

VISTOS:

- 1.- El D.S. N° 1698 de fecha 23 de Mayo de 1995, que aprueba Convenio que modifica traspaso de Establecimientos Asistenciales entre el Servicio de Salud y la I. Municipalidad de Villa Alegre;
- 2.- Lo establecido en la Ley N° 19.378 de Abril del 1995, "Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal";
- 3.- La Resolución Exenta N° 2662 de fecha 09/05/2022, que aprueba Convenio suscrito entre el Servicio de Salud del Maule y la I. Municipalidad de Villa Alegre;
- 4.- El Acta de Proclamación de fecha 15 de junio de 2021, la cual Proclama Alcalde de la comuna a don Pablo Fuentes Vallejos, según causa Rol 233-2021 del Tribunal Electoral Regional del Maule;
- 5.- Las atribuciones que me otorga la Ley N° 18.695, modificada por la Ley N° 19.602 de 1999, he resuelto dictar el siguiente:

DECRETO: Exento del Trámite de Registro

1.- **RATIFICASE Y APRUEBASE** Convenio Programa de Salud, suscrito entre la I. Municipalidad de Villa Alegre, representado por su Alcalde Don Pablo Fuentes Vallejos y el Director (S) del Servicio de Salud Don Nolasco Eduardo Pérez Pérez, con el objeto de contribuir a mejorar la salud de la población beneficiaria y aumentar la eficacia en la gestión y administración local.

Res. Exenta	Fecha	Convenio
2662	09/05/2022	"CONVENIO PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES 2022".

"ANOTESE, COMUNÍQUESE AL DEPARTAMENTO COMUNAL DE SALUD, DESE COPIA A ENCARGADA DE CONVENIOS Y ARCHIVESE"



CLAUDIA BERRÍOS NILO
INGENIERO CONSTRUCTOR
SECRETARIO MUNICIPAL
MINISTRO DE FE

PFV/CBN/KAP/ecg.

DECRETO N° 981



PABLO FUENTES VALLEJOS
ALCALDE



DEPTO. APS, PROGRAMAS Y CICLO VITAL
UNIDAD CONVENIOS Y RECURSOS FINANCIEROS

2662

INT.: 667
Fecha: 02.05.2022

RESOLUCIÓN EXENTA N°

TALCA, 09 MAY 2022

VISTO Y TENIENDO PRESENTE:

El Convenio **PROGRAMA MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES**, suscrito con fecha 14 de abril de 2022, entre este Servicio de Salud y la I. Municipalidad de **VILLA ALEGRE**. Resolución Exenta N° 133 de fecha 26 de enero de 2022 que aprueba el Programa. Resolución Exenta N° 138 de fecha 26 de enero de 2022 que aprueba los recursos, ambas del Ministerio de Salud. Ley de Presupuesto N° 21.395 de fecha 15 de diciembre 2021. Lo dispuesto en los artículos 56 y 57 de la Ley 19.378. Las facultades que me confieren los artículos 6, 7 y 8 del D.S. N° 140 de 2004 del MINSAL. Resolución N° 7 del año 2019 y 16 del año 2020 ambas de la Contraloría General de la República. Decreto Exento N° 35 de fecha 29 de marzo de 2022 del Ministerio de Salud y Resolución Exenta RA 433/221/2022 del 31 de marzo 2022 del Servicio de Salud Maule.

CONSIDERANDO

1. Que, 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 de Salud como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el "PROGRAMA MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES".
2. Que, el referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 133 de fecha 26 de enero de 2022 del Ministerio de Salud.
3. Que, con fecha 26 de enero de 2022 el Ministerio de Salud dictó Resolución Exenta N° 138 que distribuye los recursos para el Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes.
4. Que, en virtud de lo anteriormente expuesto y de las facultades del cargo que estoy investido, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

I: APRUÉBASE

Convenio Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, suscrito con fecha 14 de abril de 2022, entre este Servicio de Salud y la I. Municipalidad de **VILLA ALEGRE**, cuyo texto es el siguiente:

CONVENIO PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES 2022

En Talca a 14 de abril de 2022 entre el Servicio de Salud Maule, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle 5 Oriente N° 1492, 2do piso Edificio Fenaña Talca, representado por su Director(S) **Don NOLASCO EDUARDO PEREZ PEREZ**, RUT N° _____ del mismo domicilio, o quien legalmente lo reemplace, en adelante el "Servicio" y la Ilustre Municipalidad de **VILLA ALEGRE**, persona jurídica de derecho público domiciliado en Avenida Fenaña N°196, Villa Alegre, representada por su Alcalde **Don PABLO FUENTES VALLEJOS**, de ese mismo domicilio, o quien legalmente lo reemplace, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA:

El artículo 49 de la Ley N° 19.378 "Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal" establece que cada entidad de salud municipal recibirá mensualmente un aporte estatal, el cual se determinará anualmente mediante decreto fundado del Ministerio de Salud.

El artículo 56 de la citada ley, señala que con este aporte los establecimientos municipales de atención primaria cumplirán las normas técnicas, planes y programas que sobre la materia imparta el Ministerio de Salud. Además agrega que en 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.

SEGUNDA:

En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa **"Mas Adultos Mayores Autovalentes"**.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 133 de fecha 26 de enero de 2022 y financiado por Resolución Exenta N° 138 de igual fecha, ambas del Ministerio de Salud, el que la Municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

TERCERA:

El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar las siguientes estrategias de Programa **"Mas Adultos Mayores Autovalentes"**

El programa corresponde a una intervención promocional y preventiva para las personas de 60 años y más mediante el trabajo de una red de equipos profesionales que intervienen a las personas mayores, sus comunidades y el trabajo intersectorial, abordando diferentes aspectos involucrados en la condición funcional de las personas mayores como son la práctica de actividad física, prevención de caídas, estimulación cognitiva, habilidades de autocuidado y estilos de vida saludable, mejorando la capacidad individual, organizacional e intersectorial para enfrentar el envejecimiento y la vejez, considerando las características de cada localidad donde se implementa.

El programa contempla la incorporación de una dupla profesional, esta dupla está formada por dos profesionales contratados por 44 horas semanales: Kinesiólogo y Terapeuta Ocupacional u otro profesional de salud capacitado, en caso de demostrarse que no existe disponibilidad del recurso humano señalado; y además, este profesional de la salud debe ser coherente entre su base curricular de pregrado y sus funciones a realizar en el programa. En casos excepcional, donde se justifique de manera fundamentadas las horas, estas podrán ser menores a las 44 horas, previa propuesta y autorización del servicio de salud.

Para el ingreso de las personas mayores al programa, se establecen los siguientes criterios:

- Personas de 65 y más beneficiarios de FONASA, inscritos en centros de salud de atención primaria con su examen de salud preventiva vigente y con resultado de Autovalente sin riesgo, o Autovalente con riesgo o en riesgo de dependencia, que manifieste su participación informada y voluntaria mediante la firma del compromiso informado.
- Personas entre 60 y 64 años, beneficiarios de FONASA, inscritos en centros de salud de atención primaria, con su examen de medicina preventiva vigente, que manifieste su participación informada y voluntaria mediante la firma del compromiso informado. Se considerara el control cardiovascular vigente como requisito de ingreso, en caso de no contar con el examen de medicina preventiva.
- Disponibilidad de atención para ingreso y participación en el programa, entregada por la capacidad del recurso humano dispuesto para la ejecución del programa.

Componente 1: Intervención sociosanitariapromocional y Prevención para Mantener y/o Mejorar la Condición Funcional (Ex Programa Estimulación Funcional).

Dura 3 meses con un total de 24 sesiones, lo que implica dos sesiones mixtas semanales de 90 a 120 minutos de duración cada una, facilitada por una dupla profesional, un(a) kinesiólogo(a) y un(a) terapeuta ocupacional. Cada sesión mixta incluye una sesión de taller de estimulación de funciones motoras y prevención de caídas y una sesión del taller de estimulación de funciones cognitivas o una sesión de 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 con el trabajo conjunto y efectivo de ambos integrantes de la dupla profesional.

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

Las personas pueden ingresar al programa una vez al 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.

Se considera un número promedio de 15 participantes por sesión. Pudiendo trabajar con organizaciones sociales con mayor cantidad de integrantes y también con grupos más pequeños con un mínimo de 10 personas.

Para el egreso de la persona mayor del programa se debe considerar al menos haber participado de 18 de las 24 sesiones mixtas realizadas (no corresponde realizar ciclos de intervención menores de 24 sesiones mixtas).

En el egreso se evaluara a la persona mayor con la escala HAQ-8 modificada para el programa y el Test Timed and Go, cuyos resultados serán registrados en el instrumento diseñado para ello 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 a nivel local.

Para las prácticas seguras durante el programa cada CESFAM (equipo de salud), junto con la red local de urgencia debe desarrollar los procedimientos para el manejo y derivación de incidentes asociados a la atención (eventos adversos).

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

Frente a la existencia de situaciones 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, 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, con sus correspondientes acciones de seguimiento por parte de la dupla. También se puede dar el funcionamiento del programa combinando las dos formas anteriores (actividades remotas y entrega de material para el desarrollo de actividades en el hogar)

Para el ingreso al programa bajo esta modificación de modalidad, se utilizara el cuestionario de ingreso remoto al programa.

Para el ingreso y egreso remoto se establece la utilización del cuestionario HAQ-8 modificado para el programa, no siendo posible la aplicación del Test Timed and Go por su aplicación presencial.

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

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, considerando un eventual ajuste en las metas de cobertura.

Productos esperados

Del Componente 1:

1. Personas de 60 años o más que cumplan con los criterios de inclusión, ingresados al programa de estimulación funcional una vez al año: las personas ingresadas cumplen con los criterios establecidos, no existiendo ingresos de personas sin los criterios de inclusión.
2. Ciclos de 24 sesiones del componente 1, en un periodo de tres meses: los ciclos se ciñen a este número de sesiones y no se determina arbitrariamente a nivel local su disminución en cuanto a periodo de tiempo y frecuencia.
3. Personas mayores ingresadas al programa deben tener participación en al menos 18 sesiones dentro de un ciclo de 24 sesiones para ser egresadas.
4. Personas mayores que egresan del programa de estimulación funcional mantienen su condición funcional (producto evaluado dentro de la meta de resultado del programa, mediante REM).
5. Personas mayores que egresan del programa de estimulación funcional mejoran su condición funcional (producto evaluado dentro de la meta de resultado del programa, mediante REM).
6. El componente 1 se compone de 24 sesiones del taller de estimulación de funciones motoras y prevención de caídas; 12 sesiones de taller de estimulación de funciones cognitivas y 12 sesiones de 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 dialogo y reflexión para conocer la percepción de las PM sobre el desarrollo del componente, sus aprendizajes y propuestas de mejoras. Esta información debe quedar consignada junto a las acciones resultantes para el seguimiento por parte del programa a nivel local y de servicio de salud.
8. Protocolo de procedimientos para el manejo de eventos centinelas, eventos adversos y descompensaciones u otras situaciones de salud pesquisadas en las actividades del programa, formulado y validado con los centros de salud y servicios de urgencias respectivos, que opere frente a los eventos descritos.
9. Flujograma de derivación y contrarreferencia para el sector salud construido y funcionando en forma efectiva.
10. Flujograma de derivación y contra derivación para el intersector funcionando en forma efectiva.
11. Actividades de los talleres de autocuidado y estilos de vida saludables, cuentan con la participación de otros integrantes del equipo de salud, bajo la modalidad educativa determinada para el programa.
12. Organizaciones sociales de personas mayores ingresan al programa de estimulación funcional. Se realizan actividades de difusión a organizaciones sociales de personas mayores para participar del componente 1.

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.

Etapas del proceso a realizar en el Componente 2 de este Programa:

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 (PM). Este catastro se debe actualizar en forma anual por el programa, de modo de tener actualizado los datos sobre vigencia y contactos de las organizaciones.
 - Catastro de servicios locales actualizados que dé cuenta de la oferta programática local para las personas mayores (con oferta directa o que beneficie de alguna forma a la población mayor). Además debe identificar nivel de relación intersectorial que existe entre el centro de salud y el servicio local.
 - Mapa de red local con organizaciones sociales y servicios locales que represente la localización y la vinculación con el programa.
 - Guía, manual u otro elemento que entregue la información identificada por este componente a las personas mayores 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. Diagnostico Participativo sobre las necesidades y propuestas de capacitación de líderes comunitarios. Este proceso de diagnóstico deberá tener como mínimo las siguientes etapas desarrolladas y actualizadas para un periodo de tiempo máximo de dos años.
 - Diagnostico situacional: antecedentes sociodemográficos y sanitarios más relevantes para la población objetivo, determinantes sociales de la salud, antecedentes aportados por informantes claves u otros antecedentes relevantes.
 - Diagnostico participativo sobre las necesidades y propuestas de capacitación de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional de personas mayores.
 - Plan de acción, resultante del diagnóstico participativo: comprende el programa de capacitación de líderes comunitarios, planes de trabajo intersectoriales y plan de acompañamiento de líderes comunitarios capacitados.
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 dupla de profesionales debe contemplar actividades para planificar y ejecutar la capacitación con las personas mayores. Además se debe planificar y ejecutar actividades de acompañamiento a los líderes capacitados y sus organizaciones.
 - Planes intersectoriales entre los centros de salud y los servicios locales para el fomento del envejecimiento activo y positivo. 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 que evidencien el progreso en el área abordada y una evaluación que informe sobre los resultados alcanzados

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

Frente a la existencia de situaciones 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 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 telefónico, radio, redes sociales, otros).

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

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

Productos Esperados

Del Componente 2:

1. Acciones de difusión y coordinación del programa con el intersector y la comunidad: se realizan las acciones descritas por parte del programa en coordinación con los respectivos centros de salud, promoviendo la difusión de los mecanismos de ingreso al programa y la coordinación con el intersector para la evaluación de áreas en que se requiere una planificación conjunta.
2. Organizaciones sociales locales de y para personas mayores son reportadas en el catastro de organizaciones sociales: El catastro de organizaciones sociales da cuenta del N° de organizaciones existentes a nivel local
3. Servicios locales con oferta programática para personas mayores se incluyen en el catastro de servicios locales y son ingresados al programa: El catastro de servicios locales con oferta programática para personas mayores da cuenta de los servicios existentes en el nivel local.

4. Mapa de red local o elemento construido de forma colaborativa que cumpla funciones de entrega didáctica de información para apoyo al equipo del centro de salud (y otros servicios) para las gestiones con organizaciones sociales y servicios locales. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.
5. Guía u otro elemento para usuarios personas mayores u organizaciones sociales, de construcción participativa, que mencione los servicios disponibles para personas mayores en cada territorio y su caracterización. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.
6. Diagnostico situacional y diagnostico participativo para: definición de necesidades de capacitación de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional diseñado y/o evaluación del proceso de capacitación de líderes comunitarios. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.
7. Plan de capacitación de líderes comunitarios ejecutado anualmente. Se recomienda que los planes de capacitación consideren dos años de trabajo con las organizaciones y los líderes comunitarios mediante acciones de capacitación, seguimiento y acompañamiento técnico. Se deberán ajustar estos planes frente a nuevas necesidades surgidas de información actualizada, entregada por las personas mayores o pesquisadas por el equipo del programa, en caso de ser necesario
8. Plan(es) intersectorial(es) para fomento del envejecimiento activo y positivo ejecutado anualmente. Se recomiendan que los planes de trabajos 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 cuenten con líderes comunitarios capacitados por el programa, participan de actividades de acompañamiento por parte del equipo del programa: El programa desarrolla de forma continua actividades de acompañamiento a los líderes del programa, destinadas a conocer el funcionamiento del trabajo con las organizaciones, nuevos requerimientos de educación para el autocuidado y estimulación funcional y a un trabajo más personalizado con cada uno de los líderes formados y sus organizaciones.

CUARTA:

Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad, desde la fecha de total tramitación del último acto administrativo, la suma de \$35.895.482, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior y que se desglosan en el siguiente cuadro.

COMUNA	ESTABLECIMIENTO	RRHH subt. 24	INSUMOS sub 24	CAPACITACION DE LIDERES COMUNITARIOS sub 24	MOVILIZACION RURAL sub 24	VALOR REFUERZO COMPONENTE 2 SUBT 24 AÑO 2022 (Acompañamiento en terreno)	TOTAL
VILLA ALEGRE	VILLA ALEGRE	29.184.874	728.198	1.162.803	3.655.626	1.163.981	35.895.482

QUINTA:

Monitoreo y evaluación

Evaluación: se realizarán tres evaluaciones durante la ejecución del programa, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación.

1. **Primera evaluación:** Desarrollo del programa entre los meses de enero a marzo. Se efectuara con corte al 31 de Marzo del año en curso. La información requerida a la comuna para este corte debe ser enviada hasta el 20 de abril al servicio de salud el cual deberá remitir a la división de atención primaria un consolidado de la región una vez recopilada en su totalidad la información:
 - Contratación de las duplas profesionales con fecha tope 2 de marzo para la contratación de ambos profesionales establecidos por el programa.
 - Primera reunión de trabajo de la red de establecimientos y comunas que desarrollan el programa, con los profesionales ejecutores y el servicio de salud Maule
 - Entrega de la información básica para el desarrollo del programa a las duplas profesionales.
 - 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 correspondientes, 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.
2. **Segunda evaluación:** Desarrollo del programa entre los meses de enero a agosto. Se efectuara con corte al 31 de agosto del año en curso, requiriéndose informe parcial de avance del programa, emitido al servicio con fecha tope 7 de septiembre, el cual debe contener con los indicadores y avances de los diferentes productos esperados para cada uno de los componentes.
3. **Tercera evaluación:** Desarrollo del programa entre enero y diciembre. Se efectuará con corte al 31 de diciembre, fecha en que los establecimientos y comunas beneficiarias deberán tener el 100% de las prestaciones comprometidas por cada uno de los componentes ejecutados. Adicionalmente a la evaluación por registro estadístico mensual, las comunas y establecimientos deberán informar del cierre anual del programa y del desarrollo final obtenido, en el informe final del

Indicadores Asociadas a Reliquidación

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta Agosto	Meta Diciembre	Verificador	Peso relativo
N°1	% de población de 60 años y más participante del programa que mantiene o mejora su condición funcional según cuestionario de funcionalidad	$(\text{N}^\circ \text{ de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad} / \text{N}^\circ \text{ de total personas que egresan del programa}) \times 100$	70%	70%	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	$(\text{N}^\circ \text{ de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según Timed up and Go} / \text{N}^\circ \text{ de total personas que egresan del Programa}) \times 100$	70%	70%	REM	12.5 ¹
	% de población de 60 años y más en control en Centro de Salud, ingresados al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	$(\text{N}^\circ \text{ de personas de 65 años y más ingresadas al programa con condición autovalente} + \text{autovalente con riesgo} + \text{en riesgo de dependencia}) + (\text{N}^\circ \text{ de personas entre 60 y 64 años ingresadas al programa con EMPA vigente}) / \text{Población comprometida a ingresar}) \times 100^2$	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	$(\text{N}^\circ \text{ de Servicios Locales con Planes Intersectoriales para el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo junto al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en desarrollo en el período} / \text{Servicios Locales con oferta programática para personas mayores (total o parcial) en el período}) \times 100^3$	20%	40%	REM	25
	Capacitación de Líderes Comunitarios	$(\text{N}^\circ \text{ Organizaciones con Líderes Comunitarios Capacitados por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período} / \text{Organizaciones ingresadas al Programa de Estimulación Funcional del programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período}) \times 100^4$	20%	40%	REM	25

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

² 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.

³ 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.

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

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta agosto	Meta diciembre	Verificación
Nº1	Porcentaje de Personas Mayores que egresan del Programa	$(\text{N}^\circ \text{ de personas mayores que egresan del programa} / \text{n}^\circ \text{ de personas mayores que ingresan al programa}) \times 100$	80%	80%	REM
Nº1	Porcentaje de Personas que Mejoran Condición Funcional al egreso del Programa	$(\text{N}^\circ \text{ de personas que mejoran su condición funcional según TUG/n}^\circ \text{ de personas que egresan del programa}) \times 100$	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	REM
Nº1	Porcentaje de Personas que Mejoran Condición Funcional al egreso del Programa	$(\text{N}^\circ \text{ de personas que mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad/n}^\circ \text{ de personas que egresan del programa}) \times 100$	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	REM

SEXTA:

Habiéndose cumplido las metas establecidas en el convenio y existiendo recursos disponibles producto de una eficiente gestión, estos podrán utilizarse en las estrategias y/o componentes definidos en el programa, según las necesidades de la comuna, previa autorización del referente técnico del Servicio de Salud Maule.

SÉPTIMA:

Los recursos serán transferidos por el Servicio, en 2 cuotas (70% - 30%), la 1ª cuota contra total tramitación del último acto administrativo y la 2ª cuota en octubre según Resolución Nº 133, contra el grado de cumplimiento del Programa y la respectiva rendición de cuenta mensual al Departamento de Finanzas del Servicio.

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%

OCTAVA:

El Servicio, requerirá de la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes especificados en la cláusula TERCERA de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, debiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el Servicio, a través de su referente respectivo, deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

NOVENA:

El Servicio deberá velar por la correcta utilización de los fondos traspasados a la Municipalidad, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 5º de la ley Nº 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado. Sin perjuicio de lo anterior estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución Nº 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir **mensualmente** los recursos transferidos, los primeros quince días hábiles del mes siguiente al que se reporta, rendición que deberá contar con la aprobación del Referente Técnico y Financiero del Servicio.

El Servicio no entregará nuevos fondos, mientras la Municipalidad no haya cumplido con la obligación de rendir cuenta mensual de la inversión de los fondos ya concedidos.

Asimismo, se especifica que por razones de buen servicio, siendo esta, Mantener y mejorar la condición funcional de la población mayor de 60 años y capacitar a la red local en autocuidado y estimulación funcional, y por tratarse el Programa "Mas Adultos Mayores Autovalentes", de un programa de continuidad en el sentido que se desarrolla durante todo el año calendario, se deja establecido que, en la rendición de cuenta de los gastos efectuados en este programa, podrá incluirse gastos realizados, en el presente año, con anterioridad a la total tramitación del último acto administrativo, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 13 de la Resolución Nº 30 de año 2015 de la Contraloría General de la República.

DÉCIMA:

Finalizado el período de vigencia del presente convenio, la Municipalidad deberá restituir a la Tesorería General de la República, el valor correspondiente a la parte pagada y no ejecutada, no rendida o rechazada del Programa objeto de este instrumento, antes del 31 de enero del año siguiente, de acuerdo a lo dispuesto en la ley de presupuesto. Para estos efectos, el Departamento de Recursos Financieros del Servicio informará, mediante oficio, a la Municipalidad los montos que debe reintegrar correspondientes a las partidas señaladas en esta cláusula. La Municipalidad por su parte, deberá enviar a este Servicio, copia del comprobante de pago efectuado a la Tesorería General de la República, con la validación respectiva una vez que reintegre los fondos.

DÉCIMA PRIMERA:

El Servicio no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este convenio se señala. Por ello, en el caso que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante, el que no podrá verse reflejado en las rendiciones respectivas.

DÉCIMA SEGUNDA:

El presente convenio comenzará a regir a partir de la total tramitación del último acto administrativo y se extenderá, para efectos de ejecución, hasta el 31 de diciembre del 2022. Sin perjuicio de lo anterior, la entrega de la rendición y revisión final, deberá ser realizada hasta los primeros quince días hábiles del mes de enero de 2023.

La vigencia del presente acuerdo de voluntades se extenderá hasta el completo cumplimiento de las obligaciones que de él derivan, incluyendo aquellas que deban llevarse a efecto con posterioridad al plazo fijado para su ejecución.

Déjese establecido que este convenio, podrá prorrogarse en forma automática en la medida que el presente programa y sus respectivas modificaciones o aquella que se encuentre vigente a la fecha de emisión del presente acto administrativo, cuenten con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año en curso. Para formalizar esta prórroga, el Servicio deberá dictar una resolución en la cual señale las metas y recursos disponibles para el nuevo periodo.

En caso que la Municipalidad no esté de acuerdo con esta prórroga automática, podrá manifestarlo por escrito, en un plazo de 10 días hábiles contados desde la recepción de la respectiva resolución, de lo contrario se entenderá por aceptadas las nuevas condiciones.

DÉCIMA TERCERA:

El presente convenio sólo podrá ser modificado o revocado por acuerdo de las partes que lo suscriben.

DÉCIMA CUARTA:

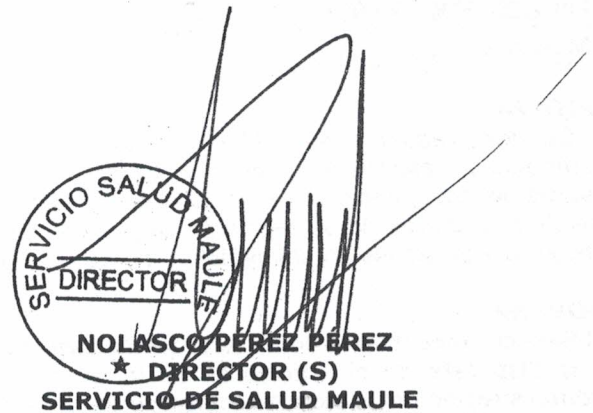
El presente convenio se firma en 2 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio y uno en el de la Municipalidad.

DÉCIMA QUINTA:

La Personería Jurídica de Don Nolasco Eduardo Pérez Pérez, para representar al Servicio, consta en Decreto Afecto N° 35 de fecha 29 de marzo de 2022 del Ministerio de Salud y Resolución Exenta RA 433/221/2022 de fecha 31 de marzo de 2022. La Personería Jurídica de Don Pablo Fuentes Vallejos, para representar a la I. Municipalidad de Villa Alegre, consta en Decreto Alcaldicio N° 934 del 29 de junio 2021. Dichos documentos no se insertan por ser conocidos de las partes.

II. Impútese el gasto al subtítulo 24-03-298-002 del año 2022 de esta Dirección de Servicio.

ANOTESE Y COMUNIQUESE.


SERVICIO SALUD MAULE
DIRECTOR
NOLASCO PÉREZ PÉREZ
★ DIRECTOR (S)
SERVICIO DE SALUD MAULE



DR.RBR/VMM/ABOG./CMC/DR.NCR/LIS/AM/cca

DISTRIBUCIÓN:

- ⇨ Sr. Alcalde I. Municipalidad de Villa Alegre
- ⇨ Ministerio de Salud (División Atención Primaria)
- ⇨ Archivo OF. Partes

Copia Digital:

- ⇨ Depto. de Auditoría DSSM
- ⇨ U. de Tesorería DSSM
- ⇨ Asesoría Jurídica Regional DSSM
- ⇨ Asesor del Programa
- ⇨ U.C.R.A Hospital de Linares
- ⇨ Unidad de Convenios y Recursos Financieros DSSM


Transcribo fielmente el original
MINISTRO DE FE

25/04/22



SERVICIO DE SALUD MAULE
 DEPTO. APS. PROGRAMAS Y CICLO VITAL
 EGP/JVD/AVV

CONVENIO PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES 2022

En Talca a 14 de abril de 2022 entre el Servicio de Salud Maule, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle 5 Oriente N° 1492, 2do piso Edificio España Talca representado por su Director(S) **Don NOLASCO EDUARDO PEREZ PEREZ**, RUT N° , del mismo domicilio, o quien legalmente lo reemplace, en adelante el "Servicio" y la Ilustre Municipalidad de **VILLA ALEGRE**, persona jurídica de derecho público domiciliado en Avenida España N°196. Villa Alegre, representada por su Alcalde **Don PABLO FUENTES VALLEJOS**, RUT. N° , de ese mismo domicilio, o quien legalmente lo reemplace, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA:

El artículo 49 de la Ley N° 19.378 "Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal" establece que cada entidad de salud municipal recibirá mensualmente un aporte estatal, el cual se determinará anualmente mediante decreto fundado del Ministerio de Salud.

El artículo 56 de la citada ley, señala que con este aporte los establecimientos municipales de atención primaria cumplirán las normas técnicas, planes y programas que sobre la materia imparta el Ministerio de Salud. Además agrega que en 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.

SEGUNDA:

En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa "**Más Adultos Mayores Autovalentes**".

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 133 de fecha 26 de enero de 2022 y financiado por Resolución Exenta N° 138 de igual fecha, ambas del Ministerio de Salud, el que la Municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

TERCERA:

El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar las siguientes estrategias de Programa "**Más Adultos Mayores Autovalentes**".

El programa corresponde a una intervención promocional y preventiva para las personas de 60 años y más mediante el trabajo de una red de equipos profesionales que intervienen a las personas mayores, sus comunidades y el trabajo intersectorial, abordando diferentes aspectos involucrados en la condición funcional de las personas mayores como son la práctica de actividad física, prevención de caídas, estimulación cognitiva, habilidades de autocuidado y estilos de vida saludable, mejorando la capacidad individual, organizacional e intersectorial para enfrentar el envejecimiento y la vejez, considerando las características de cada localidad donde se implementa.

El programa contempla la incorporación de una dupla profesional, esta dupla está formada por dos profesionales contratados por 44 horas semanales: Kinesiólogo y Terapeuta Ocupacional u otro profesional de salud capacitado, en caso de demostrarse que no existe disponibilidad del recurso humano señalado; y además, este profesional de la salud debe ser coherente entre su base curricular de pregrado y sus funciones a realizar en el programa. En casos excepcional, donde se justifique de manera fundamentadas las horas, estas podrán ser menores a las 44 horas, previa propuesta y autorización del servicio de-salud.

Para el ingreso de las personas mayores al programa, se establecen los siguientes criterios:

- Personas de 65 y más beneficiarios de FONASA, inscritos en centros de salud de atención primaria con su examen de salud preventiva vigente y con resultado de Autovalente sin riesgo, o Autovalente con riesgo o en riesgo de dependencia, que manifieste su participación informada y voluntaria mediante la firma del compromiso informado.
- Personas entre 60 y 64 años, beneficiarios de FONASA, inscritos en centros de salud de atención primaria, con su examen de medicina preventiva vigente, que manifieste su participación informada y voluntaria mediante la firma del compromiso informado. Se considerara el control cardiovascular vigente como requisito de ingreso, en caso de no contar con el examen de medicina preventiva.

- Disponibilidad de atención para ingreso y participación en el programa, entregada por la capacidad del recurso humano dispuesto para la ejecución del programa.

Componente 1: Intervención sociosanitariapromocional y Prevención para Mantener y/o Mejorar la Condición Funcional (Ex Programa Estimulación Funcional).

Dura 3 meses con un total de 24 sesiones, lo que implica dos sesiones mixtas semanales de 90 a 120 minutos de duración cada una, facilitada por una dupla profesional, un(a) kinesiólogo(a) y un(a) terapeuta ocupacional. Cada sesión mixta incluye una sesión de taller de estimulación de funciones motoras y prevención de caídas y una sesión del taller de estimulación de funciones cognitivas o una sesión de 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 con el trabajo conjunto y efectivo de ambos integrantes de la dupla profesional.

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

Las personas pueden ingresar al programa una vez al 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.

Se considera un número promedio de 15 participantes por sesión. Pudiendo trabajar con organizaciones sociales con mayor cantidad de integrantes y también con grupos más pequeños con un mínimo de 10 personas.

Para el egreso de la persona mayor del programa se debe considerar al menos haber participado de 18 de las 24 sesiones mixtas realizadas (no corresponde realizar ciclos de intervención menores de 24 sesiones mixtas).

En el egreso se evaluará a la persona mayor con la escala HAQ-8 modificada para el programa y el Test Timed and Go, cuyos resultados serán registrados en el instrumento diseñado para ello 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 a nivel local.

Para las prácticas seguras durante el programa cada CESFAM (equipo de salud), junto con la red local de urgencia debe desarrollar los procedimientos para el manejo y derivación de incidentes asociados a la atención (eventos adversos).

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

Frente a la existencia de situaciones 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, 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, con sus correspondientes acciones de seguimiento por parte de la dupla. También se puede dar el funcionamiento del programa combinando las dos formas anteriores (actividades remotas y entrega de material para el desarrollo de actividades en el hogar)

Para el ingreso al programa bajo esta modificación de modalidad, se utilizara el cuestionario de ingreso remoto al programa.

Para el ingreso y egreso remoto se establece la utilización del cuestionario HAQ-8 modificado para el programa, no siendo posible la aplicación del Test Timed and Go por su aplicación presencial.

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

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, considerando un eventual ajuste en las metas de cobertura.

Productos esperados

Del Componente 1:

1. Personas de 60 años o más que cumplan con los criterios de inclusión, ingresados al programa de estimulación funcional una vez al año: las personas ingresadas cumplen con los criterios establecidos, no existiendo ingresos de personas sin los criterios de inclusión.
2. Ciclos de 24 sesiones del componente 1, en un periodo de tres meses: los ciclos se ciñen a este número de sesiones y no se determina arbitrariamente a nivel local su disminución en cuanto a periodo de tiempo y frecuencia.
3. Personas mayores ingresadas al programa deben tener participación en al menos 18 sesiones dentro de un ciclo de 24 sesiones para ser egresadas.
4. Personas mayores que egresan del programa de estimulación funcional mantienen su condición funcional (producto evaluado dentro de la meta de resultado del programa, mediante REM).
5. Personas mayores que egresan del programa de estimulación funcional mejoran su condición funcional (producto evaluado dentro de la meta de resultado del programa, mediante REM).
6. El componente 1 se compone de 24 sesiones del taller de estimulación de funciones motoras y prevención de caídas; 12 sesiones de taller de estimulación de funciones cognitivas y 12 sesiones de 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 dialogo y reflexión para conocer la percepción de las PM sobre el desarrollo del componente, sus aprendizajes y propuestas de mejoras. 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 pesquissadas en las actividades del programa, formulado y validado con los centros de salud y servicios de urgencias respectivos, que opere frente a los eventos descritos.
9. Flujograma de derivación y contrarreferencia para el sector salud construido y funcionando en forma efectiva.
10. Flujograma de derivación y contra derivación para el intersector funcionando en forma efectiva.
11. Actividades de los talleres de autocuidado y estilos de vida saludables, cuentan con la participación de otros integrantes del equipo de salud, bajo la modalidad educativa determinada para el programa.
12. Organizaciones sociales de personas mayores ingresan al programa de estimulación funcional. Se realizan actividades de difusión a organizaciones sociales de personas mayores para participar del componente 1.

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.

Etapas del proceso a realizar en el Componente 2 de este Programa:

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 (PM). Este catastro se debe actualizar en forma anual por el programa, de modo de tener actualizado los datos sobre vigencia y contactos de las organizaciones.
 - Catastro de servicios locales actualizados que dé cuenta de la oferta programática local para las personas mayores (con oferta directa o que beneficie de alguna forma a la población mayor). Además debe identificar nivel de relación intersectorial que existe entre el centro de salud y el servicio local.
 - Mapa de red local con organizaciones sociales y servicios locales que represente la localización y la vinculación con el programa.
 - Guía, manual u otro elemento que entregue la información identificada por este componente a las personas mayores 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. **Diagnostico Participativo sobre las necesidades y propuestas de capacitación de líderes comunitarios.** Este proceso de diagnóstico deberá tener como mínimo las siguientes etapas desarrolladas y actualizadas para un periodo de tiempo máximo de dos años.
 - Diagnostico situacional: antecedentes sociodemográficos y sanitarios más relevantes para la población objetivo, determinantes sociales de la salud, antecedentes aportados por informantes claves u otros antecedentes relevantes.
 - Diagnostico participativo sobre las necesidades y propuestas de capacitación de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional de personas mayores.
 - Plan de acción, resultante del diagnóstico participativo: comprende el programa de capacitación de líderes comunitarios, planes de trabajo intersectoriales y plan de acompañamiento de líderes comunitarios capacitados.
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 dupla de profesionales debe contemplar actividades para planificar y ejecutar la capacitación con las personas mayores. Además se debe planificar y ejecutar actividades de acompañamiento a los líderes capacitados y sus organizaciones.
 - Planes intersectoriales entre los centros de salud y los servicios locales para el fomento del envejecimiento activo y positivo. 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 que evidencien el progreso en el área abordada y una evaluación que informe sobre los resultados alcanzados

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

Frente a la existencia de situaciones 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 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 telefónico, radio, redes sociales, otros).

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

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

Productos Esperados

Del Componente 2:

1. Acciones de difusión y coordinación del programa con el intersector y la comunidad: se realizan las acciones descritas por parte del programa en coordinación con los respectivos centros de salud, promoviendo la difusión de los mecanismos de ingreso al programa y la coordinación con el intersector para la evaluación de áreas en que se requiere una planificación conjunta.
2. Organizaciones sociales locales de y para personas mayores son reportadas en el catastro de organizaciones sociales: El catastro de organizaciones sociales da cuenta del N° de organizaciones existentes a nivel local
3. Servicios locales con oferta programática para personas mayores se incluyen en el catastro de servicios locales y son ingresados al programa: El catastro de servicios locales con oferta programática para personas mayores da cuenta de los servicios existentes en el nivel local.
4. Mapa de red local o elemento construido de forma colaborativa que cumpla funciones de entrega didáctica de información para apoyo al equipo del centro de salud (y otros servicios) para las gestiones con organizaciones sociales y servicios locales. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.
5. Guía u otro elemento para usuarios personas mayores u organizaciones sociales, de construcción participativa, que mencione los servicios disponibles para personas mayores en cada territorio y su caracterización. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.
6. Diagnostico situacional y diagnostico participativo para: definición de necesidades de capacitación de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional diseñado y/o evaluación del proceso de capacitación de líderes comunitarios. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.

7. Plan de capacitación de líderes comunitarios ejecutado anualmente. Se recomienda que los planes de capacitación consideren dos años de trabajo con las organizaciones y los líderes comunitarios mediante acciones de capacitación, seguimiento y acompañamiento técnico. Se deberán ajustar estos planes frente a nuevas necesidades surgidas de información actualizada, entregada por las personas mayores o pesquisadas por el equipo del programa, en caso de ser necesario
8. Plan(es) intersectorial(es) para fomento del envejecimiento activo y positivo ejecutado anualmente. Se recomiendan que los planes de trabajos 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 cuenten con líderes comunitarios capacitados por el programa, participen de actividades de acompañamiento por parte del equipo del programa: El programa desarrolla de forma continua actividades de acompañamiento a los líderes del programa, destinadas a conocer el funcionamiento del trabajo con las organizaciones, nuevos requerimientos de educación para el autocuidado y estimulación funcional y a un trabajo más personalizado con cada uno de los líderes formados y sus organizaciones.

CUARTA:

Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene a la Municipalidad, desde la fecha de total tramitación del último acto administrativo, la suma de \$35.895.482, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior y que se desglosan en el siguiente cuadro.

COMUNA	ESTABLECIMIENTO	RRHH subt. 24	INSUMOS sub 24	CAPACITACION DE LIDERES COMUNITARIOS sub 24	MOVILIZACION RURAL sub 24	VALOR REFUERZO COMPONENTE 2 SUBT. 24 AÑO 2022 (Acompañamiento en terreno)	TOTAL
VILLA ALEGRE	VILLA ALEGRE	29.184.874	728.198	1.162.803	3.655.626	1.163.981	35.895.482

QUINTA:

Monitoreo y evaluación

Evaluación: se realizaran tres evaluaciones durante la ejecución del programa, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación.

1. **Primera evaluación:** Desarrollo del programa entre los meses de enero a marzo. Se efectuara con corte al 31 de Marzo del año en curso. La información requerida a la comuna para este corte debe ser enviada hasta el 20 de abril al servicio de salud el cual deberá remitir a la división de atención primaria un consolidado de la región una vez recopilada en su totalidad la información:
 - Contratación de las duplas profesionales con fecha tope 2 de marzo para la contratación de ambos profesionales establecidos por el programa.
 - Primera reunión de trabajo de la red de establecimientos y comunas que desarrollan el programa, con los profesionales ejecutores y el servicio de salud Maule
 - Entrega de la información básica para el desarrollo del programa a las duplas profesionales.
 - 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 correspondientes, 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.
2. **Segunda evaluación:** Desarrollo del programa entre los meses de enero a agosto. Se efectuara con corte al 31 de agosto del año en curso, requiriéndose informe parcial de avance del programa, emitido al servicio con fecha tope 7 de septiembre, el cual debe contener con los indicadores y avances de los diferentes productos esperados para cada uno de los componentes.
3. **Tercera evaluación:** Desarrollo del programa entre enero y diciembre. Se efectuará con corte al 31 de diciembre, fecha en que los establecimientos y comunas beneficiarias deberán tener el 100% de las prestaciones comprometidas por cada uno de los componentes ejecutados. Adicionalmente a la evaluación por registro estadístico mensual, 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, entregándolo al servicio de salud con fecha tope 06 de enero del siguiente año.

Indicadores para Monitoreo y Seguimiento del Programa No Asociados a Reliquidación

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta agosto	Meta diciembre	Verificación
N°1	Porcentaje de Personas Mayores que egresan del Programa	$(\text{N}^\circ \text{ de personas mayores que egresan del programa} / \text{n}^\circ \text{ de personas mayores que ingresan al programa}) \times 100$	80%	80%	REM
N°1	Porcentaje de Personas que Mejoran Condición Funcional al egreso del Programa	$(\text{N}^\circ \text{ de personas que mejoran su condición funcional según TUG/n}^\circ \text{ de personas que egresan del programa}) \times 100$	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	REM
N°1	Porcentaje de Personas que Mejoran Condición Funcional al egreso del Programa	$(\text{N}^\circ \text{ de personas que mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad/n}^\circ \text{ de personas que egresan del programa}) \times 100$	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	REM

SIXTA:

Habiéndose cumplido las metas establecidas en el convenio y existiendo recursos disponibles producto de una eficiente gestión, estos podrán utilizarse en las estrategias y/o componentes definidos en el programa, según las necesidades de la comuna, previa autorización del referente técnico del Servicio de Salud Maule.

SÉPTIMA:

Los recursos serán transferidos por el Servicio, en 2 cuotas (70% - 30%), la 1ª cuota contra total tramitación del último acto administrativo y la 2ª cuota en octubre según Resolución N° 133, contra el grado de cumplimiento del Programa y la respectiva rendición de cuenta mensual al Departamento de Finanzas del Servicio.

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%

OCTAVA:

El Servicio, requerirá de la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes especificados en la cláusula TERCERA de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, debiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el Servicio, a través de su referente respectivo, deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

NOVENA:

El Servicio deberá velar por la correcta utilización de los fondos traspasados a la Municipalidad, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 5º de la ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado. Sin perjuicio de lo anterior estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir **mensualmente** los recursos transferidos, los primeros quince días hábiles del mes siguiente al que se reporta, rendición que deberá contar con la aprobación del Referente Técnico y Financiero del Servicio.

El Servicio no entregará nuevos fondos, mientras la Municipalidad no haya cumplido con la obligación de rendir cuenta mensual de la inversión de los fondos ya concedidos.

Asimismo, se especifica que por razones de buen servicio, siendo esta, Mantener y mejorar la condición funcional de la población mayor de 60 años y capacitar a la red local en autocuidado y estimulación funcional, y por tratarse el Programa "Mas Adultos Mayores Autovalentes", de un programa de continuidad en el sentido que se desarrolla durante todo el año calendario, se deja establecido que, en la rendición de cuenta de los gastos efectuados en este programa, podrá incluirse gastos realizados, en el presente año, con anterioridad a la total tramitación del último acto administrativo, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 13 de la Resolución N° 30 de año 2015 de la Contraloría General de la República.

DÉCIMA:

Finalizado el período de vigencia del presente convenio, la Municipalidad deberá restituir a la Tesorería General de la República, el valor correspondiente a la parte pagada y no ejecutada, no rendida o rechazada del Programa objeto de este instrumento, antes del 31 de enero del año siguiente, de acuerdo a lo dispuesto en la ley de presupuesto. Para estos efectos, el Departamento de Recursos Financieros del Servicio informará, mediante oficio, a la Municipalidad los montos que debe reintegrar correspondientes a las partidas señaladas en esta cláusula. La Municipalidad por su parte, deberá enviar a este Servicio, copia del comprobante de pago efectuado a la Tesorería General de la República, con la validación respectiva una vez que reintegre los fondos.

DÉCIMA PRIMERA:

El Servicio no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este convenio se señala. Por ello, en el caso que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante, el que no podrá verse reflejado en las rendiciones respectivas.

DÉCIMA SEGUNDA:

El presente convenio comenzará a regir a partir de la total tramitación del último acto administrativo y se extenderá, para efectos de ejecución, hasta el 31 de diciembre del 2022. Sin perjuicio de lo anterior, la entrega de la rendición y revisión final, deberá ser realizada hasta los primeros quince días hábiles del mes de enero de 2023.

La vigencia del presente acuerdo de voluntades se extenderá hasta el completo cumplimiento de las obligaciones que de él derivan, incluyendo aquellas que deban llevarse a efecto con posterioridad al plazo fijado para su ejecución.

Déjese establecido que este convenio, podrá prorrogarse en forma automática en la medida que el presente programa y sus respectivas modificaciones o aquella que se encuentre vigente a la fecha de emisión del presente acto administrativo, cuenten con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año en curso. Para formalizar esta prórroga, el Servicio deberá dictar una resolución en la cual señale las metas y recursos disponibles para el nuevo periodo.

En caso que la Municipalidad no esté de acuerdo con esta prórroga automática, podrá manifestarlo por escrito, en un plazo de 10 días hábiles contados desde la recepción de la respectiva resolución, de lo contrario se entenderá por aceptadas las nuevas condiciones.

DÉCIMA TERCERA:

El presente convenio sólo podrá ser modificado o revocado por acuerdo de las partes que lo suscriben.


DÉCIMA CUARTA:


El presente convenio se firma en 2 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio y uno en el de la Municipalidad.

DÉCIMA QUINTA:

La Personería Jurídica de Don Nolasco Eduardo Pérez Pérez, para representar al Servicio, consta en Decreto Afecto N° 35 de fecha 29 de marzo de 2022 del Ministerio de Salud y Resolución Exenta RA 433/221/2022 de fecha 31 de marzo de 2022. La Personería Jurídica de Don Pablo Fuentes Vallejos, para representar a la I. Municipalidad de Villa Alegre, consta en Decreto Alcaldicio N° 934 del 29 de junio 2021. Dichos documentos no se insertan por ser conocidos de las partes.


ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE VILLA ALEGRE


DIRECTOR (S)
SERVICIO DE SALUD MAULE



programa, que dé cuenta del logro de los productos de ambos componentes, entregándolo al servicio de salud con fecha tope 06 de enero del siguiente año.

Indicadores Asociadas a Reliquidación

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta Agosto	Meta Diciembre	Verificador	Peso relativo
N°1	% de población de 60 años y más participante del programa que mantiene o mejora su condición funcional según cuestionario de funcionalidad	(N° de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad) / N° de total personas que egresan del programa) x 100	70%	70%	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	70%	70%	REM	12.5 ¹
	% de población de 60 años y más en control en Centro de Salud, ingresados al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	(N° de personas de 65 años y más ingresadas al programa con condición autovalente + autovalente con riesgo + en riesgo de dependencia) + (N° de personas entre 60 y 64 años ingresadas al programa con EMPA vigente) / Población comprometida a ingresar) x 100 ²	60%	100%	REM	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 personas mayores (total o parcial) en el período) x100 ³	20%	40%	REM	25
	Capacitación de Líderes Comunitarios	(N° Organizaciones con Líderes Comunitarios Capacitados por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período/Organizaciones ingresadas al Programa de Estimulación Funcional del programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período) x100 ⁴	20%	40%	REM	25

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

2 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.

³ 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.

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