



ANGOL
DECRETO EXENTO N°:
VISTOS:

0 0 2 2 2 0

Públicos de Municipalidades;

- Repu&nbshica, dicta normas sobre exención del trámite de Toma de Razón;
- a) D. F. L. N° 01-3063 que reglamenta el traspaso de Servicios
- b) Resolución N° 7 del 26/03/2019 de la Contraloría General de la
- c) Resolución Exenta N°2430 de fecha 02 de octubre de 2023, aprueba, "CONVENIO PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES";
- d) Decreto N° 4044 de fecha 29 de junio de 2021 de la Municipalidad de Angol, que nombra como Alcalde Titular de la ciudad de Angol al Sr. José Enrique Neira Neira;
- e) Decreto N°4129 de fecha 11 de mayo de 2022 de la Municipalidad de Angol, que designa como secretario Municipal al Sr. Álvaro Ervin Urra Morales, a contar del 01 de abril de 2021;
- f) La facultad que confiere la Ley N° 18.695 de 1988 y sus modificaciones, Orgánica Constitucional de Municipalidades;
- g) La Resolución 30 del 28/03/2015, de la Contraloría General de la Republica, que fija normas de procedimiento sobre rendición de cuentas;
- h) D.F.L N° 1 de 2006 que fija el texto refundido coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades;
- i) Resolución N° 18 de fecha 30/03/2017, de la Contraloría General de la Repù&nbshica, que fija normas sobre tramitación en linea de decretos y resoluciones relativos en las materias de personal que señala;

CONSIDERANDO:

1.- Modificación Parcialmente por la Resolución Exenta N°2430 de fecha 02 de octubre de 2023, por lo cual de esta misma forma el Servicio de Salud Araucanía Norte ha suscrito convenio del programa referido con la I. Municipalidad de Angol, las partes suscriptores acuerdan que, si en vigencia del presente convenio, en una determinada anualidad el Ministerio de Salud efectúa modificaciones a las metas, objetivos o montos del mismo, ello será reflejado mediante la respectiva Resolución que emita el Servicio de Salud Araucanía Norte, la cual puede ser exenta o afecta.

DECRETO:

1.- APRUÉBASE, "MODIFICASE PARCIALMENTE CONVENIO PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES"; entre el Servicio de Salud Araucanía Norte y la Ilustre Municipalidad de Angol, con vigencia desde el 01 de enero del año 2023.

2.- Presupuesto: El ministerio de salud, a través del Servicio de Salud Araucanía Norte y la Ilustre Municipalidad de Angol, asignó para el año 2022 un monto de \$33.994.392. Durante el año 2023, dicho monto será incrementado en \$2.391.210 (dos millones trescientos noventa y un mil doscientos diez pesos), quedando como asignación modificada anual total y única, la suma de \$36.385.602.- (treinta y seis millones trescientos ochenta y cinco mil seiscientos dos pesos). Por lo tanto; del monto total asignado a la Municipalidad de Angol, se determina que la primera cuota equivale a \$25.469.921.- (veinticinco millones cuatrocientos sesenta y nueve mil novecientos veintiún pesos), de los cuales ya han sido transferidos \$23.796.074.- (veintitrés millones setecientos noventa y seis mil setenta y cuatro pesos), de acuerdo a resolución exenta N° 3100 de 30 de diciembre 2022 (prorroga automática), quedando pendiente un traspaso de \$1.673.847.- (un millón seiscientos setenta y tres mil ochocientos cuarenta y siete pesos), monto que será transferido, una vez aprobada la presente resolución, por concepto de reajuste de la primera cuota. La segunda cuota equivalente a \$10.915.681.- (diez millones novecientos quince mil seiscientos ochenta y un pesos), se transferirá en las condiciones estipuladas en la cláusula séptima del convenio que aprueba el presente acto administrativo, dicho monto se imputará al ítem de ingresos 05.03.006

Municipal, para los fines del caso. -

3.- Póngase en conocimiento del Departamento de Salud y Control

ÁLVARO ERVIN URRA MORALES
SECRETARIO MUNICIPAL

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.

ALCALDE
ANGOL

JOSÉ ENRIQUE NEIRA NEIRA
ALCALDE DE LA COMUNA

JENN/AEUM/JQD/VSA/GAF/msm
DISTRIBUCIÓN:

- Oficina de Partes
- Transparencia
- Archivo Depto. Salud



Muni
Angol

SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA NORTE
DEPARTAMENTO ATENCIÓN PRIMARIA
EYS/CMC/MBO/AMV/PVV
Nº 369.- 26.09.2023

2430
RESOLUCIÓN EXENTA N°
ANGOL, 02 OCT 2023

CONSIDERANDO:

- 1.- Resolución Exenta N° 935 de fecha 26 de abril de 2022, aprueba "Convenio Programa Más Adultos Mayores Autovalentes", entre el Servicio de Salud Araucanía Norte y la Municipalidad de Angol.
- 2.- Ley N° 21.516 que establece el presupuesto del sector público para el año 2023.
- 3.- Resolución Exenta N° 3100 de 30 de diciembre de 2022, aprueba prórroga de Resolución Exenta N° 935 de fecha 26 de abril de 2022, denominado "Convenio Programa Más Adultos Mayores Autovalentes".
- 4.- Resolución Exenta N° 154 de fecha 17 de febrero de 2023, del Ministerio de Salud, que aprueba Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.
- 5.- Resolución Exenta N° 67 de fecha 03 de febrero de 2023, del Ministerio de Salud, que distribuye recursos del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, año 2023.
- 6.- En consideración al convenio "Programa Más Adultos Mayores Autovalentes", aprobado por la Resolución Exenta N° 935 de fecha 26 de abril de 2022, que en su cláusula décima segunda señala que el citado convenio "(...) A su vez, las partes suscriptores acuerdan que, si en vigencia del presente convenio, en una determinada anualidad el Ministerio de Salud efectúa modificaciones a las metas, objetivos o montos del mismo, ello será reflejado mediante la respectiva resolución que emita el Servicio Salud Araucanía Norte, la cual será afecta o exenta en relación a una eventual inyección de montos adicionales que superen el límite fijado para ello en las resoluciones N° 7/2019 y N° 16/2020 de la Contraloría General de la República."

Y VISTO: Lo dispuesto en:

- 1.- D.F.L. N° 1/2005 del Ministerio de Salud, que aprobó el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763/1979, leyes N° 18.933 y N° 18.469.
- 2.- Decreto Supremo N° 140/2004 del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.
- 3.- Ley N° 19.378 que establece el Estatuto de Atención Primaria en Salud Municipal.
- 4.- Ley N° 21.516 de presupuesto del sector público para el año 2023.
- 5.- Ley N° 19.880 de bases de los procedimientos administrativos, art. 52.
- 6.- D.S. N° 03/2022 del Ministerio de Salud, que designa al director del Servicio de Salud Araucanía Norte.
- 7.- Resolución N° 7/2019 y 16/2020 de la Contraloría General de la República, que fija normas sobre exención del trámite de toma de razón, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

Prov- 8612

1. **MODÍFICASE PARCIALMENTE** Resolución Exenta N° 935 de fecha 26 de abril de 2022, denominado "**CONVENIO PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES**", suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Norte y la Municipalidad de Angol. Los reemplazos son las siguientes:
 - a) **REEMPLÁZACE CLÁUSULA SEGUNDA**, por el cambio de la Resolución Exenta N° 133 de 26 de enero de 2022, por la Resolución Exenta N° 154 de fecha 17 de febrero de 2023, que Aprueba Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.
 - b) **REEMPLÁZACE CLÁUSULA TERCERA**, por la incorporación componente N° 3: Plan de Formación para Equipos de Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.
 - c) **REEMPLÁZACE CLÁUSULA CUARTA**, en cuanto al aumento presupuestario anual 2023, que de acuerdo a Resolución Exenta N° 3100 de 30 de diciembre de 2022, del Servicio de Salud Araucanía Norte, para el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, para el año 2023, asigne la suma total de **\$33.994.392.-** (treinta y tres millones novecientos noventa y cuatro mil trescientos noventa y dos pesos), ahora bien, la misma cartera a través de Res. Ex. 67 de fecha 03 de febrero de 2023, de Ministerio de Salud, distribuyó recursos para el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, año 2023, por cuanto aumenta presupuesto anual, que, en el caso de la Municipalidad de Angol, aumenta la asignación en la suma de **\$2.391.210.-** (dos millones

D. de CCO

W. ALCALDE CO

trescientos noventa y un mil doscientos diez pesos), quedando como asignación modificada anual fija y única la suma de **\$36.385.602.-** (treinta y seis millones trescientos ochenta y cinco mil seiscientos dos pesos). En consideración a párrafos precedentes, se modifica tabla de distribución recursos, aumentando presupuesto en todos sus ítems de asignación de presupuesto 2023. Por otra parte, se modifican los dos últimos párrafos de cláusula cuarta en cuanto a las condiciones del plan de gasto y redistribución de recursos.

- d) **REEMPLÁZACE SEXTA**, por la especificación de cantidad de horas de dupla de profesionales, modificación de los párrafos del desarrollo de las estrategias comprometidas y la incorporación del componente N°3: Plan de formación para equipos del Programa más adultos mayores autovalente, en cuanto al desarrollo de la estrategia y producto esperado; además, de la modificación de los puntos N° 1 y 3 del "Producto esperado del desarrollo del componente N° 1".
- e) **REEMPLÁZACE SÉPTIMA**, por el reemplazo íntegro de la tabla de indicadores y medios de verificación del programa; además, del párrafo segundo en cuanto al número de población anual comprometida para el cumplimiento de las actividades. Por otra parte, en "Monitoreo y Evaluación" se modifica primera y tercera evaluación en cuanto a las condiciones y fechas de los procesos de evaluación.
- f) **REEMPLÁZACE DÉCIMA SEGUNDA**, por el cambio de vigencia del convenio, estableciéndolo desde el 01 de enero al 31 de diciembre del año en curso.

De acuerdo a los párrafos precedentes, el "CONVENIO PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES" con la comuna de Angol, aprobado bajo Resolución Exenta N° 935 de fecha 26 de abril de 2022, quedará establecido en el siguiente sentido:

En Angol, a 06 de abril 2022; entre el **SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA NORTE**, persona jurídica de derecho público, R.U.T. N° 61.955.100-1 representado por su Director Don **ERNESTO HORACIO YAÑEZ SELAMÉ**, ambos domiciliados calle Ilabaca N° 752 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 imparten 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 decreto supremo anual, 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, 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° 154 de 17 de febrero del 2023, del MINSAL, El referido programa es 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 Salud Araucanía Norte, conviene en asignar a la Municipalidad de Angol, recursos destinados a financiar los siguientes componentes del programa más adultos mayores autovalentes (MÁS AMA) 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:** Intervención sociosanitaria promocional y preventiva para mantener y/o mejorar la condición funcional (ex Programa de estimulación funcional).
- **Componente 2:** Fomento del autocuidado y estimulación funcional en las organizaciones sociales y servicios locales.
- **Componente 3:** Plan de formación para equipos del programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

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 **\$36.385.602.-** (treinta y seis millones trescientos ochenta y cinco mil seiscientos dos pesos), los cuales 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 duplas MÁS AMA.	\$ 31.512.194
	Contratación de personal de apoyo a líderes comunitarios (*).	\$ 1.200.000
2	Insumos del programa.	\$ 500.000
3	Capacitación del programa (líderes comunitarios) (**).	\$ 1.000.000
	Capacitación de duplas (***)	\$ 1.543.408
4	Movilización urbana.	\$ 630.000
TOTAL		\$ 36.385.602

(*) Refuerzo Componente N°2, Fortalecimiento de la salud en personas mayores, acompañamiento de líderes comunitarios. Recursos para contratación de personal de apoyo a líderes comunitarios (pueden ser las mismas duplas u otros profesionales de área), en temas que sean de importancia para los líderes.

(**) Capacitación del programa: recursos destinados para capacitación de líderes comunitarios para el autocuidado y estimulación funcional en sus organizaciones.

(***) Capacitación de duplas, refuerzo componente N° 3, recursos destinados para organizar capacitación para duplas de la provincia de Malleco, tema a definir según necesidad de los equipos, dicho financiamiento es para: Salón, expositor (es), traslado, alimentación, compra de servicios de materiales de oficina, equipamiento tales como sistema audiovisual y telón o cualquiera requerido para desarrollar la temática. Respecto de la adquisición de capacitación de duplas, será a través del Municipio, ello deberá realizarse a través de alguna de las modalidades de adquisición establecidas en la ley N° 19.886 de Compras Públicas (convenio marco, licitación pública o privada, y trato directo).

El Municipio se compromete a coordinar la definición de coberturas en conjunto con el Servicio de Salud Araucanía Norte cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste para estrategias específicas y se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento. El establecimiento deberá enviar un plan de gastos en formato digital a referente del programa del Servicio de Salud, el cual estará sujeto a la aprobación y Supervisión de dicho referente. En caso de que el Asesor del Programa del Servicio de Salud no apruebe el plan de gastos, el Municipio deberá remitir un nuevo documento con las observaciones realizadas por el asesor, ya que los montos no aprobados no serán considerados como gastos pertinentes al programa debiendo el Municipio asumir el gasto como aporte Municipal. En caso de que el Municipio no envíe un plan de gasto, deberá éste asumir el costo en su totalidad como aporte Municipal.

En caso de que la comuna lo requiriese, se podrá solicitar al referente técnico del programa del Servicio de Salud Araucanía Norte, la redistribución de los montos definidos entre líneas programáticas, para lo cual, la comuna deberá canalizar la propuesta por escrito describiendo la solicitud y plasmándolo en el plan de gastos, la propuesta será evaluada considerando el nivel de cumplimiento de las metas e indicadores definidos en este convenio en la fecha solicitada.

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 de 60 años o más beneficiaria de los establecimientos de atención primaria del sector público de salud.
- **Objetivos Específicos:**
 1. Mejorar la capacidad funcional individual y comunitaria para enfrentar el proceso de envejecimiento.
 2. Capacitar líderes comunitarios de las organizaciones sociales locales en autocuidado y estimulación funcional de las personas mayores (PM).
 3. Fomentar el desarrollo de la red local para el abordaje del envejecimiento y el fomento del envejecimiento activo y positivo.

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:

COMPONENTES Y ESTRATEGIAS:

CÓMPONENTE 1: Intervención sociosanitariapromocional y preventiva para mantener y/o mejorar la condición funcional (ex programa de estimulación funcional).

El objetivo de este componente es entregar el servicio de estimulación funcional y autocuidado grupal a las PM que cumplen con los criterios de ingreso al programa. Dura 3 meses, e implica dos sesiones mixtas semanales de 90 a 120 minutos de duración cada una, facilitadas por una dupla profesional formada por un(a) kinesiólogo(a) y un(a) terapeuta ocupacional contratada a 44 horas semanales.

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

Los grupos de PM intervenidos se conforman de distintas maneras, reconociéndose al menos las siguientes posibilidades de grupos formados:

- Exclusivamente por PM participantes de una misma organización.
- PM sin relación previa entre sí.
- Derivadas por equipo de salud, intersector o comunidad.
- De forma mixta, en la que una parte del grupo pertenece a una organización y otra corresponde a personas derivadas desde los diferentes sectores.

Las PM manifiestan la voluntariedad de ingreso y participación mediante la firma del Compromiso Informado. Son evaluadas al ingreso y al egreso del programa con el Cuestionario de Funcionalidad y el Test Timed Up And Go (TUG). El proceso de estimulación funcional y autocuidado grupal se compone de un total de 24 sesiones mixtas, en las que se reúne intervención funcional motora, cognitiva y de autocuidado, en un período ideal de tres meses de duración.

Este componente se desarrolla considerando horarios diferidos según la dinámica de cada comunidad, favoreciendo la participación de las PM que desempeñan roles de cuidado y productivos.-Que no cuentan con la disponibilidad horaria para asistir en el horario habitual de funcionamiento de los centros de salud.

COMPONENTE 2: Fomento del autocuidado y estimulación funcional en las organizaciones sociales y servicios locales.

El objetivo es entregar un servicio de fomento del envejecimiento activo y positivo a la red local compuesta por organizaciones de PM y servicios locales. Basa su intervención en el desarrollo de un proceso diagnóstico para la acción mediante el mejoramiento de capacidades colectivas e intersectoriales para el envejecimiento de las comunidades.

Este proceso considera:

- Identificación de características locales respecto a la realidad de las comunidades intervenidas, facilitando la adaptación del programa al contexto local y planificación pertinente de actividades.
- Diagnóstico participativo para determinar los contenidos de la capacitación de líderes comunitarios del programa. En él participan PM vinculadas al programa a través del componente 1, equipos de salud, integrantes de servicios locales, otras entidades y autoridades.

El programa en este componente aporta horas de recurso humano para la capacitación de los líderes comunitarios (actividades de capacitación, seguimiento y acompañamiento técnico) y desarrollo de los planes intersectoriales (planificación, ejecución, seguimiento), las que deben ser incluidas en la programación anual de actividades de la dupla profesional.

COMPONENTE 3: Plan de formación para equipos del programa más adultos mayores autovalentes.

Consiste en el desarrollo de actividades de capacitación destinadas a reforzar áreas técnicas y operativas del programa entre los Referentes de Servicios de Salud y equipos de APS que desarrollan el programa, entiéndase duplas del programa Más Adultos Mayores Autovalentes. La participación de los equipos de salud podrá efectuarse en forma remota y/o presencial según la planificación anual comunicada desde la División de Atención Primaria y los Servicios de Salud.

Las duplas del programa Más Adultos Mayores Autovalentes, deben participar en las actividades de este componente, según comunicación del Servicio de Salud Araucanía Norte, correspondiendo su asistencia a actividades de capacitación a nivel de Servicio de Salud, nivel Macrozonal o Nacional, convocadas en modalidad remota o presencial. Estas actividades se llevarán a cabo en coordinación con otras líneas programáticas relacionadas con capacitación y cuidado integral de personas mayores procurando el perfeccionamiento continuo de los conocimientos y competencias para la atención promocional y preventiva de personas mayores y la gestión del programa.

Las entidades administradoras que suscriben el convenio para la ejecución del programa Más Adultos Mayores Autovalentes deberán entregar las facilidades para la participación de las duplas del programa en las actividades de capacitación, tanto presenciales como remotas, debiendo considerar que su participación y la formación en estas instancias de capacitación forma parte de la adecuada ejecución del programa, siendo evaluada para la continuidad del mismo, según se describe en los criterios de asignación del programa.

PRODUCTOS ESPERADOS

Productos esperados del desarrollo del componente 1:

1. Personas de 60 años y más que cumplan con los criterios de inclusión ingresadas al programa de estimulación funcional una vez al año: Las personas ingresadas cumplen con los criterios establecidos, no existiendo ingresos de personas sin los criterios de inclusión y no existiendo interrupción del acceso de las personas mayores al programa, por desarrollo de otras actividades ajenas al mismo.
2. Ciclos de 24 sesiones del Componente 1, en un período de 3 meses: Los ciclos se ciñen a este número de sesiones y no se determina arbitrariamente a nivel local su disminución en cuanto a período de tiempo y frecuencia.

3. PM ingresadas al programa participación en al menos 20 sesiones dentro de un ciclo de 24 sesiones para ser egresadas. Se considerará desarrollo inadecuado del programa cuando arbitrariamente se egrese a las personas en periodos de intervención menor.
4. PM que egresan del programa de estimulación funcional mantienen su condición funcional (producto evaluado dentro de la meta de resultado del programa, mediante REM).
5. PM que egresan del programa de estimulación funcional mejoran su condición funcional (producto evaluado dentro de la meta de resultado del programa, mediante REM).
6. El componente 1 se compone de 24 sesiones del taller de estimulación de funciones motoras y prevención de caídas: 12 sesiones del taller de estimulación de funciones cognitivas y 12 sesiones del taller de autocuidado y estilos de vida saludable, desarrolladas según la modalidad descrita para el componente mediante actividades que combinan los distintos talleres.
7. Evaluación participativa de cada ciclo del programa para incorporación de mejoras en el componente 1. En cada cierre de ciclo de intervención a cada grupo, se genera un espacio de diálogo y reflexión para conocer la percepción de las PM sobre el desarrollo del componente, sus aprendizajes y propuestas de mejora. Esta información debe quedar consignada junto a las acciones resultantes para el seguimiento por parte del programa a nivel local y de Servicio de Salud.
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. Éste debe ser formulado y validado con los centros de salud y servicios de urgencia respectivos que opere frente a los eventos descritos.
9. Flujograma de derivación y contrarreferencia para el sector salud construido y funcionando en forma efectiva.
10. Flujograma de derivación y contra derivación para el intersector funcionando en forma efectiva.
11. Actividades de los talleres de autocuidado y estilos de vida saludable, cuentan con la participación de otros integrantes del equipo de salud, bajo la modalidad educativa determinada para el programa.
12. Organizaciones sociales de PM ingresan al programa de estimulación funcional. Se realizan actividades de difusión a organizaciones sociales de PM para participar del componente 1.

Productos esperados del desarrollo del componente 2:

1. Acciones de difusión y coordinación del programa con el intersector y la comunidad, en coordinación con los respectivos centros de salud y en coordinación con el intersector para la evaluación de áreas en que se requiere una planificación conjunta.
2. Organizaciones sociales locales de y para PM son reportadas en el catastro de organizaciones sociales.
3. Servicios locales con oferta programática para PM se incluyen en el catastro de servicios locales y son ingresados al programa.
4. Mapa de red local o elemento construido en forma colaborativa que cumpla funciones de entrega didáctica de información para apoyo al equipo del centro de salud (y otros servicios) para las gestiones con organizaciones Sociales y servicios locales. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.
5. Guía u otro elemento para usuarios PM u organizaciones sociales, de construcción participativa, que mencione los servicios disponibles para PM en cada territorio y su caracterización. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.
6. Diagnóstico situacional y diagnóstico participativo para definición de necesidades de capacitación de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional, diseño y/o evaluación del proceso de capacitación de líderes comunitarios. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.
7. Plan de capacitación de líderes comunitarios ejecutado anualmente. Se recomienda que los planes de capacitación consideren dos años de trabajo con las organizaciones y los líderes comunitarios mediante acciones de capacitación, seguimiento y acompañamiento técnico. Se deberán ajustar estos planes frente a nuevas necesidades surgidas de información actualizada entregada por las PM o pesquisadas por el equipo del programa, en caso de ser necesario.
8. Plan(es) intersectorial(es) para fomento del envejecimiento activo y positivo ejecutados anualmente. Se recomienda que los planes de trabajo intersectorial consideren un periodo de ejecución de dos años dependiendo del nivel de relación entre el programa o centro de salud y el servicio local.
9. Organizaciones sociales que cuentan con líderes comunitarios capacitados por el programa participan de actividades de acompañamiento por parte del equipo de éste. Estas actividades se desarrollan de forma continua a los líderes, las que están destinadas a conocer el funcionamiento del trabajo con las organizaciones, nuevos requerimientos de educación para el autocuidado y estimulación funcional. Es un trabajo personalizado con cada líder formado y sus organizaciones.

Productos esperados del desarrollo del componente 3:

1. Participación en actividades diagnósticas de necesidades de capacitación a nivel de Servicio de Salud, Macrozonal y Nacional.
2. Participación de las duplas del programa Más Adultos Mayores Autovalentes (equipos de atención directa del programa, financiados con recursos del mismo) en las actividades de difusión, capacitación, acompañamiento técnico y evaluación a nivel de Servicio de Salud, Macrozona o Nacional, presenciales y remotas.

Para efectos del financiamiento, monitoreo y evaluación considerada por el programa se entenderá:

Recurso Humano: En ambas modalidades de asignación de recursos se establece que la primera cuota deberá considerar la contratación del 100% del recurso humano destinado a implementar el programa. La dupla debe estar compuesta según lo señalado en el programa por profesionales kinesiólogo(a) y terapeuta ocupacional. El programa financia el cumplimiento continuo para la atención durante los 12 meses del año, por lo anterior, frente a situaciones de interrupción del programa y ejecución parcial del mismo o interrupción de la atención de PM en algún periodo, el servicio de salud informará a la DIVAP quien evaluará la redistribución de los recursos asociados.

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

- Capacitación de líderes comunitarios y trabajo intersectorial: Elementos para el confort del taller de los participantes del programa y la capacitación de líderes comunitarios como alimentos saludables, hervidor, bolsos, poleras, impresora, termo laminadora, anilladora, etc. Incorpora también el costo asociado a actividades de difusión y comunicación con los participantes de los talleres, el intersector y el acompañamiento de los líderes comunitarios, como material de difusión impreso, manuales para los líderes comunitarios, elementos de identificación, teléfono celular prepago, teléfono celular con plan de datos, licencias de plataformas de comunicación, computadores, tablet, entre otros.
- Insumos: Materiales destinados a las actividades de los talleres del programa de estimulación funcional tanto para estimulación de funciones motoras y prevención de caídas, estimulación de funciones cognitivas y autocuidado y estilos de vida saludable. Incluye materiales para ejercicios físicos, cognitivos, para el enfrenamiento y la adquisición de habilidades de autocuidado, elementos tecnológicos y no tecnológicos, para favorecer y reforzar el aprendizaje de las PM y facilitar el desarrollo de los talleres. Incluye la adquisición de materiales para entrega a las PM a fin de dar continuidad a las actividades en su hogar u organizaciones sociales según evaluación del equipo. Además, se considera la opción de utilizar este ítem para financiar elementos destinados a innovación en los talleres de estimulación funcional y autocuidado según los requerimientos de cada territorio.
- Movilización: ítem destinado para apoyar a comunas y establecimientos en la movilización e informados en la distribución de recursos. Para financiar los gastos asociados a la movilización de la dupla en terreno y el apoyo de la movilización de PM participantes del programa de sectores aislados y de líderes comunitarios capacitados por el 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 asociados. Las metas, y el cumplimiento esperado del programa con sus pesos relativos, se muestran en la siguiente tabla:

INDICADORES ASOCIADOS A RELIQUIDACIÓN.

Meta Anual de cumplimiento para las comunas con dependencia municipal o establecimientos dependientes de Servicio de Salud u ONG.

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta Agosto	Meta Diciembre	Verificado	Peso relativo %
Componente 1: Programa de estimulación funcional y cognitiva.	% de población mayor a 60 años que mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad	(Nº de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad) / Nº de total personas que egresan del programa) x 100	80%	80%	REM A03 sección D.4 REM A05 sección M	12.5
	% 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 Total personas que egresan del programa) x 100.	80%	80%	REM A03 sección D.4 REM A05 sección M	12.5 ¹
	% de población de 60 años en control en centro de salud, ingresados al programa MÁS AMA.	(Nº de personas de 65 años y más ingresadas al programa con condición autovalente + autovalente con riesgo + en riesgo de) + (Nº de personas entre 60 y 64 años ingresados al programa con EMPA vigente) / Población comprometida a ingresar² dependencia) x 100	60%	100%	REM A05 sección M	25

	Promedio de asistentes a sesiones del programa.	Suma de asistentes a sesiones en el mes/Nº de sesiones realizadas en el mes.	Promedio de 15	Promedio de 15	REM A27 sección D	10
Componente 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 ³ para el fomento del envejecimiento activo y positivo junto al programa MÁS AMA en desarrollo en el periodo / Servicios locales con oferta programática para personas mayores (total o parcial) en el periodo) x 100	20%	40%	REM A27 sección I	20
	Capacitación de líderes comunitarios.	Nº de organizaciones con líderes comunitarios capacitados por el programa MÁS AMA en el periodo ⁴ / Organizaciones ingresadas al programa de estimulación funcional del MÁS AMA en el periodo) x 100	20%	40%	REM A27 sección H	20

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

² La población comprometida a ingresar anualmente corresponde a 457 **personas** por dupla profesional por establecimiento. Actualmente la meta fue rebajada considerando los indicadores demográficos y geográficos de la comuna.

³ **Servicios locales con planes intersectoriales**: Corresponden a aquellos servicios locales con los que el programa MÁS AMA formalice y ejecute en el periodo, **acciones de integración de la red**, definiendo **objetivos** y acciones para el fomento del Envejecimiento Activo y Positivo que **favorezcan el acceso y participación de las PM**. **Servicios locales con oferta programática para personas mayores**: Corresponde a los servicios locales que dentro de su oferta disponen de acciones para las PM y que se encuentran en el catastro. En caso de más de una dupla por comuna, el registro **se realiza una única vez por cada servicio local**. El registro de REM permite obtener el porcentaje de cumplimiento. El Servicio de Salud deberá verificar la realización de los planes de trabajo intersectorial registrados como realizados, pudiendo ser requeridos desde la DIVAP. Para los establecimientos o comunas que están por primer año desarrollando el programa, la meta anual del trabajo en red se modifica a disponer del catastro de servicios locales, y el diseño de planes intersectoriales. Para el mes de agosto se dará por cumplida con la entrega del catastro de servicios locales y catastro de organizaciones locales.

⁴ **Organizaciones con líderes comunitarios capacitados**: Corresponde a organizaciones con al **menos un integrante** capacitado como líder comunitario por el programa. Se considera también para líderes **anteriormente formados** que durante el periodo reciben **una actualización** de la capacitación. **Organizaciones sociales ingresadas al programa**: Corresponde a las organizaciones formales que hayan **accedido a participar del componente 1** y en que el programa se ejecute según lo indicado (se complete el ciclo de 24 sesiones) junto con otras **organizaciones informales** que al ingreso al programa tengan una **antigüedad de 3 meses** o más, o a grupos de **PM reunidas por el programa** de estimulación funcional que **continúen** con actividades de autocuidado al término de éste y que participen en la capacitación de líderes comunitarios. El registro de REM permite obtener el porcentaje de cumplimiento. El Servicio de Salud deberá verificar la realización de la capacitación de líderes registrada como realizada. Para los establecimientos o comunas que están por primer año desarrollando el programa, la meta anual de ejecución del programa de capacitación de líderes comunitarios, se considerará cumplida mediante el logro del proceso de diagnóstico participativo y la entrega del plan de acción para capacitación de líderes comunitarios. Al mes de agosto se dará por cumplida entregando el diagnóstico situacional y la planificación del diagnóstico participativo.

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

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

MONITOREO Y EVALUACIÓN

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta Agosto	Meta Diciembre	Verificador
------------	-----------	--------------------	-------------	----------------	-------------

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 A05 sección M
	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 A03 sección D.4 y REM A05 sección M.
	Porcentaje de personas que mejoran condición funcional al egreso del programa	(Nº de personas que mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad/ 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 A03 sección D.4 y REM A05 sección M.

Se requiere a los Servicios de Salud realizar el seguimiento y monitoreo sistemático de la ejecución del presente programa estableciendo los compromisos para mejorar las áreas necesarias; todo ello independientemente de acciones específicas que corresponde a los Departamentos de Auditoría.

Desde la DIVAP del MINSAL, se realizará el monitoreo del desarrollo local del programa en los meses de abril, agosto y diciembre. En este monitoreo se realizarán las evaluaciones del desarrollo de ambos componentes del programa y se evaluarán además en función de los indicadores productos y medios de verificación.

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

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

1. Contratación de las duplas profesionales con fecha tope 02 de marzo para la contratación de ambos profesionales establecidos por programa.
2. Información sobre el funcionamiento de las duplas del programa al 30 de marzo.
3. Propuesta de redistribución de recursos no ejecutados en el primer trimestre. Deberá dar cuenta de aquellas comunas o establecimientos que hayan descontinuado la intervención del programa durante los primeros meses del año, para proceder a la redistribución de recursos correspondiente, recordando que se debe promover la continuidad de la atención y el acceso de las personas mayores durante todo el año.
4. Reporte de primera reunión de trabajo de la red de establecimientos y comunas de los servicios de salud que desarrollan el programa con participación de los profesionales ejecutores, que incluya nómina de participantes, temáticas abordadas y acuerdos con los equipos.
5. Entrega de la información básica para el desarrollo del programa a las duplas profesionales (Resolución exenta del programa, orientación técnica del programa para todos los equipos y manual de apoyo a los equipos de atención primaria para equipos de establecimientos y comunas que incorporan por primera vez el programa).
6. Entrega de la información relacionada con la planificación anual de actividades a nivel del Servicio de Salud y Nacional.

De acuerdo a los resultados de esta evaluación se procederá a la redistribución de recursos no utilizados y a la solicitud de planes de mejora a los servicios de salud. Los Servicios de Salud deberán dar cuenta de las acciones comprometidas por las comunas y de las correcciones de las situaciones de incumplimiento.

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

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

Porcentaje de cumplimiento de metas del Programa	Porcentaje de descuento de la 2º cuota de recursos (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%
---------------	------

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

Adicionalmente a la evaluación por REM, el municipio deberá informar del grado de desarrollo de los productos de todos sus componentes con fecha 08 de septiembre de los establecimientos que desarrollan el programa, a través de informe técnico enviado a asesor(a) del programa. El Servicio de Salud deberá contar con los medios de verificación que den cuenta de lo informado en este corte, por tanto deberá desarrollar dentro de los procesos de acompañamiento técnico las actividades necesarias para el cumplimiento de los productos establecidos, verificación de su logro y acompañamiento de los equipos con deficiencias en su desarrollo.

El Ministerio de Salud a través de la DIVAP podrá requerir antecedentes adicionales para la evaluación, los que deberán ser reportados y validados por el Servicio de Salud. Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento, la comuna podrá apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un plan de trabajo que incluya un cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez, el Servicio de Salud, una vez analizada y avalada la solicitud, podría solicitar al Ministerio de Salud la no reliquidación del programa.

No obstante, la situación excepcional indicada, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del programa al 31 de diciembre y las comunas mantienen en toda circunstancia, la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período. El no cumplimiento de las actividades y metas anuales podrán incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente según exista continuidad del presente programa.

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

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

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

Las comunas y establecimientos deberán informar del cierre anual del programa y del desarrollo final obtenido, en el informe final del programa, que dé cuenta del logro de los productos de ambos componentes, entregado con fecha tope 06 de enero del siguiente año al respectivo Servicio de Salud. Adicionalmente a la evaluación por REM.

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

Esta evaluación final del programa mide su desempeño global y considera, entre otros, el desarrollo de elementos y actividades básicas de atención de la población objetivo del programa, como el acceso a las prestaciones e ingreso de personas mayores en forma continua, la disponibilidad de la dupla profesional para el desarrollo continuo de los tres componentes del programa y actividades asociadas, la participación de los equipos del programa, entiéndase las duplas, en las actividades de difusión, de capacitación y de evaluación convocadas por el Servicio de Salud o por la División de Atención Primaria, junto con el cumplimiento global de las metas y desarrollo óptimo de los productos del programa.

Además, determinará la devolución de recursos no ejecutados y la evaluación de continuidad del programa en comunas o establecimientos con ejecución deficitaria del 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 enviados a referente del programa en el Servicio de Salud Araucanía Norte, cuando les sea solicitado.

El equipo ejecutor está obligado a registrar sus prestaciones en ficha clínica y REM correspondientes. Además, debe respaldar sus acciones con otros medios verificadores, según consenso con las personas participantes, tales como listas de asistencias y fotografías.

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.

DÉCIMA PRIMERA: El Municipio se compromete a realizar la rendición de cuentas de los fondos otorgados, de conformidad con lo establecido en la resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la Repùblica sobre procedimientos de rendición de cuentas.

DÉCIMA SEGUNDA: El presente convenio tendrá vigencia desde el 01 de enero del presente año. Lo anterior, por aplicación del artículo 52º de la ley Nº 19.880 de Bases de los Procedimientos Administrativos, donde la total aplicación del acto administrativo que aprueba el presente convenio, tendrá efecto retroactivo respecto de las tramitación del acto administrativo que aprueba el presente convenio, considerando que se cumple con los requisitos que dicha norma establece que sólo han generado consecuencias favorables para los usuarios y no han lesionado derechos de terceros.

En consecuencia, y dado que las metas, actividades y resultados esperados se encuentran financiados con presupuesto de la respectiva anualidad, éstos deberán ejecutarse hasta el día 31 de diciembre del presente año.

No obstante lo anterior, y de acuerdo a lo señalado en el ordinario Nº 2509 de fecha 19 de agosto de 2021 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, y a lo consignado en la partida Nº 16 del Ministerio de Salud, en su Capítulo Nº 2 Programa Nº 2 "Programa de Atención Primaria", en su glosa Nº 2, las partes suscriptoras acuerdan prorrogar en forma automática y sucesiva el presente convenio relativo al "**Programa Más Adultos Mayores Autovalentes**", siempre que dicho programa cuente con la disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año respectivo, salvo que el convenio termine por las causales señaladas en la cláusula décimo tercera del presente convenio, o que el convenio no sea susceptible de prórroga automática por no considerarse dicho mecanismo en la Ley de Presupuesto del Sector Público de la respectiva anualidad, culminando de ipso jure en dicho caso, o si cualquiera de las partes manifiesta a la contraria por escrito su decisión de no perseverar en el mismo. En dichos casos, si existiesen fondos pendientes de ejecución, se deberá observar el procedimiento establecido en la cláusula décimo tercera del presente convenio a fin de regularizar la situación y destino de los montos ya transferidos. "

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente, y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre de dicho año. Para todos los efectos legales, la prórroga automática da inicio a una nueva transferencia de recursos, cuyo monto a transferir se establecerá mediante resolución exenta o afecta del Servicio de Salud Araucanía Norte, de acuerdo al monto de la transferencia a efectuarse en la respectiva anualidad, de conformidad a lo que se disponga en la Ley de Presupuestos del Sector Público respectiva.

A su vez, las partes suscribientes acuerdan que, si en vigencia del presente convenio, en una determinada anualidad el Ministerio de Salud efectúa modificaciones a las metas, objetivos o montos del mismo, ello será reflejado mediante la respectiva resolución que emita el Servicio Salud Araucanía Norte, la cual será afecta o exenta en relación a una eventual inyección de montos adicionales que superen el límite fijado para ello en las resoluciones N° 7/2019 y N° 16/2020 de la Contraloría General de la República.

DÉCIMA TERCERA: El Servicio de Salud Araucanía Norte pondrá término anticipado al presente convenio, si se produce incumplimiento grave de las obligaciones establecidas en él, o su ejecución se desvía de los fines que se tuvieron a la vista para celebrarlo.

Para tales efectos, se enviará aviso por escrito a las contrapartes, mediante carta certificada al domicilio indicando en la comparecencia, expresando las circunstancias que motivan el término del convenio, dentro de los cinco días hábiles siguientes que el Servicio de Salud Araucanía Norte tome conocimiento de las irregularidades.

La Municipalidad de Angol, dentro de los 20 días hábiles siguientes a la notificación de la dicha carta, deberá entregar un informe de los gastos efectuados a la fecha. El Servicio Salud Araucanía Norte deberá revisar dicho informe dentro del plazo de 15 días hábiles, contando desde su recepción y podrá aprobarlo u observarlo. En caso de tener observaciones o requerir aclaraciones por parte de la Municipalidad respecto del informe, éstas deberán notificársele por escrito dentro de los dos días hábiles siguientes al término de la revisión. La Municipalidad tendrá un plazo de 8 días hábiles contados desde la notificación de las observaciones, para hacer las correcciones u aclaraciones pertinentes y entregarlas al Servicio Salud Araucanía Norte, el que deberá revisarlas y pronunciarse dentro de los 7 días hábiles siguientes a la fecha de su recepción. La Municipalidad deberá restituir en cualquier caso los saldos no ejecutados, dentro, del plazo de 10 días hábiles contados desde el pronunciamiento efectuado por el Servicio Salud Araucanía Norte. En el mismo plazo deberá restituir los sados no rendidos u observados, en el caso que el informe no haya sido aprobado.

DÉCIMA CUARTA: 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°10 de fecha 05 de abril de 2022 mediante memorándum N° 12, de fecha 06 de abril de 2022.

DÉCIMA QUINTA: 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 División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

DÉCIMA SEXTA: Personerías: La personería de don **ERNESTO YAÑEZ SELAMÉ**, para representar al Servicio de Salud Araucanía Norte, consta en Decreto Supremo N° 03 de fecha 04 de enero de 2022, del Ministerio de Salud. La personería de don **JOSE ENRIQUE NEIRA NEIRA**, para representar a la Municipalidad de Angol, consta en Decreto Alcaldicio N° 4044 de fecha 29 de junio de 2021.- Documentos que no se insertan por ser conocidos y aceptados por las partes.

2. **TÉNGASE PRESENTE** que el monto total asignado para la Municipalidad de Angol para el año 2023 es la suma anual y única de **\$36.385.602.-** (treinta y seis millones trescientos ochenta y cinco mil seiscientos dos pesos). Por lo tanto, del monto total asignado a la Municipalidad de Angol se determina que la primera cuota equivale a **\$25.469.921.-** (veinticinco millones cuatrocientos sesenta y nueve mil novecientos veintiún pesos), de dicho monto a la fecha se han transferido **\$23.796.074.-** (veintitrés millones setecientos noventa y seis mil setenta y cuatro pesos) de acuerdo a Resolución Exenta N° 3100 de 30 de diciembre de 2022 (prórroga automática), quedando pendiente de traspaso **\$1.673.847.-** (un millón seiscientos setenta y tres mil ochocientos cuarenta y siete pesos) monto que se transferirá una vez aprobada la presente resolución, por concepto de reajuste de primera cuota. La segunda cuota equivalente a **\$10.915.681.-** (diez millones novecientos quince mil seiscientos ochenta y un pesos), se transferirá en las condiciones estipuladas en cláusula séptima del convenio que aprueba el presente acto administrativo.
3. **DETERMÍNASE**, que la presente modificación de resolución tendrá una vigencia desde el 01 de enero 2023.
4. **IMPÚTASE** el gasto que irrogue la presente resolución exenta al ítem **24.03.298** de Transferencias Corrientes a Otras Entidades Públicas.
5. **REMÍTASE**, una copia de la presente resolución exenta a la I. Municipalidad de Angol.

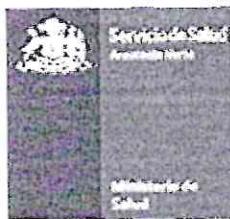


DISTRIBUCIÓN:

- I. MUNICIPALIDAD DE ANGOL (1) (DSM ANGOL) (1).
- SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES MINSAL
- DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA, MINSAL
- OF. PARTES (1)

PANEL:

- SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FÍSICOS Y FINANCIEROS
- DPTO. DE ATENCIÓN PRIMARIA SSAN.
- DPTO. FINANZAS SSAN
- DPTO. JURÍDICO SSAN
- AUDITORIA SSAN



SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA NORTE
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA
EYS/CMC/JJO/AMV/PPV
Res.Ex. 150 / 21.04.2022.



RESOLUCION EXENTA N°

ANGOL, 26 ABR 2022

CONSIDERANDO:

1. Resolución Exenta N° 133, de fecha 26 de enero de 2022, del Ministerio de Salud, que aprueba "Programa Más Adultos Mayores Autovalentes".
2. Resolución Exenta N° 138, de fecha 26 de enero de 2022, del Ministerio de Salud, que distribuye recursos programa "Programa Más Adultos Mayores Autovalentes" año 2022.
3. Convenio N° 164, denominado "Convenio Programa Más Adultos Mayores Autovalentes", de fecha 06 abril de 2022, suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Norte y la Municipalidad de Angol.
4. De los antecedentes señalados previamente se desprende la circunstancia de que el Ministerio de Salud aprobó el "Programa Más Adultos Mayores Autovalentes" mediante Resolución Exenta y distribuyó recursos para la ejecución del mismo. De esta misma forma el Servicio de Salud Araucanía Norte ha suscrito convenio del programa referido con la I. Municipalidad de Angol, el cual se procederá a aprobar mediante el presente acto administrativo.

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° 21.395 de presupuesto del sector público para el año 2022.
5. Ley 19.880 de Bases de Procedimientos Administrativos, art. 52°.
6. Decreto Supremo N° 03/2022 del Ministerio de Salud, que renueva designación al director del Servicio de Salud Araucanía Norte.
7. Resolución N° 7/2019, de la Contraloría General de la República, dicto la siguiente:

RESOLUCION:

1. APRUÉBASE en todas sus partes, documento denominado "Convenio Programa Más Adultos Mayores Autovalentes", celebrado entre el Servicio De Salud Araucanía Norte, y la Municipalidad De Angol, de fecha 06 de abril de 2022 cuyo texto se transcribe a continuación siendo éste del tenor siguiente:

En Angol, a 06 de abril 2022, entre el **SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA NORTE**, persona jurídica de derecho público, R.U.T. N° 61.955.100-1 representado por su Director Don **ERNESTO HORACIO YAÑEZ SELAMÉ**, ambos domiciliados calle llabaca N° 752 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 decreto supremo anual, 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, 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° 133 de 26 de enero del 2022, del MINSAL, 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 Salud Araucanía Norte, conviene en asignar a la Municipalidad de Angol, recursos destinados a financiar los siguientes componentes del programa más adultos mayores autovalentes (MÁS AMA) 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:** Intervención sociosanitaria promocional y preventiva para mantener y/o mejorar la condición funcional (ex Programa de 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 \$33.994.392.- (treinta y tres millones novecientos noventa y cuatro mil trescientos noventa y dos 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 duplas MÁS AMA.	\$ 29.319.942
1 Contratación de personal de apoyo a líderes comunitarios (*).	\$ 1.163.980
2 Insumos del programa.	\$ 400.000
3 Capacitación del programa (líderes comunitarios) (**).	\$ 960.000
3 Capacitación de duplas (***)	\$ 1.543.408
4 Movilización urbana.	\$ 607.062
TOTAL	\$ 33.994.392

(*) Refuerzo Componente N°2, Fortalecimiento de la salud en personas mayores, acompañamiento de líderes comunitarios. Recursos para contratación de personal de apoyo a líderes comunitarios (pueden ser las mismas duplas u otros profesionales de área), en temas que sean de importancia para los líderes.

(**) Capacitación del programa: recursos destinados para capacitación de líderes comunitarios para el autocuidado y estimulación funcional en sus organizaciones.

(***) Capacitación de duplas, recursos destinados para organizar capacitación para duplas de la Provincia de Malleco, tema a definir según necesidad de los equipos, dicho financiamiento es para: Salón, expositor (es), traslado, alimentación, compra de servicios de materiales de oficina, equipamiento tales como sistema audiovisual y telón o cualquiera requerido para desarrollar la temática. Respecto de la adquisición de capacitación de duplas, será a través del Municipio, ello deberá realizarse a través de alguna de las modalidades de adquisición establecidas en la ley N.º 19.886 de Compras Públicas (convenio marco, licitación pública o privada, y trato directo).

El Municipio se compromete a coordinar la definición de coberturas en conjunto con el Servicio de Salud Araucanía Norte cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste para estrategias específicas y se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento. El establecimiento deberá enviar un plan de gastos (anexo N°1), el cual debe ser enviado la primera quincena de la semana del mes de abril de 2022 en formato digital a referente del programa del Servicio de Salud, el cual estará sujeto a la aprobación y Supervisión de dicho referente. En caso de que el Asesor del Programa del Servicio de Salud no apruebe el plan de gastos, el Municipio deberá remitir un nuevo documento con las observaciones realizadas por el asesor, ya que los montos no aprobados no serán considerados como gastos pertinentes al programa debiendo el Municipio asumir el gasto como aporte Municipal. En caso de que el Municipio no envíe un plan de gasto, deberá éste asumir el costo en su totalidad como aporte Municipal.

En caso de que la comuna lograse el 100% del cumplimiento de las metas comprometidas, habiendo ejecutado los recursos acordados de la tabla de distribución de recursos del presente convenio, y que pese a esto, existiesen recursos excedentes asociados al programa, éstos podrán ser redistribuidos o reconvertidos para la adquisición de insumos y/o instrumental en directa relación con los lineamientos del Programa MÁS AMA, esto sucederá bajo la aprobación y supervisión de referente técnico del programa del Servicio Salud Araucanía Norte, y consensuado con la División de Atención Primaria (DIVAP) de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL.

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 de 60 años o más beneficiaria de los establecimientos de atención primaria del sector público de salud.
- **Objetivos Específicos:**
- 1. Mejorar la capacidad funcional individual y comunitaria para enfrentar el proceso de envejecimiento.

2. Capacitar líderes comunitarios de las organizaciones sociales locales en autocuidado y estimulación funcional de las personas mayores (PM).
3. Fomentar el desarrollo de la red local para el abordaje del envejecimiento y el fomento del envejecimiento activo y positivo.

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:

COMPONENTES Y ESTRATEGIAS:

COMPONENTE 1: Intervención sociosanitaria promocional y preventiva para mantener y/o mejorar la condición funcional (ex programa de estimulación funcional).

El objetivo de este componente es entregar el servicio de estimulación funcional y autocuidado grupal a las PM que cumplen con los criterios de ingreso al programa. Dura **3 meses**, e implica **dos sesiones mixtas semanales de 90 a 120 minutos de duración cada una**, facilitadas por una dupla profesional formada por un(a) **kinesiólogo(a)** y un(a) **terapeuta ocupacional**.

Requiere la realización de estrategias para dar continuidad en el hogar, mediante el desarrollo de actividades relacionadas con el reforzamiento de los contenidos tratados en los tres talleres, procurando la participación activa de la PM 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 prevención de caídas** y una sesión del taller de estimulación de **funciones cognitivas** o una sesión del taller de estimulación de **autocuidado o 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 PM 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.

Los grupos de PM intervenidos se conforman de distintas maneras, reconociéndose al menos las siguientes posibilidades de grupos formados:

- Exclusivamente por PM participantes de una misma organización.
- PM sin relación previa entre sí.
- Derivadas por equipo de salud, intersector o comunidad.
- De forma mixta, en la que una parte del grupo pertenece a una organización y otra corresponde a personas derivadas desde los diferentes sectores.

Las PM manifiestan la voluntariedad de ingreso y participación mediante la **firma del Compromiso Informado**. Son evaluadas al ingreso y al egreso del programa con el **Cuestionario de Funcionalidad y el Test Timed Up And Go (TUG)**. El proceso de estimulación funcional y autocuidado grupal se compone de un total de **24 sesiones mixtas**, en las que se reúne intervención funcional motora, cognitiva y de autocuidado, en un período ideal de tres meses de duración.

Este componente se desarrolla en espacios preferentemente **comunitarios**. Considerando el apoyo local de las comunidades e intersector en la gestión de los mismos y **en horarios diferidos** según la dinámica de cada comunidad, favoreciendo la participación de las PM que desempeñan roles de cuidado y productivos. Que no cuentan con la disponibilidad horaria para asistir en el horario habitual de funcionamiento de los centros de salud.

La comuna debe realizar un **diagnóstico de situación y diagnóstico participativo** para definir en qué temas y en qué forma se capacitarán los líderes comunitarios de las organizaciones sociales participantes del programa en el Componente.

El componente 1 se desarrolla en las etapas de:

1. **Planificación y programación de las sesiones** en forma participativa sobre temas de interés de las PM, promoviendo su participación en la selección de temáticas y en la planificación de los talleres. Al finalizar cada ciclo de intervención se realiza una evaluación participativa para retroalimentar el programa e introducir mejoras.
2. **Ingreso de las PM 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 (EMP) vigente** y controles **cardiovasculares** al día o la gestión con el centro de salud para su realización.
 - a. La actividad de Ingreso puede realizarse en la primera sesión mixta del componente y comprende la valoración funcional inicial de ingreso al programa, efectuada con la escala **HAQ-8** modificada para el programa y el **Test TUG**, cuyos resultados serán registrados en el

- 2
- instrumento diseñado para ello y que permita la comparación con los resultados al egreso del programa.
- b. La actividad de Ingreso debe consignarse en la ficha clínica del usuario por la dupla profesional y en el registro estadístico mensual (REM) que aporta información estadística al programa. Deben considerarse como ingreso a aquellas PM que tengan su EMP Vigente y control cardiovascular al día y hayan firmado el compromiso informado.
 - c. En caso de no contar con el EMP vigente, el establecimiento o comuna beneficiaria del programa deberá gestionar con prontitud la evaluación de la PM por parte del equipo de salud y considerar otras estrategias que mejoren el acceso y la oportunidad a este examen. Cada establecimiento donde se desarrolle el programa deberá contar con un fluograma de derivación de PM difundido al equipo de salud y los servicios locales relacionados con la población adulta mayor.
 - d. 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 componente 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 PM. 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. Registros tanto en ficha clínica como en el REM.
4. **Egreso del componente de estimulación funcional:** Luego de haber completado la estimulación funcional (24 sesiones mixtas), las PM serán egresadas del programa y vinculadas a la red local capacitada en estimulación funcional, según sus intereses. En caso de presentar inasistencias, para considerarse egresado, la PM debe al menos haber participado en 18 de 24 sesiones mixtas. No corresponde realizar ciclos de intervención menores a 24 sesiones mixtas. En el egreso se evaluará a PM con la escala HAQ-8 modificada para el programa y el Test TUG, cuyos resultados serán registrados en ficha clínica como en el REM. Cada cierre de ciclo deberá considerar una evaluación participativa, con fines de retroalimentar las estrategias de intervención.

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 del retorno a las actividades, promoviendo su participación una vez resuelta la situación, no correspondiendo considerarlo como un nuevo ingreso.

Modificación de la modalidad de ejecución del programa y ajustes en el componente 1.

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

En caso de localidades con **acceso llimitado por medios remotos** (por déficit en acceso a equipo, niveles deficitarios de alfabetización digital limitación de datos móviles, entre otros) es posible modificar la ejecución de las actividades del programa, mediante la entrega de material para el autocuidado y estimulación funcional en formato físico a los participantes para el desarrollo de **actividades en el hogar**, con las correspondientes acciones de seguimiento por parte de equipo de salud.

Según las posibilidades de cada localidad se puede desarrollar el programa combinando **actividades remotas con la entrega de material** para el desarrollo en forma individual por parte de la persona mayor en el hogar y otras actividades para el logro de los objetivos del programa.

Esta modalidad modificada del componente debe utilizarse de forma excepcional cuando las condiciones epidemiológicas no permitan la actividad presencial o cuando las personas residen en lugares aislados sin posibilidad de reunirse para los talleres. Estas excepciones deben ser informadas y respaldadas ante el Servicio de Salud.

Para el **Ingreso al programa**, cuando éste se encuentre desarrollando acciones remotas por limitación de las actividades presenciales, se utilizará el cuestionario de ingreso remoto al programa, el que deberá enmarcarse dentro de las acciones de continuidad de atención para las PM por parte de los establecimientos de APS que ejecuten el programa, facilitando las derivaciones pertinentes en caso de pesquisa de situaciones que ameriten atención por parte del equipo de salud. Para la evaluación de ingreso y egreso remoto se establece la utilización del Cuestionario de Funcionalidad HAQ 8 modificado para el programa no siendo posible la aplicación del Test TUG por su aplicación presencial.

El registro de las actividades remotas del componente se mantiene en el **REM Serie A, habiéndose homologado las actividades remotas con las presenciales** cuando cumplan con las características de objetivos, frecuencia y duración establecida para las actividades presenciales.

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

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

COMPONENTE 2: Fomento del autocuidado y estimulación funcional en las organizaciones sociales y servicios locales.

El objetivo es entregar un servicio de **fomento del envejecimiento activo y positivo** a la red local compuesta por **organizaciones de PM y servicios locales**. Basa su intervención en el desarrollo de un **proceso diagnóstico** para la acción mediante el mejoramiento de capacidades colectivas e intersectoriales para el envejecimiento de las comunidades.

Este proceso considera:

- Identificación de características locales respecto a la realidad de las comunidades intervenidas, facilitando la adaptación del programa al contexto local y planificación pertinente de actividades.
- Diagnóstico participativo para determinar los contenidos de la capacitación de líderes comunitarios del programa. En él participan PM vinculadas al programa a través del componente 1, equipos de salud, integrantes de servicios locales, otras entidades y autoridades.

El programa en este componente aporta horas de recurso humano para la capacitación de los líderes comunitarios (actividades de capacitación, seguimiento y acompañamiento técnico) y desarrollo de los planes intersectoriales (planificación, ejecución, seguimiento), las que deben ser incluidas en la programación anual de actividades de la dupla profesional.

Se describen etapas claves para el desarrollo de este componente, las que según el nivel alcanzado por el programa en cada localidad pueden seguir el orden propuesto o desarrollarse en forma simultánea.

1. **Organización de la información para la gestión local**, Se espera que la comuna, desarrollem:
 - a. Catastro de organizaciones locales actualizado de PM o destinadas al trabajo con PM.
 - b. Catastro de servicios locales actualizado que dé cuenta de la oferta programática local para las PM.
 - c. Mapa de red local con organizaciones sociales y servicios, que representa la localización y la vinculación con el programa MÁS AMA y la red socio sanitaria.
 - d. Guía u otro elemento que entregue la información identificada por este componente a las PM (guía, manual, otro) en lo respectivo a los servicios disponibles en cada localidad, su localización, la vinculación con el programa y las formas de acceso de las personas a ellas.
2. **Diagnóstico participativo sobre las necesidades y propuestas de capacitación de líderes comunitarios**: Dentro del desarrollo progresivo de obtención de información y propuestas de intervención en promoción y prevención de salud junto a la comunidad, se realizará el proceso de diagnóstico participativo, el que deberá tener como mínimo las siguientes etapas desarrolladas y actualizadas para un periodo de tiempo máximo de dos años:
 - a. **Diagnóstico Situacional**: Análisis de los antecedentes sociodemográficos y sanitarios más relevantes para la población objetivo del programa, implicancia de los determinantes sociales de la salud y antecedentes aportados por Informantes claves (miembros del equipo de salud, de servicios locales, de organizaciones sociales y comunidad no organizada, etc.).
 - b. **Diagnóstico Participativo** sobre las necesidades y propuestas de capacitación de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional de PM: Junto a las organizaciones sociales participantes del programa y/o sus representantes, comunidad no organizada e intersector vinculado al programa. 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.
 - c. **Plan de acción** resultante del diagnóstico participativo: Comprende el programa de capacitación de los líderes comunitarios y planes de trabajo intersectoriales, entregando los objetivos, metodología y plan de acompañamiento de los líderes comunitarios capacitados. Las propuestas presentadas deben ser validadas. Se recomienda que los planes de capacitación consideren dos años de trabajo con las organizaciones y los líderes comunitarios mediante acciones de capacitación, seguimiento y acompañamiento técnico se deberán ajustar estos planes frente a nuevas necesidades identificadas por las PM y situaciones contingentes. Las actividades de capacitación, seguimiento y acompañamiento de los líderes comunitarios se realizan en forma continua dentro del año en ejecución del programa.

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.
- b. Planes intersectoriales entre los centros de salud y los servicios locales para fomento del envejecimiento activo y positivo. Los planes intersectoriales corresponden a instrumentos elaborados en conjunto por el sector salud y otros sectores (externos al sector salud) identificados a nivel local, para el desarrollo de la articulación entre instituciones destinadas en forma parcial o total a la provisión de bienes o servicios a PM, teniendo como eje central la atención centrada en la persona, tendiendo a superar la atención centrada en los servicios. Las necesidades planteadas por las PM 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 evidencien 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 PM participantes del programa.

Modificación de la modalidad de ejecución del programa y ajustes en el componente 2

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

Las organizaciones que cuentan con líderes comunitarios capacitados por el programa y de servicios locales con planes intersectoriales para el fomento del envejecimiento activo y positivo, independiente del formato de realización (presencial o a distancia) mantiene su **registro en el REM serie A**, dada la homologación de actividades de capacitación de líderes y planificación intersectorial remotas y presenciales.

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

PRODUCTOS ESPERADOS

Productos esperados del desarrollo del componente 1:

1. Personas de 60 años y más que cumplen con los criterios de inclusión ingresados al programa de estimulación funcional una vez al año: Las personas ingresadas cumplen con los criterios establecidos, no existiendo ingresos de personas sin los criterios de inclusión.
2. Ciclos de 24 sesiones del Componente 1, en un período de 3 meses: Los ciclos se ciñen a este número de sesiones y no se determina arbitrariamente a nivel local su disminución en cuanto a período de tiempo y frecuencia.
3. PM ingresadas al programa participación en al menos 18 sesiones dentro de un ciclo de 24 sesiones para ser egresadas.
4. PM que egresan del programa de estimulación funcional mantienen su condición funcional (producto evaluado dentro de la meta de resultado del programa, mediante REM).
5. PM que egresan del programa de estimulación funcional mejoran su condición funcional (producto evaluado dentro de la meta de resultado del programa, mediante REM).
6. El componente 1 se compone de 24 sesiones del taller de estimulación de funciones motoras y prevención de caídas: 12 sesiones del taller de estimulación de funciones cognitivas y 12 sesiones del taller de autocuidado y estilos de vida saludable, desarrolladas según la modalidad descrita para el componente mediante actividades que combinan los distintos talleres.
7. Evaluación participativa de cada ciclo del programa para incorporación de mejoras en el componente 1. En cada cierre de ciclo de intervención a cada grupo, se genera un espacio de diálogo y reflexión para conocer la percepción de las PM sobre el desarrollo del componente, sus aprendizajes y propuestas de mejora. Esta información debe quedar consignada junto a las acciones resultantes para el seguimiento por parte del programa a nivel local y de Servicio de Salud.
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. Éste debe ser formulado y validado con los centros de salud y servicios de urgencia respectivos que opere frente a los eventos descritos.

- 9. **Flujograma** de derivación y contrarreferencia para el sector salud construido y funcionando en forma efectiva.
- 10. **Flujograma** de derivación y contra derivación para el intersector funcionando en forma efectiva.
- 11. Actividades de los talleres de autocuidado y estilos de vida saludable, cuentan con la participación de otros integrantes **del equipo de salud**, bajo la modalidad educativa determinada para el programa.
- 12. **Organizaciones sociales** de PM ingresan al programa de estimulación funcional. Se realizan actividades de difusión a organizaciones sociales de PM para participar del componente 1.

Productos esperados del desarrollo del componente 2:

- 1. Acciones **de difusión** y coordinación del programa con el intersector y la comunidad, en coordinación con los respectivos centros de salud y en coordinación con el intersector para la evaluación de áreas en que se requiere una planificación conjunta.
- 2. Organizaciones sociales locales de y para PM son reportadas en el **catastro de organizaciones sociales**.
- 3. Servicios locales con oferta programática para PM se incluyen en el **catastro de servicios locales** y son ingresados al programa.
- 4. **Mapa de red local** o elemento construido en forma colaborativa que cumpla funciones de entrega didáctica de información para apoyo al equipo del centro de salud (y otros servicios) para las gestiones con organizaciones Sociales y servicios locales. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.
- 5. **Guía** u otro elemento para usuarios PM u organizaciones sociales, de construcción participativa, que mencione los servicios disponibles para PM en cada territorio y su caracterización. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.
- 6. **Diagnóstico situacional y diagnóstico participativo** para definición de necesidades de capacitación de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional, diseño y/o evaluación del proceso de capacitación de líderes comunitarios. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.
- 7. **Plan de capacitación** de líderes comunitarios ejecutado anualmente. Se recomienda que los planes de capacitación consideren dos años de trabajo con las organizaciones y los líderes comunitarios mediante acciones de capacitación, seguimiento y acompañamiento técnico. Se deberán ajustar estos planes frente a nuevas necesidades surgidas de información actualizada entregada por las PM o pesquisadas por el equipo del programa, en caso de ser necesario.
- 8. **Plan(es) intersectorial(es)** para fomento del envejecimiento activo y positivo ejecutados anualmente. Se recomienda que los planes de trabajo intersectorial consideren un periodo de ejecución de dos años dependiendo del nivel de relación entre el programa o centro de salud y el servicio local.
- 9. Organizaciones sociales que cuentan con líderes comunitarios capacitados por el programa participan de **actividades de acompañamiento** por parte del equipo de éste. Estas actividades se desarrollan de forma continua a los líderes, las que están destinadas a conocer el funcionamiento del trabajo con las organizaciones, nuevos requerimientos de educación para el autocuidado y estimulación funcional. Es un trabajo personalizado con cada líder formado y sus organizaciones.

Para efectos del financiamiento, monitoreo y evaluación considerada por el programa se entenderá:

Recurso Humano: En ambas modalidades de asignación de recursos se establece que la primera cuota deberá considerar la contratación del 100% del recurso humano destinado a implementar el programa. La dupla debe estar compuesta según lo señalado en el programa por profesionales kinesiólogo(a) y terapeuta ocupacional. En caso de demostrarse que no existe disponibilidad del recurso humano señalado, se puede contratar a otro profesional de salud capacitado y con la verificación de que cumpla con los requisitos mencionados en este programa por referente técnico del Servicio de Salud.

El programa financia el cumplimiento continuo para la atención durante los 12 meses del año, por lo anterior, frente a situaciones de interrupción del programa y ejecución parcial del mismo o interrupción de la atención de PM en algún periodo, el servicio de salud informará a la DIVAP quien evaluará la redistribución de los recursos asociados.

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

- **Capacitación de líderes comunitarios y trabajo intersectorial:** Elementos para el confort del taller de los participantes del programa y la capacitación de líderes comunitarios como alimentos saludables, hervidor, bolsos, poleras, impresora, termo laminadora, anilladora, etc. Incorpora también el costo asociado a actividades de difusión y comunicación con los participantes de los talleres, el intersector y el acompañamiento de los líderes comunitarios, como material de difusión impreso, manuales para los líderes comunitarios, elementos de identificación, teléfono celular prepago, teléfono celular con plan de datos, licencias de plataformas de comunicación, computadores, tablet, entre otros.
- **Insumos:** Materiales destinados a las actividades de los talleres del programa de estimulación funcional tanto para estimulación de funciones motoras y prevención de caídas, estimulación de funciones cognitivas y autocuidado y estilos de vida saludable. Incluye materiales para ejercicios físicos, cognitivos, para el enfrenamiento y la adquisición de habilidades de autocuidado, elementos tecnológicos y no tecnológicos, para favorecer y reforzar el aprendizaje de las PM y facilitar el desarrollo de los talleres. Incluye la adquisición de materiales para entrega a las PM a fin de dar continuidad a las actividades en su hogar u organizaciones sociales según evaluación del equipo. Además, se considera la opción de

- utilizar este ítem para financiar elementos destinados a innovación en los talleres de estimulación funcional y autocuidado según los requerimientos de cada territorio.
- **Movilización:** ítem destinado para apoyar a comunas y establecimientos en la movilización e informados en la distribución de recursos. Para financiar los gastos asociados a la movilización de la dupla en terreno y el apoyo de la movilización de PM participantes del programa de sectores aislados y de líderes comunitarios capacitados por el 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 asociados. Las metas, y el cumplimiento esperado del programa con sus pesos relativos, se muestran en la siguiente tabla:

INDICADORES ASOCIADOS A RELIQUIDACIÓN.

Meta Anual de cumplimiento para las comunas con dependencia municipal o establecimientos dependientes de Servicio de Salud u ONG.

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta Agosto	Meta Diciembre	Verificado	Peso relativo %
Componente 1: Programa de estimulación funcional y cognitiva.	% de población mayor a 60 años que mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad	(Nº de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad) / Nº de total personas que egresan del programa) x 100	70%	70%	REM A03 sección D.4 REM A05 sección M	12.5
	% 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 Total personas que egresan del programa) x 100.	70%	70%	REM A03 sección D.4 REM A05 sección M	12.5 ¹
	% de población de 60 años en control en centro de salud, Ingresados al programa MÁS AMA.	(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 ²) x 100	60%	100%	REM A05 sección M	12.5
	Promedio asistentes de a del programa.	Suma de asistentes a sesiones en el mes/Nº de sesiones realizadas en el mes.	Promedio de 15	Promedio de 15	REM A27 sección E	12.5
Componente 2: Fomento del autocuidado o del adulto mayor en organizaciones sociales y servicios locales.	Trabajo en la red local.	Nº de servicios locales con planes Intersectoriales ³ para el fomento del envejecimiento activo y positivo junto al programa MÁS AMA en desarrollo en el periodo /Servicios locales con oferta programática para personas mayores (total o parcial) en el periodo) x 100	20%	40%	REM A27 sección J	25
	Capacitación de líderes comunitarios.	Nº de organizaciones con líderes comunitarios capacitados por el programa MÁS AMA en el periodo ⁴ / Organizaciones Ingresadas al programa de estimulación funcional del MÁS AMA en el periodo) x 100	20%	40%	REM A27 sección I	25

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

² La población comprometida a ingresar anualmente corresponde a **538 personas** por dupla profesional por establecimiento. En casos excepcionales la población comprometida puede ser rebajada con autorización de la división de atención primaria, presentando los antecedentes desde el servicio de salud.

³ Servicios locales con planes intersectoriales: Corresponden a aquellos servicios locales con los que el programa MÁS AMA formalice y ejecute en el periodo, **acciones de integración de la red**, definiendo **objetivos y acciones** para el fomento del Envejecimiento Activo y Positivo que **favorezcan el acceso y participación de las PM**. Servicios locales con oferta programática para personas mayores: Corresponde a los servicios locales que dentro de su oferta disponen de acciones para las PM y que se encuentran en el catastro. En caso de más de una dupla por comuna, el registro **se realiza una única vez por cada servicio local**. El registro de REM permite obtener el porcentaje de cumplimiento. El Servicio de Salud deberá verificar la realización de los planes de trabajo intersectorial registrados como realizados, pudiendo ser requeridos desde la DIVAP. Para los establecimientos o comunas que están por primer año desarrollando el programa, la meta anual del trabajo en red se modifica a disponer del catastro de servicios locales, y el diseño de planes intersectoriales. Para el mes de agosto se dará por cumplida con la entrega del catastro de servicios locales y catastro de organizaciones locales.

⁴ Organizaciones con líderes comunitarios capacitados: Corresponde a organizaciones con **al menos un integrante** capacitado como líder comunitario por el programa. Se considera también para líderes **anteriormente formados** que durante el periodo reciben **una actualización de la capacitación**. Organizaciones sociales ingresadas al programa: Corresponde a las organizaciones formales que hayan accedido a **participar del componente 1** y en que el programa se ejecute según lo indicado (se complete el ciclo de 24 sesiones) junto con otras **organizaciones informales** que al ingreso al programa tengan una **antigüedad de 3 meses** o más, o a grupos de PM reunidas por el programa de estimulación funcional que **continúen** con actividades de autocuidado al término de éste y que participen en la capacitación de líderes comunitarios. El registro de REM permite obtener el porcentaje de cumplimiento. El Servicio de Salud deberá verificar la realización de la capacitación de líderes registrada como realizada. Para los establecimientos o comunas que están por primer año desarrollando el programa, la meta anual de ejecución del programa de capacitación de líderes comunitarios, se considerará cumplida mediante el logro del proceso de diagnóstico participativo y la entrega del plan de acción para capacitación de líderes comunitarios. Al mes de agosto se dará por cumplida entregando el diagnóstico situacional y la planificación del diagnóstico participativo.

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

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

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta Agosto	Meta Diciembre	Verificador	MONITOR EO Y EVALUACIÓN
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 A05 sección M	Se requiere a los Servicios de Salud realizar el seguimiento
	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 A03 sección D.4 y REM A05 sección M.	
	Porcentaje de personas que mejoran su condición funcional al egreso del programa	(Nº de personas que mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad/ 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 A03 sección D.4 y REM A05 sección M.	

nto y monitoreo sistemático de la ejecución del presente programa estableciendo los compromisos para mejorar las áreas necesarias; todo ello independientemente de acciones específicas que corresponde a los Departamentos de Auditoria.

Desde la DIVAP del MINSAL, se realizará el monitoreo del desarrollo local del programa en los meses de abril, agosto y diciembre. En este monitoreo se realizarán las evaluaciones del desarrollo de ambos componentes del programa y se evaluarán además en función de los indicadores productos y medios de verificación.

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

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

1. Contratación de las duplas profesionales con fecha tope 02 de marzo para la contratación de ambos profesionales establecidos por programa.
2. Primera reunión de trabajo de la red de establecimientos y comunas de los servicios de salud que desarrollan el programa con participación de los profesionales ejecutores.
3. Entrega de la información básica para el desarrollo del programa a las duplas profesionales (Resolución exenta del programa, orientación técnica del programa para todos los equipos y manual de apoyo a los equipos de atención primaria para equipos de establecimientos y comunas que incorporan por primera vez el programa).
4. En esta evaluación debe informarse respecto a aquellas comunas o establecimientos que hayan descontinuado la Intervención del programa durante los primeros meses del año, para proceder a la redistribución de recursos correspondiente, recordando que se debe promover la continuidad de la atención y el acceso de las PM durante todo el año.

De acuerdo a los resultados de esta evaluación se procederá a la redistribución de recursos no utilizados y a la solicitud de planes de mejora a los servicios de salud. Los Servicios de Salud deberán dar cuenta de las acciones comprometidas por las comunas y de las correcciones de las situaciones de incumplimiento.

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

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

Porcentaje de cumplimiento de metas del Programa	Porcentaje de descuento de la 2ºcuota de recursos (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%

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

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

El Ministerio de Salud a través de la DIVAP podrá requerir antecedentes adicionales para la evaluación, los que deberán ser reportados y validados por el Servicio de Salud. Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento, la comuna podrá apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un plan de trabajo que incluya un cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez, el Servicio de Salud, una vez analizada y avalada la solicitud, podría solicitar al Ministerio de Salud la no reliquidación del programa.

No obstante, la situación excepcional indicada, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del programa al 31 de diciembre y las comunas mantienen en toda circunstancia, la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período. El no cumplimiento de las actividades y metas anuales podrán incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente según exista continuidad del presente programa.

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

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

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

Las comunas y establecimientos deberán informar del cierre anual del programa y del desarrollo final obtenido, en el informe final del programa, que dé cuenta del logro de los productos de ambos componentes, **entregado con fecha tope 06 de enero del siguiente año al respectivo Servicio de Salud**. Adicionalmente a la evaluación por REM.

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 enviados a referente del programa en el Servicio de Salud Araucanía Norte, cuando les sea solicitado.

El equipo ejecutor está obligado a registrar sus prestaciones en ficha clínica y REM correspondientes. Además debe respaldar sus acciones con otros medios verificadores, según consenso con las personas participantes, tales como listas de asistencias y fotografías.

DECIMA: 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.

DÉCIMA PRIMERA: El Municipio se compromete a realizar la rendición de cuentas de los fondos otorgados, de conformidad con lo establecido en la resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República sobre procedimientos de rendición de cuentas.

DÉCIMA SEGUNDA: El presente convenio tendrá vigencia desde el 01 de enero de 2022. Lo anterior, por aplicación del artículo 52º 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 han generado consecuencias favorables para los usuarios y no han lesionado derechos de terceros.

En consecuencia, y dado que las metas, actividades y resultados esperados se encuentran financiados con presupuesto de la respectiva anualidad, éstos deberán ejecutarse hasta el día 31 de diciembre del año 2022.

No obstante lo anterior, y de acuerdo a lo señalado en el ordinario N° 2509 de fecha 19 de agosto de 2021 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, y a lo consignado en la partida N° 16 del Ministerio de Salud, en su Capítulo N° 2 Programa N° 2 "Programa de Atención Primaria", en su glosa N° 2, las partes suscribientes acuerdan **prorrogar en forma automática y sucesiva el presente convenio** relativo al **"Programa Más Adultos Mayores Autovalentes"**, siempre que dicho programa cuente con la disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año respectivo, salvo que el convenio termine por las causales señaladas en la cláusula décimo tercera del presente convenio, o que el convenio no sea susceptible de prórroga automática por no considerarse dicho mecanismo en la Ley de Presupuesto del Sector Público de la respectiva anualidad, culminando de ipso jure en dicho caso, o si cualquiera de las partes manifiesta a la contraria por escrito su decisión de no perseverar en el mismo. En dichos casos, si existiesen fondos pendientes de ejecución, se deberá observar el procedimiento establecido en la cláusula décimo tercera del presente convenio a fin de regularizar la situación y destino de los montos ya transferidos.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente, y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre de dicho año. Para todos los efectos legales, la prórroga automática da inicio a una nueva transferencia de recursos, cuyo monto a transferir se establecerá mediante resolución exenta o afecta del Servicio de Salud Araucanía Norte, de acuerdo al monto de la transferencia a efectuarse en la respectiva anualidad, de conformidad a lo que se disponga en la Ley de Presupuestos del Sector Público respectiva.

A su vez, las partes suscribientes acuerdan que, si en vigencia del presente convenio, en una determinada anualidad el Ministerio de Salud efectúa modificaciones a las metas, objetivos o montos del mismo, ello será reflejado mediante la respectiva resolución que emita el Servicio Salud Araucanía Norte, la cual será afecta o exenta en relación a una eventual inyección de montos adicionales que superen el límite fijado para ello en las resoluciones N° 7/2019 y N° 16/2020 de la Contraloría General de la República.

DECIMA TERCERA: El Servicio de Salud Araucanía Norte pondrá término anticipado al presente convenio, si se produce incumplimiento grave de las obligaciones establecidas en él, o su ejecución se desvía de los fines que se tuvieron a la vista para celebrarlo.

Para tales efectos, se enviará aviso por escrito a las contrapartes, mediante carta certificada al domicilio indicando en la comparecencia, expresando las circunstancias que motivan el término del convenio, dentro de los cinco días hábiles siguientes que el Servicio de Salud Araucanía Norte tome conocimiento de las irregularidades.

La Municipalidad de Angol, dentro de los 20 días hábiles siguientes a la notificación de la dicha carta, deberá entregar un informe de los gastos efectuados a la fecha. El Servicio Salud Araucanía Norte deberá revisar dicho informe dentro del plazo de 15 días hábiles, contando desde su recepción y podrá aprobarlo u observarlo. En caso de tener observaciones o requerir aclaraciones por parte de la Municipalidad respecto del informe, éstas deberán notificársele por escrito dentro de los dos días hábiles siguientes al término de la revisión. La Municipalidad tendrá un plazo de 8 días hábiles contados desde la notificación de las observaciones, para hacer las correcciones u aclaraciones pertinentes y entregarlas al Servicio Salud Araucanía Norte, el que deberá revisarlas y pronunciarse dentro de los 7 días hábiles siguientes a la fecha de su recepción. La Municipalidad deberá restituir en cualquier caso los saldos no ejecutados, dentro, del plazo de 10 días hábiles contados desde el pronunciamiento efectuado por el Servicio Salud Araucanía Norte. En el mismo plazo deberá restituir los sados no rendidos u observados, en el caso que el informe no haya sido aprobado.

DECIMA CUARTA: 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°10 de fecha 05 de abril de 2022 mediante memorándum N° 12, de fecha 06 de abril de 2022.

DÉCIMA QUINTA: 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 División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

DÉCIMA SEXTA: Personerías: La personería de don **ERNESTO YAÑEZ SELAMÉ**, para representar al Servicio de Salud Araucanía Norte, consta en Decreto Supremo N° 03 de fecha 04 de enero de 2022, del Ministerio de Salud. La personería de don **JOSE ENRIQUE NEIRA NEIRA**, para representar a la Municipalidad de Angol, consta en Decreto Alcaldicio N° 4044 de fecha 29 de Junio de 2021.- Documentos que no se insertan por ser conocidos y aceptados por las partes.

2. **AUTORÍZASE** el traspaso a la Municipalidad de Angol, de la suma única y total de **\$33.994.392.-** (treinta y tres millones novecientos noventa y cuatro mil trescientos noventa y dos pesos) en la forma establecida en cláusula octava del convenio que por este acto se aprueba.
3. **IMPÚTESE** el gasto que irrogue 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.



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. AUDITORIA S.S.A.N.