia, PRAPS, otras garantizadas por el GES y las disponibles a través de Telegeriatría u otra de atención remota, incorporando el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes dentro de las estrategias de atención promocionales y preventivas de personas mayores y reforzando su participación dentro de la implementación de la Estrategia de Cuidado Integral.
   Para este desarrollo se deberá coordinar fuertemente el trabajo en cada sector del CESFAM con los equipos involucrados en la atención de personas mayores y las distintas líneas de atención en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS). Para el soporte técnico de este desarrollo se deberá fortalecer la integración para el acompañamiento conjunto e integrado por parte de los Referentes de Servicio involucrados (Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, Personas Mayores, MAIS, Salud Mental, Cardiovascular, Promoción, entre otros), siendo el equipo gestor de la ECICEP del Servicio de Salud el espacio para ello.
   Verificador de este producto son los esquemas de atención de personas mayores diseñados, validados y comunicados a los equipos de cada centro de salud incluyendo todos los estamentos, las actas de reunión respectivas y otros según pertinencia local.
10. Esquemas de integración Sociosanitarios Locales incluyen el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

    Dentro de la implementación del programa, en su continua mejora para el acceso de las personas mayores a las prestaciones del componente 1 y, para el acompañamiento en la resolución de necesidades o acceso a servicios, se debe establecer en forma organizada el trabajo con los Servicios Locales, definiendo formatos accesibles de entrega de información y mecanismos de comunicación que faciliten el tránsito de las personas mayores entre servicios de diferentes sectores.
    Verificador de este producto son los flujogramas intersectoriales de organización de la atención de personas mayores, actas de reuniones intersectoriales y otros según pertinencia local.
11. La dupla del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes se encuentra incorporada en el equipo de salud, participando en las actividades de los centros de salud. Al mismo tiempo las actividades de los Talleres de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable, cuentan con la participación de otros integrantes del equipo de salud, bajo la modalidad educativa determinada para el Programa.

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

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

4.2. Productos esperados del desarrollo del Componente 2:

1. Acciones de difusión y coordinación del Programa con el intersector y la comunidad: Se realizan las acciones descritas por parte del Programa en coordinación con los respectivos centros de salud, promoviendo la difusión de los mecanismos de ingreso al

Programa y la coordinación con el intersector para la evaluación de áreas en que se requiere una planificación conjunta.

2. Organizaciones Sociales Locales de y para personas mayores son reportadas en el Catastro de Organizaciones Sociales: El Catastro de Organizaciones Sociales da cuenta del N° de Organizaciones existentes a nivel local.

3. Servicios locales con oferta programática para personas mayores se incluyen en el Catastro de Servicios Locales y son ingresados al Programa: El Catastro de Servicios Locales con oferta programática para personas mayores da cuenta de los servicios existentes a nivel local.

4. Mapa de Red Local o elemento construido en forma colaborativa que cumpla funciones de entrega didáctica de información para apoyo al equipo del centro de salud (y otros servicios) para las gestiones con organizaciones sociales y servicios locales. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.

5. Guía u otro elemento para usuarios personas mayores u organizaciones sociales, de construcción participativa, que mencione los servicios disponibles para personas mayores en cada territorio y su caracterización. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.

6. Diagnóstico Situacional y Diagnóstico Participativo para: definición de necesidades de capacitación de Líderes Comunitarios en Autocuidado y Estimulación Funcional diseñado y/o evaluación del Proceso de Capacitación de Líderes Comunitarios. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.

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

8. Plan(es) intersectorial(es) para fomento del envejecimiento activo y positivo ejecutados anualmente. Se recomienda que los Planes de Trabajo Intersectorial consideren un período de ejecución de dos años dependiendo del nivel de relación entre el programa o centro de salud y el servicio local.

9. Organizaciones Sociales que cuentan con Líderes Comunitarios capacitados por el Programa participan de actividades de acompañamiento por parte del equipo del programa: El Programa desarrolla en forma continua actividades de acompañamiento a los Líderes del Programa, destinadas a conocer el funcionamiento del trabajo con las organizaciones, nuevos requerimientos de educación para el autocuidado y estimulación funcional y a un trabajo más personalizado con cada una de los Líderes formados y sus organizaciones.

4.3. Productos esperados del desarrollo del Componente 3

-Participación en actividades diagnósticas de necesidades de capacitación a nivel de Servicio de Salud, Macrozonal y Nacional.
-Participación de las duplas del programa Más Adultos Mayores Autovalentes (equipos de atención directa del programa, financiados con recursos del mismo) en las actividades de difusión, capacitación, acompañamiento técnico y evaluación a nivel de Servicio de Salud, Macrozona o Nacional, presenciales y remotas.
-Otras determinadas por el Servicio de Salud
Verificador: Reporte del Servicio de Salud respecto a la participación en actividades descritas, listas de asistencia, certificación de actividades de capacitación.

CONSIDERACIONES PARA EL LOGRO DE LOS PRODUCTOS:

- **De las comunas, establecimientos y equipos de salud que ejecutan el programa Más Adultos Mayores Autovalentes**

Las comunas y establecimientos que ejecutan el programa deben entregar las facilidades a las duplas del programa para recibir el acompañamiento técnico por parte del referente del Servicio de Salud y para la participación en actividades de acompañamiento técnico, asesoría y capacitación del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes. Estas actividades se desarrollarán a nivel de Servicios de Salud, Macrozona y Nacional. En caso de interrupción de la comunicación o inasistencia a las actividades del programa planificadas por el Servicio de Salud o la División de Atención Primaria, esta situación será considerada en la valoración del desarrollo adecuado del Programa.
Las comunas y establecimientos que desarrollan el Programa deberán realizar las acciones necesarias para la adecuada difusión del programa al interior de los equipos transversales y territoriales que integran los centros de salud, de manera de optimizar las vías de referencia y contrarreferencia al programa Más Adultos Mayores Autovalentes, en el marco del cuidado integral y continuo de las personas mayores. Se espera que todos los funcionarios de los centros de la red conozcan el programa, las vías de acceso y los resultados obtenidos en la población a cargo.
La dupla profesional del programa es parte integrante del equipo de salud, por tanto, participa en actividades de planificación y resolución para la población a cargo. Se debe procurar y entregar las facilidades para el trabajo en terreno de los equipos y la coordinación de actividades con servicios del intersector, generando un flujograma de derivación y contra derivación al interior de la red local de servicios.
Las acciones del Programa deben considerarse dentro del Protocolo de Manejo de Eventos Críticos y Adversos de cada CESFAM, determinando un Flujograma de Manejo de Eventos Críticos y Adversos para el Programa, que sea conocido y validado con el equipo de salud de los centros respectivos y los Servicios de Urgencia relacionados, reconociendo que este programa se desarrolla predominantemente al exterior de las dependencias de salud.
La ejecución de las actividades del programa, el logro de sus productos y el cumplimiento de las metas son responsabilidad del equipo de salud en su conjunto, debiendo ser abordada a nivel de comuna o establecimiento de salud y no debiendo recaer su logro en los esfuerzos aislados de la dupla profesional.

- **Horas de Profesionales**

Las horas de contratación profesional deben ser idealmente en jornadas de 44 horas, o menos según financiamiento indicado y autorización del Servicio de Salud. Este horario se debe resguardar, en función de las actividades y prestaciones del programa en cuanto a trabajo comunitario en salud, cercanía con la comunidad y los equipos de salud y el intersector, desplazamientos para talleres y el cumplimiento de las actividades y metas.

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 **$19.994.364.- (diecinueve millones novecientos noventa y cuatro mil trescientos sesenta y cuatro 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 NOGALES	Recurso Humano	$16.885.392
	Insumos	$378.842
	Capacitación	$619.927
	Movilización	$2.110.203
TOTAL		**$19.994.364**

El Municipio se compromete a cumplir los objetivos señalados por éste y, a implementar y desarrollar las acciones señaladas en el presente convenio, además, deberá asegurar los espacios físicos municipales que permitan la adecuada ejecución del programa y de igual forma el acceso a la movilización para el desarrollo del acceso a las acciones territoriales.

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.

9.1. Primera Evaluación: Desarrollo del Programa entre los meses de enero a marzo

Se efectuará con corte al 31 de marzo. La información deberá enviarse consolidada desde los Servicios de Salud a la División de Atención Primaria con fecha tope 20 de abril, dando cuenta de las metas a cumplir en esta evaluación correspondientes a:

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

2. Información sobre el funcionamiento de las duplas del programa al 30 de marzo.

3. Propuesta de redistribución de recursos no ejecutados en el primer trimestre. Deberá dar cuenta de 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.
4. Reporte de 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, que incluya nómina de participantes, temáticas abordadas y acuerdos con los equipos
5. 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)
6. Entrega de la información relacionada con la planificación anual de actividades a nivel de Servicio de Salud y Nacional.

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 y que permitan proyectar un desarrollo adecuado de las actividades del programa y cumplimiento de metas al mes de diciembre.

9.2. Segunda Evaluación: Desarrollo del Programa entre los meses de enero y agosto

Se efectuará con corte al 31 de agosto de 2024. 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.
Adicionalmente a la evaluación por Registro Estadístico Mensual, el Servicio de Salud deberá informar del grado de desarrollo de los productos establecidos para los tres componentes del programa con fecha 15 de septiembre para todas las comunas y establecimientos de su jurisdicción que desarrollan el Programa. El Servicio de Salud deberá contar con los medios de verificación que den cuenta de lo informado en este corte, por tanto, deberá desarrollar dentro de los procesos de acompañamiento técnico las actividades necesarias para el cumplimiento de los productos establecidos, verificación de su logro y acompañamiento de los equipos con deficiencias en su desarrollo.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento de las actividades, metas y productos del programa, 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 diciembre de cada año. A su vez, el Servicio de Salud, una vez analizada y avalada la solicitud, podría solicitar al MINSAL la no reliquidación del Programa.
No obstante, 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, la obligatoriedad de la ejecución de los componentes del programa y las actividades correspondientes, la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período. **El no cumplimiento de las actividades asociadas a los tres componentes y a sus productos, y el no cumplimiento de las metas, tanto por indicador como a nivel global, al corte de agosto, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.**
Finalmente, recursos (producto de la reliquidación) que provengan de aquellas comunas y establecimientos que no cumplan con las prestaciones y metas proyectadas, podrán ser reasignados por el Servicio de Salud, a comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación a la fecha del corte del año en curso, en el mismo Programa o por la División de Atención Primaria a otros establecimientos.

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

Se realizará con corte al 31 de diciembre de 2025, fecha en que los establecimientos y comunas beneficiarias deberán tener el **100% de las prestaciones comprometidas por componente ejecutadas.**
Las comunas y establecimientos deberán informar 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 los tres componentes del programa, entregado con fecha tope 06 de enero del siguiente año, al respectivo Servicio de Salud.
Adicionalmente a la evaluación por Registro Estadístico Mensual, el Servicio de Salud deberá informar del grado de desarrollo de los productos establecidos para ambos componentes con fecha 15 de enero para todas las comunas y establecimientos de su jurisdicción que desarrollan el Programa. El Servicio de Salud deberá contar con los medios de verificación que den cuenta de lo informado en este corte.
Esta evaluación final del programa mide su desempeño global y considera, entre otros, el desarrollo de elementos y actividades básicas de atención de la población objetivo del programa, como el acceso a las prestaciones e ingreso de personas mayores en forma continua, la disponibilidad de la dupla profesional para el desarrollo continuo de los tres componentes del programa y actividades asociadas, la participación de los equipos del programa, entiéndase las duplas, en las actividades de difusión, de capacitación y de evaluación convocadas por el Servicio de Salud o por la División de Atención Primaria, junto

con el cumplimiento global de las metas y desarrollo óptimo de los productos del programa. Además, determina la devolución de recursos no ejecutados y la evaluación de continuidad del programa en comunas o establecimientos con ejecución deficitaria.
Se podrá solicitar el envío de informes de avances mensuales a los respectivos Servicios de Salud, y de éste, a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, del Ministerio de Salud, conforme instrucciones Ministeriales.
En relación a los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos determinados en la Distribución de Recursos del presente programa, se entiende que el no cumplimiento en la fecha de cortes definidos para la evaluación resultará en la reliquidación del programa. Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que causen el incumplimiento, la comuna podrá apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un Plan de Trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas establecidas. A su vez el Servicio de Salud, una vez analizadas las razones expuestas por la comuna y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar al Ministerio de Salud la no reliquidación del Programa.
No obstante, la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del Programa al 31 de diciembre y las comunas mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera, cumplimiento de actividades y logro de las metas al final del período. Finalmente, el no cumplimiento de las actividades asociadas a los tres componentes, sus productos y metas anuales, incidirá en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente 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 Nº1: **INDICADORES ASOCIADOS A RELIQUIDACIÓN:** Metas de cumplimiento del programa cortes meses de agosto y diciembre.

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta Ago	Meta Dic	Verificador	Peso relativo
N°1	% de población de 60 años y más participante del programa que mantiene o mejora su condición funcional según cuestionario de funcionalidad	(Nº de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad) / Nº de total personas que egresan del programa) x 100	80%	80%	REM	12.5
	% de población de 60 años y más participante del programa que mantiene o mejora su	(Nº de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según Timed up and	80%	80%	REM	12.5[1]

1 Frente a la interrupción de la actividad presencial por motivos de fuerza mayor, descritos en el componente 1, este indicador no se podrá medir, por asociarse a una evaluación presencial. En estos casos, para efectos de evaluación, el peso relativo se agregará al del indicador % de población de 60 años y más participante del programa que mantiene o mejora su condición funcional según cuestionario de funcionalidad, el que puede ser aplicado en forma remota. Esta situación debe ser comunicada por el Servicio de Salud previo a los cortes.
2La población comprometida a ingresar anualmente corresponde a 538 personas por dupla profesional por establecimiento. En la situación que un establecimiento tenga dos duplas profesionales asignadas, la población comprometida a ingresar corresponde a 1100 personas por establecimiento. En casos excepcionales la población comprometida puede ser rebajada con autorización de la División de Atención Primaria, presentados los antecedentes desde el Servicio de Salud.

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

4 Organizaciones con Líderes Comunitarios Capacitados: corresponde a organizaciones con al menos un integrante capacitado como Líder Comunitario por el Programa. Se considera también para Líderes anteriormente formados que durante el período reciben una actualización de la capacitación. Organizaciones Sociales ingresadas al Programa: Corresponde a las

	condición funcional según Timed up and Go	Go) / Nº de total personas que egresan del Programa) x 100				
	% de población de 60 años y más en control en Centro de Salud, ingresados al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	(Nº de personas de 65 años y más ingresadas al programa con condición autovalente + autovalente con riesgo + en riesgo de dependencia) +(N° de personas entre 60 y 64 años ingresadas al programa con EMPA vigente) / Población comprometida a ingresar) x 100 [2]	60%	100%	REM	25
	Promedio de Asistentes a Sesiones del Programa	Suma de asistentes a sesiones en el mes/Nº de Sesiones realizadas en el mes	Promedio de 15	Promedio de 15	REM	10
Nº 2:	Trabajo en Red Local	(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[3]	20%	40%	REM	20
	Capacitación de Líderes Comunitarios	(N° Organizaciones con Líderes Comunitarios Capacitados por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período/Organizaciones ingresadas al Programa de Estimulación Funcional del programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período) x100 [4]	20%	40%	REM	20

INDICADORES PARA MONITOREO Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA. NO ASOCIADOS A RELIQUIDACIÓN

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

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta agosto	Meta diciembre	Verificación
N°1	Porcentaje de Personas Mayores que egresan del Programa	(N° de personas mayores que egresan del programa/ n° de personas mayores que ingresan al programa) x100	80%	80%	REM

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

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

SEPTIMA: Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de Atención Primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación. El Servicio de Salud determinará la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades del Programa.
Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud en 2 cuotas, en representación del Ministerio de Salud. 70% a la total tramitación del acto aprobatorio, y el 30% restante, de acuerdo a los resultados de la evaluación con corte al 31 de octubre, la cual se aplicará a los recursos asociados.

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 **Enfermera Pamela Karen Condeza Mardones**, al correo electrónico **pamela.condeza@redsalud.gob.cl**

DÉCIMA: Los municipios deberán incorporar a su patrimonio estos recursos, conforme lo establecido en el artículo 4° del decreto ley N° 1.263, de 1975, orgánico de administración financiera del estado.

El Servicio deberá velar por la correcta utilización de los fondos traspasados acto que fiscalizará a través de la Unidad de Convenios de la Dirección de Atención Primaria y por el Departamento de Auditoria del S.S. de ser requerido. Sin perjuicio de lo anterior, estas trasferencias de recursos que rigen por las normas establecidas en **la Resolución N°30 del 2015 de la Contraloría 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, la cual deberá ser ingresada a plataforma Sistema de Rendiciones SISREC de la Contraloría**, 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 entre el Servicio de Salud y la Ilustre Municipalidad. Considerar, además, que no cumplir con esta normativa significará no transferir los recursos financieros del respectivo periodo.

Además, considerando lo establecido en el artículo 13 de la resolución antes indicada, podrán incluirse en la rendición de cuentas gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación, por razones de continuidad o buen servicio.

Por otra parte, los saldos no ejecutados deben ser reintegrados una vez terminado el periodo de vigencia del convenio. Este deberá ser reintegrado en su totalidad, conforme a lo establecido en la Ley N°21.640 publicada en el Diario Oficial del 18 de diciembre del 2023, que fija el presupuesto nacional y sus mecanismos de rendición y reintegro fiscal para el año 2024, en concordancia con el DF N°1.263, del año 1975.

Todo saldo del Programa no ejecutado deberá ser reintegrado a la TESORERIA GENERAL DE LA REPUBLICA, informando al departamento de finanzas y la Unidad de Rendiciones del SSVQ.

DÉCIMA PRIMERA: El presente convenio tiene vigencia desde el 01 de enero hasta el 31 de diciembre de 2024. 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 Publico 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 marzo 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.

PERSONERÍA: La facultad y personería de **Andrea Quiero Gelmi**, Directora 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 N°52/2022, ambos del Ministerio de Salud. La personería de **Margarita Osorio Pizarro**, Alcaldesa de la Ilustre Municipalidad de Nogales, consta en Sentencia de Proclamación N°299-2021 del Tribunal Electoral de Valparaíso de fecha 29.06.2021 y Decreto Alcaldicio N°1400 de fecha 30/06/2021.

3. **ASÍGNESE,** a la **I. Municipalidad de Nogales**, recursos por un monto de **$19.994.364.- (diecinueve millones novecientos noventa y cuatro mil trescientos sesenta y cuatro pesos).**
   Estos recursos serán transferidos por el Servicio, en representación del Ministerio de Salud, en **dos cuotas.** La Primera cuota equivalente al 70% del total de los recursos una vez afinada la tramitación de la respectiva resolución aprobatoria de este convenio y se encuentren recepcionados los recursos desde el Ministerio de Salud;

la Segunda cuota equivalente al 30% restante del total de los recursos se transferirá una vez rendida y aprobada la rendición de cuentas de la cuota anterior y de acuerdo a la evaluación realizada por parte del referente técnico.

4. **DECLARESE**, El presente convenio tendrá vigencia desde el **01 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024**. Debiendo ser ejecutado técnica y financieramente en su totalidad conforme a los componentes del programa. Lo anterior, conforme a la Ley N°21.640, del 18 de diciembre de 2023, que fija el gasto público para el año 2024.

En consecuencia, todo saldo no ejecutado debe se reintegrado en su totalidad, conforme a lo establecido en la Ley N°21.640, de fecha 07 de diciembre de 2023, publicada en el Diario Oficial del 18 de diciembre del 2023, que fija el presupuesto nacional y sus mecanismos de rendición y reintegro fiscal para el año 2024, en concordancia con el DF N°1.263, del año 1975.

5. **DECLÁRESE,** en caso de que la “Municipalidad” se exceda de los fondos por el Servicio para los efectos de este convenio, deberá asumir el mayor gasto que involucre su ejecución, sin perjuicio de lo indicado en la cláusula primera del presente convenio.

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 o su inversión, conforme a lo establecido en la Resolución Exenta N°30 de 2015, de Contraloría General de la República.

8. **FISCALÍCESE,** la correcta utilización de los fondos traspasados por departamento de Auditoria del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.

9. **IMPÚTESE,** el gasto que genere el cumplimiento de la presente Resolución al subtítulo 24 del presupuesto del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.

10. **COMUNÍQUESE,** la presente resolución a todas las Unidades y Departamentos correspondientes para su debido conocimiento y aplicación.

ANÓTESE, REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE,

ANDREA QUIERO GELMI
DIRECTORA
S.S VIÑA DEL MAR-QUILLOTA

KLGO.RFN/MAT.HMP/ABG.GGA/scc.
DISTRIBUCIÓN:
- Municipalidad.
- Subdirección de RRFF. y Financieros S.S.V.Q.
- Dirección de Atención Primaria S.S.V.Q.
- Of. de Partes S.S.V.Q

SERVICIO DE SALUD
VIÑA DEL MAR-QUILLOTA
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

CONVENIO

SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA

E

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE NOGALES

(Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes")

En Viña del Mar, a 01 de enero de 2024, entre el **Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota,** RUT N°61.606.600-5, persona jurídica de Derecho Público, representada por su Directora **Andrea Quiero Gelmi**, ambos domiciliados en calle Von Schroeders N°392, Viña del Mar, en adelante **"El Servicio"**, por una parte; y la **Ilustre Municipalidad de Nogales,** persona jurídica de Derecho Público, representada por su Alcaldesa **Margarita Osorio Pizarro**, ambos domiciliado en Pedro Félix Vicuña N°199, comuna de Nogales, en adelante **"La Municipalidad"** por la otra, han acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley Nº 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49°".

Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo Nº 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 Nº154 del 17 de febrero de 2023 y Resolución Exenta N°106 con fecha del 01 de febrero de 2023, 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 lideres 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: INTERVENCIÓN SOCIOSANITARIAPROMOCIONAL Y PREVENTIVA PARA MANTENER Y/O MEJORAR LA CONDICIÓN FUNCIONAL (Ex Programa de Estimulación Funcional)

El objetivo de este componente es entregar el servicio de estimulación funcional y autocuidado grupal a las personas mayores (PM) que cumplen con los criterios de ingreso al programa, mediante una intervención sociosanitaria realizada por la dupla del programa.

Dura 3 meses e implica dos sesiones mixtas semanales de 90 a120 minutos de duración cada una, facilitadas por una dupla profesional formada por un(a) kinesiólogo y un(a) terapeuta ocupacional. El componente de Estimulación Funcional, el cual debe contener 24 sesiones mixtas en su totalidad distribuidas en los siguientes talleres:

a. Taller de Estimulación de Funciones Motoras y Prevención de Caidas 24 sesiones.
b. Taller de Estimulación de Funciones Cognitivas 12 sesiones.
c. Taller de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable 12 sesiones.

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

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

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

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

Para el Ingreso al Programa, cuando éste se encuentre desarrollando acciones remotas por limitación de las actividades presenciales, se utilizará el Cuestionario de Ingreso Remoto al Programa, el que deberá enmarcarse dentro de las acciones de continuidad de atención para las personas mayores por parte de los establecimientos de APS que ejecuten el Programa, facilitando las derivaciones pertinentes en caso de pesquisa de situaciones que ameriten atención por parte del equipo de salud y que no reemplaza el Examen de Medicina Preventivo. Para la evaluación de ingreso y egreso remoto se establece la utilización del

Cuestionario de Funcionalidad HAQ-8 modificado para el Programa, no siendo posible la aplicación del Test Timed Up and Go por su aplicación presencial.

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

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

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

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.

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

- **Catastro de Organizaciones Locales Actualizado de personas mayores o destinadas al trabajo con personas mayores**, que identifique las organizaciones en cuanto a su perfil organizacional y relación con el Programa. Como ejemplos de organizaciones se considera una agrupación de personas mayores, club de adulto mayor, centro de madres, club deportivo, etc. Este catastro debe ser actualizado en forma anual por el programa, de modo de tener actualizados los datos sobre vigencia y contacto con las organizaciones. Este instrumento sirve además para identificar aquellas organizaciones en las que ya se ha desarrollado el Programa de Estimulación Funcional, aquellas en las que se cuenta con Líderes Comunitarios del Programa, las que se han pesquisado con menor cobertura de EMPAM, etc. Para organizar las intervenciones a desarrollar, procurando alcanzar la mayor cobertura de organizaciones con acciones promocionales y preventivas de salud y favoreciendo la corresponsabilidad en salud.
- **Catastro de Servicios Locales Actualizado que dé cuenta de la oferta programática local para las personas mayores**, incorporando aquellos servicios locales relacionados directamente con la población adulto mayor y también aquellos que dentro de su oferta programática cuentan con estrategias que benefician a la población mayor. Este catastro identifica a los servicios que incorpora y su relación con el Programa. Por ejemplo, oficina municipal del adulto mayor, dirección de deportes, departamento de acción social, biblioteca municipal, universidades, escuelas, etc. Este catastro debe identificar además el nivel de relación intersectorial que existe entre el centro de salud y el servicio local, procurando pasar del nivel de relación incidental al desarrollo de planes de trabajo intersectoriales que fomenten el Envejecimiento Activo, Autocuidado y Estimulación Funcional de las Personas Mayores.
- **Mapa de Red Local con Organizaciones Sociales y Servicios**, que representa la localización y la vinculación con el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes y la red sociosanitaria de la que forman parte, para orientar el trabajo del equipo y la información entregada a los participantes de ambos componentes del programa, en

cuanto a posibilidades de continuidad de Estimulación Funcional y Autocuidado en la red Local. Puede incorporar herramientas tecnológicas de georreferenciación para favorecer la gestión territorial y las acciones de promoción y prevención de salud en personas mayores.

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

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

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

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

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

- **Capacitación de Líderes Comunitarios para el Autocuidado y Estimulación Funcional en sus organizaciones:** La capacitación de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional, es realizado de acuerdo a los resultados del

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

c. Componente 3: PLAN DE FORMACIÓN PARA EQUIPOS DEL PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES

Permite el desarrollo y refuerzo de conocimientos y competencias en los equipos del programa Más Adultos Mayores Autovalentes para la atención promocional y preventiva en personas mayores y el trabajo comunitario en salud.
Consiste en el desarrollo de actividades de capacitación destinadas a reforzar áreas técnicas y operativas del programa entre los Referentes de Servicios de Salud y equipos de APS que desarrollan el programa, entiéndase duplas del programa Más Adultos Mayores Autovalentes.
La participación de los equipos de salud podrá efectuarse en forma remota y/o presencial según la planificación anual comunicada desde la División de Atención Primaria y los Servicios de Salud.
Los equipos de APS (duplas del programa Más Adultos Mayores Autovalentes) deben participar en las actividades de este componente, según comunicación desde cada Servicio de Salud, correspondiendo su asistencia a actividades de capacitación a nivel de Servicio de Salud, nivel Macrozonal o Nacional, convocadas en modalidad remota o presencial. Estas actividades se llevarán a cabo en coordinación con otras líneas programáticas relacionadas con capacitación y cuidado integral de personas mayores procurando el perfeccionamiento continuo de los conocimientos y competencias para la atención promocional y preventiva de personas mayores y la gestión del programa.
Los Municipios que suscriben el convenio para la ejecución del programa Más Adultos Mayores Autovalentes deberán entregar las facilidades para la participación de las duplas del programa en las actividades de capacitación a nivel de Servicio de Salud, Macrozonal o Nacional, tanto presenciales como remotas, debiendo considerar que su participación y la formación en estas instancias de capacitación forma parte de la adecuada ejecución del programa, siendo evaluada para la continuidad del mismo, según se describe en los criterios de asignación del programa.

4. PRODUCTOS ESPERADOS: Los Servicios de Salud evaluarán el desarrollo de los productos del programa, en las actividades de acompañamiento en terreno y mediante la revisión de verificadores.

4.1. Productos esperados del desarrollo del Componente 1:

1. Personas de 60 años y más que cumplan con los criterios de inclusión, ingresados al Programa de Estimulación Funcional una vez al año: Las personas ingresadas cumplen con los criterios establecidos, no existiendo ingresos de personas sin los criterios de inclusión y no **existiendo interrupción del acceso de las personas mayores al programa, por desarrollo de otras actividades ajenas al mismo.**
   Los verificadores de este producto son los listados de asistencia, la planificación de los talleres, el registro en ficha clínica de la actividad de ingreso y el registro en REM.
2. Ciclos de 24 sesiones del Componente 1, en un período de 3 meses: Los ciclos se ciñen a este número de sesiones y no se determina arbitrariamente a nivel local su disminución en cuanto a período de tiempo y frecuencia.

3. Personas mayores ingresadas al programa participaron en al menos **20** sesiones dentro de un ciclo de 24 sesiones para ser egresadas**. Se considerará desarrollo inadecuado del programa cuando arbitrariamente se egrese a las personas en períodos de intervención menor.**
   Verificadores de los productos 2 y 3 son el respaldo de la programación de los talleres, de la evaluación final de cada persona mayor, el listado de asistencia con el correspondiente registro de las sesiones a las que asiste la persona, la entrevista aleatoria a personas mayores, los elementos de registro de citaciones al programa que usan las personas mayores, el registro en ficha clínica al egreso del componente 1 y otros según pertinencia local.
4. Personas mayores que egresan del Programa de Estimulación Funcional mantienen su condición funcional, evaluados con Test Timed Up And Go y Cuestionario de Funcionalidad.
5. Personas mayores que egresan del Programa de Estimulación Funcional mejoran su condición funcional, evaluadas con Test Timed Up And Go y Cuestionario de Funcionalidad.
   Verificadores de los productos 4 y 5, son el registro en ficha clínica al ingreso, y al egreso del programa de las personas que completan ciclos con los respectivos resultados obtenidos en ambas evaluaciones y la evaluación con REM.
6. El Componente 1 se compone de 24 sesiones del Taller de Estimulación de Funciones Motoras y Prevención de Caídas; 12 sesiones del Taller de Estimulación de Funciones Cognitivas y 12 sesiones del Taller de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable, desarrolladas según la modalidad descrita para el componente mediante actividades que combinan los distintos talleres y consideran la participación de ambos profesionales de las duplas y de las personas mayores.
   Verificador de este producto se obtiene de la programación y ejecución de las actividades propias del programa, de las visitas de supervisión y acompañamiento técnico por parte de Referente del Servicio de Salud a la dupla del programa, registro audiovisual de las sesiones, entrevista a personas mayores.
7. Evaluación Participativa de cada ciclo del Programa para incorporación de mejoras en el componente 1. En cada cierre de ciclo de intervención a cada grupo, se genera un espacio de diálogo y reflexión para conocer la percepción de las PM sobre el desarrollo del componente, sus aprendizajes y propuestas de mejora. Esta información debe quedar consignada junto a las acciones resultantes para el seguimiento por parte del Programa a nivel local y de Servicio de Salud.
   Verificador de la Evaluación Participativa, es la sistematización de las evaluaciones participativas presentadas en los cortes de agosto y diciembre y las respectivas propuestas de planificación y ejecución de esta actividad al cierre de los ciclos respaldada con información entregada por escrito, registro audiovisual u otro que respalde la participación de las personas mayores y resuma los resultados y propuestas de estas evaluaciones.
8. Protocolo de Procedimientos para el Manejo de Eventos Centinelas, Eventos Adversos y descompensaciones u otras situaciones de salud pesquisadas en las actividades del programa, formulado y validado con los centros de salud y servicios de urgencia respectivos, que opere frente a los eventos descritos.
   Este protocolo debe encontrarse incorporado en el protocolo general del centro de salud.
   Verificador de este producto es el documento descrito validado por los representantes de los servicios involucrados y las acciones de validación y comunicación del mismo al equipo de salud.
9. Esquema de atención y cuidado integral de personas mayores en los centros de salud incluye al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.
   Cada comuna o establecimiento en que se desarrolle el programa deberá organizar la atención de personas mayores, facilitando el acceso, y el cuidado integral y continuo mediante las atenciones disponibles por el Plan de Salud Familia, PRAPS, otras garantizadas por el GES y las disponibles a través de Telegeriatría u otra de atención remota, incorporando el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes

dentro de las estrategias de atención promocionales y preventivas de personas mayores y reforzando su participación dentro de la implementación de la Estrategia de Cuidado Integral.

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

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

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

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

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

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

    Verificador: Actas de reuniones, informe de actividades.

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

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

4.2. Productos esperados del desarrollo del Componente 2:

1. Acciones de difusión y coordinación del Programa con el intersector y la comunidad: Se realizan las acciones descritas por parte del Programa en coordinación con los respectivos centros de salud, promoviendo la difusión de los mecanismos de ingreso al Programa y la coordinación con el intersector para la evaluación de áreas en que se requiere una planificación conjunta.
2. Organizaciones Sociales Locales de y para personas mayores son reportadas en el Catastro de Organizaciones Sociales: El Catastro de Organizaciones Sociales da cuenta del N° de Organizaciones existentes a nivel local.
3. Servicios locales con oferta programática para personas mayores se incluyen en el Catastro de Servicios Locales y son ingresados al Programa: El Catastro de Servicios Locales con oferta programática para personas mayores da cuenta de los servicios existentes a nivel local.
4. Mapa de Red Local o elemento construido en forma colaborativa que cumpla funciones de entrega didáctica de información para apoyo al equipo del centro de salud (y otros

servicios) para las gestiones con organizaciones sociales y servicios locales. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.

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

4.3. Productos esperados del desarrollo del Componente 3

-Participación en actividades diagnósticas de necesidades de capacitación a nivel de Servicio de Salud, Macrozonal y Nacional.
-Participación de las duplas del programa Más Adultos Mayores Autovalentes (equipos de atención directa del programa, financiados con recursos del mismo) en las actividades de difusión, capacitación, acompañamiento técnico y evaluación a nivel de Servicio de Salud, Macrozona o Nacional, presenciales y remotas.
-Otras determinadas por el Servicio de Salud
Verificador: Reporte del Servicio de Salud respecto a la participación en actividades descritas, listas de asistencia, certificación de actividades de capacitación.

CONSIDERACIONES PARA EL LOGRO DE LOS PRODUCTOS:

- **De las comunas, establecimientos y equipos de salud que ejecutan el programa Más Adultos Mayores Autovalentes**

Las comunas y establecimientos que ejecutan el programa deben entregar las facilidades a las duplas del programa para recibir el acompañamiento técnico por parte del referente del Servicio de Salud y para la participación en actividades de acompañamiento técnico, asesoría y capacitación del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes. Estas actividades se desarrollarán a nivel de Servicios de Salud, Macrozona y Nacional. En caso de interrupción de la comunicación o inasistencia a las actividades del programa planificadas por el Servicio de Salud o la División de Atención Primaria, esta situación será considerada en la valoración del desarrollo adecuado del Programa.
Las comunas y establecimientos que desarrollan el Programa deberán realizar las acciones necesarias para la adecuada difusión del programa al interior de los equipos transversales y territoriales que integran los centros de salud, de manera de optimizar las vías de referencia y contrarreferencia al programa Más Adultos Mayores Autovalentes, en el marco del cuidado integral y continuo de las personas mayores. Se espera que todos los

funcionarios de los centros de la red conozcan el programa, las vías de acceso y los resultados obtenidos en la población a cargo.
La dupla profesional del programa es parte integrante del equipo de salud, por tanto, participa en actividades de planificación y resolución para la población a cargo. Se debe procurar y entregar las facilidades para el trabajo en terreno de los equipos y la coordinación de actividades con servicios del intersector, generando un flujograma de derivación y contra derivación al interior de la red local de servicios.
Las acciones del Programa deben considerarse dentro del Protocolo de Manejo de Eventos Críticos y Adversos de cada CESFAM, determinando un Flujograma de Manejo de Eventos Críticos y Adversos para el Programa, que sea conocido y validado con el equipo de salud de los centros respectivos y los Servicios de Urgencia relacionados, reconociendo que este programa se desarrolla predominantemente al exterior de las dependencias de salud.
La ejecución de las actividades del programa, el logro de sus productos y el cumplimiento de las metas son responsabilidad del equipo de salud en su conjunto, debiendo ser abordada a nivel de comuna o establecimiento de salud y no debiendo recaer su logro en los esfuerzos aislados de la dupla profesional.

- **Horas de Profesionales**

Las horas de contratación profesional deben ser idealmente en jornadas de 44 horas, o menos según financiamiento indicado y autorización del Servicio de Salud. Este horario se debe resguardar, en función de las actividades y prestaciones del programa en cuanto a trabajo comunitario en salud, cercanía con la comunidad y los equipos de salud y el intersector, desplazamientos para talleres y el cumplimiento de las actividades y metas.

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 **$19.994.364.- (diecinueve millones novecientos noventa y cuatro mil trescientos sesenta y cuatro 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 NOGALES	Recurso Humano	$16.885.392
	Insumos	$378.842
	Capacitación	$619.927
	Movilización	$2.110.203
TOTAL		**$19.994.364**

El Municipio se compromete a cumplir los objetivos señalados por éste y, a implementar y desarrollar las acciones señaladas en el presente convenio, además, deberá asegurar los espacios físicos municipales que permitan la adecuada ejecución del programa y de igual forma el acceso a la movilización para el desarrollo del acceso a las acciones territoriales.

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.

9.1. Primera Evaluación: Desarrollo del Programa entre los meses de enero a marzo

Se efectuará con corte al 31 de marzo. La información deberá enviarse consolidada desde los Servicios de Salud a la División de Atención Primaria con fecha tope 20 de abril, dando cuenta de las metas a cumplir en esta evaluación correspondientes a:

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

2. Información sobre el funcionamiento de las duplas del programa al 30 de marzo.

3. Propuesta de redistribución de recursos no ejecutados en el primer trimestre. Deberá dar cuenta de 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.

4. Reporte de 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, que incluya nómina de participantes, temáticas abordadas y acuerdos con los equipos

5. 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)

6. Entrega de la información relacionada con la planificación anual de actividades a nivel de Servicio de Salud y Nacional.

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 y que permitan proyectar un desarrollo adecuado de las actividades del programa y cumplimiento de metas al mes de diciembre.

9.2. Segunda Evaluación: Desarrollo del Programa entre los meses de enero y agosto

Se efectuará con corte al 31 de agosto de 2024. 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.

Adicionalmente a la evaluación por Registro Estadístico Mensual, el Servicio de Salud deberá informar del grado de desarrollo de los productos establecidos para los tres componentes del programa con fecha 15 de septiembre para todas las comunas y establecimientos de su jurisdicción que desarrollan el Programa. El Servicio de Salud deberá contar con los medios de verificación que den cuenta de lo informado en este corte, por tanto, deberá desarrollar dentro de los procesos de acompañamiento técnico las actividades necesarias para el cumplimiento de los productos establecidos, verificación de su logro y acompañamiento de los equipos con deficiencias en su desarrollo.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento de las actividades, metas y productos del programa, 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 diciembre de cada año. A su vez, el Servicio de Salud, una vez analizada y avalada la solicitud, podría solicitar al MINSAL la no reliquidación del Programa.

No obstante, 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, la obligatoriedad de la ejecución de los componentes del programa y las actividades correspondientes, la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período. **El no cumplimiento de las actividades asociadas a los tres componentes y a sus productos, y el no cumplimiento de las metas, tanto por indicador como a nivel global, al corte de agosto, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.**

Finalmente, recursos (producto de la reliquidación) que provengan de aquellas comunas y establecimientos que no cumplan con las prestaciones y metas proyectadas, podrán ser reasignados por el Servicio de Salud, a comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación a la fecha del corte del año en curso, en el mismo Programa o por la División de Atención Primaria a otros establecimientos.

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

Se realizará con corte al 31 de diciembre de 2025, fecha en que los establecimientos y comunas beneficiarias deberán tener el **100% de las prestaciones comprometidas por componente ejecutadas.**

Las comunas y establecimientos deberán informar 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 los tres componentes del programa, entregado con fecha tope 06 de enero del siguiente año, al respectivo Servicio de Salud.

Adicionalmente a la evaluación por Registro Estadístico Mensual, el Servicio de Salud deberá informar del grado de desarrollo de los productos establecidos para ambos componentes con fecha 15 de enero para todas las comunas y establecimientos de su jurisdicción que desarrollan el Programa. El Servicio de Salud deberá contar con los medios de verificación que den cuenta de lo informado en este corte.

Esta evaluación final del programa mide su desempeño global y considera, entre otros, el desarrollo de elementos y actividades básicas de atención de la población objetivo del programa, como el acceso a las prestaciones e ingreso de personas mayores en forma continua, la disponibilidad de la dupla profesional para el desarrollo continuo de los tres componentes del programa y actividades asociadas, la participación de los equipos del programa, entiéndase las duplas, en las actividades de difusión, de capacitación y de evaluación convocadas por el Servicio de Salud o por la División de Atención Primaria, junto con el cumplimiento global de las metas y desarrollo óptimo de los productos del programa. Además, determina la devolución de recursos no ejecutados y la evaluación de continuidad del programa en comunas o establecimientos con ejecución deficitaria.

Se podrá solicitar el envío de informes de avances mensuales a los respectivos Servicios de Salud, y de éste, a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, del Ministerio de Salud, conforme instrucciones Ministeriales.

En relación a los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos determinados en la Distribución de Recursos del presente programa, se entiende que el no cumplimiento en la fecha de cortes definidos para la evaluación resultará en la reliquidación del programa. Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que causen el incumplimiento, la comuna podrá apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un Plan de Trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas establecidas. A su vez el Servicio de Salud, una vez analizadas las razones expuestas por la comuna y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar al Ministerio de Salud la no reliquidación del Programa.

No obstante, la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del Programa al 31 de diciembre y las comunas mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera, cumplimiento de actividades

y logro de las metas al final del periodo. Finalmente, el no cumplimiento de las actividades asociadas a los tres componentes, sus productos y metas anuales, incidirá en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente 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: **INDICADORES ASOCIADOS A RELIQUIDACIÓN:** Metas de cumplimiento del programa cortes meses de agosto y diciembre.

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

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

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

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

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

	Promedio de Asistentes a Sesiones del Programa	Suma de asistentes a sesiones en el mes/N° de Sesiones realizadas en el mes	Promedio de 15	Promedio de 15	REM	10
N° 2:	Trabajo en Red Local	(N° de Servicios Locales con Planes Intersectoriales para el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo junto al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en desarrollo en el periodo/Servicios Locales con oferta programática para personas mayores (total o parcial) en el periodo) x100[3]	20%	40%	REM	20
	Capacitación de Líderes Comunitarios	(N° Organizaciones con Líderes Comunitarios Capacitados por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el periodo/Organizaciones ingresadas al Programa de Estimulación Funcional del programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período) x100 [4]	20%	40%	REM	20

INDICADORES PARA MONITOREO Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA. NO ASOCIADOS A RELIQUIDACIÓN

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

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

SEPTIMA: Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de Atención Primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación. El Servicio de Salud determinará la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades del Programa.

Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud en 2 cuotas, en representación del Ministerio de Salud. 70% a la total tramitación del acto aprobatorio, y el 30% restante, de acuerdo a los resultados de la evaluación con corte al 31 de octubre, la cual se aplicará a los recursos asociados.

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 especificos 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 envio 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 **Enfermera Pamela Karen Condeza Mardones**, al correo electrónico pamela.condeza@redsalud.gob.cl

DÉCIMA: Los municipios deberán incorporar a su patrimonio estos recursos, conforme lo establecido en el artículo 4° del decreto ley N° 1.263, de 1975, orgánico de administración financiera del estado.

El Servicio deberá velar por la correcta utilización de los fondos traspasados acto que fiscalizará a través de la Unidad de Convenios de la Dirección de Atención Primaria y por el Departamento de Auditoria del S.S. de ser requerido. Sin perjuicio de lo anterior, estas trasferencias de recursos que rigen por las normas establecidas en **la Resolución N°30 del 2015 de la Contraloría de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, dentro de los quince primeros dias hábiles administrativos del mes siguiente al que se informa, la cual deberá ser ingresada a plataforma Sistema de Rendiciones SISREC de la Contraloría**, 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 entre el Servicio de Salud y la Ilustre Municipalidad. Considerar, además, que no cumplir con esta normativa significará no transferir los recursos financieros del respectivo periodo.

Además, considerando lo establecido en el articulo 13 de la resolución antes indicada, podrán incluirse en la rendición de cuentas gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación, por razones de continuidad o buen servicio.

Por otra parte, los saldos no ejecutados deben ser reintegrados una vez terminado el periodo de vigencia del convenio. Este deberá ser reintegrado en su totalidad, conforme a lo establecido en la Ley N°21.640 publicada en el Diario Oficial del 18 de diciembre del 2023, que fija el presupuesto nacional y sus mecanismos de rendición y reintegro fiscal para el año 2024, en concordancia con el DF N°1.263, del año 1975.

Todo saldo del Programa no ejecutado deberá ser reintegrado a la TESORERIA GENERAL DE LA REPUBLICA, informando al departamento de finanzas y la Unidad de Rendiciones del SSVQ.

DÉCIMA PRIMERA: El presente convenio tiene vigencia desde el 01 de enero hasta el 31 de diciembre de 2024. 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 Publico 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 marzo 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.

PERSONERÍA: La facultad y personería de **Andrea Quiero Gelmi**, Directora 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 N°52/2022, ambos del Ministerio de Salud. La personería de **Margarita Osorio Pizarro**, Alcaldesa de la Ilustre Municipalidad de Nogales, consta en Sentencia de Proclamación N°299-2021 del Tribunal Electoral de Valparaíso de fecha 29.06.2021 y Decreto Alcaldicio N°1400 de fecha 30/06/2021.

I. MUNICIPALIDAD DE NOGALES
ALCALDE

MARGARITA OSORIO PIZARRO
ALCALDESA
I. MUNICIPALIDAD DE NOGALES

ANDREA QUIERO GELMI
DIRECTORA
S.S VIÑA DEL MAR-QUILLOTA

KLGO.RFN/MAT.HMP/ABG.GGA/EU.PCM/aeg.

V° B°
ASESOR
JURIDICO

INT. N°401 - NOGALES (Convenio)

Correlativo: 2034 / 06-03-2024

Documento firmado por:

Nombre	Establecimiento	Cargo
Andrea Pilar Quiero Gelmi	DIRECCIÓN SSVQ	Director Servicio Salud

Documento visado por:

Nombre	Establecimiento	Cargo
Hernan Alberto Montiel Peralta	DIRECCIÓN SSVQ	Profesional Y Técnico Universitario
Gustavo Adolfo Gómez Atabales	DIRECCIÓN SSVQ	Profesional Y Técnico Universitario
Rodrigo Alexis Fernández Navarrete	DIRECCIÓN SSVQ	Director Aps

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

Folio: 1HO-AP2-UHU

Código de verificación: OUZ-NKD-B28

Documento Firmado Digitalmente SSVQ