



Dirección
Asesoría Jurídica
Nº 174
N.REF: 147-2021

APRUEBA "CONVENIO PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES ENTRE EL SSMN Y LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LAMPA"

RESOLUCIÓN EXENTA: 296 *03.03.2021

SANTIAGO,

VISTOS: Las facultades concedidas por el D.F.L. Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley Nº 2.763, de 1979 y de las Leyes Nº 18.933 y Nº 18.469; el D.F.L. Nº 1 de 17 de noviembre de 2001, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley 18.575 Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; la Ley 19.880 que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de los Órganos del Estado; el Decreto Supremo Nº 140, de 2004, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; la Ley 21.289 de Presupuesto del Sector Público correspondiente al año 2021; la Ley 19.378 que Establece Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal; el Decreto Nº 2296, de 23 de diciembre de 1995, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento de la Ley 19.378; el Decreto Afecto Nº 41 de 13 de septiembre de 2019 que designa en calidad de titular a D. Guillermo Enrique Hartwig Jacob, como Director del Servicio de Salud Metropolitano Norte, tomado de razón con fecha 04 de octubre de 2019; Resolución Nº 7, de 2019 y 16 de 2020, ambas de Contraloría General de la República, sobre exención del trámite de toma de razón; y

CONSIDERANDO:

1. Que, al Servicio de Salud Metropolitano Norte, organismo estatal funcionalmente descentralizado, le corresponde la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial, por lo que en ese sentido debe apoyar la implementación y gestión de los programas ministeriales a desarrollarse en atención primaria;
2. Que, en ese contexto se dicta la Resolución Exenta Nº 161, de 08 de febrero de 2021 del Ministerio de Salud, en que se aprueba el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, el que tiene por propósito prolongar la autovalencia de las personas mayores para contribuir a mejorar su calidad de vida, mediante el fortalecimiento de capacidad individual y colectiva para enfrentar el envejecimiento;
3. Que, ahora bien, por Resolución Exenta Nº 92, de 02 de febrero de 2021, del Ministerio de Salud, se distribuyen recursos al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes de la Atención Primaria en la Red Asistencial, en donde se indica que a fin de garantizar la buena ejecución del programa, se asignan al Servicio de Salud Metropolitano Norte la suma de \$690.954.648 (seiscientos noventa millones novecientos cincuenta y cuatro mil seiscientos cuarenta y ocho pesos), a distribuir entre las comunas pertenecientes a su jurisdicción, entre los subtitulo 24 y 22 según corresponda;
4. Que, es del caso dejar establecido que el monto total de recursos asignados se encuentran contemplados en la Ley 21.289, del Presupuesto del Sector Público para el año 2021, partida 16, Capítulo 02, Programa 02, Glosas 01 y 02 y considera el incremento de la Ley 21.306. Asimismo dejar establecido que esta distribución, no constituye, en ningún caso, un aumento del presupuesto aprobado en la citada Ley Nº 21.289, ni aumento en la Glosa 02 de Nº de cargos y Nº de personas;
5. Que, en ese sentido el Servicio ha suscrito un convenio de transferencia de recursos con la I. Municipalidad de Lampa, para la adecuada implementación del programa, constatando que se cuenta con los recursos comprometidos, tal y como se confirma con el Certificado de Disponibilidad Presupuestaria Nº 97, de 11 de febrero de 2021, emitido por el Jefe (S) del Subdepartamento de Finanzas del Servicio;

6. Que, en virtud de lo anterior, y los principios del acto administrativo, dicto la siguiente;

RESOLUCIÓN:

1.- APRUÉBASE, el "Convenio Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, entre la I. Municipalidad de Lampa y el Servicio de Salud Metropolitano Norte", cuyo texto es del siguiente tenor:

CONVENIO "PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES"

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE E ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LAMPA

En Santiago, a 15 de febrero de 2021 entre el **Servicio de Salud Metropolitano Norte**, órgano estatal funcionalmente descentralizado, RUT: 61.608.000-8, representado por su Director D. Guillermo Hartwig Jacob, cédula de identidad N° 8.572.796-6, ambos con domicilio en calle Maruri N° 272, comuna de Independencia, en adelante "el Servicio", y la **Ilustre Municipalidad de Lampa**, corporación autónoma de derecho público, RUT: 69.071.400-0, representada por su Alcaldesa D. Graciela Ortúzar Novoa, cédula de identidad N° 9.502.457-2, ambos con domicilio en Baquedano N° 964, comuna de Colina, en adelante "la Municipalidad", han suscrito un convenio que se registrá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Antecedentes

En el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria, se ha definido que la Atención Primaria de Salud (APS) representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público, siendo en ese sentido su objetivo otorgar una atención de salud equitativa y de calidad, centrada en las personas y sus familias, enfocada en lo preventivo y promocional.

En ese orden de ideas, se constata que Chile tiene una población que está envejeciendo rápidamente y que está entre los países con mayor porcentaje de personas mayores en el mundo, vinculándose directamente al incremento sostenido en magnitud y peso que representan las personas mayores dentro de la población beneficiaria de los centros de atención primaria. Es así como para el año 2050, se proyecta que porcentualmente las personas mayores se duplicarán alcanzando el 32% en relación al total de la población nacional, lo que implica la necesidad de prever estrategias promocionales y preventivas que procuren que esta población acceda a intervenciones para mantener o potenciar su estado de salud y su conexión con redes comunitarias adecuados a dicho fin.

En este contexto surge entonces la necesidad de disponer de un programa que aborde el ejercicio de la autonomía y las habilidades funcionales del adulto mayor, las que están estrechamente relacionadas con la frecuencia de las actividades físicas y de integración social, favoreciendo la calidad de vida y obstaculizando la aparición de cambios biopsicosociales significativos de la vejez. Previniendo además efectos como la disminución en la capacidad funcional mediante la intervención funcional motora, cognitiva y de autocuidado en ambos componentes y el afrontamiento positivo de la vejez cuando el adulto mayor cuenta, entre otros, con un entorno ambiental seguro, vínculos familiares y acceso a la atención en salud. Para lo cual el Ministerio de Salud ha dictado la Resolución Exenta N° 161 de 08 de febrero de 2021 que aprueba el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

A lo anterior, las partes dejan establecido que el Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, glosa 01 y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de enero a diciembre de cada año, de acuerdo al marco presupuestario asignado.

SEGUNDA: Del Objeto del Convenio

Por medio del presente convenio las partes dejan establecido que el objeto del convenio es la transferencia de recursos desde el Servicio de Salud a la Municipalidad para la implementación, ejecución y puesta en marcha del Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes". Sin perjuicio de lo anterior, dicha transferencia estará condicionada a la correcta ejecución del programa y cumplimiento de los compromisos a la respectiva fecha de corte, de acuerdo a los criterios contenidos de la Resolución Exenta N° 161 de 08 de febrero de 2021, del Ministerio de Salud, que aprueba el Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes".

TERCERA: De las Condiciones del Convenio

El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a aportar en el financiamiento de los siguientes componentes del Programa, productos esperados y/o sus estrategias asociadas:

COMPONENTE N° 1	PRODUCTOS ESPERADOS
<p>INTERVENCIÓN SOCIO SANITARIA PROMOCIONAL Y PREVENTIVA PARA MANTENER Y/O MEJORAR LA CONDICIÓN FUNCIONAL (Ex Programa de Estimulación Funcional)</p> <p>Este componente es desarrollado por la dupla profesional del programa formada por un kinesiólogo(a) y Terapeuta ocupacional, y consiste en la participación de las personas mayores que cumplan con los criterios de ingreso en el componente de Estimulación Funcional, el cual debe contener 24 sesiones mixtas distribuidas en los siguientes tres talleres:</p> <p>i. Taller de Estimulación de Funciones Motoras y Prevención de Caídas: Compuesto por 24 sesiones de 45'-60' de duración.</p> <p>ii. Taller de Estimulación de Funciones Cognitivas: Compuesto por 12 sesiones de 45'-60' de duración.</p> <p>iii. Taller de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable: Compuesto por 12 sesiones de 45'-60' de duración.</p> <p>El programa se desarrolla con 2 sesiones mixtas semanales. La metodología a utilizar es la de Educación popular y Aprender haciendo descrita en la orientación técnica del programa. Las Personas Mayores son evaluadas al Ingreso y Egreso del programa con el cuestionario de Funcionalidad y el Test Time up and go. Se considera un número promedio de 15 participantes por sesión con un mínimo de 10 personas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 os criterios de inclusión. 2. Ciclos de 24 sesiones del Programa de Estimulación Funcional, en un periodo de 3 meses de duración. Los ciclos se ciñen a este número de sesiones y no se determina arbitrariamente a nivel local su disminución en cuanto a periodo de tiempo y frecuencia. 3. Personas mayores ingresadas al programa participan en al menos 18 sesiones dentro de un ciclo de 24 sesiones para ser egresadas. 4. Personas mayores que egresan del Programa de Estimulación Funcional mantienen su condición funcional. (producto evaluado dentro de la meta de resultado del programa, mediante REM) 5. Personas mayores que egresan del Programa de Estimulación Funcional mejoran su condición funcional. (producto evaluado dentro de la meta de resultado del programa, mediante REM) 6. El componente 1 se compone de 24 sesiones de Taller de Estimulación de Funciones Motoras y Prevención de Caídas; 12 sesiones de 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. 7. Evaluación Participativa de cada ciclo del Programa para incorporación de mejoras en el componente 1. En cada cierre de ciclo de intervención de cada grupo, se genera un espacio de diálogo y reflexión para conocer la percepción de las PM sobre desarrollo del componente, sus aprendizajes y propuestas de mejora. Esta información debe quedar consignada junto a las acciones resultantes para el seguimiento por parte del Programa a nivel local y de Servicio de Salud. 8. Protocolo de procedimientos para el Manejo de Eventos Centinelas, Eventos Adversos y descompensaciones u otras situaciones de salud pesquisadas en las actividades del programa formulado y validado con los centros de salud y servicios de urgencias respectivos, que opere frente a los eventos descritos. 9. Flujograma de derivación y Contrarreferencia para el sector salud construido y funcionando en forma efectiva. 10. Flujograma de derivación y contra derivación para el intersector funcionando en forma efectiva. 11. Actividades de los Talleres de Autocuidado y Estilos de vida Saludable, cuentan con la participación de otros integrantes del equipo de salud, bajo la modalidad educativa determinada para el programa. 12. Organizaciones sociales de personas mayores ingresan al Programa de Estimulación Funcional. Se realizan actividades de difusión a organizaciones sociales de personas mayores para participar del componente 1.

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 con actividades y materiales para su realización por parte del programa a las personas mayores.

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.

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. 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.

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

COMPONENTE Nº2	Productos esperados
<p data-bbox="201 1410 829 1465">Fomento del Autocuidado y Estimulación Funcional en las Organizaciones Sociales y Servicios Locales.</p> <p data-bbox="201 1779 829 1971">Este componente propone una intervención en la red local para fomento del envejecimiento activo y positivo. Tiene entre sus nodos identificados como imprescindibles para su éxito, a las organizaciones sociales y a los servicios locales, para el fortalecimiento intersectorial y del desarrollo local en aquellos ámbitos identificados por las personas mayores como necesarios para su autocuidado y estimulación funcional.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="829 1435 1469 1609">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. <li data-bbox="829 1684 1469 1779">2. Organizaciones Sociales Locales de y para personas mayores son reportadas en el Catastro de Organizaciones Sociales que da cuenta del Nº de Organizaciones existentes a nivel local. <li data-bbox="829 1963 1469 2080">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.

Apuntan a entregar continuidad de la intervención lograda en el componente 1, mediante el fomento del autocuidado y estilos de vida saludable, la estimulación funcional y participación social de las personas mayores en una red local capacitada, conectada y que favorezca la promoción y prevención en salud para las personas mayores. Favorece la derivación de personas que deseen participar en otras actividades al egreso del componente 1, para dar continuidad a la intervención.

Su ejecución se basa fuertemente en el diagnóstico participativo sobre las necesidades y propuestas de las personas mayores para la capacitación de líderes comunitarios y el desarrollo de planes intersectoriales para el envejecimiento activo y positivo, por parte del equipo del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes y el equipo de salud.

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.

<p>El programa en este componente aporta Horas de Recurso Humano para la Capacitación de los Líderes comunitarios (actividades de capacitación, seguimiento y acompañamiento técnico) y desarrollo de los Planes Intersectoriales (Planificación, Ejecución, seguimiento)</p>	<p>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.</p>
---	--

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

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

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

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

CUARTA: Del Monitoreo y Evaluación

Corresponderá al Servicio de Salud realizar el seguimiento y monitoreo sistemático de la ejecución del presente programa, estableciendo los compromisos para mejorar las áreas necesarias; todo ello independientemente de acciones específicas que corresponde al Departamento de Auditoría.

Desde la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, se realizará el monitoreo del desarrollo local del Programa en los meses de abril, agosto y diciembre. En este monitoreo se realizará las evaluaciones del desarrollo de ambos componentes del programa y se evaluará además en función de los indicadores, productos y medios de verificación.

Se realizarán tres evaluaciones durante la ejecución del Programa, en función a los indicadores establecidos y sus medios de verificación.

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

Se efectuará con corte al 31 de marzo del año en curso. La información deberá enviarse consolidada desde el Servicio a la División de Atención Primaria con **fecha tope 20 de abril**, dando cuenta de las siguientes metas a cumplir:

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

De acuerdo con los resultados de esta evaluación se procederá a la redistribución de recursos no utilizados y a la solicitud de los 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.

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

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

Porcentaje cumplimiento de metas del Programa	Porcentaje de Descuento de la segunda cuota de recursos (30%)
> =60%	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 del año respectivo, 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 ambos componentes 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.

El Ministerio de Salud a través de la División de Atención Primaria, podrá requerir antecedentes adicionales para la evaluación, los que deberán ser reportados y validados por el Servicio de Salud.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento, la comuna podrá apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, **acompañando un Plan de Trabajo** que incluya un cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez, el Servicio de Salud, una vez analizada y avalada la solicitud, podrá solicitar a 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 rendición financiera y evaluación de las metas al final del periodo. El no cumplimiento de las actividades y metas anuales, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

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 las comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación a la fecha del corte del año en curso, en el mismo Programa.

Tercera Evaluación: Desarrollo del Programa entre los meses de enero a diciembre.

Se realizará con corte al 31 de diciembre del año en curso, 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, de cuenta del logro de los productos de ambos componentes, entregado con **fecha tope 06 de enero** del siguiente año, al respectivo Servicio de Salud.

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 **12 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 junto con el cumplimiento de metas establecidas por el programa, determinará la devolución de recursos no ejecutados y la evaluación de continuidad del programa en comunas o establecimientos con ejecución deficitaria del programa.

Se podrá solicitar el envío de informes de avance mensuales a los respectivos Servicios de Salud, y de éste, a la Subsecretaria 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 las fecha de cortes definidos para la evaluación resultará en la reliquidación del programa.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que causen el incumplimiento, la comuna podría 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 y evaluación de las metas al final del período. Finalmente, el no cumplimiento de las actividades y metas anuales, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

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

Indicadores y medios de verificación:

El Servicio de Salud respectivo, evaluará el grado de desarrollo y cumplimiento del programa, conforme las metas contenidas en éste, cuyo cumplimiento se realizará en forma global para el programa, por lo tanto, ambos componentes tendrán el mismo peso relativo.

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

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta Agosto	Meta Diciembre	Medios de Verificación	Peso Relativo
N° 1: Intervención socio sanitaria promocional y preventiva para mantener y/o mejorar la condición funcional (Ex Programa de Estimulación Funcional)	% de población mayor de 60 años que mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad.	(N° de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad) / N° total de personas que egresan del Programa) *100	60%	60%	REM	12.5
	% de población mayor a 60 años que mantienen o mejoran su condición funcional según Timed up and go	(N° de personas egresados del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según Timed up and go/ N° total de personas que egresan del Programa) *100	60%	60%	REM	12.5
	% 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 Autovalentes + Autovalentes con riesgo + en riesgo de dependencia) + (N° de personas entre 60 y 64 años ingresados al programa con EMPA vigente) / Población comprometida a ingresar) *100	60%	100%	REM	12.5
	Promedio de asistentes a Sesiones del Programa	Suma de asistentes a sesiones en el mes/N° de sesiones realizadas en el mes	Promedio de 15	Promedio de 15	REM	12.5
N°2: Fomento del Autocuidado del Adulto Mayor en Organizaciones Sociales Y Servicios Locales.	Trabajo en Red Local	(N° de Servicios Locales con Planes intersectoriales para el fomento del Envejecimiento Activo y Positivo junto al Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes en desarrollo en el periodo/Servicios locales con oferta programática para Personas Mayores (total o parcial) en el periodo) x 100	20%	30%	REM	25
	Capacitación de Líderes Comunitarios.	(N° de organizaciones con Líderes comunitarios capacitados por el Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes en el periodo/Organizaciones ingresadas al Programa de Estimulación Funcional del Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes en el periodo) x100	20%	30%	REM	25

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

COMPONENTE	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	META AGOSTO	META DICIEMBRE	VERIFICACIÓN
Nº1 PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN FUNCIONAL	Porcentaje de Personas Mayores que egresan del Programa	$(N^{\circ} \text{ de personas mayores que egresan del programa} / n^{\circ} \text{ de personas mayores que ingresan al programa}) \times 100$	80%	80%	REM
Nº1 PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN FUNCIONAL	Porcentaje de Personas que Mejoran Condición Funcional al egreso del Programa	$(N^{\circ} \text{ de personas que mejoran su condición funcional según tug} / n^{\circ} \text{ de personas que egresan del programa}) \times 100$	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	REM
Nº1 PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN FUNCIONAL	Porcentaje de Personas que Mejoran Condición Funcional al egreso del Programa	$(N^{\circ} \text{ de personas que mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad} / n^{\circ} \text{ de personas que egresan del programa}) \times 100$	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	REM

Cabe señalar que la Municipalidad deberá observar lo dispuesto en la ley N° 20.584, que regula los "Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud", comprometiéndose a respetar los deberes y los derechos de los pacientes, asegurando una atención segura y de calidad para los beneficiarios, según los estándares establecidos

QUINTA: De los Montos Comprometidos

De acuerdo a lo informado por correo electrónico del referente Minsal al Servicio, los montos a transferir ascienden a la suma de **\$33.917.436.- (treinta y tres millones novecientos diecisiete mil cuatrocientos treinta y seis pesos)**, los que se distribuirán de la siguiente forma:

COMUNA	ESTABLECIMIENTO	Nº DUPLAS	RRHH	INSUMOS	CAPACITACIÓN	MOVILIZACIÓN URBANA	TOTAL AÑO 2021 (\$)
			Subt. 24				
LAMPA	JOSE BAUZA FRAU	1	\$ 28.648.336	\$ 715.100	\$ 1.110.000	\$ 3.444.000	\$ 33.917.436
TOTAL							\$ 33.917.436

Los recursos serán transferidos a la Municipalidad, en 2 cuotas, según se detalla en el siguiente cuadro:

TRANSFERENCIAS DE RECURSOS	MONTO CUOTAS A TRANSFERIR
Los recursos asignados serán transferidos en 2 cuotas:	
Cuota 1 (70%)	\$23.742.205.-
Cuota 2 (30%)	\$10.175.231.-
Requisito para transferencia Cuota 1	Total tramitación del Convenio y Resolución respectiva.
Requisito para transferencia Cuota 2	La segunda cuota se transferirá en octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación.

El gasto que irrogue el Programa deberá ser imputado al ítem 21, 22, 24 y/o 29 del presupuesto del Servicio de Salud, según corresponda.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos, metas y prestaciones a los establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación.

Se deja expresa constancia que éstas transferencias se rigen por las disposiciones establecidas en la Resolución Exenta N° 30, de 2015, de Contraloría General de la República que fija normas de procedimiento sobre rendición de cuentas, por lo que en caso de no ejecutarse deberán ser reingresados al erario nacional.

SEXTA: De la Responsabilidad

Se deja expresa constancia que el Servicio no asume responsabilidad financiera mayor a aquella señalada en la cláusula quinta del presente acuerdo, por lo que en caso que la Municipalidad se exceda en los gastos vinculados al Programa, será de su exclusiva responsabilidad el pago de aquellas obligaciones.

SÉPTIMA: De la Vigencia del Convenio

El presente convenio inicia su vigencia una vez sea totalmente tramitado el acto administrativo aprobatorio, sin perjuicio de lo anterior, y para la mejor ejecución del programa, esta se entenderá comprendida entre el 01 de enero, y hasta 31 de diciembre de 2021, en los términos de lo dispuesto en el art. 52 de la Ley 19.880.

OCTAVA: De La Personería Y Representación De Las Partes

La personería de D. Guillermo Enrique Hartwig Jacob en su calidad de Director del Servicio de Salud Metropolitano Norte, consta en Decreto Supremo de Salud N° 41 de 13 de septiembre de 2019, tomado de razón con fecha 13 de noviembre de 2019.

Por su parte, la personería de D. Graciela Ortúzar Novoa, para actuar en representación del Municipio de Lampa, consta en el Acta de Proclamación del Tribunal Electoral de fecha 29 de noviembre de 2016.

Documentos que no se insertan por ser conocidos por las partes.

NOVENA: De Las Copias

El presente acuerdo se firma en cuatro ejemplares de igual tenor y fecha, debiendo quedar dos de ellos en poder de cada parte.

HAY FIRMA DE D. GUILLERMO HARTWIG JACOB, DIRECTOR DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE Y DE D. GRACIELA ORTÚZAR NOVOA, ALCALDESA DE LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LAMPA.

2.- DÉJASE ESTABLECIDO, que por razones de buen servicio y continuidad en la atención el presente convenio inició su vigencia con fecha 01 de enero de 2021.

3.- IMPÚTESE, el gasto que genera la presente resolución al ítem 24.03.298.002, del presupuesto del Servicio de Salud.

4.- DÉJASE ESTABLECIDO, que cualquier modificación a la presente resolución deberá realizarse y aprobarse por el respectivo acto administrativo.

5.- PUBLÍQUESE en el Sitio web del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



Distribución:

- Subsecretaría de Redes Asistenciales - MINSAL
- I. Municipalidad de Lampa
- Dirección - SSMN
- Subdirección de Gestión Asistencial - SSMN
- Subdirección de Recursos Físico y Financieros - SSMN
- Subdepartamento de Atención Primaria - SSMN
- Subdepartamento de Finanzas - SSMN
- Asesoría Jurídica - SSMN
- Oficina de Partes - SSMN

* SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO *
DIRECTOR
GUILLERMO HARTWIG JACOB
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE



Subdirección de Recursos Físicos y Financieros
Subdepartamento de Finanzas
MIRP

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA N°97

Santiago, 11 de febrero de 2021

De conformidad al presupuesto aprobado para la Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Norte, de acuerdo a Ley N° 21.289 de Presupuestos del Sector Público 2021, y cargado en SIGFE, certifico que, a la fecha del presente documento, la Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Norte cuenta con el presupuesto para el financiamiento de los bienes y/o servicios indicado en la licitación/documento:

Unidad de Requerimiento	Asesoría jurídica
Descripción Requerimiento	Aprobación de convenios PRAPS
Programa	Mas adultos mayores autovalentes
Folio Requerimiento	42
Nombre cuenta	Reforzamiento municipal
Cuenta Presupuestaria	2403298002
Monto año 2021	\$654.310.109.-

Comuna	Monto asignado
Colina	81.919.611
Conchalí	152.592.038
Huechuraba	77.079.472
Independencia	60.924.055
Lampa	33.917.436
Quilicura	92.041.721
Recoleta	121.918.340
Títil	33.917.436
Total	654.310.109


JEFE DEPARTAMENTO DE FINANZAS

JORGE MIRANDA CHAVEZ
JEFE(S) SUBDEPARTAMENTO DE FINANZAS



Subdirección Gestión Asistencial
Dirección de Atención Primaria
Unidad de Gestión y Monitoreo Administración APS.

CONVENIO "PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES"

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE E ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LAMPA

En Santiago, a 15 de febrero de 2021 entre el **Servicio de Salud Metropolitano Norte**, órgano estatal funcionalmente descentralizado, RUT: 61.608.000-8, representado por su Director D. Guillermo Hartwig Jacob, cédula de identidad N° 8.572.796-6, ambos con domicilio en calle Maruri N° 272, comuna de Independencia, en adelante "el Servicio", y la **Ilustre Municipalidad de Lampa**, corporación autónoma de derecho público, RUT: 69.071.400-0, representada por su Alcaldesa D. Graciela Ortúzar Novoa, cédula de identidad N° 9.502.457-2, ambos con domicilio en Baquedano N° 964, comuna de Colina, en adelante "la Municipalidad", han suscrito un convenio que se registrá por las siguientes cláusulas:

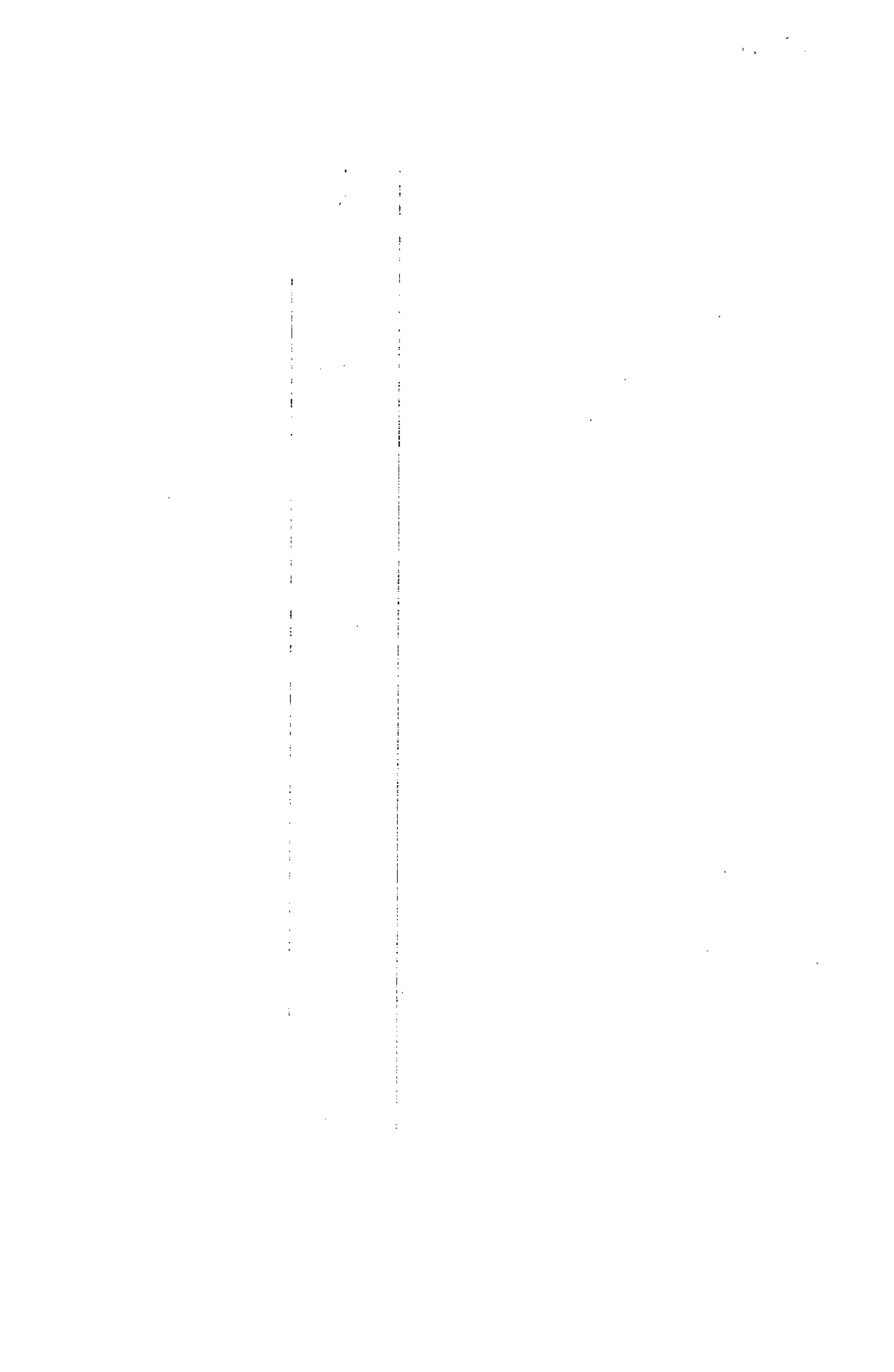
PRIMERA: Antecedentes

En el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria, se ha definido que la Atención Primaria de Salud (APS) representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público, siendo en ese sentido su objetivo otorgar una atención de salud equitativa y de calidad, centrada en las personas y sus familias, enfocada en lo preventivo y promocional.

En ese orden de ideas, se constata que Chile tiene una población que está envejeciendo rápidamente y que está entre los países con mayor porcentaje de personas mayores en el mundo, vinculándose directamente al incremento sostenido en magnitud y peso que representan las personas mayores dentro de la población beneficiaria de los centros de atención primaria. Es así como para el año 2050, se proyecta que porcentualmente las personas mayores se duplicarán alcanzando el 32% en relación al total de la población nacional, lo que implica la necesidad de prever estrategias promocionales y preventivas que procuren que esta población acceda a intervenciones para mantener o potenciar su estado de salud y su conexión con redes comunitarias adecuados a dicho fin.

En este contexto surge entonces la necesidad de disponer de un programa que aborde el ejercicio de la autonomía y las habilidades funcionales del adulto mayor, las que están estrechamente relacionadas con la frecuencia de las actividades físicas y de integración social, favoreciendo la calidad de vida y obstaculizando la aparición de cambios biopsicosociales significativos de la vejez. Previendo además efectos como la disminución en la capacidad funcional mediante la intervención funcional motora, cognitiva y de autocuidado en ambos componentes y el afrontamiento positivo de la vejez cuando el adulto mayor cuenta, entre otros, con un entorno ambiental seguro, vínculos familiares y acceso a la atención en salud. Para lo cual el Ministerio de Salud ha dictado la Resolución Exenta N° 161 de 08 de febrero de 2021 que aprueba el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

A lo anterior, las partes dejan establecido que el Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, glosa 01 y tiene como propósito



garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de enero a diciembre de cada año, de acuerdo al marco presupuestario asignado.

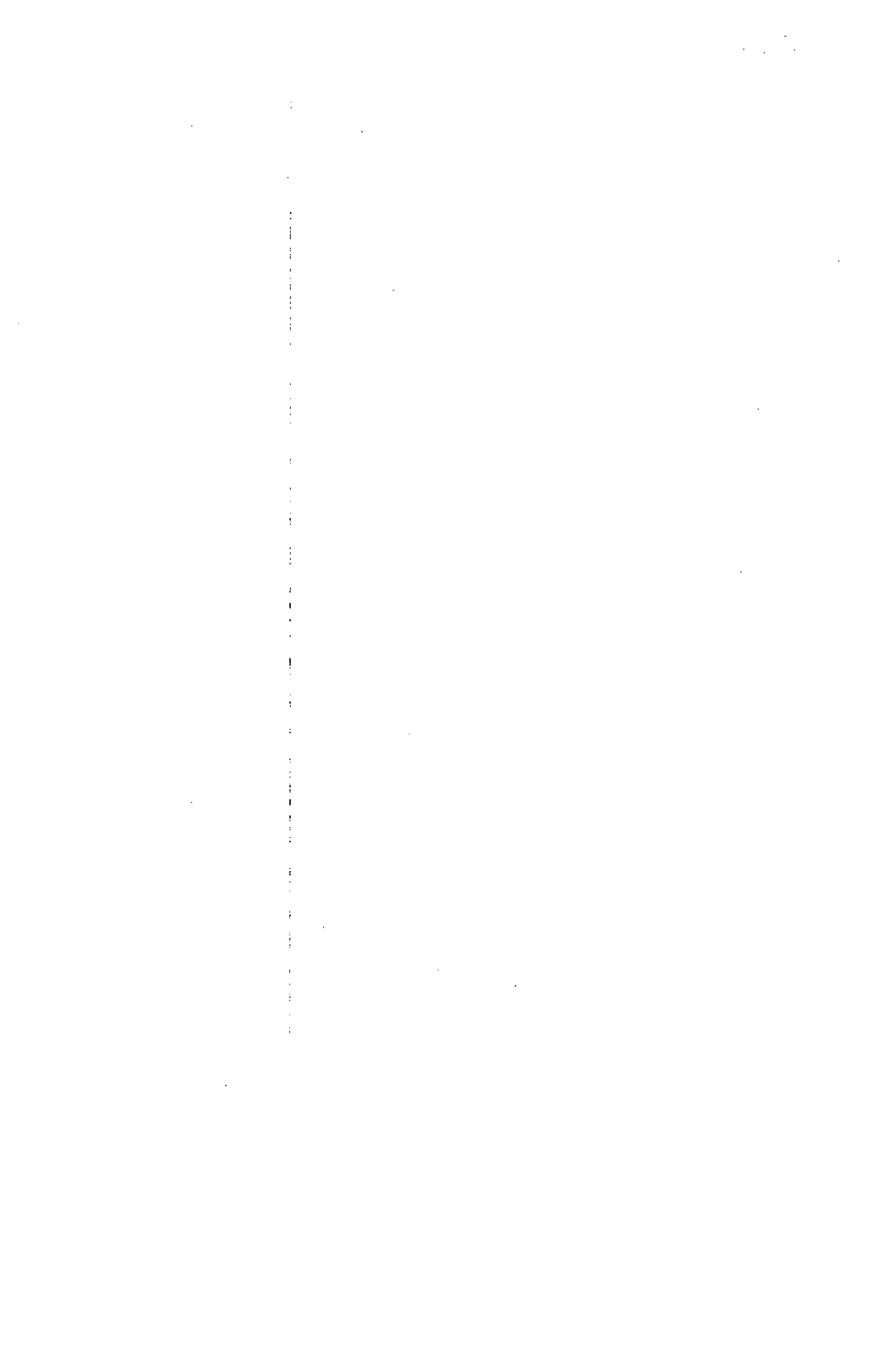
SEGUNDA: Del Objeto del Convenio

Por medio del presente convenio las partes dejan establecido que el objeto del convenio es la transferencia de recursos desde el Servicio de Salud a la Municipalidad para la implementación, ejecución y puesta en marcha del Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes". Sin perjuicio de lo anterior, dicha transferencia estará condicionada a la correcta ejecución del programa y cumplimiento de los compromisos a la respectiva fecha de corte, de acuerdo a los criterios contenidos de la Resolución Exenta N° 161 de 08 de febrero de 2021, del Ministerio de Salud, que aprueba el Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes".

TERCERA: De las Condiciones del Convenio

El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a aportar en el financiamiento de los siguientes componentes del Programa, productos esperados y/o sus estrategias asociadas:

COMPONENTE N° 1	PRODUCTOS ESPERADOS
<p>INTERVENCIÓN SOCIOSANITARIA PROMOCIONAL Y PREVENTIVA PARA MANTENER Y/O MEJORAR LA CONDICIÓN FUNCIONAL (Ex Programa de Estimulación Funcional)</p> <p>Este componente es desarrollado por la dupla profesional del programa formada por un kinesiólogo(a) y Terapeuta ocupacional, y consiste en la participación de las personas mayores que cumplan con los criterios de ingreso en el componente de Estimulación Funcional, el cual debe contener 24 sesiones mixtas distribuidas en los siguientes tres talleres:</p> <p>i. Taller de Estimulación de Funciones Motoras y Prevención de Caídas: Compuesto por 24 sesiones de 45'-60' de duración.</p> <p>ii. Taller de Estimulación de Funciones Cognitivas: Compuesto por 12 sesiones de 45'-60' de duración.</p> <p>iii. Taller de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable: Compuesto por 12 sesiones de 45'-60' de duración.</p> <p>El programa se desarrolla con 2 sesiones mixtas semanales. La metodología a utilizar es la de Educación popular y Aprender haciendo descrita en la orientación técnica del programa.</p> <p>Las Personas Mayores son evaluadas al</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 os criterios de inclusión. 2. Ciclos de 24 sesiones del Programa de Estimulación Funcional, en un periodo de 3 meses de duración. Los ciclos se cifan a este número de sesiones y no se determina arbitrariamente a nivel local su disminución en cuanto a periodo de tiempo y frecuencia. 3. Personas mayores ingresadas al programa participan en al menos 18 sesiones dentro de un ciclo de 24 sesiones para ser egresadas. 4. Personas mayores que egresan del Programa de Estimulación Funcional mantienen su condición funcional. (producto evaluado dentro de la meta de resultado del programa, mediante REM) 5. Personas mayores que egresan del Programa de Estimulación Funcional mejoran su condición funcional. (producto evaluado dentro de la meta de resultado del programa, mediante REM) 6. El componente 1 se compone de 24 sesiones de Taller de Estimulación de Funciones Motoras y Prevención de Caídas; 12 sesiones de 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. 7. Evaluación Participativa de cada ciclo del Programa para incorporación de mejoras en el componente 1. En cada cierre de ciclo de Intervención de cada grupo, se genera un espacio de diálogo y reflexión para conocer la percepción de las PM sobre desarrollo del componente, sus aprendizajes y propuestas de mejora. Esta información debe quedar consignada junto a las acciones resultantes para el seguimiento por parte del Programa a nivel local y de Servicio de Salud. 8. Protocolo de procedimientos para el Manejo de 'Eventos Centinelas, Eventos Adversos y descompensaciones u otras



<p>Ingreso y Egreso del programa con el cuestionario de Funcionalidad y el Test Time up and go. Se considera un número promedio de 15 participantes por sesión con un mínimo de 10 personas.</p>	<p>situaciones de salud pesquisadas en las actividades del programa formulado y validado con los centros de salud y servicios de urgencias respectivos, que opere frente a los eventos descritos.</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Flujograma de derivación y Contrarreferencia para el sector salud construido y funcionando en forma efectiva. 10. Flujograma de derivación y contra derivación para el intersector funcionando en forma efectiva. 11. Actividades de los Talleres de Autocuidado y Estilos de vida Saludable, cuentan con la participación de otros integrantes del equipo de salud, bajo la modalidad educativa determinada para el programa. 12. Organizaciones sociales de personas mayores ingresan al Programa de Estimulación Funcional. Se realizan actividades de difusión a organizaciones sociales de personas mayores para participar del componente 1.
--	--

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 con actividades y materiales para su realización por parte del programa a las personas mayores.

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.

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. 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.

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

COMPONENTE Nº2	Productos esperados
<p><u>Fomento del Autocuidado y Estimulación Funcional en las Organizaciones Sociales y Servicios Locales.</u></p> <p>Este componente propone una intervención en la red local para fomento del envejecimiento activo y positivo. Tiene entre sus nodos identificados como imprescindibles para su éxito, a las organizaciones sociales y a los servicios locales, para el fortalecimiento intersectorial y del desarrollo local en aquellos ámbitos identificados por las personas mayores como necesarios para su autocuidado y estimulación funcional.</p> <p>Apuntan a entregar continuidad de la intervención lograda en el componente 1, mediante el fomento del autocuidado y estilos de vida saludable, la estimulación funcional y participación social de las personas mayores en una red local capacitada, conectada y que favorezca la promoción y prevención en salud para las personas mayores. Favorece la derivación de personas que deseen participar en otras actividades al egreso del componente 1, para dar continuidad a la intervención.</p> <p>Su ejecución se basa fuertemente en el diagnóstico participativo sobre las necesidades y propuestas de las personas mayores para la capacitación de líderes comunitarios y el desarrollo de planes Intersectoriales para el envejecimiento activo y positivo, por parte del equipo del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes y el equipo de salud.</p> <p>El programa en este componente aporta Horas de Recurso Humano para la Capacitación de los Líderes comunitarios (actividades de capacitación, seguimiento y acompañamiento técnico) y desarrollo de los Planes Intersectoriales (Planificación, Ejecución, seguimiento)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 que da cuenta del Nº 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.

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

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

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

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

CUARTA: Del Monitoreo y Evaluación

Corresponderá al Servicio de Salud realizar el seguimiento y monitoreo sistemático de la ejecución del presente programa, estableciendo los compromisos para mejorar las áreas necesarias; todo ello independientemente de acciones específicas que corresponde al Departamento de Auditoría.

Desde la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, se realizará el monitoreo del desarrollo local del Programa en los meses de abril, agosto y diciembre. En este monitoreo se realizará las evaluaciones del desarrollo de ambos componentes del programa y se evaluará además en función de los indicadores, productos y medios de verificación.

Se realizarán tres evaluaciones durante la ejecución del Programa, en función a los indicadores establecidos y sus medios de verificación.

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

Se efectuará con corte al 31 de marzo del año en curso. La información deberá enviarse consolidada desde el Servicio a la División de Atención Primaria con **fecha tope 20 de abril**, dando cuenta de las siguientes metas a cumplir:

1. Contratación de las duplas profesionales con fecha tope 02 de marzo, para la contratación de ambos profesionales establecidos por programa. El Servicio de Salud solicitará los verificables correspondientes relativos a la contratación del RRHH.
2. Primera reunión de trabajo de la red de establecimientos y comunas de los servicios de salud que desarrollan el programa con participación de los profesionales ejecutores.

3. Entrega de la información básica para el desarrollo del Programa a las duplas profesionales (Resolución Exenta del Programa, Orientación Técnica del Programa para todos los equipos y Manual de Apoyo a los Equipos de Atención Primaria para equipos de establecimientos y comunas que incorporan por primera vez el programa).
4. En esta evaluación debe informarse respecto a aquellas comunas o establecimientos que hayan discontinuado la intervención del programa durante los primeros meses del año, para proceder a la redistribución de recursos correspondiente, recordando que se debe promover la continuidad de la atención y el acceso de las personas mayores durante todo el año.

De acuerdo con los resultados de esta evaluación se procederá a la redistribución de recursos no utilizados y a la solicitud de los 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.

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

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

Porcentaje cumplimiento de metas del Programa	Porcentaje de Descuento de la segunda cuota de recursos (30%)
> =60%	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 del año respectivo, 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 ambos componentes 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.

El Ministerio de Salud a través de la División de Atención Primaria, podrá requerir antecedentes adicionales para la evaluación, los que deberán ser reportados y validados por el Servicio de Salud.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento, la comuna podrá apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, **acompañando un Plan de Trabajo** que incluya un cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez, el Servicio de Salud, una vez analizada y avalada la solicitud, podrá solicitar a 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 rendición financiera y evaluación de las metas al final del periodo. El no cumplimiento de las actividades y metas anuales, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

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 las comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación a la fecha del corte del año en curso, en el mismo Programa.

Tercera Evaluación: Desarrollo del Programa entre los meses de enero a diciembre.

Se realizará con corte al 31 de diciembre del año en curso, 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, de cuenta del logro de los productos de ambos componentes, entregado con **fecha tope 06 de enero** del siguiente año, al respectivo Servicio de Salud.

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 **12 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 junto con el cumplimiento de metas establecidas por el programa, determinará la devolución de recursos no ejecutados y la evaluación de continuidad del programa en comunas o establecimientos con ejecución deficitaria del programa.

Se podrá solicitar el envío de informes de avance 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 las fecha de cortes definidos para la evaluación resultará en la reliquidación del programa.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que causen el incumplimiento, la comuna podría 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 y evaluación de las metas al final del periodo. Finalmente, el no cumplimiento de las actividades y metas anuales, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

Frente a situaciones que limiten por fuerza mayor el desarrollo habitual del programa según su diseño, limitando el desarrollo de las actividades y metas comprometidas, el Servicio de

Salud según su evaluación, considerará mantener la continuidad del programa y la no afectación de los recursos aun cuando no se cumpla la meta comprometida por el programa por las razones previamente mencionadas.

Indicadores y medios de verificación:

El Servicio de Salud respectivo, evaluará el grado de desarrollo y cumplimiento del programa, conforme las metas contenidas en éste, cuyo cumplimiento se realizará en forma global para el programa, por lo tanto, ambos componentes tendrán el mismo peso relativo.

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

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta Agosto	Meta Diciembre	Medios de Verificación	Peso Relativo
Nº 1: Intervención socio-sanitaria promocional y preventiva para mantener y/o mejorar la condición funcional (Ex Programa de Estimulación Funcional)	% de población mayor de 60 años que mantienen o mejoran 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 total de personas que egresan del Programa) *100	60%	60%	REM	12.5
	% de población mayor a 60 años que mantienen o mejoran su condición funcional según Timed up and go	(Nº de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según Timed up and go/ Nº total de personas que egresan del Programa) *100	60%	60%	REM	12.5
	% 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 Autovalentes + Autovalentes con riesgo + en riesgo de dependencia) + (Nº de personas entre 60 y 64 años Ingresados al programa con EMPA vigente) / Población comprometida a ingresar) *100	60%	100%	REM	12.5
	Promedio de asistentes a Sesiones Programa	Suma de asistentes a sesiones en el mes/Nº de sesiones realizadas en el mes	Promedio de 15	Promedio de 15	REM	12.5
Autocuidado del Adulto Mayor en Organizaciones	Trabajo en Red Local	(Nº de Servicios Locales con Planes intersectoriales para el fomento del Envejecimiento Activo y Positivo junto al	20%	30%	REM	25

		Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes en desarrollo en el periodo/Servicios locales con oferta programática para Personas Mayores (total o parcial) en el periodo) x 100				
	Capacitación de Líderes Comunitarios.	(N° de organizaciones con Líderes comunitarios capacitados por el Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes en el periodo/Organizaciones ingresadas al Programa de Estimulación Funcional del Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes en el periodo) x100	20%	30%	REM	25

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

COMPONENTE	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	META AGOSTO	META DICIEMBRE	VERIFICACIÓN
N°1 PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN FUNCIONAL	Porcentaje de Personas Mayores que egresan del Programa	$(\text{N}^\circ \text{ de personas mayores que egresan del programa} / \text{n}^\circ \text{ de personas mayores que ingresan al programa}) \times 100$	80%	80%	REM
N°1 PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN FUNCIONAL	Porcentaje de Personas que Mejoran Condición Funcional al egreso del Programa	$(\text{N}^\circ \text{ de personas que mejoran su condición funcional según tug} / \text{n}^\circ \text{ de personas que egresan del programa}) \times 100$	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	REM
N°1 PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN FUNCIONAL	Porcentaje de Personas que Mejoran Condición Funcional al egreso del Programa	$(\text{N}^\circ \text{ de personas que mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad} / \text{n}^\circ \text{ de personas que egresan del programa}) \times 100$	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	REM

Cabe señalar que la Municipalidad deberá observar lo dispuesto en la ley N° 20.584, que regula los "Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud", comprometiéndose a respetar los deberes y los derechos de los pacientes, asegurando una atención segura y de calidad para los beneficiarios, según los estándares establecidos

QUINTA: De los Montos Comprometidos

De acuerdo a lo informado por correo electrónico del referente Minsal al Servicio, los montos a transferir ascienden a la suma de **\$33.917.436.- (treinta y tres millones novecientos**

diecisiete mil cuatrocientos treinta y seis pesos), los que se distribuirán de la siguiente forma:

COMUNA	ESTABLECIMIENTO	N° DUPLAS	RRHH	INSUMOS	CAPACITACIÓN	MOVILIZACIÓN URBANA	TOTAL AÑO 2021 (\$)
LAMPA	JOSE BAUZA FRAU	1	\$ 28.648.336	\$ 715.100	\$ 1.110.000	\$ 3.444.000	\$ 33.917.436
TOTAL							\$ 33.917.436

Los recursos serán transferidos a la Municipalidad, en 2 cuotas, según se detalla en el siguiente cuadro:

TRANSFERENCIAS DE RECURSOS	MONTO CUOTAS A TRANSFERIR
Los recursos asignados serán transferidos en 2 cuotas:	
Cuota 1 (70%)	\$23.742.205.-
Cuota 2 (30%)	\$10.175.231.-
Requisito para transferencia Cuota 1	Total tramitación del Convenio y Resolución respectiva.
Requisito para transferencia Cuota 2	La segunda cuota se transferirá en octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación.

El gasto que irrogue el Programa deberá ser imputado al ítem 21, 22, 24 y/o 29 del presupuesto del Servicio de Salud, según corresponda.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos, metas y prestaciones a los establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación.

Se deja expresa constancia que éstas transferencias se rigen por las disposiciones establecidas en la Resolución Exenta N° 30, de 2015, de Contraloría General de la República que fija normas de procedimiento sobre rendición de cuentas, por lo que en caso de no ejecutarse deberán ser reingresados al erario nacional.

SEXTA: De la Responsabilidad

Se deja expresa constancia que el Servicio no asume responsabilidad financiera mayor a aquella señalada en la cláusula quinta del presente acuerdo, por lo que en caso que la Municipalidad se exceda en los gastos vinculados al Programa, será de su exclusiva responsabilidad el pago de aquellas obligaciones.

SÉPTIMA: De la Vigencia del Convenio

El presente convenio inicia su vigencia una vez sea totalmente tramitado el acto administrativo aprobatorio, sin perjuicio de lo anterior, y para la mejor ejecución del programa, esta se entenderá comprendida entre el 01 de enero, y hasta 31 de diciembre de 2021, en los términos de lo dispuesto en el art. 52 de la Ley 19.880.

OCTAVA: De La Personería Y Representación De Las Partes

La personería de D. Guillermo Enrique Hartwig Jacob en su calidad de Director del Servicio de Salud Metropolitano Norte, consta en Decreto Supremo de Salud N° 41 de 13 de septiembre de 2019, tomado de razón con fecha 13 de noviembre de 2019.

1. The first part of the document is a list of names and their corresponding addresses. The names are listed in the first column, and the addresses are listed in the second column. The list is as follows:

Name	Address
John Doe	123 Main St, New York, NY 10001
Jane Smith	456 Elm St, Los Angeles, CA 90001
Bob Johnson	789 Oak St, Chicago, IL 60601
Alice Brown	101 Pine St, San Francisco, CA 94101
Charlie White	202 Cedar St, Houston, TX 77001
Diana Green	303 Birch St, Phoenix, AZ 85001
Eve Black	404 Spruce St, Philadelphia, PA 19101
Frank Gray	505 Willow St, San Diego, CA 92101
Grace King	606 Ash St, Dallas, TX 75201
Henry Lee	707 Hickory St, Austin, TX 78701
Ivy Hill	808 Maple St, Fort Worth, TX 76101
Jack Adams	909 Poplar St, Columbus, GA 31901
Karen Baker	1010 Sycamore St, Sacramento, CA 95811
Liam Clark	1111 Walnut St, Kansas City, MO 64101
Mia Evans	1212 Chestnut St, St. Louis, MO 63101
Noah Foster	1313 Olive St, Minneapolis, MN 55401
Olivia Garcia	1414 Elm St, Denver, CO 80201
Peter Hall	1515 Maple St, Portland, OR 97201
Quinn Harris	1616 Birch St, Salt Lake City, UT 84101
Rachel King	1717 Spruce St, Anchorage, AK 99501
Samuel Lee	1818 Willow St, Juneau, AK 99801
Tina Miller	1919 Ash St, Fairbanks, AK 99701
Umar Khan	2020 Hickory St, Anchorage, AK 99501
Victoria Lopez	2121 Maple St, Anchorage, AK 99501
Walter Moore	2222 Birch St, Anchorage, AK 99501
Xavier Nguyen	2323 Spruce St, Anchorage, AK 99501
Yara Ortiz	2424 Willow St, Anchorage, AK 99501
Zoe Parker	2525 Ash St, Anchorage, AK 99501

Por su parte, la personería de D. Graciela Ortúzar Novoa, para actuar en representación del Municipio de Lampa, consta en el Acta de Proclamación del Tribunal Electoral de fecha 29 de noviembre de 2016.

Documentos que no se insertan por ser conocidos por las partes.

NOVENA: De Las Copias

El presente acuerdo se firma en cuatro ejemplares de igual tenor y fecha, debiendo quedar dos de ellos en poder de cada parte.



Graciela Ortúzar Novoa
GRACIELA ORTÚZAR NOVOA
ALCALDESA
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LAMPA



