



15 MAY 2020

ANGOL

DECRETO EXENTO N°:

000617

VISTOS:

- a) D. F. L. N° 01-3063 que reglamenta el traspaso de Servicios Públicos de Municipalidades;
- b) Resolución N° 7 de fecha 26 de Marzo del 2019 de la Contraloría General de la República, dicta normas sobre exención del trámite de "Toma de Razón";
- c) Resolución Exenta N° 876 del 07 mayo del 2020, **Aprueba Convenio Programa MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES (N°141).**
- e) La facultad que confiere la Ley N° 18.695 de 1988 y sus modificaciones, Orgánica Constitucional de Municipalidades.-
- f) La Resolución 30 del 28 03 2015, de la Contraloría general de la República, que fija normas de procedimiento sobre rendición de cuentas.

DECRETO:

- 1.- Aprueba, Convenio Programa **MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES (N°141)**, celebrado entre la Municipalidad de Angol y El Servicio de Salud Araucanía Norte.
- 2.- **Presupuesto:** El Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud Araucanía Norte, transferirá a la **Municipalidad de Angol**, la suma total y única de **\$30.053.274, (Treinta Millones, Cincuenta y Tres Mil, Doscientos Setenta y Cuatro Pesos)**, los cuales serán imputados, al Ítem de Ingresos **05.03.006.-**
- 3.- Póngase en conocimiento del Departamento de Salud y Control Municipal, para los fines del caso.-

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



MARIO BARRAGAN SALGADO  
SECRETARIO MUNICIPAL

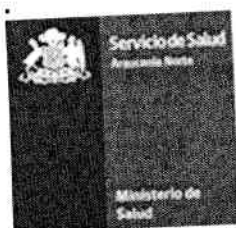
MBS/ENN/VSA/FAPA/PPD/rbb

**DISTRIBUCIÓN:**

- Oficina de Partes
- Transparencia
- Archivo Depto. Salud (4)



JOSE ENRIQUE NEIRA NEIRA  
ALCALDE DE LA COMUNA



**SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA NORTE  
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

AMV/ MMD/ NDP/ IMC/ PVV  
Res.Ex. 189 / 29.04.2020.

**RESOLUCION EXENTA N° 870**

**ANGOL, 07 MAYO 2020**

**CONSIDERANDO:**

1. Resolución Exenta N° 26, de fecha 14 de enero de 2020, del Ministerio de Salud, que aprueba Programa "MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES" año 2020.
2. Resolución Exenta N° 73, de fecha 19 de febrero de 2020, del Ministerio de Salud, que distribuye recursos programa "MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES" año 2020.
3. Convenio N° 141, denominado "CONVENIO PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES", de fecha 17 de abril de 2020, suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Norte y la Municipalidad de Angol.-

**Y VISTOS:** Lo dispuesto en:

1. D.F.L. N° 1/05, que aprobó el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79, leyes N° 18.933 y N° 18.469.
2. Decreto Supremo N° 140/04, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.
3. Ley N° 19.378 de Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
4. Ley N° 21.192 de presupuesto del sector público para el año 2020.
5. Ley 19.880 de Bases de Procedimientos Administrativos, art. 52°.
6. Decreto exento N° 94/2019 del Ministerio de Salud, que establece el orden de subrogancia del director del Servicio de Salud Araucanía Norte.
7. Resolución N° 7 y 8/2019, de la Contraloría General de la República, dicto la siguiente:

**RESOLUCION:**

1. **APRUEBASE** en todas sus partes, documento denominado "CONVENIO PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES", celebrado entre el **SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA NORTE**, representado por su director (S) **SR. ALEJANDRO MANRIQUEZ VALLEJOS**, y la Municipalidad de Angol, representada por su alcalde **SR. JOSE ENRIQUE NEIRA NEIRA**, de fecha 17 de abril de 2020 cuyo texto se transcribe a continuación siendo éste del tenor siguiente:

En Angol, a 17 de Abril de 2020, entre el **SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA NORTE**, persona jurídica de derecho público, R.U.T. N° 61.955.100-1 representado por su Director (S) don **ALEJANDRO MANRIQUEZ VALLEJOS**, ambos domiciliados calle Pedro de Oña N° 387 de esta ciudad, en adelante el "Servicio", y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ANGOL**, corporación autónoma de derecho público, R.U.T. N° 69.180.100-4, representada por su Alcalde don **JOSE ENRIQUE NEIRA NEIRA**, ambos con domicilio en calle Pedro Aguirre Cerda N° 509, comuna de Angol, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

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

Por su parte, el artículo 4° del Decreto N° 55 de 2020, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

**SEGUNDA:** En el marco de los Objetivos Estratégicos para la década 2010- 2020, donde entre otros, se propone reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no trasmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos; así como, reducir factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables y por otro lado, reducir la mortalidad y mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital, el Ministerio de Salud ha decidido impulsar el **Programa Más Adultos Mayores Autovalentes**.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 26 de 14 de enero de 2020, del Ministerio de Salud, anexa al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la Municipalidad de Angol se obliga a desarrollar en virtud del presente instrumento.

**TERCERA:** El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad de Angol, recursos destinados a financiar los siguientes componentes del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes

y sus respectivas estrategias en los Centros de Salud de la comuna, cuya matriz de indicadores se encuentra en el Programa, que forma parte integrante de este convenio:

➤ **Componente 1: Estimulación Funcional.**

➤ **Componente 2: Fomento del autocuidado y estimulación funcional en las organizaciones sociales y servicios locales.**

**CUARTA:** Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio de Angol, desde la fecha de total tramitación de la resolución aprobatoria del presente convenio, la suma anual y única de **\$30.053.274.-** (treinta millones cincuenta y tres mil doscientos sesenta y cuatro pesos), los cuáles serán imputados al ítem 24.03.298 de Transferencias Corrientes a Otras Entidades Públicas, para alcanzar el propósito y cumplimiento del programa, objeto del presente convenio. Dichos recursos serán asignados para las siguientes categorías:

Categorías	Montos
1.- Recurso Humano	\$26.919.247.-
	\$ 1.072.593 (*)
2.- Insumos del Programa	\$500.000.-
3.- Capacitación del Programa	\$1.000.000.-
4.- Movilización urbana	\$561.434.-
<b>TOTAL</b>	<b>\$30.053.274.-</b>

(\*) Fortalecimiento de la salud en personas mayores: estrategia de componente N°2, acompañamiento de líderes comunitarios. Recursos para contratación de personal de apoyo a líderes comunitarios (pueden ser las mismas duplas u otros profesionales de área), como horas extras de 4-6 horas semanales, en temas que sean de importancia para los líderes.

El Municipio se obliga a cumplir los objetivos señalados y a implementar y desarrollar las acciones señaladas en el respectivo programa, para los beneficiarios del sector público de salud, que se atienden en la atención primaria.

En caso que habiendo cumplido el 100% de las metas comprometidas y ejecutado los recursos según los acordados en el punto N° 2,3 y 4 de la tabla de distribución de recursos del presente convenio, quedasen recursos excedentes, estos podrán ser redistribuidos para la adquisición de insumos y/o instrumental de acuerdo a los lineamientos del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, bajo la aprobación y supervisión del Asesor de dicho Programa del Servicio Salud Araucanía Norte y consensuada con la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

**QUINTA:** El Municipio de Angol se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes objetivos generales y específicos:

➤ **Objetivo General:**

Mantener o mejorar la condición funcional de la población mayor a 60 años.

➤ **Objetivos Específicos:**

- Mejorar capacidad funcional individual y comunitaria para enfrentar el proceso de envejecimiento.
- Capacitar a Líderes Comunitarios de las organizaciones sociales locales en Autocuidado y Estimulación Funcional de los adultos mayores.
- Fomentar el desarrollo de la red local para el abordaje del envejecimiento y el fomento de envejecimiento activo y pasivo.

**SEXTA:** Conforme a lo señalado en la cláusula tercera, la Municipalidad de Angol se obliga a cumplir con los siguientes componentes, estrategias y productos esperados:

➤ **Componente 1: Estimulación Funcional:**

Desarrollado por la dupla profesionales del programa, y consiste en la participación de las personas mayores que cumplan con los criterios de ingreso al programa, en el **Componente de Estimulación Funcional**. Dicho componente debe contar con 24 sesiones mixtas en su totalidad distribuidas en los siguientes tres talleres:

- **Taller de Estimulación de Funciones Motoras y Prevención de Caídas:** compuesto por 24 sesiones de 45` a 60` de duración
- **Taller de Estimulación de Funciones Cognitivas:** compuesto por 12 sesiones de 45` a 60` de duración.
- **Taller de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable:** compuesto por 12 sesiones de 45` a 60` de duración.

Las actividades se realizan con una frecuencia de 2 sesiones mixtas a la semana. requiere la realización de estrategias para dar continuidad en el hogar, mediante el desarrollo de actividades relacionadas con el reforzamiento de los contenidos tratados en los tres talleres, procurando la participación activa del adulto mayor en su proceso de aprendizaje y la modificación de hábitos para la incorporación de actividades de autocuidado como la estimulación funcional, estimulación cognitiva y participación social como factores protectores de la salud dentro de su rutina cotidiana.

Cada **sesión mixta** incluye una sesión del Taller de **estimulación de funciones motoras y una de prevención de caídas** y una de sesión de **estimulación de funciones cognitivas** o una sesión del **Taller de estimulación de autocuidado y estilos de vida saludable**.

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

## **Etapas del Programa de Estimulación Funcional y Actividades Asociadas**

### **1.- Planificación y Programación de las Sesiones del Programa:**

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

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

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

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

### **2.- Ingreso de las Personas Mayores al Programa de Estimulación Funcional:**

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

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

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

En caso de no contar con el Examen de Medicina Preventiva vigente, el establecimiento o comuna beneficiaria del Programa, deberá gestionar con prontitud la evaluación del adulto mayor por parte del equipo de salud y considerar otras estrategias que mejoren el acceso a la oportunidad a este examen. Cada establecimiento donde se desarrolle el programa deberá contar con un flujograma de derivación con personas mayores difundido al equipo de salud y los servicios locales relacionados con la población adulto mayor.

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

### **3.- Desarrollo del Programa de Estimulación Funcional:**

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

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

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

### **4.- Egreso del Programa de estimulación Funcional.**

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

En caso de presentar inasistencias a las sesiones comprometidas por parte del adulto mayor, para considerarse egresado, debe al menos haber participado en **18 de 24 sesiones mixtas** del Componente de Estimulación Funcional. No corresponde realizar ciclos de intervención menores a 24 sesiones mixtas.



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

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

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

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

➤ **Componente 2: Fomento del autocuidado y estimulación funcional en las organizaciones sociales y servicios locales.**

Este Componente propone un intervención en la red local para fomento del envejecimiento activo y pasivo. 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.

Apunta 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 la 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.

Promueve además la búsqueda de soluciones locales para la resolución de aspectos sociosanitarios relacionados con la participación y calidad de vida de las personas mayores.

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

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

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

- a. **Catastro de las 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 a una agrupación de Personas Mayores, Club de adulto mayor, centros 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.
- b. **Catastro de Servicios Locales Actualizado**, que dé cuenta de la oferta programática local para las personas mayores, incorporando aquellos servicios locales relacionados directamente con la población adulto mayor, y también aquellos que dentro de su oferta programática cuentan con estrategias que benefician a la población 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.

- c. **Mapa Red Local con Organizaciones Sociales y Servicios**, que representa la localización y de la vinculación con el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes y la red de salud de la que forman parte, para orientar el trabajo del equipo y la información entregada a los participantes de ambos componentes del programa, en cuanto a posibilidades de continuidad de Estimulación Funcional y Auto Cuidado 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. Puede realizarse en formato diferente al clásico mapa si se considera que facilita el trabajo del equipo de salud y la información de las personas mayores (guía, manual, otro) siempre y cuando de cuenta de la localización, la vinculación con el programa y las formas de accesos de las personas a ella y está disponible para el equipo de salud y las personas mayores.

## **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 diagnóstico Participativo, el que deberá tener como mínimo las siguientes etapas desarrolladas y actualizadas en forma anual:

1. **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.
2. **Diagnostico participativo sobre las necesidades y propuestas de capacitación de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional de los adultos mayores:**

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

3. **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 líderes comunitarios capacitados. Este plan de acción debe ser realizado junto con las personas mayores participantes, validando las propuestas presentadas y en acuerdo en los contenidos y líneas de trabajo.

## **3.- Diseño y ejecución de estrategias locales para el fomento del autocuidado y estimulación funcional en la red local.**

- a. **Capacitación de líderes comunitarios para el autocuidado y estimulación funcional en sus organizaciones:** la capacitación de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional, es realizado de acuerdo a los resultados del diagnóstico participativo y actualizado de acuerdo a los resultados del diagnóstico participado y actualizado con antecedentes presentes al momento de desarrollarse la capacitación. Considera la priorización de temáticas a abordar, el desarrollo progresivo de habilidades entre 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.

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 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 entorno de las personas mayores y los roles de los líderes comunitarios del programa en su territorio.

- b. **Planes intersectoriales entre los centros de salud y los servicios locales para el 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.

**8.- PRODUCTOS ESPERADOS**

**Productos esperados del desarrollo del Componente 1:**

1. Personas 60 años y más que cumplan con los criterios de inclusión, ingresados al programa de estimulación funcional una vez al año.
2. Ciclos de 24 sesiones del programa de estimulación funcional, en un periodo de 3 meses.
3. Personas mayores ingresadas al programa participación en al menos 18 sesiones dentro de un ciclo de 24 sesiones para ser egresadas.
4. Personas mayores que egresan del Programa de estimulación Funcional mantienen su condición funcional.
5. Personas mayores que egresan del Programa de estimulación Funcional mejoran su condición funcional.
6. El Programa de Estimulación Funcional desarrollado se compone de 24 sesiones del taller de estimulación de funciones motoras y prevención de caídas; 12 sesiones del taller de estimulación de funciones cognitivas y 12 sesiones del taller de autocuidado y estilos de vida saludable.
7. Evaluación participativa de cada ciclo del programa para incorporación de mejoras en el componente 1.
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.
9. Flujograma de derivación y contrarreferencia para el sector salud construidos y funcionando en forma efectiva.
10. Flujograma de derivación y contra derivación para el intersector funcionando en forma efectiva.
11. Talleres de autocuidado y estilos de vida saludable, cuenten 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.

**Productos esperados del desarrollo del componente 2:**

1. Acciones de difusión y coordinación del programa con el intersector y la comunidad.
2. Organizaciones Sociales Locales de y para personas mayores son reportadas en el catastro de organizaciones sociales.
3. Servicios locales con oferta programática para personas mayores se incluyen en el catastro de servicio locales y son ingresados al programa.
4. Mapa de la Red Local o elemento que cumpla funciones según lo descrito.
5. Diagnóstico situacional y diagnostico participativo para definición de necesidades de capacitación de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional diseñados y ejecutado por el programa.
6. Plan de Capacitación de Líderes Comunitarios diseñado y ejecutado.
7. Plan (es) intersectorial(es) para fomento del envejecimiento activo y positivo diseñado y ejecutados.
8. Organizaciones sociales que cuentan con líderes comunitarios capacitados por el programa participan de actividades de acompañamiento por parte del equipo del programa.

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

Indicadores para las comunas o establecimientos que **implementan el programa asociados a reliquidación:**

Compone nte	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta Agosto	Meta Diciembr e	Verificado r	Peso relativ o, %
Nº1: Programa	% de población mayores a 60 años que mantienen o mejoran su condición funcional	(Nº de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad) / Nº de total	60%	60%	REM	12.5

de Estimulación Funcional y Cognitiva	según cuestionario de funcionalidad	personas que egresan del programa) x 100				
	% de la 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 de total personas que egresan del programa) x 100	60%	60%	REM	12.5
	% 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) + ( Nº de personas entre 60 y 64 años ingresados al programa con EMPA vigente) / Población comprometida a ingresar) x 100	60%	100%	REM	12.5
	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	12.5
Nº 2: Fomento del Autocuidado del Adulto Mayor en Organizaciones Sociales y Servicios Locales	Trabajo en la Red Local	Nº de servicios locales con Planes Intersectoriales para el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo junto al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en desarrollo en el 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	Nº de Organizaciones con Líderes Comunitarios Capacitados por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el periodo/ Organizaciones ingresadas al Programa de Estimulación Funcional del programa Mas Adultos Mayores Autovalentes en el periodo) x 100	20%	30%	REM	25

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

Compone nte	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta Agosto	Meta Diciembre	Verificado r
Nº1: Programa de Estimulación Funcional	Porcentaje de personas mayores que egresan del programa	(Nº de personas mayores que egresan del programa/ nº de personas mayores que ingresan al programa) x 100	80%	80%	REM
	Porcentaje de personas que mejoran condición funcional al egreso del programa	(Nº de personas que mejoran su condición funcional según tug/ nº de personas que egresan del programa) x 100	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	REM
	Porcentaje de personas que mejoran condición funcional al egreso del programa	(Nºde personas que mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad/ nº de personas que egresan del programa) x 100	Incremento de 5% respect	Incremento de 5% respecto a línea	REM



			o a línea base del año anterior.	base del año anterior.	
--	--	--	--	------------------------------	--

**Monitoreo y Evaluación:**

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 cada monitoreo se evaluará el desarrollo de ambos componentes del programa y se evaluara además en función de los indicadores y sus medios de verificación.

- Primera evaluación: mes de Marzo** se efectuará con corte al 31 de Marzo del año en curso, dando cuenta de:
  - Contratación de la/s duplas profesionales con fecha tope 02 de marzo para la contratación de ambos profesionales (contratos).
  - Primera reunión de trabajo de la red de establecimientos y comunas de los Servicios de Salud, (actas y asistencia de éstas).
  - Entrega de la información básica para el desarrollo del Programa a las duplas Profesionales (resolución exenta del Programa, orientación técnica del Programa)

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la redistribución de recursos no utilizados y a la solicitud de planes de mejora a los Servicios de Salud, que deberán dar cuenta de las acciones comprometidas por las Comunas y el Servicio de Salud que corrijan las situaciones de incumplimiento.

- Segunda evaluación Mes de Agosto:** a efectuarse el 31 de Agosto del año en curso, de acuerdo a los resultados se hará la reliquidación de la segunda cuota del mes de Octubre; si el cumplimiento de las metas es inferior 60%, de acuerdo al siguiente cuadro.

Porcentaje cumplimiento de metas de programa	Porcentaje de descuento de recursos 2º cuota del 30%
Mayor o igual al 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%

Adicionalmente a la evaluación por registro estadístico mensual, las comunas y establecimientos deberán informar a los Servicios de Salud del desarrollo del Programa a través de un informe parcial de avances emitido a los Servicios de Salud con fecha tope 07 de septiembre del año respectivo.

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

En relación a los recursos productos de la reliquidación, que provengan de aquellas comunas y establecimientos que no cumplan con las prestaciones y metas proyectadas, dichos recursos 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, según los argumentos técnicos que presente el Servicio de Salud, para ser redistribuidos en el mismo Programa, en acuerdo con la División de Atención Primaria.

- Tercera evaluación Mes de Diciembre:** se realizará con fecha de corte 31 de Diciembre, plazo en que los establecimientos deberán tener el 100% de las prestaciones comprometidas por componente ejecutado.

Las comunas y establecimientos deberán informar el cierre anual del programa y el desarrollo final obtenido, en el informe final del programa con fecha tope de entrega el 03.01.2021 al Servicio de Salud.

En relación a los cumplimientos de acciones y metas requeridas, 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 resultara en la reliquidación. Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que causen en incumplimiento, la comuna podría apelar a la dirección de servicio de salud, acompañando un plan de trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas establecidas. Asu 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.

**OCTAVA:** Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud Araucanía Norte en 2 cuotas:

- La primera cuota, correspondiente al 70% del total de los recursos del convenio, se transferirá a la fecha de total tramitación del acto administrativo que aprueba el presente convenio, para la debida implementación de las actividades destinadas al cumplimiento de los objetivos del programa.
- La segunda cuota, correspondiente al 30% restante de recursos, se transferirá en el mes de Octubre, de acuerdo a los resultados de la segunda evaluación, con corte al mes de Agosto.

**NOVENA:** El Servicio podrá requerir a la Municipalidad de Angol, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes especificados en las cláusulas tercera y sexta 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 del desarrollo del programa, plan de gastos, los cuales deben ser enviado a encargado(a) del programa en el Servicio de Salud Araucanía Norte, cuando les sea solicitado.

**DÉCIMA:** El Servicio de Salud Araucanía Norte no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. Por ello, en el caso que la Municipalidad de Angol se exceda de los fondos destinados por el Servicio de Salud Araucanía Norte para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante. Será responsabilidad de la Municipalidad de Angol, velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos. Lo anterior, independientemente de las atribuciones que le competen al Servicio, en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de las revisiones que pudiese efectuar, en términos aleatorios, el Departamento de Auditoría del Servicio.

Sin perjuicio de lo anterior, las transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, en particular en lo señalado en el Título III, Artículo 26, incisos cuarto y quinto que dispone: "el organismo público receptor estará obligado a enviar a la unidad otorgante un comprobante de ingreso por los recursos percibidos y un informe mensual y final de su inversión", "el referido informe mensual deberá remitirse dentro de los quince (15) primeros días hábiles administrativos del mes siguiente al que se informa, incluso respecto de aquellos meses en que no exista inversión de los fondos traspasados, y deberá señalar, a lo menos, el monto de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de la inversión realizada y el saldo disponible para el mes siguiente".

Y en su Párrafo 6°, Artículo 18 que señala: "los Servicios no entregarán nuevos fondos a rendir, sea a disposición de unidades internas o a cualquier título a terceros, cuando la rendición se haya hecho exigible y la persona o entidad receptora no haya rendido cuenta de la inversión de cualquier fondo ya concedido, salvo en casos debidamente calificados y expresamente fundados por la unidad otorgante".

A mayor abundamiento la rendición de cuentas de los recursos transferidos se realizará dentro de los quince primeros días hábiles del mes posterior al mes de la transferencia, de acuerdo a las siguientes fechas de corte:

- El primer corte al 30 del mes siguiente, a aquel en que se encuentre totalmente tramitado el acto administrativo que aprueba el convenio y transferida la primera cuota de los recursos comprometidos, la Municipalidad de Angol deberá ingresar la información de los gastos realizados a partir del mes de inicio de la vigencia del convenio a la fecha.
- Las fechas de cortes posteriores serán en forma mensual al 30 de cada mes, debiendo la Municipalidad de Angol ingresar la información dentro de los quince primeros días hábiles del mes siguiente.

Para efectos de lo anterior, la Municipalidad de Angol deberá ingresar la información al Sistema en Plataforma Web denominado "Sistema de Control Financiero de Programas APS" que pondrá a disposición el Servicio de Salud Araucanía Norte, la que será supervisada y aprobada por el Departamento de Atención Primaria de este Servicio de Salud.

**DÉCIMA PRIMERA:** El presente convenio tendrá vigencia desde el 01 de Enero hasta el 31 de Diciembre de 2020. Sin embargo, si al vencimiento del plazo de convenio no se encontraren ejecutadas en su totalidad las prestaciones señaladas en la cláusula sexta, el Director del Servicio podrá evaluar discrecionalmente la eventual posibilidad de prorrogar el presente convenio, a solicitud fundada de la Municipalidad y siempre que se encuentre, a lo menos, el 60% de las prestaciones ejecutadas, y la correspondiente rendición de cuenta al día.

En caso de que el Director del Servicio considere que, no concurren los supuestos señalados en el párrafo precedente, la Municipalidad deberá, sin más trámite, restituir los saldos no ejecutados, previa rendición de cuentas conforme a la resolución exenta N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República.

Las partes dejan constancia que por tratarse de un programa ministerial de continuidad, por razones de un buen servicio, las prestaciones asistenciales descritas en éste se comenzaron a otorgar desde el **01 de enero de 2020**, razón por la cual dichas atenciones se imputarán a los recursos que se transferirán en conformidad a lo señalado en el presente convenio. Lo anterior, de acuerdo a lo establecido en el artículo 52° de la Ley N° 19.880 de Bases de los Procedimientos Administrativos, donde la total tramitación del acto administrativo que aprueba el presente convenio, tendrá efecto retroactivo respecto de las prestaciones asistenciales otorgadas a los usuarios antes de su aprobación, considerando que se cumple con los requisitos que dicha norma establece que sólo ha generado consecuencias favorables para los usuarios y no ha lesionado derechos de terceros.

**DECIMA SEGUNDA: Aprobación.** Los otorgantes dejan expresa constancia que conforme lo dispuesto en el artículo 65 letra j) de la Ley N.º 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades el honorable Concejo municipal de Angol ha dado su aprobación al presente Convenio en sesión ordinaria N° 11 de fecha 14 de Abril de 2020 mediante el memorándum N° 164 de fecha 17 de Abril de 2020.

**DÉCIMA TERCERA: Personerías:** La personería de don **ALEJANDRO MANRIQUEZ VALLEJOS**, para representar al Servicio de Salud Araucanía Norte, consta en Decreto Exento N° 94 de fecha 16 de diciembre de 2019 del Ministerio de Salud. La personería de don **JOSE ENRIQUE NEIRA NEIRA**, para representar a la Municipalidad de Angol, consta en Decreto Alcaldicio N° 6404 de fecha 06 de diciembre de 2016.- Documentos que no se insertan por ser conocidos y aceptados por las partes.

**DÉCIMA CUARTA:** El presente convenio se firma en 5 ejemplares de igual tenor y valor, quedando uno en poder del Servicio de Salud Araucanía Norte, dos en el de la Municipalidad de Angol y los dos restantes en la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

2. **AUTORÍZASE** el traspaso a la Municipalidad de Angol, la suma única y total de **\$30.053.274.-** (treinta millones cincuenta y tres mil doscientos sesenta y cuatro pesos), en la forma establecida en cláusula octava del convenio que por este acto se aprueba.
3. **IMPÚTESE** el gasto que irroque la presente resolución exenta al **ítem 24.03.298** de Transferencias Corrientes a Otras Entidades Públicas.
4. **REMÍTASE**, una copia de la presente resolución exenta y del Convenio que por este acto se aprueba a la I. Municipalidad de Angol.

**ANÓTESE Y COMUNÍQUESE**



**SR. ALEJANDRO MANRIQUEZ VALLEJOS**  
**DIRECTOR (s)**  
**SERVICIO SALUD ARAUCANIA NORTE**

**DISTRIBUCIÓN:**

1. MUNICIPALIDAD DE ANGOL (1) (DSM ANGOL) (1).
2. SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES, MINSAL.
3. DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA, MINSAL.
4. OF. PARTES

**PANEL:**

5. DEPTO. DE ATENCIÓN PRIMARIA S.S.A.N.
6. SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FÍSICOS Y FINANCIEROS S.S.A.N.
7. DEPTO. FINANZAS S.S.A.N.
8. DEPTO. JURÍDICO S.S.A.N.
9. AUDITORIA S.S.A.N.



SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA NORTE  
DEPARTAMENTO ATENCIÓN PRIMARIA  
AMV/ NDP/ IMC/ AAC/ PVV/ NOR  
N° 141.-

CONVENIO  
PROGRAMA MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES

En Angol, a 17 ABRIL de 2020, entre el **SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA NORTE**, persona jurídica de derecho público, R.U.T. N° 61.955.100-1 representado por su Director (S) don **ALEJANDRO MANRIQUEZ VALLEJOS**, ambos domiciliados calle Pedro de Oña N° 387 de esta ciudad, en adelante el "Servicio", y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ANGOL**, corporación autónoma de derecho público, R.U.T. N° 69.180.100-4, representada por su Alcalde don **JOSE ENRIQUE NEIRA NEIRA**, ambos con domicilio en calle Pedro Aguirre Cerda N° 509, comuna de Angol, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

**PRIMERA:** Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N° 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49". Por su parte, el artículo 4° del Decreto N° 55 de 2020, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

**SEGUNDA:** En el marco de los Objetivos Estratégicos para la década 2010- 2020, donde entre otros, se propone reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos; así como, reducir factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables y por otro lado, reducir la mortalidad y mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital, el Ministerio de Salud ha decidido impulsar el **Programa Más Adultos Mayores Autovalentes**. El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 26 de 14 de enero de 2020, del Ministerio de Salud, anexa al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la Municipalidad de Angol se obliga a desarrollar en virtud del presente instrumento.

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

- **Componente 1: Estimulación Funcional.**
- **Componente 2: Fomento del autocuidado y estimulación funcional en las organizaciones sociales y servicios locales.**

**CUARTA:** Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio de Angol, desde la fecha de total tramitación de la resolución aprobatoria del presente convenio, la suma anual y única de **\$30.053.274.-** (treinta millones cincuenta y tres mil doscientos sesenta y cuatro pesos), los cuáles serán imputados al Ítem 24.03.298 de Transferencias Corrientes a Otras Entidades Públicas, para alcanzar el propósito y cumplimiento del programa, objeto del presente convenio. Dichos recursos serán asignados para las siguientes categorías:

Categorías	Montos
1.- Recurso Humano	\$26.919.247.-
	\$ 1.072.593 (*)
2.- Insumos del Programa	\$500.000.-
3.- Capacitación del Programa	\$1.000.000.-
4.- Movilización urbana	\$561.434.-
<b>TOTAL</b>	<b>\$30.053.274.-</b>



(\*) **Fortalecimiento de la salud en personas mayores: estrategia de componente N°2, acompañamiento de líderes comunitarios. Recursos para contratación de personal de apoyo a líderes comunitarios (pueden ser las mismas duplas u otros profesionales de área), como horas extras de 4-6 horas semanales, en temas que sean de importancia para los líderes.**

El Municipio se obliga a cumplir los objetivos señalados y a implementar y desarrollar las acciones señaladas en el respectivo programa, para los beneficiarios del sector público de salud, que se atienden en la atención primaria.

En caso que habiendo cumplido el 100% de las metas comprometidas y ejecutado los recursos según los acordados en el punto N° 2,3 y 4 de la tabla de distribución de recursos del presente convenio, quedasen recursos excedentes, estos podrán ser redistribuidos para la adquisición de insumos y/o instrumental de acuerdo a los lineamientos del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, bajo la aprobación y supervisión del Asesor de dicho Programa del Servicio Salud Araucanía Norte y consensuada con la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

**QUINTA:** El Municipio de Angol se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes objetivos generales y específicos:

➤ **Objetivo General:**

Mantener o mejorar la condición funcional de la población mayor a 60 años.

➤ **Objetivos Específicos:**

- Mejorar capacidad funcional individual y comunitaria para enfrentar el proceso de envejecimiento.
- Capacitar a Líderes Comunitarios de las organizaciones sociales locales en Autocuidado y Estimulación Funcional de los adultos mayores.
- Fomentar el desarrollo de la red local para el abordaje del envejecimiento y el fomento de envejecimiento activo y pasivo.

**SEXTA:** Conforme a lo señalado en la cláusula tercera, la Municipalidad de Angol se obliga a cumplir con los siguientes componentes, estrategias y productos esperados:

➤ **Componente 1: Estimulación Funcional:**

Desarrollado por la dupla profesionales del programa, y consiste en la participación de las personas mayores que cumplan con los criterios de ingreso al programa, en el **Componente de Estimulación Funcional**. Dicho componente debe contar con 24 sesiones mixtas en su totalidad distribuidas en los siguientes tres talleres:

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

Las actividades se realizan con una frecuencia de 2 sesiones mixtas a la semana. requiere la realización de estrategias para dar continuidad en el hogar, mediante el desarrollo de actividades relacionadas con el reforzamiento de los contenidos tratados en los tres talleres, procurando la participación activa del adulto mayor en su proceso de aprendizaje y la modificación de hábitos para la incorporación de actividades de autocuidado como la estimulación funcional, estimulación cognitiva y participación social como factores protectores de la salud dentro de su rutina cotidiana.

Cada **sesión mixta** incluye una sesión del Taller de **estimulación de funciones motoras y una de prevención de caídas** y una de sesión de **estimulación de funciones cognitivas** o una sesión del **Taller de estimulación de autocuidado y estilos de vida saludable**.

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



## **Etapas del Programa de Estimulación Funcional y Actividades Asociadas**

### **1.- Planificación y Programación de las Sesiones del Programa:**

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

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

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

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

### **2.- Ingreso de las Personas Mayores al Programa de Estimulación Funcional:**

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

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

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

En caso de no contar con el Examen de Medicina Preventiva vigente, el establecimiento o comuna beneficiaria del Programa, deberá gestionar con prontitud la evaluación del adulto mayor por parte del equipo de salud y considerar otras estrategias que mejoren el acceso a la oportunidad a este examen. Cada establecimiento donde se desarrolle el programa deberá contar con un flujograma de derivación con personas mayores difundido al equipo de salud y los servicios locales relacionados con la población adulto mayor.

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

### **3.- Desarrollo del Programa de Estimulación Funcional:**

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

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

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

#### 4.- Egreso del Programa de estimulación Funcional.

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

En caso de presentar inasistencias a las sesiones comprometidas por parte del adulto mayor, para considerarse egresado, debe al menos haber participado en **18 de 24 sesiones mixtas** del Componente de Estimulación Funcional. No corresponde realizar ciclos de intervención menores a 24 sesiones mixtas.

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

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

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

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

#### ➤ **Componente 2: Fomento del autocuidado y estimulación funcional en las organizaciones sociales y servicios locales.**

Este Componente propone un intervención en la red local para fomento del envejecimiento activo y pasivo. 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.

Apunta 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 la 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.

Promueve además la búsqueda de soluciones locales para la resolución de aspectos sociosanitarios relacionados con la participación y calidad de vida de las personas mayores.

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

#### **Etapas del proceso a realizar por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes para el fomento del Autocuidado y Estimulación funcional en las Organizaciones Sociales y Servicios Locales**

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

- a. **Catastro de las 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 a una agrupación de Personas Mayores, Club de adulto mayor, centros 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.

b. **Catastro de Servicios Locales Actualizado**, que dé cuenta de la oferta programática local para las personas mayores, incorporando aquellos servicios locales relacionados directamente con la población adulto mayor, y también aquellos que dentro de su oferta programática cuentan con estrategias que benefician a la población 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.

c. **Mapa Red Local con Organizaciones Sociales y Servicios**, que representa la localización y de la vinculación con el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes y la red de salud de la que forman parte, para orientar el trabajo del equipo y la información entregada a los participantes de ambos componentes del programa, en cuanto a posibilidades de continuidad de Estimulación Funcional y Auto Cuidado 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. Puede realizarse en formato diferente al clásico mapa si se considera que facilita el trabajo del equipo de salud y la información de las personas mayores (guía, manual, otro) siempre y cuando de cuenta de la localización, la vinculación con el programa y las formas de accesos de las personas a ella y está disponible para el equipo de salud y las personas mayores.

## 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 diagnóstico Participativo, el que deberá tener como mínimo las siguientes etapas desarrolladas y actualizadas en forma anual:

1. **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.
2. **Diagnóstico participativo sobre las necesidades y propuestas de capacitación de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional de los adultos mayores**: Realizado junto a las organizaciones sociales participantes del programa y/o sus representantes, comunidad no organizada e intersector vinculado al programa, para conocer los requerimientos específicos en cuanto a capacitación de líderes comunitarios en estimulación funcional y autocuidado de la salud de las personas mayores. Este diagnóstico debe considerar como fundamentales la participación voluntaria e informada sobre el proceso diagnóstico que efectúa el Programa y la validación de la información construida. Es preciso considerar que la información obtenida debe generar acciones para mejorar la situación actual de las personas mayores, con respecto a los ámbitos de acción del Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes.
3. **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 líderes comunitarios capacitados. Este plan de acción debe ser realizado junto con las personas mayores participantes, validando las propuestas presentadas y en acuerdo en los contenidos y líneas de trabajo.

## 3.- Diseño y ejecución de estrategias locales para el fomento del autocuidado y estimulación funcional en la red local.

- a. **Capacitación de líderes comunitarios para el autocuidado y estimulación funcional en sus organizaciones**: la capacitación de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional, es realizado de acuerdo a los resultados del diagnóstico participativo y actualizado de acuerdo a los resultados del diagnóstico participado y actualizado con antecedentes presentes al momento de desarrollarse la capacitación. Considera la priorización de temáticas a abordar, el desarrollo progresivo de habilidades entre 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.

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 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 entorno de las personas mayores y los roles de los líderes comunitarios del programa en su territorio.

- b. **Planes intersectoriales entre los centros de salud y los servicios locales para el 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.

## 8.- PRODUCTOS ESPERADOS

### Productos esperados del desarrollo del Componente 1:

1. Personas 60 años y más que cumplan con los criterios de inclusión, ingresados al programa de estimulación funcional una vez al año.
2. Ciclos de 24 sesiones del programa de estimulación funcional, en un periodo de 3 meses.
3. Personas mayores ingresadas al programa participación en al menos 18 sesiones dentro de un ciclo de 24 sesiones para ser egresadas.
4. Personas mayores que egresan del Programa de estimulación Funcional mantienen su condición funcional.
5. Personas mayores que egresan del Programa de estimulación Funcional mejoran su condición funcional.
6. El Programa de Estimulación Funcional desarrollado se compone de 24 sesiones del taller de estimulación de funciones motoras y prevención de caídas; 12 sesiones del taller de estimulación de funciones cognitivas y 12 sesiones del taller de autocuidado y estilos de vida saludable.
7. Evaluación participativa de cada ciclo del programa para incorporación de mejoras en el componente 1.
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.
9. Flujograma de derivación y contrarreferencia para el sector salud construidos y funcionando en forma efectiva.
10. Flujograma de derivación y contra derivación para el intersector funcionando en forma efectiva.
11. Talleres de autocuidado y estilos de vida saludable, cuenten 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.

### Productos esperados del desarrollo del componente 2:

1. Acciones de difusión y coordinación del programa con el intersector y la comunidad.
2. Organizaciones Sociales Locales de y para personas mayores son reportadas en el catastro de organizaciones sociales.
3. Servicios locales con oferta programática para personas mayores se incluyen en el catastro de servicio locales y son ingresados al programa.
4. Mapa de la Red Local o elemento que cumpla funciones según lo descrito.
5. Diagnóstico situacional y diagnóstico participativo para definición de necesidades de capacitación de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional diseñados y ejecutados por el programa.
6. Plan de Capacitación de Líderes Comunitarios diseñado y ejecutado.
7. Plan (es) intersectorial(es) para fomento del envejecimiento activo y positivo diseñado y ejecutados.
8. Organizaciones sociales que cuentan con líderes comunitarios capacitados por el programa participan de actividades de acompañamiento por parte del equipo del programa.

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

Indicadores para las comunas o establecimientos que **implementan el programa asociados a reliquidación:**

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta Agosto	Meta Diciembre	Verificador	Peso relativo, %
N°1: Programa de Estimulación Funcional y Cognitiva	% de población mayores a 60 años que mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad	(N° de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad) / N° de total personas que egresan del programa) x 100	60%	60%	REM	12.5
	% de la población mayor a 60 años que mantienen o mejoran su condición funcional según Timed up and go.	(N° de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según Timed up and go) / N° de total personas que egresan del programa) x 100	60%	60%	REM	12.5
	% de población de 60 años y más 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 ingresados al programa con EMPA vigente) / Población comprometida a ingresar) x 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 la 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) x 100	20%	30%	REM	25
	Capacitación de Líderes Comunitarios	N° de Organizaciones con Líderes Comunitarios Capacitados por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el periodo/ Organizaciones ingresadas al Programa de Estimulación Funcional del programa Mas Adultos Mayores Autovalentes en el periodo) x 100	20%	30%	REM	25



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

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta Agosto	Meta Diciembre	Verificador
N°1: Programa de Estimulación Funcional	Porcentaje de personas mayores que egresan del programa	(N° de personas mayores que egresan del programa/ n° de personas mayores que ingresan al programa) x 100	80%	80%	REM
	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) x 100	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	REM
	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) x 100	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	REM

Monitoreo y Evaluación:

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 cada monitoreo se evaluará el desarrollo de ambos componentes del programa y se evaluara además en función de los indicadores y sus medios de verificación.

- Primera evaluación: mes de Marzo se efectuará con corte al 31 de Marzo del año en curso, dando cuenta de:
  - Contratación de la/s duplas profesionales con fecha tope 02 de marzo para la contratación de ambos profesionales (contratos).
  - Primera reunión de trabajo de la red de establecimientos y comunas de los Servicios de Salud, (actas y asistencia de éstas).
  - Entrega de la información básica para el desarrollo del Programa a las duplas Profesionales (resolución exenta del Programa, orientación técnica del Programa)

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la redistribución de recursos no utilizados y a la solicitud de planes de mejora a los Servicios de Salud, que deberán dar cuenta de las acciones comprometidas por las Comunas y el Servicio de Salud que corrijan las situaciones de incumplimiento.

- Segunda evaluación Mes de Agosto: a efectuarse el 31 de Agosto del año en curso, de acuerdo a los resultados se hará la reliquidación de la segunda cuota del mes de Octubre; si el cumplimiento de las metas es inferior 60%, de acuerdo al siguiente cuadro.

Porcentaje cumplimiento de metas de programa	Porcentaje de descuento de recursos 2° cuota del 30%
Mayor o igual al 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%

Adicionalmente a la evaluación por registro estadístico mensual, las comunas y establecimientos deberán informar a los Servicios de Salud del desarrollo del Programa a través de un informe parcial de avances emitido a los Servicios de Salud con fecha tope 07 de septiembre del año respectivo.

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

En relación a los recursos productos de la reliquidación, que provengan de aquellas comunas y establecimientos que no cumplan con las prestaciones y metas proyectadas, dichos recursos 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, según los argumentos técnicos que presente el Servicio de Salud, para ser redistribuidos en el mismo Programa, en acuerdo con la División de Atención Primaria.

**Tercera evaluación Mes de Diciembre:** se realizará con fecha de corte 31 de Diciembre, plazo en que los establecimientos deberán tener el 100% de las prestaciones comprometidas por componente ejecutado. Las comunas y establecimientos deberán informar el cierre anual del programa y el desarrollo final obtenido, en el informe final del programa con fecha tope de entrega el 03.01.2021 al Servicio de Salud.

En relación a los cumplimientos de acciones y metas requeridas, 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 resultara en la reliquidación. Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que causen en incumplimiento, la comuna podría apelar a la dirección de servicio de salud, acompañando un plan de trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas establecidas. Asu 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.

**OCTAVA:** Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud Araucanía Norte en 2 cuotas:

La primera cuota, correspondiente al 70% del total de los recursos del convenio, se transferirá a la fecha de total tramitación del acto administrativo que aprueba el presente convenio, para la debida implementación de las actividades destinadas al cumplimiento de los objetivos del programa.

La segunda cuota, correspondiente al 30% restante de recursos, se transferirá en el mes de Octubre, de acuerdo a los resultados de la segunda evaluación, con corte al mes de Agosto.

**NOVENA:** El Servicio podrá requerir a la Municipalidad de Angol, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes especificados en las cláusulas tercera y sexta 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 del desarrollo del programa, plan de gastos, los cuales deben ser enviado a encargado(a) del programa en el Servicio de Salud Araucanía Norte, cuando les sea solicitado.

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

Será responsabilidad de la Municipalidad de Angol, velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos. Lo anterior, independientemente de las atribuciones que le competen al Servicio, en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de las revisiones que pudiese efectuar, en términos aleatorios, el Departamento de Auditoría del Servicio.

Sin perjuicio de lo anterior, las transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, en particular en lo señalado en el Título III, Artículo 26, incisos cuarto y quinto que dispone: "el organismo público receptor estará obligado a enviar a la unidad otorgante un comprobante de ingreso por los recursos percibidos y un informe mensual y final de su inversión", "el referido informe mensual deberá remitirse dentro de los quince (15) primeros días hábiles administrativos del mes siguiente al que se informa, incluso respecto de aquellos meses en que no exista inversión de los fondos traspasados, y deberá señalar, a lo menos, el monto de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de la inversión realizada y el saldo disponible para el mes siguiente".

Y en su Párrafo 6°, Artículo 18 que señala: "los Servicios no entregarán nuevos fondos a rendir, sea a disposición de unidades internas o a cualquier título a terceros, cuando la rendición se haya hecho exigible y la persona o entidad receptora no haya rendido cuenta de la inversión de cualquier fondo ya concedido, salvo en casos debidamente calificados y expresamente fundados por la unidad otorgante".

A mayor abundamiento la rendición de cuentas de los recursos transferidos se realizará dentro de los quince primeros días hábiles del mes posterior al mes de la transferencia, de acuerdo a las siguientes fechas de corte:

- El primer corte al 30 del mes siguiente, a aquel en que se encuentre totalmente tramitado el acto administrativo que aprueba el convenio y transferida la primera cuota de los recursos comprometidos, la Municipalidad de Angol deberá ingresar la información de los gastos realizados a partir del mes de inicio de la vigencia del convenio a la fecha.
- Las fechas de cortes posteriores serán en forma mensual al 30 de cada mes, debiendo la Municipalidad de Angol ingresar la información dentro de los quince primeros días hábiles del mes siguiente.



Para efectos de lo anterior, la Municipalidad de Angol deberá ingresar la información al Sistema en Plataforma Web denominado "Sistema de Control Financiero de Programas APS" que pondrá a disposición el Servicio de Salud Araucanía Norte, la que será supervisada y aprobada por el Departamento de Atención Primaria de este Servicio de Salud.

**DÉCIMA PRIMERA:** El presente convenio tendrá vigencia desde el 01 de Enero hasta el 31 de Diciembre de 2020. Sin embargo, si al vencimiento del plazo de convenio no se encontraren ejecutadas en su totalidad las prestaciones señaladas en la cláusula sexta, el Director del Servicio podrá evaluar discrecionalmente la eventual posibilidad de prorrogar el presente convenio, a solicitud fundada de la Municipalidad y siempre que se encuentre, a lo menos, el 60% de las prestaciones ejecutadas, y la correspondiente rendición de cuenta al día. En caso de que el Director del Servicio considere que, no concurren los supuestos señalados en el párrafo precedente, la Municipalidad deberá, sin más trámite, restituir los saldos no ejecutados, previa rendición de cuentas conforme a la resolución exenta N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República.

Las partes dejan constancia que por tratarse de un programa ministerial de continuidad, por razones de un buen servicio, las prestaciones asistenciales descritas en éste se comenzaron a otorgar desde el **01 de enero de 2020**, razón por la cual dichas atenciones se imputarán a los recursos que se transferirán en conformidad a lo señalado en el presente convenio. Lo anterior, de acuerdo a lo establecido en el artículo 52° de la Ley N° 19.880 de Bases de los Procedimientos Administrativos, donde la total tramitación del acto administrativo que aprueba el presente convenio, tendrá efecto retroactivo respecto de las prestaciones asistenciales otorgadas a los usuarios antes de su aprobación, considerando que se cumple con los requisitos que dicha norma establece que sólo ha generado consecuencias favorables para los usuarios y no ha lesionado derechos de terceros.

**DECIMA SEGUNDA:** Aprobación. Los otorgantes dejan expresa constancia que conforme lo dispuesto en el artículo 65 letra j) de la Ley N.° 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades el honorable Concejo municipal de Angol ha dado su aprobación al presente Convenio en sesión ordinaria N°11 de fecha de 14 de Abril de 2020, mediante el memorándum N° 164 de fecha 17 de Abril de 2020.

**DÉCIMA TERCERA: Personerías:** La personería de don **ALEJANDRO MANRIQUEZ VALLEJOS**, para representar al Servicio de Salud Araucanía Norte, consta en Decreto Exento N° 94 de fecha 16 de diciembre de 2019 del Ministerio de Salud. La personería de don **JOSE ENRIQUE NEIRA NEIRA**, para representar a la Municipalidad de Angol, consta en Decreto Alcaldicio N° 6404 de fecha 06 de diciembre de 2016.- Documentos que no se insertan por ser conocidos y aceptados por las partes.

**DÉCIMA CUARTA:** El presente convenio se firma en 5 ejemplares de igual tenor y valor, quedando uno en poder del Servicio de Salud Araucanía Norte, dos en el de la Municipalidad de Angol y los dos restantes en la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

**SR. JOSE ENRIQUE NEIRA NEIRA**  
**ALCALDE**  
**I. MUNICIPALIDAD DE ANGOL**

**SR. ALEJANDRO MANRIQUEZ VALLEJOS**  
**DIRECCIÓN**  
**SERVICIO SALUD ARAUCANIA NORTE**

**DISTRIBUCIÓN:**

- I. MUNICIPALIDAD DE ANGOL (1) (DSM ANGOL) (1).
- SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES MINSAL
- DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA, MINSAL
- SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FISICOS Y FINANCIEROS
- DPTO. DE ATENCION PRIMARIA SSAN.
- DPTO, FINANZAS SSAN
- DPTO JURIDICO SSAN
- AUDITORIA SSAN
- OF. PARTES (1)