

CERTIFICADO N° 220

El Secretario Municipal de la I. Municipalidad de Santa Cruz que suscribe, certifica que en Sesión Ordinaria 24° de fecha 22 de febrero del año 2022, el Concejo municipal se pronunció sobre lo siguiente:

El Concejo Municipal acuerda autorizar, en virtud del artículo 65 letra j) inciso 3 de la Ley Orgánica de Municipalidades, suscribir Convenio “Programa Más Adultos Mayores Autovalentes”, por un monto de \$28.971.146, entre la Municipalidad de Santa Cruz y el Servicio de Salud de O’Higgins.

En Santa Cruz, a 22 días del mes de febrero del año dos mil veinte y dos.



MARÍA ANGELINA PIÑA PEÑA
SECRETARIA MUNICIPAL (S)

CC.:
- Archivo (1)
-----/

MEMORANDUM N° 000174

ANT: Convenio "Programa Más Adultos Mayores Autovalentes", entre la Municipalidad de Santa Cruz y el Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O'Higgins.

MAT: Solicita acuerdo del Honorable Concejo para autorizar al Sr. Alcalde de la Municipalidad de Santa Cruz, a suscribir dicho Convenio.

SANTA CRUZ, 17 FEB. 2022

DE: SRA. MARIA SOLEDAD VERGARA ORTIZ
DIRECTORA DE SALUD MUNICIPAL

A: SR. GUSTAVO WILLIAM AREVALO CORNEJO
ALCALDE Y PRESIDENTE HONORABLE CONCEJO MUNICIPAL.
CC. HONORABLE CONCEJO MUNICIPAL

1. En virtud de lo establecido en el art. 65 letra j) inc. 3 de la Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades "Suscribir los convenios de programación a que se refieren los artículos 8° bis y 8° ter y celebrar los convenios y contratos que involucren **montos iguales o superiores al equivalente a 500 unidades tributarias mensuales**, y que requerirán el acuerdo de la mayoría absoluta del concejo; **no obstante, aquellos que comprometan al municipio por un plazo que exceda el período alcaldicio**, requerirán el acuerdo de los dos tercios de dicho concejo. Asimismo, suscribir los convenios sobre aportes urbanos reembolsables que regula la Ley General de Urbanismo y Construcciones".
2. La I. Municipalidad de Santa Cruz Requiere suscribir un convenio con el Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O'Higgins, con la finalidad de ejecutar el "Programa Más Adultos Mayores Autovalentes", cuyo objetivo General es 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.
3. Este convenio asigna, recursos presupuestarios para la ejecución del Programa antes aludido y específicamente para financiar los componentes y sus respectivas estrategias, a saber:

Establecimiento	Categoría	Monto
CESFAM Santa Cruz	Recurso Humano	23.915.520.-
	Insumos del Programa	600.000.-
	Capacitación del Programa	800.000.-
	Movilización	3.655.626.-
TOTAL		28.971.146.-

Consecuente con lo expuesto anteriormente, el Servicio de Salud O'Higgins, conviene en asignar a la Municipalidad, la suma de \$28.971.146.- (Veintiocho millones novecientos setenta y un mil ciento cuarenta y seis pesos), con el objeto de alcanzar el propósito y cumplimiento del Programa, objeto del presente convenio.

El período de ejecución abarca desde el 01 de enero hasta el 31 de diciembre del año 2022 y la profesional encargada de este programa es la enfermera Sra. Loreto Morell Gómez.

4. En relación a lo señalado en el punto anterior, me permito solicitar acuerdo del Honorable Concejo Municipal de Santa Cruz, para que el Sr. Alcalde de la Municipalidad de Santa Cruz, pueda suscribir el Convenio "Programa Más Adultos Mayores Autovalentes", de acuerdo a lo establecido en el Art. 65 letra J de la ley 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades.

Sin otro particular saluda atentamente a usted;



MARIA SOLEDAD VERGARA ORTIZ
DIRECTORA DE SALUD MUNICIPAL

C.c.:

- * Honorable Concejo Municipal (01)
- * Administrador Municipal (01)
- * ARCHIVO (01)



DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA

JACM / GRC / NMR / GCS / PAM / EGQ / rap

CONVENIO “PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES”

SERVICIO DE SALUD DEL LIBERTADOR GENERAL BERNARDO O’HIGGINS

E

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE SANTA CRUZ

En Rancagua, a 16 de Febrero de 2022, entre el Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O’Higgins, persona jurídica de derecho público, RUT N°61.606.800-8, representado por su Director don José Antonio Cavieres More, ambos con domicilio en Alameda N°609, de Rancagua, en adelante “**El Servicio**”; y la Ilustre Municipalidad de Santa Cruz persona jurídica de derecho público, RUT N°69.090.600-7 representada por su Alcalde don Gustavo William Arevalo Cornejo, ambos domiciliados en Plaza de Armas 242, Santa Cruz quien en adelante se denominará “**La Municipalidad**”, se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas

PRIMERO: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal aprobado por la Ley 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.”

SEGUNDO: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área, y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el denominado “**Programa Más Adultos Mayores Autovalentes**”, y que fuere debidamente aprobado mediante su Resolución Exenta N°133, de fecha 26 de Enero 2022, y que en este acto se entiende por reproducida y pasa a formar parte integrante del presente convenio, y que “**La Municipalidad**”, se compromete a ejecutar.

TERCERO: El propósito de dicho programa es ***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.***

Sus objetivos específicos son:

1. Mejorar 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.
3. Fomentar el desarrollo de la red local para el abordaje del envejecimiento y el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo.

COMPONENTES

COMPONENTE 1: INTERVENCIÓN SOCIOSANITARIAPROMOCIONAL Y PREVENTIVA PARA MANTENER Y/O MEJORAR LA CONDICIÓN FUNCIONAL

El objetivo de este componente es entregar el servicio de estimulación funcional y autocuidado grupal a las personas mayores (PM) que cumplen con los criterios de ingreso al programa.

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 y un(a) terapeuta ocupacional y/u otro profesional de la Salud. Considerando que ambos profesionales de la dupla deben de ser de distinta profesión.

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

Cada sesión mixta incluye una sesión del Taller de Estimulación de Funciones Motoras y 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 personas mayores y el trabajo conjunto entre la dupla profesional. Al mismo tiempo se espera, que con el transcurso de las sesiones los participantes desarrollen en forma progresiva un rol protagónico, para favorecer posteriormente la realización de actividades de estimulación funcional y autocuidado en forma autónoma dentro de las organizaciones.

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; por PM sin relación previa entre sí, derivadas por equipo de salud, intersector o comunidad; en 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. Al inicio de la intervención se presenta a cada grupo los objetivos del programa y se determina con las PM los aspectos a abordar dentro de este componente, teniendo en consideración sus necesidades e intereses, para la pertinencia de las actividades a desarrollar. 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. La metodología de desarrollo del programa es la de Educación Popular y Aprender Haciendo descrita en los documentos técnicos. Dentro de estas sesiones también participa el equipo de salud y servicios locales, para abordar el autocuidado y bienestar en forma integral. Existe un documento de apoyo denominado Cuadernillo del Participante y un Manual para los equipos del Programa.

Se incentiva la participación de las PM y el progresivo avance para la adquisición de rutinas de ejercicios de estimulación funcional y autocuidado, mediante actividades colaborativas facilitadas por las PM. Esto además de potenciar los logros alcanzados, permite identificar a líderes para el componente 2. Este componente contempla una evaluación participativa respecto a la percepción de las personas mayores sobre los talleres y sus propuestas de mejora, que consiste en diferentes técnicas para facilitar el diálogo, la identificación y priorización de opiniones y propuestas de los participantes. El programa aporta el financiamiento de RRHH e insumos para los talleres y elementos para la comunicación con las PM y el confort de las sesiones.

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 personas mayores 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.

En cada comuna en que se realiza el programa 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 2. Además, en el Componente 1, los talleres son planificados en forma

participativa sobre temas de interés de las personas mayores, promoviendo su participación en la selección de temáticas y en la planificación de los talleres y, además al finalizar cada ciclo de intervención se realiza una evaluación participativa para retroalimentar el Programa e introducir mejoras.

Etapas de la Estimulación Funcional y Actividades Asociadas

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. Planificación y Programación de las sesiones

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

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

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

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

2. Ingreso de las personas mayores al Programa de Estimulación Funcional:

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

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

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

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

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

3. Desarrollo del 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 personas mayores que participan, relacionadas con la comprensión, ejecución o con descompensaciones físicas, cognitivas o emocionales. Se espera que los talleres contenidos en este programa se desarrollen en forma íntegra durante 24 sesiones, en modalidad de intervención multicomponente, entendiendo que la funcionalidad física y cognitiva están íntimamente relacionadas.

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

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

4. Egreso del Componente de Estimulación Funcional

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

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

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

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

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

Para las prácticas seguras durante el programa, bioseguridad del paciente y el manejo médico legal del equipo profesional, se espera que el equipo de salud de cada CESFAM junto con la red local de urgencias desarrolle los Procedimientos para el manejo y derivación de incidentes asociados a la atención: Eventos Adversos (situación o acontecimiento inesperado relacionado con la atención sanitaria recibida y que tiene o puede tener consecuencias negativas para el mismos y que no está relacionado con el curso natural de enfermedad; incidente producido en traslado en ambulancia o móvil),

Eventos Centinelas (situación o acontecimiento inesperado que puede producir la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas o el riesgo potencial que esto ocurra), o asociados a la pesquisa de descompensaciones u otras situaciones de salud en el terreno.

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

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

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

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

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

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

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

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

COMPONENTE 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 personas mayores 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. Comienza con la identificación de características locales que entregan un mayor conocimiento al equipo del programa respecto a la realidad de las comunidades intervenidas, facilitando la adaptación del programa al contexto local y planificación pertinente de actividades. Además, se realiza un Catastro de Organizaciones Sociales de PM (o se actualiza la base de datos), y un Catastro de Servicios Locales con oferta para PM (o respectiva actualización). Posteriormente, corresponde la realización de la etapa de diagnóstico participativo, en la que se trabaja en el levantamiento de necesidades y

propuestas para el Autocuidado de PM, 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. Usando metodología participativa, se generan espacios reflexivos y de diálogo para conocer cuáles son los aspectos identificados como relevantes y necesarios de abordar en torno al autocuidado y estimulación funcional de las PM y se priorizan según importancia en cada comunidad. A partir de ello se genera junto a las PM, la Planificación de la Capacitación de Líderes Comunitarios. Éstos corresponden a PM de organizaciones formales o informales que generan acciones en sus grupos tendientes a potenciar los logros del programa mediante la continuidad de acciones de autocuidado, entre las que se cuentan el acceso a información clave para las PM, la estimulación funcional física y cognitiva, apoyo en gestión de beneficios, promoción de derechos de las PM, entre otras. Se ha visto como necesario para mejorar este componente el contar con acciones de acompañamiento por parte del equipo del programa hacia estos líderes y sus grupos, para favorecer el reconocimiento entre sus pares, generar espacios de aprendizaje continuo y retroalimentación respecto a su práctica en las organizaciones y potenciar la interfase entre ambos componentes.

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).

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

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 las comunas o establecimientos, desarrollen:

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

Puede incorporar herramientas tecnológicas de georreferenciación para favorecer la gestión territorial y las acciones de promoción y prevención de salud en personas mayores.

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

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

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

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

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

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

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

Las actividades de capacitación, seguimiento y acompañamiento de los Líderes Comunitarios se realizan en forma continua dentro del año de ejecución del Programa.

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

- Capacitación de Líderes Comunitarios para el Autocuidado y Estimulación Funcional en sus organizaciones: La capacitación de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional, es realizado de acuerdo a los resultados del diagnóstico participativo y actualizado con antecedentes presentes al momento de desarrollar la capacitación. Considera la priorización de temáticas a abordar, el desarrollo progresivo de habilidades entre los líderes, que puede verse apoyado desde la participación previa o

posterior en el componente 1 del programa. Incluye además el aporte de otros miembros del equipo de salud y del intersector. Requiere que la dupla profesional contemple actividades para planificar la capacitación y ejecutarla con las personas mayores. Las actividades de capacitación, seguimiento y acompañamiento de los Líderes Comunitarios se realizan en forma continua dentro del año de ejecución del Programa

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

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

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

Las necesidades planteadas por las personas mayores deben primar en la definición de los problemas a abordar con el intersector. Además, se deben considerar aquellos aspectos que concitan el interés de los otros sectores, los factores asociados y las posibilidades de aportar en conjunto a las soluciones de los problemas. El plan de trabajo intersectorial corresponde a un proceso de trabajo, con un propósito y objetivos del trabajo conjunto entre los sectores, que debe contar con planificación de actividades y determinación de recursos, monitoreo de las mismas que 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 personas mayores participantes del programa.

Esta estrategia requiere la planificación y ejecución de actividades de coordinación, evaluación y seguimiento conjuntas con el intersector.

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

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

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

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

Es posible que durante situaciones que limiten el trabajo presencial con los Líderes Comunitarios o el Intersector, por protección de las personas mayores y del equipo de salud, el trabajo intersectorial no permita el desarrollo y seguimiento de Planes, por lo que se debe evaluar su pertinencia y considerar otros elementos que según

cada realidad y momento, sean de mayor utilidad para el fomento del envejecimiento activo y positivo como, por ejemplo, flujogramas conjuntos de trabajo, acuerdos para atención sociosanitaria de situaciones de riesgo de personas mayores, entre otros. Estas situaciones deben ponerse en conocimiento del Referente Técnico del Servicio de Salud, para su conocimiento y orientación al respecto.

CUARTO: Consecuente con lo expuesto anteriormente, “**El Servicio**”, conviene en asignar a “**La Municipalidad**”, recursos presupuestarios para la ejecución del Programa antes aludido y específicamente para financiar los componentes y sus respectivas estrategias, a saber:

Establecimiento	Categoría	Monto
DEPTO.	Recurso Humano	23.915.520.-
	Insumos del Programa	600.000.-
	Capacitación del Programa	800.000.-
	Movilización	3.655.626.-
TOTAL		28.971.146.-

QUINTO: Conforme lo señalado en las cláusulas precedentes, “**El Servicio**”, traspasará, a “**La Municipalidad**”, una vez afinada la resolución aprobatoria de este convenio y recibidos los recursos desde el Ministerio de Salud, la suma de **\$28.971.146.- (Veinti ocho millones novecientos setenta y un mil ciento cuarenta y seis pesos)**, con el objeto de alcanzar el propósito y cumplimiento del Programa, objeto del presente convenio. Por su parte, “**La Municipalidad**” se obliga a cumplir todos y cada uno de los objetivos del Programa, procediendo a la ejecución de sus acciones para los beneficiarios del sector público de salud, beneficiarios de la Atención Primaria.

SEXTO: Los recursos presupuestarios aludidos en la cláusula que precede, serán transferidos por “**El Servicio**” a “**La Municipalidad**” en dos (02) cuotas en todos los conceptos, excepto Capacitación: La primera equivalente a un 70% del total de los recursos, una vez afinada la Resolución aprobatoria del presente convenio y se encuentren recepcionados los recursos desde el Ministerio de Salud; la segunda cuota equivalente al 30% restante del total de los recursos en el mes de octubre del presente año 2022, contra los resultados de la primera evaluación, de acuerdo a los indicadores definidos en el Programa de acuerdo al esquema que se indicará en cláusulas siguientes y se encuentren rendidos los recursos de la primera cuota por “**La Municipalidad**”, atendido que de no encontrarse dicha rendición de manera satisfactoria por “**El Servicio**”, no será traspasada la segunda cuota aludida, ello conforme establece el artículo 18 de la Resolución N°30, de 2015 de la Contraloría General de la República, que Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas, concordante con su Dictamen N°51.246, de 2016.

SÉPTIMO: “**La Municipalidad**” se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar exclusivamente los Componentes, y productos mencionados en la Resolución aprobatoria del Programa, y cláusulas tercera y cuarta de este Convenio.

OCTAVO: El monitoreo y evaluación se orientan a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del Programa, con el propósito de mejorar su eficacia y eficiencia., por ello, “**El Servicio**” evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas contenidas en éste y en concordancia a lo señalado.

La evaluación del programa se efectuará en tres etapas:

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

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

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

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

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 segunda cuota de recursos (30%)
60%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	25%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%

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

Adicionalmente a la evaluación por Registro Estadístico Mensual, el Servicio de Salud deberá informar del grado de desarrollo de los productos establecidos para 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 División de Atención Primaria, podrá requerir antecedentes adicionales para la evaluación, los que deberán ser reportados y validados por el Servicio de Salud.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento, la comuna podrá apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un Plan de Trabajo que

incluya un cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez, el Servicio de Salud, una vez analizada y avalada la solicitud, podría solicitar al MINSAL la no reliquidación del Programa.

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

Finalmente, recursos (producto de la reliquidación) que provengan de aquellas comunas y establecimientos que no cumplan con las prestaciones y metas proyectadas, podrán ser reasignados por el Servicio de Salud, a 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 Registro Estadístico Mensual, el Servicio de Salud deberá informar del grado de desarrollo de los productos establecidos para ambos componentes con fecha 12 de enero para todas las comunas y establecimientos de su jurisdicción que desarrollan el Programa. El Servicio de Salud deberá contar con los medios de verificación que den cuenta de lo informado en este corte.

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

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

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

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

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

“La Municipalidad” se compromete a enviar la información con los datos necesarios para que se generen los indicadores del programa, los que deberán ser enviados cada 15 días, de acuerdo a calendarización de carga anual mediante los sistemas de información existentes o Formulario WEB

disponible, para que puedan ser cargados en el tablero de mando del programa y de esta forma ser monitoreado.

El informe de la primera evaluación, se construirá en base a la información acumulada con corte al 31 de agosto del año en curso.

Informe de la segunda evaluación, se construirá en base a la información acumulada con corte al 31 de diciembre del año en curso. Esta evaluación podrá tener incidencia en la asignación de recursos del siguiente año.

Adicionalmente, para el seguimiento del programa se podrá requerir el envío de informes de avance extraordinarios a "El Servicio", en relación al funcionamiento del programa en alguna comuna en particular o de toda su red, conforme instrucciones ministeriales, los cuales serán solicitados oportunamente.

INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

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

1. 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	VERIFICACIÓN DOR	Peso relativo
N° 1	% de población de 60 años y más participante del programa que mantiene o mejora su condición funcional según cuestionario de funcionalidad	(N° de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad) / N° de total personas que egresan del programa) x 100	60%	60%	REM	12.5
	% de población de 60 años y más participante del programa que mantiene o mejora su condición funcional según Timed up and go	(N° de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según timed up and go) / N° de total personas que egresan del Programa) x 100	60%	60%	REM	12.5
	% de población de 60 años y más en control en Centro de Salud, ingresados al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	(N° de personas de 65 años y más ingresadas al programa con condición Autovalentes + Autovalentes con riesgo + en riesgo de dependencia) +(N° de personas entre 60 y 64 años ingresadas al programa con EMPA vigente) / Población comprometida a ingresar) x 100 ¹	60%	100%	REM	12.5
	Promedio de Asistentes a Sesiones del Programa	Suma de asistentes a sesiones en el mes/N° de Sesiones realizadas en el mes	Promedio de 15	Promedio de 15	REM	12.5
N° 2:	Trabajo en Red Local	(N° de Servicios Locales con Planes Intersectoriales para el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo junto al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en desarrollo en el período/Servicios Locales con oferta programática para	20%	30%	REM	25

¹ La población comprometida a ingresar anualmente corresponde a 538 personas por dupla profesional por establecimiento. En la situación que un establecimiento tenga dos duplas profesionales asignadas, la población comprometida a ingresar corresponde a 1100 personas por establecimiento. En casos excepcionales la población comprometida puede ser rebajada con autorización de la División de Atención Primaria, presentados los antecedentes desde el Servicio de Salud.

		personas mayores (total o parcial) en el período) x100 ²				
	Capacitación de Líderes Comunitarios	(N° Organizaciones con Líderes Comunitarios Capacitados por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período/Organizaciones ingresadas al Programa de Estimulación Funcional del programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período) x100 ³	20%	30%	REM	25

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

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

COMPONENTE	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	META AGOSTO	META DICIEMBRE	VERIFICACIÓN
N°1	Porcentaje de Personas Mayores que egresan del Programa	(N° de personas mayores que egresan del programa/ n° de personas mayores que ingresan al programa) x100	80%	80%	REM
N°1	Porcentaje de Personas que Mejoran Condición Funcional al egreso del Programa	(N° de personas que mejoran su condición funcional según tug/n° de personas que egresan del programa) x100	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	REM
N°1	Porcentaje de Personas que Mejoran Condición Funcional al egreso del Programa	(N° de personas que mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad/n° de personas que egresan del programa) x100	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	REM

NOVENO: “El Servicio” podrá requerir en cualquier oportunidad, a **“La Municipalidad”**, los datos e informes relativos a la ejecución del Programa y sus componentes específicos, con los detalles y especificaciones que estime del caso.

² Servicios Locales con Planes Intersectoriales: Corresponden a aquellos Servicios Locales con los que el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes formalice y ejecute en el período, acciones de integración de la red, definiendo objetivos y acciones para el fomento del Envejecimiento Activo y Positivo que favorezcan el acceso y participación de las personas mayores. Servicios Locales con oferta programática para personas mayores: Corresponde a los Servicios Locales que dentro de su oferta disponen de acciones para las personas mayores y que se encuentran en el catastro. En caso de más de una dupla por comuna, el registro se realiza una única vez por cada servicio local. El registro de REM permite obtener el porcentaje de cumplimiento. El Servicio de Salud deberá verificar la realización de los Planes de Trabajo Intersectorial registrados como realizados, pudiendo ser requeridos desde la División de Atención Primaria. Para los establecimientos o comunas que están por primer año desarrollando el programa, la meta anual del trabajo en red se modifica a disponer del Catastro de Servicios Locales, y el diseño de Planes Intersectoriales. Para el mes de agosto se dará por cumplida con la entrega del Catastro de Servicios Locales y Catastro de Organizaciones Locales.

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

DÉCIMO: “**El Servicio**” no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este convenio se señala. Por ello, para el caso que “**La Municipalidad**” se exceda de los fondos destinados por “**El Servicio**” para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante.

UNDÉCIMO: Para dar estricto cumplimiento a lo establecido en la *cláusulas* anteriores y demás políticas de auditoría y otras determinadas por “**El Servicio**”, se designa para todos los fines que fueren pertinentes como responsable técnico y supervisor del Programa, a la funcionaria de la Dirección de Atención Primaria, doña Elizabeth González Quinteros; y como responsable de la transferencia de los recursos presupuestarios del mismo a don Gerardo Cisternas Soto, Jefe de Departamento de Finanzas, o quienes legalmente les subroguen, quienes detentarán desde luego las facultades necesarias para lograr los objetivos antes descritos.

No obstante lo anterior, los funcionarios aludidos en su rol encomendado, deberán a lo menos disponer de un monitoreo sobre los gastos involucrados y la eficacia en la ejecución de los objetivos del programa y que para cuyo efecto “La Municipalidad”, se obliga desde luego a registrar mensual y detalladamente la ejecución de los recursos en el Sistema de Rendición de cuentas de la Contraloría General de la República (SISREC), obligación que para estos efectos recaerá en el Director o Jefe de Salud Municipal según sea el caso, o quien este encomiende.

DUODÉCIMO: Consecuente con lo expuesto precedentemente y para efectos de la rendición de cuentas de los recursos presupuestarios objeto de este convenio y en todo lo eventualmente omitido en el mismo, “**El Servicio**” conjuntamente con “**La Municipalidad**”, deberán velar y procurar por el cumplimiento de lo establecido en la Resolución N° 30, de fecha 11 de Marzo de 2015, que “**Fija Normas de Procedimiento Sobre Rendición de Cuentas**”, dictada por la Contraloría General de la República, tomada de razón el 24 de Marzo de 2015, por el mismo Órgano Contralor, instrumento que en este acto, ambos comparecientes declaran expresa e íntegramente por reconocido, reproducido y desde luego pasa a formar parte integrante del presente convenio para su aplicación y demás fines pertinentes. Al respecto y con la finalidad de abordar integralmente las revisiones y/o rendiciones financieras objeto de la ejecución del programa materia de este convenio, “**El Servicio**” podrá además a través de su Departamento de Auditoría efectuar los procesos inherentes con la misma.

DÉCIMO TERCERO: El presente convenio rige a partir del primero de enero del presente año 2022, hasta el 31 de diciembre del mismo año, debiendo considerarse extendido, dicho término de la vigencia, solo hasta la aprobación de la rendición de cuentas, o bien, hasta la restitución de los saldos no ejecutados, no rendidos u observados, por “**La Municipalidad**”, en concordancia con lo que establece el Dictamen N° 92.578 de 2016, si ninguna de las partes manifiesta intención de terminarlo anticipadamente, lo que, de provocarse, deberá ser comunicado mediante carta certificada, en un plazo no superior a 30 días, previos a su término. No obstante, lo anterior “**El Servicio**” podrá poner término anticipado al convenio de manera fundada previo informe que para estos efectos deberá emanar de la Dirección de Atención Primaria, el que deberá dar cuenta del incumplimiento por parte de “**La Municipalidad**” de los objetivos propios del programa o del uso de recursos para fines diferentes a los transferidos y, de ocurrir tal situación se notificará a “**La Municipalidad**”, en el mismo plazo y forma antes aludida. Sin perjuicio de lo anterior, “**La Municipalidad**” deberá velar por dar estricto y cabal cumplimiento al plazo ya otorgado para la ejecución de los recursos en las metas, componentes y/o estrategias del Programa según sea el caso, habida consideración de la obligatoriedad del cumplimiento de la **“anualidad presupuestaria.”**

No obstante, lo anterior el presente convenio se entiende prorrogado en forma automática y sucesiva, siempre que el Programa de Salud objeto del mismo, cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año respectivo, sin perjuicio de su término en la forma ya antes referida. La eventual prórroga del presente convenio, comenzará a regir desde el 01 de enero del año presupuestario siguiente, y su duración podrá extenderse hasta el 31 de diciembre del mismo año inclusive, ello en armonía con lo solicitado por el Subsecretario de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, mediante su Ordinario C73 N° 2509, de fecha 19 de agosto de

2021, instrumento que desde luego los comparecientes dan por reconocido, y pasa a formar parte integrante del presente convenio.

Prorrogado el presente convenio, **“El Servicio”**, deberá dictar en su oportunidad una resolución que establezca para el nuevo periodo prorrogado, las metas, objetivos, componentes, estrategias u otras que fueren inherentes con el Programa, como asimismo disponer sobre los recursos presupuestarios eventualmente disponibles para el nuevo periodo prorrogado.

Sin perjuicio de lo señalado precedentemente, las partes dejan constancia que, de acuerdo a lo establecido en el artículo 52 de la Ley sobre Procedimientos Administrativos 19.880 y que el presente convenio solo tiene efectos beneficiosos respecto de la población beneficiaria y que estas prestaciones se encuentran otorgadas desde la fecha de entrada en vigencia las cuales no se han interrumpido y que dichas acciones de salud se encuentran en ejecución y en desarrollo, constando además que tales acciones no vulneran derechos de terceros, las prestaciones efectuadas desde la fecha de vigencia del presente convenio hasta la completa tramitación de su resolución aprobatoria.

Los recursos disponibles y presentes deben ser imputados al Ítem Presupuestario 24.03.298 del Presupuesto vigente 2022 del Servicio de Salud O’Higgins”.

DÉCIMO CUARTO: Finalizado el período de vigencia del presente convenio, **“La Municipalidad”** deberá restituir los fondos no ejecutados, no rendidos u observados al término de este año presupuestario correspondiente al año 2022, dentro del plazo de 15 días hábiles. Sin perjuicio de lo anterior, **“El Servicio”** realizará informe evaluativo técnico financiero que dará a conocer a la comuna y donde podrá requerir una restitución de fondos mayor a lo no realizado por la comuna, si correspondiere, ello en concordancia de lo establecido en el Dictamen N°92.578, de 2016, de la Contraloría General de la República.

DÉCIMO QUINTO: Complementario a lo expuesto en la cláusula duodécima, los comparecientes, desde luego, se obligan a cumplir estrictamente lo establecido en el Artículo N° 13 de la Resolución N° 30, de fecha 11 de Marzo de 2015, que **“Fija Normas de Procedimiento Sobre Rendición de Cuentas”**, dictada por la Contraloría General de la República, tomada de razón el 24 de Marzo de 2015, por el mismo Órgano Contralor, que establece: **“ Solo se aceptarán como parte de la rendición de cuentas los desembolsos efectuados con posterioridad a la total tramitación del acto administrativo que ordena la transferencia. En casos calificados, podrán incluirse en la rendición de cuentas gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación, siempre que existan razones de continuidad o buen servicio, las que deberán constar en el instrumento que dispone la entrega de los recursos”**, ello fundado en la oportunidad y la forma mediante la cual el Ministerio de Salud transfiere efectivamente los recursos presupuestarios a **“El Servicio”** , y este a su vez la oportunidad con la que transfiere a los diferentes Municipios como en el caso de este convenio, situación que, sin duda, genera una serie de dificultades tanto administrativas como de ejecución de los diferentes componentes o estrategias del Programa, situaciones que de hecho deben ser permanentemente asumidas por los comparecientes, solo con la finalidad de no perjudicar, entorpecer o menoscabar las necesidades propias de salud que requieren los beneficiarios de **“La Municipalidad”**, agregado a que los comparecientes, conforme su investidura pública, deben procurar y velar por la continuidad y servicialidad de los entes de salud, ello también conforme lo consigna la Ley N°18.575, en el sentido que se debe actuar por iniciativa propia, en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación de sus trámites.

DÉCIMO SEXTO: La Personería de don José Antonio Cavieres More, para representar al Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O’Higgins, en su calidad de Director, emana del solo ministerio del artículo 6° del D.S. N°140/04, del Ministerio de Salud, en relación con el Ordinario N°PIN-00-00944-2021, de fecha 29 de diciembre de 2021, emanado de la Directora Nacional Servicio Civil y Decreto de nombramiento en trámite. La personería de don Gustavo William Arevalo Cornejo, para representar a la Ilustre Municipalidad de Santa Cruz, en su calidad de Alcalde, consta del Decreto Alcaldicio N° 789 de fecha 29 de junio del 2021 del referido Municipio.

DÉCIMO SÉPTIMO: Para todos los efectos derivados del presente convenio, las partes fijan domicilio en Rancagua y se someten a la jurisdicción de sus Tribunales.

DÉCIMO OCTAVO: El presente convenio se firma en cuatro ejemplares de idéntico tenor y fecha, quedando uno en poder de **“La Municipalidad”**; uno en la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud y los restantes en poder de **“El Servicio.”** Asimismo y para efectos de la obtención de copias de este convenio, podrán obtenerse a través de la herramienta denominada "GOOGLE DRIVE", de **"El Servicio"**, sin perjuicio que además, la Dirección de Atención Primaria, podrá otorgar las copias que le sean requeridas formalmente.

JOSÉ ANTONIO CAVIERES MORE
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD DEL LIBERTADOR
GENERAL BERNARDO O´HIGGINS

GUSTAVO WILLIAM AREVAL CORNEJO
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE SANTA CRUZ