

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE

SECRETARÍA MUNICIPAL

APRUEBA CONVENIO c/SERVICIO DE SALUD

DECRETO ALCALDICIO N° 1293

DALCAHUE, 10 de mayo de 2024

**VISTOS:** La Resolución Exenta N° 3241 del 10 de abril de 2024 del Servicio de Salud Chiloé; el Decreto Alcaldicio N° 548 del 07 de marzo de 2022, que nombra titular en el cargo de Alcalde de la Comuna a don ALEX WALDEMAR GÓMEZ AGUILAR; la Resolución del Tribunal Electoral Regional, Causa Rol 26-21-P; los Artículos 2°, 56 y siguientes de la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades, texto refundido.

DECRETO:

**APRUEBASE:** En todos sus puntos el “*Convenio Más Adultos Mayores Autovalentes*” suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Dalcahue, representada por su Alcalde don Alex Waldemar Gómez Aguilar y el Servicio de Salud Chiloé representado por su Director don Eric Gutiérrez Morales y mediante el cual se transfiere a la Municipalidad de Dalcahue la suma total de \$41.559.649.- (cuarenta y un millones quinientos cincuenta y nueve mil seiscientos cuarenta y nueve pesos), en dos cuotas, siendo la primera cuota correspondiente al 70% del total y asciende a \$29.091.754.- (veintinueve millones noventa y un mil setecientos cincuenta y cuatro pesos).

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



CLARA INÉS VERA GONZÁLEZ

SECRETARIA MUNICIPAL



ALEX WALDEMAR GÓMEZ AGUILAR

ALCALDE DE LA COMUNA

DISTRIBUCIÓN:

- Dirección Administración y Finanzas
- Corporación Municipal
- Secretaría Municipal
- Concejo Municipal
- Control Interno
- Oficina Transparencia
- Of. Partes

**CONVENIO**  
**PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES**  
**ENTRE**  
**ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**  
**Y**  
**SERVICIO DE SALUD CHILOÉ**

En Castro a 20 de febrero de 2024 entre el **Servicio de Salud Chiloé**, persona jurídica de derecho público, RUT N° 61.979.210-6, domiciliado en calle O'Higgins N° 504, en la ciudad de Castro, representado por su Director **D. Eric Gutiérrez Morales**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **Ilustre Municipalidad de Dalcahue**, corporación autónoma de derecho público RUT N° 69.230.300-8, domiciliada en Calle Pedro Montt N°105, de la comuna de Dalcahue, representada por su **D. Alex Waldemar Gómez Aguilar**, de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un Convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

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

Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo N° 35 del 26 de diciembre de 2016, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

Por último, se indica que, mediante la dictación de Resolución Exenta N°01858 de fecha 15 de septiembre de 2023, de la Contraloría General de la República de Chile, se instaura el uso obligatorio del Sistema de Rendición electrónica de Cuentas (SISREC) por parte de los Servicios Públicos y Municipalidades que transfieren recursos públicos imputados a los subtítulos 24 y 33 del clasificador presupuestario.

**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:

Programa Más Adultos Mayores Autovalentes aprobado por Resolución Exenta N° 154 del 17 de febrero de 2023, y sus recursos aprobados mediante Resolución Exenta N° 106 del 01 de febrero de 2024, del Ministerio de Salud.

Además, si se disponen, se complementa con las Orientaciones Técnicas del Programa. El Programa y sus Orientaciones Técnicas, de estar disponibles, se entienden forma parte integrante del convenio, el que la "Municipalidad" se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento, el que se encuentra disponible en la página WEB Institucional del "Servicio" (<https://sschi.redsalud.gob.cl/>).

**TERCERA: De las orientaciones técnicas.** El Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar el cumplimiento Programa según lo siguiente:

**RESOLUCION EXENTA N° 3241**

**CASTRO, 10 ABR. 2024**

**VISTOS ESTOS ANTECEDENTES:** El **Convenio Más Adultos Mayores Autovalentes**, suscrito con fecha 20 de febrero de 2024 entre el **Servicio de Salud Chiloé y la Ilustre Municipalidad de Dalcahue**; Resolución Exenta N° 154 del 17 de febrero de 2023, que aprueba el Programa **Más Adultos Mayores Autovalentes**, Resolución Exenta N° 106 del 01 de febrero de 2024, que aprueba los recursos 2024 para el Programa, ambas del Ministerio de Salud; lo dispuesto en el D.F.L. N° 29 de 2005 del Ministerio de Hacienda, que fijó texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley 18.834 sobre Estatuto Administrativo; DFL N° 1 de 2006 del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N° 2.763 de 1979; Ley 19.378; Ley 20.229 de 2007 que otorga facultades para la creación del Servicio de Salud Chiloé; Ley 18.575 de Bases Generales de la Administración del Estado; Decreto Supremo N° 140 de 2004 del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento de los Servicios de Salud; D.F.L. N° 1 del 13 de febrero de 2008 del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial el 28 de junio de 2008, que crea el Servicio de Salud Chiloé; lo previsto en la Resolución N° 7 del 2019 y Resolución N° 14 del 2022, ambas de la Contraloría General de la República y D.A. N° 49 de fecha 13 de diciembre de 2022, del Ministerio de Salud. **CONSIDERANDO:** 1.- Resolución Exenta N° 106 del 01 de febrero de 2024, que aprueba los recursos 2024 para el Programa. 2.- Que es necesario aprobar y transferir recursos en base al presupuesto 2024, para financiar el Programa de Reforzamiento Más Adultos Mayores Autovalentes 2024, cuyo propósito es prolongar la autovalencia de las personas mayores para contribuir a mejorar su calidad de vida, mediante el fortalecimiento de capacidades individuales y colectivas para enfrentar el envejecimiento. 3.- Que, El Servicio ha modificado cláusulas del convenio para ajustarse a la legislación vigente, acoger alcances de la Contraloría Regional de los Lagos y perfeccionar el cumplimiento del mismo. 4.- Dado lo anteriormente expuesto, es que a este Servicio de Salud le asiste la necesidad de aprobar el Convenio "**Más Adultos Mayores Autovalentes**" suscrito con fecha 20 de febrero de 2024 entre el **SERVICIO DE SALUD CHILOE** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**, ajustándose a la distribución de recursos establecidos en Resolución Exenta N° 106 del 01 de febrero de 2024 del Ministerio de Salud. 5.- Que, en base a lo razonado anteriormente se debe necesariamente dejar sin efecto la Resolución Exenta N° 1188 del 07 de marzo de 2022 y Resolución Exenta N° N° 1681 del 08 de marzo de 2023, ambas del **Servicio de Salud Chiloé**. 6.- En mérito de los argumentos antes indicados, acogiendo razones de buen servicio, y a fin de que produzca todos sus efectos como en derecho corresponde, dicto lo siguiente:

**RESOLUCIÓN**

- 1. APRUÉBASE, "CONVENIO MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES"** suscrito con fecha 20 de febrero de 2024, entre el **SERVICIO DE SALUD CHILOE** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**, en virtud del cual el Servicio de Salud Chiloé conviene en asignar recursos, los que han sido aprobados mediante Resolución Exenta N° 106 del 01

de febrero de 2024, del Ministerio de Salud, fondos presupuestarios que ascienden la suma anual y única de **\$41.559.649.- (Cuarenta y un millones quinientos cincuenta y nueve mil seiscientos cuarenta y nueve pesos)** a fin de ejecutar las acciones que se detallan en el Convenio señalado.

- 2. DEJESÉ SIN EFECTO**, Resolución Exenta N° 1188 del 07 de marzo de 2022 que aprueba convenio suscrito el 23 de febrero de 2022 y Resolución Exenta N° 1681 del 08 de marzo de 2023 que aprueba Addendum suscrito el 22 de febrero de 2023, ambas del Servicio de Salud Chiloé.
- 3. TRANSFIÉRASE**, primera cuota correspondiente al 70% del total de los recursos del convenio, correspondiente a **\$29.091.754.-** previa verificación, por parte del Subdepartamento de Gestión Financiera del Servicio, del cumplimiento por parte de la comuna de los requisitos definidos en la Resolución 30/2015 de la Contraloría General de la República, que hubiere cumplido con los reintegros y convenios de pago que se han hecho exigibles.
- 4. SÍRVESE**, el presente documento como suficiente oficio remitior.
- 5. IMPÚTASE** el gasto que irroque el cumplimiento de este al ítem 24-03-298 del año 2024.
- 6. PUBLÍCASE**, en Portal de Transparencia Activa, del Servicio de Salud Chiloé

**ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.**



**D. MARCELA CÁRCAMO HEMMELMANN**

**DIRECTORA**

**SERVICIO DE SALUD CHILOÉ.**

Dirección/Subdepartamento G.F./Jurídica/Dirección APS/SGO/cmv

Distribución:  
La que indica:

- Ilustre Municipalidad de Dalcahue
- Subdirección de Recursos Físicos y Financieros
- Subdepartamento Gestión Financiera, S.S. Chiloé.
- Departamento Jurídico, S.S. Chiloé.
- Dirección APS, S.S. Chiloé
- Subdepartamento de Cursos de Vida y Programas Transversales
- Subdepartamento Modelo de Salud Familiar y Gestión Territorial
- Subdepartamento de Gestión Operacional
- Subdepartamento de Programas y Procesos Estratégicos
- Referentes Técnicos del Programas. D. Jorge Ojeda Vidal
- Of. Partes, S.S. Chiloé



## ANTECEDENTES

La etapa de transición demográfica actual del país y las proyecciones de un envejecimiento poblacional sostenido (INE, 2020) justifican el perfeccionamiento de los programas promocionales y preventivos destinados a las personas mayores. Las características de la población de personas mayores de Chile, conocidos los antecedentes de inequidad experimentados por causas sociales, económicas, geográficas, culturales, territoriales, educacionales y de salud, entre otras, posicionan a este grupo como un grupo relevante dentro de la sociedad, considerando los diversos factores que inciden en la etapa de envejecimiento además de la magnitud de personas mayores.

Se proyecta que para el año 2050 porcentualmente las personas mayores se duplicarán, alcanzando el 32% (6.942.883) en relación al total de la población nacional, lo que implica la necesidad de prever estrategias promocionales y preventivas que procuren que esta población acceda a intervenciones para mantener o potenciar su estado de salud y su conexión con redes comunitarias adecuadas a dicho fin. (SENAMA - FACSO U. de Chile, 2015).

Las proyecciones para el año 2050 incluyen también a la cohorte de 80 años y más que alcanzará al 28% (1.944.581) respecto al total de las personas mayores. Se ha estado produciendo lo que se ha denominado un "envejecimiento de la vejez" que tiene elevada importancia, puesto que se sabe que existe una relación entre dependencia y edad avanzada, por el aumento de situaciones de discapacidad y disfuncionalidad severa que debe ser considerada cuando se formulan políticas e intervenciones para esta población.

Se constata que Chile tiene una población que está envejeciendo rápidamente y que está entre los países con mayor porcentaje de personas mayores del mundo, vinculándose directamente al incremento sostenido en magnitud y peso que representan las personas mayores dentro de la población beneficiaria de los centros de atención primaria (FONASA, 2020).

Teniendo en cuenta que la población de personas de 60 años y más inscritas validadas en Atención Primaria para el año 2023 alcanza las 2.964.986 personas y las estrategias disponibles para la prevención de la dependencia, destaca a nivel nacional el modelo de intervención sociosanitaria propuesto por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

Se releva la importancia de abordar a la población objetivo de este programa, la que constituye el 85% de la población de personas mayores beneficiarias de los centros de salud primaria, dada la labor de la atención primaria de salud en la promoción de estilos de vida saludable, autocuidado de salud, control de enfermedades crónicas y mantención o mejora de la condición funcional.

Es sabido que las personas mayores por aspectos biológicos y sociales se consideran vulnerables, al vivir en situaciones de riesgo determinadas por los recursos personales, económicos, del entorno, familiares, comunitarios, y de acceso a los servicios de salud. (Guerrero N, Yépez MC, 2015).

Existen factores de riesgo presentes en la población beneficiaria de los establecimientos de APS que incrementan la vulnerabilidad en estas personas mayores como son el vivir en regiones deprimidas económica y socialmente, geográficamente alejadas, el no disponer de acompañamiento para su cuidado y el tener enfermedades crónicas como la hipertensión arterial (Guerrero N, Yépez MC, 2015). Esta última condición de salud está presente en al menos un 64% de la población de personas mayores inscritas en los establecimientos de Atención Primaria (Elaboración propia con datos FONASA y DEIS MINSAL, 2019).

La mayoría de los problemas de salud de las personas mayores están relacionados con trastornos crónicos, especialmente enfermedades no transmisibles. Muchos de esos trastornos se pueden prevenir o retrasar mediante comportamientos saludables y entornos físicos que los promuevan. Incluso en el caso de que surjan enfermedades crónicas, sus consecuencias pueden limitarse mediante cuidados integrados que permitan fortalecer y mantener las capacidades o invertir su declive. En cuanto a las personas cuyas capacidades disminuyen de forma considerable, los entornos favorables pueden promover la dignidad, la autonomía, el funcionamiento y el crecimiento personal continuado. Se ha descrito respecto al requerimiento de entornos diseñados para las personas mayores, en cuanto a entornos de vida facilitadores y de apoyo para compensar los cambios físicos y sociales asociados al envejecimiento (OMS, 2007).

Estas causas de mayor vulnerabilidad de personas mayores y el modificarlas o limitar sus efectos a través de la implementación de medidas destinadas a mejorar la atención de personas mayores, se deben considerar en la gestión y diseño de los servicios de salud destinados a las personas mayores.

Al mismo tiempo, se reconoce que la falta de acceso a información y aprendizaje para el autocuidado de salud, para el manejo de enfermedades crónicas, y la pérdida de redes sociales y de apoyo, resulta en la desvinculación de su entorno habitual y comunidad cercana de manera progresiva. Estos factores son intervenidos por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, que previene la disminución de las capacidades relacionadas con el desempeño individual y social de las personas, interviniendo a sujetos, comunidades y servicios a fin de fortalecer las capacidades para enfrentar el envejecimiento.

Según la evaluación de Programas Gubernamentales, el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes presenta una buena evaluación en cuanto a eficacia a nivel de resultados intermedios y finales (DIPRES, 2020). La eficacia del programa a través de los resultados obtenidos es consistente con la evidencia para este tipo de intervenciones en los ámbitos de conductas preventivas, práctica de actividad física, estilos de vida saludable, mejora funcional y de calidad de vida, lo que contribuye al fin del programa y se vincula a los Objetivos Estratégicos de Salud, promoviendo el apoyo al envejecimiento activo y destacando que intervenir en esta área es un ahorro para el país. El mismo informe especifica que el Programa, presenta una ejecución presupuestaria perfecta y que existe concordancia entre la estrategia que define el programa y el diseño de las intervenciones, que se comprueba con los buenos resultados obtenidos.

## **FUNDAMENTACIÓN**

El fomento del envejecimiento activo y del envejecimiento saludable, indicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), aluden directamente al proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez y que son promovidos a través de ambos componentes del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes para las personas mayores en forma individual y colectiva.

La funcionalidad es el principal indicador de la salud de las personas mayores. El concepto de funcionalidad hace referencia a la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente (MINSAL, 2015). La estrategia planteada por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, para abordar el riesgo de pérdida de funcionalidad y sus consecuencias en las personas mayores asociadas a la instalación de la dependencia, es la de un programa de intervención sociosanitaria que realiza estimulación de capacidades funcionales con enfoque promocional de salud, preventivo de enfermedades a nivel individual y comunitario, el cual

tiene efectos positivos en aumentar la longevidad activa (funcional, no dependiente), prevenir la dependencia, mejorar los estados cognitivos, y fomentar un envejecimiento sano, con alta autoestima, actividad cotidiana positiva y un buen vivir.

Se reconoce la autonomía, la participación social y el acceso a los servicios como elementos claves a considerar para el bienestar de la población de personas mayores (Sidorenko A., 2014; OMS, 2002). Estos elementos están contenidos en el diseño original del Programa y dada su evolución a cinco años de iniciado, precisan algunos ajustes en el diseño para su abordaje por parte de los equipos de atención primaria.

Se ha demostrado que los programas de estimulación con enfoque preventivo y comunitario, son efectivos en aumentar la longevidad, mejorar las condiciones crónicas, prevenir la dependencia, mejorar los estados cognitivos, mejorar la funcionalidad y la autoestima, lo cual permite vivir una vida más plena y al sistema de salud actuar preventivamente y con costo efectividad. Se ha demostrado también, que un programa de ejercicios aeróbicos para personas mayores mejora la fuerza y flexibilidad de miembros superiores, la capacidad aeróbica el equilibrio y la autoconfianza para caminar por el barrio. En conjunto con lo anterior, los programas de estimulación cognitiva que incorporan las actividades corporales unidas a un claro componente lúdico y social mejoran las capacidades psicosociales de los participantes y abren una línea importante de intervención debido a su buena aceptación (Fuentes M. & Cols, 2009; Vidarte J. & Cols 2012, Rey A. & Cols, 2011).

Es sabido que la población de personas mayores tiene riesgos y que para enfrentarlos o superarlos requiere apoyos, sobre todo por las determinantes sociales que inciden en el nivel de salud de los individuos y las comunidades. Las necesidades son cada vez más altas y exigentes para quienes envejecen, requiriendo por lo tanto una diversificación de esfuerzos para satisfacerlas. Los bienes y servicios que el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes apoya y otorga, pueden entenderse como derechos económicos y sociales que la sociedad acepta y demanda. Esta preocupación es coherente con el derecho constitucional de acceso a la salud y con los derechos e iniciativas que buscan ampliar e integrar a las personas mayores, promovidos por los convenios internacionales suscritos por el país y a través del Programa de Gobierno y el Envejecimiento Positivo Identificado como el modelo de abordaje de la vejez para Chile (DIPRES, Informe FINAL EPG, 2020).

Puesto que la funcionalidad, anteriormente descrita, puede verse deteriorada por la existencia de factores tanto propios de la persona mayor como del medio en que se desempeña, el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes interviene tanto en factores condicionantes de la funcionalidad a nivel individual, colectivo y de servicios locales, mediante sus componentes.

El Programa aborda el ejercicio de la autonomía y las habilidades funcionales del adulto mayor, las que están estrechamente relacionadas con la frecuencia de las actividades físicas y de integración social, favoreciendo la calidad de vida y obstaculizando la aparición de cambios biopsicosociales significativos en la vejez (Duran D. & Cols. 2008 ISSN 1657-9267). El Programa previene además efectos como la disminución en la capacidad funcional mediante la intervención funcional motora, cognitiva y de autocuidado en ambos componentes y el afrontamiento positivo de la vejez cuando el adulto mayor cuenta, entre otros, con un entorno ambiental seguro, vínculos familiares y acceso a la atención en salud (Pérez & García, 2003).

Se ha visto que el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes incide positivamente sobre factores de riesgo modificables para demencia, entre los que destacan la actividad física, el abordaje de la hipertensión, diabetes mellitus, el autocuidado en salud y la depresión y muy fuertemente en el involucramiento social y reducción de aislamiento y soledad (FONIS SA1610137 "Percepción usuaria de beneficios en salud del componente de estimulación

funcional del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes del Servicio de Salud Metropolitano Norte" (2019).

Lo anterior, junto con los resultados del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, en que se da cuenta de la eficacia del programa (Informe EPG DIPRES 2020) refuerza la decisión de potenciar el desarrollo del Programa y avanzar en términos de mayor cobertura de la población potencial, favoreciendo el acceso de personas mayores al Programa y la presencia territorial. Al mismo tiempo, surge la necesidad de perfeccionar la descripción técnica de los componentes y productos asociados al programa, tomando en cuenta la evaluación por parte de DIPRES y los resultados obtenidos de la Encuesta para la actualización de la Orientación Técnica del Programa, realizada en el año 2018 a equipos de atención primaria.

Se ha demostrado además que el Programa contribuye a un incremento en los niveles de socialización de los sujetos en estudio; en la autopercepción del estado y manejo de su salud y en el bienestar psicológico al enfrentar estados depresivos, contribuyendo así a un envejecimiento activo (Martínez MC & Cols, 2018).

El no promover una mejor calidad de vida, ni intentar optimizar el funcionamiento físico, psicológico y social del individuo a lo largo del proceso de envejecimiento, afecta los resultados de alto nivel de funcionamiento físico y mental, adecuada regulación emocional y motivacional y un elevado nivel de participación social en las personas mayores (PUC-Caja Los Andes, 2011). El Programa espera evitar la instalación de la dependencia en personas mayores, con el consiguiente impacto de esta situación a nivel personal, familiar, de su comunidad, servicios de salud y sociales y costos asociados.

Por otra parte, al promover el envejecimiento exitoso y saludable mediante la intervención de la funcionalidad biológica y social permitiendo la plena integración social y familiar de los que envejecen, implicando superar las barreras sociales y culturales que aún persisten se limita su efecto y el impedimento que ejercen sobre las personas mayores impidiéndoles desarrollar sus potencialidades. Se reconoce que las modificaciones en este ámbito involucran al estado, las organizaciones sociales, la comunidad, la familia y cada uno de los individuos (Peláez, 2000; Domínguez, 1982), todos incorporados en el diseño del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

## **PROPÓSITO**

Prolongar la autovalencia de las personas mayores para contribuir a mejorar su calidad de vida, mediante el fortalecimiento de capacidades individuales y colectivas para enfrentar el envejecimiento.

## **DESCRIPCIÓN**

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 Componente 1 del Programa: Intervención Sociosanitaria Promocional y Preventiva para mantener y/o mejorar la condición funcional entrega servicios de estimulación funcional motora y cognitiva y educación para habilidades en autocuidado, mediante talleres grupales



de tres meses de duración, para personas mayores derivadas desde el centro de salud, desde servicios locales, desde las organizaciones sociales de personas mayores que ingresan al programa o desde la propia comunidad. Estos talleres son realizados por la dupla profesional del programa en forma principal y consideran la participación de otros integrantes del equipo de salud o de servicios locales, según las necesidades identificadas por cada grupo de personas mayores intervenidas. Este componente beneficia en forma directa a las personas mayores y organizaciones sociales de personas mayores.

El Componente 2 del Programa: Fomento del Autocuidado y Estimulación Funcional en las Organizaciones Sociales y Servicios Locales entrega entre otros un proceso diagnóstico participativo conducente al levantamiento de necesidades de las personas mayores para su autocuidado y estimulación funcional para generar la Capacitación de Líderes Comunitarios del Programa, que capacita a personas mayores participantes del programa para el desarrollo de actividades en sus organizaciones en forma continua. Este componente es desarrollado por la dupla profesional del programa y contempla además acciones de acompañamiento a los Líderes Comunitarios. Además, en este componente, se identifican las organizaciones sociales de personas mayores y los servicios locales con oferta para personas mayores y se formulan Planes de Trabajo Intersectorial para el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo, tendientes a formalizar las acciones colaborativas entre el sector salud y otros sectores locales para avanzar en la articulación de las entidades que lo representan y en la complementariedad de la oferta. Este componente beneficia en forma directa a las personas mayores líderes comunitarios, a las organizaciones sociales y a los servicios locales.

El Componente 3 del Programa: Plan de Formación de Equipos del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes entrega servicios de capacitación y acompañamiento técnico a nivel de Servicio de Salud, Macrozona y Nacional, a las duplas que ejecutan el programa en los territorios, encargados de entregar las prestaciones propias del programa a nivel de establecimientos de salud y comunas, y a los Referentes de los Servicios de Salud, fortaleciendo las competencias técnicas sanitarias y de gestión vinculadas al Programa y a su integración en los equipos de salud y el intersector. Este componente beneficia, en forma directa a los profesionales que implementan el programa en la Atención Primaria y los Servicios de Salud y en forma indirecta a las personas mayores que participan del programa, generando y nivelando conocimientos, competencias y promoviendo el desarrollo de mejoras en la atención promocional y preventiva y en los elementos técnicos y de gestión asociados, favoreciendo la calidad de la atención y la equidad en la entrega del cuidado.

Cada centro de salud en que se desarrolle el Programa deberá tener identificadas las organizaciones y entidades participantes de la red para el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo, procurando que esta red permita la participación de las personas mayores en actividades de autocuidado y/o estimulación funcional. El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes contribuirá con el fortalecimiento de esta red mediante el proceso de Capacitación de Líderes Comunitarios y el desarrollo de Planes de Trabajo Intersectorial para el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo.

El Criterio de Asignación del Programa para el año 2023 y siguientes es pertenecer a los establecimientos y/o comunas que desarrollaron el Programa en el año 2021 y, contar con una adecuada ejecución del programa de acuerdo a la evaluación del mismo. Esta evaluación está dada por la valoración del desempeño del programa que considera entre otros el desarrollo de elementos y actividades básicas de atención de la población objetivo del programa, como el acceso a las prestaciones e ingreso de personas mayores al programa en forma continua, la disponibilidad de la dupla profesional para el desarrollo continuo de los componentes del programa, la participación activa de los equipos del programa, entendiéndose duplas del programa, en las actividades de difusión, de capacitación

y de evaluación convocadas por el Servicio de Salud o por la División de Atención Primaria y el cumplimiento global de las metas y desarrollo óptimo de los productos del programa. En la eventualidad de implementar el programa en nuevos establecimientos y/o comunas, esta designación será informada desde la División de Atención Primaria a los Servicios de Salud, quienes comunicarán a las comunas y/o establecimientos de Atención Primaria.

Para designar los nuevos establecimientos o comunas que desarrollarán por primera vez el programa en el año 2023 y siguientes, basándose en la disponibilidad presupuestaria, se utilizaron los siguientes criterios de priorización y asignación:

- Magnitud de población inscrita validada en establecimientos de APS, priorizando aquellos establecimientos de atención primaria que cuenten con 20.000 o más personas inscritas.
- Magnitud por edad de población inscrita validada, corresponde a comunas que, pese a no cumplir con el criterio anterior, presenten una población de personas de 60 y más años de 1000 o más personas mayores.
- Establecimientos y comunas con mayores índices de envejecimiento asociado a condiciones de vulnerabilidad sociosanitaria e inequidades para las personas mayores.
- Establecimientos o comunas que cuentan con una valoración adecuada por parte del Servicio de Salud correspondiente respecto a su capacidad de gestionar e implementar el Programa (solicitud o valoración del Servicio de Salud respecto a la implementabilidad del programa).

Los criterios antes mencionados permitieron ordenar a las comunas y/o establecimientos considerados como prioritarios para la implementación. La definición de cuántas y cuáles comunas han sido desde el año 2015 beneficiadas por el programa ha dependido de la disponibilidad presupuestaria para el programa que limita el número de comunas y/o establecimientos en que se implementa el programa.

Para el ingreso de las Personas Mayores al Programa, se establecen los siguientes criterios:

- Personas de 65 años y más, beneficiarios de FONASA, inscritos en centros de salud de atención primaria, con su Examen de Medicina 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 manifiesten su participación informada y voluntaria mediante la firma del Compromiso Informado. Se considerará el control Cardiovascular vigente como requisito de ingreso, en caso de no contar con el Examen de Medicina Preventiva, en personas de 60 a 64 años, debiendo promover la aplicación del Examen de Medicina Preventiva según vigencia.
- Disponibilidad de atención para ingreso y participación en el Programa, entregada por la capacidad del recurso humano dispuesto para la ejecución del Programa.

Existen diferentes vías por las que las personas mayores acceden al programa, entre las que se identifican 4 principales:

- Ingreso por derivación desde el equipo de salud al programa, como parte de los flujogramas establecidos a nivel local con este fin.
- Ingreso como integrante de organización social que ingresa al programa, por acciones de difusión y trabajo con grupos organizados.

- Ingreso por derivación de servicios locales que conocen el programa y se vincula a él dentro del componente 2 de Fomento del Autocuidado en organizaciones sociales e intersector local.

- Ingreso desde la comunidad por solicitud de la persona mayor o gestión de actor comunitario (dirigente social, líder comunitario, otro) que conoce del programa y se encuentra vinculado a través de acciones de difusión o capacitación del programa.

**POBLACIÓN A INGRESAR:** La población a ingresar el año 2024 corresponde a 350 personas mayores.

El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes corresponde a un Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria, el cual contempla la incorporación de una dupla profesional destinada al trabajo promocional y preventivo con personas mayores, en los equipos de salud de atención primaria. Esta dupla profesional está formada por 2 profesionales de la salud en jornada de 44 horas semanales exclusivas para el programa: Kinesiólogo y Terapeuta Ocupacional.

El perfil de estos cargos, apunta a un profesional de la salud con conocimientos y competencias para el trabajo comunitario en salud, en los ámbitos promocional y preventivo de salud funcional de las personas mayores, entre las que destacan competencias técnicas comunes para ambos profesionales y propias de cada disciplina y otras competencias y habilidades comunicacionales e interpersonales que faciliten el trabajo al interior de la dupla profesional, con las personas mayores participantes del programa, con el equipo de salud y con el intersector local, que permitan un adecuado trato con las personas ya mencionadas.

A su vez, se espera que estos profesionales tengan la capacidad de gestionar soluciones frente a las problemáticas presentadas en el desarrollo del Programa y el fortalecimiento de la red local de trabajo con personas mayores.

Cada establecimiento de APS que desarrolle el programa debe facilitar la integración de la estrategia dentro de la cartera de prestaciones asociadas a la atención de la población mayor. Para lograr lo anterior resulta fundamental las actividades de difusión y coordinación al interior del Centro de Salud y la integración de la dupla del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes al equipo de salud del establecimiento. Se espera que cada dupla pueda participar en las reuniones de sector, estudios de familias, reuniones clínicas o actividades afines al abordaje integral de las personas mayores en la APS y a la territorialización de la promoción y prevención de salud con personas mayores.

## **OBJETIVO GENERAL**

Mantener o mejorar la condición funcional de la población de 60 años o más beneficiaria de los establecimientos de atención primaria del sector público de salud.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Mejorar la capacidad funcional individual y comunitaria para enfrentar el proceso de envejecimiento.
2. Capacitar a 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 SOCIOSANITARIA PROMOCIONAL Y PREVENTIVA PARA MANTENER Y/O MEJORAR LA CONDICIÓN FUNCIONAL (Ex Programa de Estimulación Funcional)**

El objetivo de este componente es entregar el servicio de estimulación funcional y autocuidado grupal a las personas mayores (PM) que cumplen con los criterios de ingreso al programa, mediante una intervención sociosanitaria realizada por la dupla del 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.

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: formado 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.** En el caso de las organizaciones sociales se deberá también dejar constancia por escrito de la voluntariedad de la participación en el programa y el compromiso en el desarrollo de las actividades, dentro de un proceso de entrega y recepción respecto del funcionamiento del programa.

Las personas mayores 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, al finalizar cada ciclo de intervención se realiza una evaluación participativa para retroalimentar el Programa e introducir mejoras.

**Etapas de la intervención sociosanitaria promocional y preventiva para mantener y/o mejorar la condición funcional.** 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.

#### **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.

**Ingreso de las personas mayores a la Intervención sociosanitaria promocional y preventiva para mantener y/o mejorar la condición 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 de la persona mayor por parte del equipo de salud, **no debiendo ser mayor a 21 días la realización del examen una vez pesquizada la falta de éste.** Se deberá también considerar otras estrategias que mejoren el acceso y la oportunidad a este examen, que forma parte de las prestaciones establecidas para los centros de Atención Primaria y debe ser realizado por otros integrantes del equipo de salud diferentes a los del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, quienes deben dedicarse a las prestaciones propias del programa.

Cada establecimiento donde se desarrolle el Programa deberá contar con un esquema de atención de personas mayores, dentro del que se consigne las formas de acceso al programa Más Adultos Mayores Autovalentes y las posibles derivaciones al egreso o durante el programa,

Las personas pueden ingresar al programa una vez por año, favoreciendo posterior 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.

**Desarrollo de la Intervención sociosanitaria promocional y preventiva para mantener y/o mejorar la condición 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, entendiéndose 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.

Frente a restricciones en el número de participantes en las actividades del programa, debido a la existencia de aforos específicos, se deberá procurar la adecuada gestión de espacios, favoreciendo la intervención sociosanitaria grupal, la comunicación con las personas mayores y el resguardo de las medidas para prevención de contagio por COVID-19 u otro.

En caso de restricciones severas que limiten el desarrollo normal del programa, este deberá mantener la comunicación con las personas mayores y la intervención de las mismas mediante otros métodos entre los que se incluyen el contacto y la intervención remota, la entrega de material para estimulación funcional, visitas domiciliarias y el respectivo y continuo seguimiento y monitoreo de las personas mayores.

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.

#### **Egreso de las personas mayores de la Intervención Sociosanitaria promocional y preventiva para mantener y/o mejorar la condición 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.

El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes establece un período de intervención de 24 sesiones, realizadas en un período de 12 semanas o 3 meses, con una frecuencia de 2 sesiones mixtas semanales. La realización de ciclos de intervención del componente 1 con menor cantidad de sesiones y en períodos de tiempo menores, corresponde a un incumplimiento del programa. Es responsabilidad del Servicio de Salud evaluar que el Programa funcione según lo descrito.

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 Más 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 mismo 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 y materiales para actividades a las personas mayores, con las correspondientes acciones de seguimiento por parte del equipo de salud.

Según las posibilidades de cada localidad se puede desarrollar el programa combinando actividades remotas con la entrega de material para el desarrollo en forma individual por parte de la persona mayor en el hogar y otras actividades para el logro de los objetivos del programa en forma excepcional cuando las condiciones epidemiológicas no permitan la actividad presencial o cuando las personas residan en lugares aislados sin posibilidad de reunirse para los talleres. **Estas excepciones deben ser informadas y respaldadas ante el Servicio de Salud respectivo, quien validará la pertinencia de las mismas, de acuerdo a la evaluación y acompañamiento técnico permanente realizado por el Servicio de Salud a las duplas del programa y equipos de APS en general.**

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 y que no reemplaza el Examen de Medicina Preventivo. 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 impliquen modificar las actividades afectando el rendimiento y la organización habitual del trabajo del programa, se deberá presentar un Plan de Trabajo al Servicio de Salud correspondiente, incorporando el desarrollo de los dos componentes del programa, para su aprobación. En este Plan es posible considerar un eventual ajuste en las metas de cobertura, el que debe ser consensuado con la División de Atención Primaria.

## **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

**ANEXO: "PLAN DE GASTOS"**

El presente formato contiene la información mínima a utilizar y cada programa lo adaptará a las necesidades específicas de este.

<b>PLAN DE GASTOS</b>			
PROGRAMA			
N° RESOLUCIÓN ASOCIADO AL PLAN DE GASTOS			
COMUNA			
NOMBRE, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE REFERENTE COMUNAL			
NOMBRE, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE REFERENTE SERVICIO DE SALUD			
<b>Gastos de Operación</b>			
Descripción de gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad y/u Horas mínima, según programa	Monto total	Respaldo para acreditarlo.
<b>Gastos de Personal</b>			
Descripción de gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad y/u Horas mínima, según programa	Monto total	Respaldo para acreditarlo.
<b>Gastos de Inversión</b>			
Descripción de gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad y/u Horas mínima, según programa	Monto total	Respaldo para acreditarlo.

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), las que deben ser incluidas en la programación anual de actividades de la dupla profesional.

### **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 periodo 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 personas 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 con 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 identificadas por las personas mayores y situaciones contingentes. 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 evidencian el progreso en el área abordada y una evaluación que informe sobre los resultados alcanzados. Se espera que anualmente se ejecuten y evalúen los Planes Intersectoriales por parte de los servicios involucrados y con representantes de personas mayores participantes del programa.

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

### **COMPONENTE 3: PLAN DE FORMACIÓN PARA EQUIPOS DEL PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES**

Este componente se encuentra contenido en el rediseño del programa aprobado por MDS. Su aplicación desde el año 2023 permite el desarrollo y refuerzo de conocimientos y competencias en los equipos del programa Más Adultos Mayores Autovalentes para la atención promocional y preventiva en personas mayores y el trabajo comunitario en salud. Consiste en el desarrollo de actividades de capacitación destinadas a reforzar áreas técnicas y operativas del programa entre los Referentes de Servicios de Salud y equipos de APS que desarrollan el programa, entendiéndose duplas del programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

La participación de los equipos de salud podrá efectuarse en forma remota y/o presencial según la planificación anual comunicada desde la División de Atención Primaria y los Servicios de Salud.

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

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

### **PRODUCTOS ESPERADOS**

Los Servicios de Salud evaluarán el desarrollo de los productos del programa, en las actividades de acompañamiento en terreno y mediante la revisión de verificadores.

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

1. Personas de 60 años y más que cumplan con los criterios de inclusión, ingresados al Programa de Estimulación Funcional una vez al año: Las personas ingresadas cumplen con los criterios establecidos, no existiendo ingresos de personas sin los criterios de inclusión y 2o existiendo interrupción del acceso de las personas mayores al programa, por desarrollo de otras actividades ajenas al mismo.

Los verificadores de este producto son los listados de asistencia, la planificación de los talleres, el registro en ficha clínica de la actividad de ingreso y el registro en REM.

2. Ciclos de 24 sesiones del Componente 1, en un período de 3 meses: Los ciclos se cifran a este número de sesiones y no se determina arbitrariamente a nivel local su disminución en cuanto a período de tiempo y frecuencia.
3. Personas mayores ingresadas al programa participaron en al menos 20 sesiones dentro de un ciclo de 24 sesiones para ser egresadas. Se considerará desarrollo inadecuado del programa cuando arbitrariamente se egrese a las personas en períodos de intervención menor.

Verificadores de los productos 2 y 3 son el respaldo de la programación de los talleres, de la evaluación final de cada persona mayor, el listado de asistencia con el correspondiente

registro de las sesiones a las que asiste la persona, la entrevista aleatoria a personas mayores, los elementos de registro de citaciones al programa que usan las personas mayores, el registro en ficha clínica al egreso del componente 1 y otros según pertinencia local.

4. Personas mayores que egresan del Programa de Estimulación Funcional mantienen su condición funcional, evaluados con Test Timed Up And Go y Cuestionario de Funcionalidad.
5. Personas mayores que egresan del Programa de Estimulación Funcional mejoran su condición funcional, evaluadas con Test Timed Up And Go y Cuestionario de Funcionalidad. Verificadores de los productos 4 y 5, son el registro en ficha clínica al ingreso, y al egreso del programa de las personas que completan ciclos con los respectivos resultados obtenidos en ambas evaluaciones y la evaluación con REM.

6. El Componente 1 se compone de 24 sesiones del Taller de Estimulación de Funciones Motoras y Prevención de Caídas; 12 sesiones del Taller de Estimulación de Funciones Cognitivas y 12 sesiones del Taller de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable, desarrolladas según la modalidad descrita para el componente mediante actividades que combinan los distintos talleres y consideran la participación de ambos profesionales de las duplas y de las personas mayores.

Verificador de este producto se obtiene de la programación y ejecución de las actividades propias del programa, de las visitas de supervisión y acompañamiento técnico por parte de Referente del Servicio de Salud a la dupla del programa, registro audiovisual de las sesiones, entrevista a personas mayores.

7. Evaluación Participativa de cada ciclo del Programa para incorporación de mejoras en el componente 1. En cada cierre de ciclo de intervención a cada grupo, se genera un espacio de diálogo y reflexión para conocer la percepción de las PM sobre el desarrollo del componente, sus aprendizajes y propuestas de mejora. Esta información debe quedar consignada junto a las acciones resultantes para el seguimiento por parte del Programa a nivel local y de Servicio de Salud.

Verificador de la Evaluación Participativa, es la sistematización de las evaluaciones participativas presentadas en los cortes de agosto y diciembre y las respectivas propuestas de planificación y ejecución de esta actividad al cierre de los ciclos respaldada con información entregada por escrito, registro audiovisual u otro que respalde la participación de las personas mayores y resuma los resultados y propuestas de estas evaluaciones.

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 urgencia respectivos, que opere frente a los eventos descritos.

Este protocolo debe encontrarse incorporado en el protocolo general del centro de salud.

Verificador de este producto es el documento descrito validado por los representantes de los servicios involucrados y las acciones de validación y comunicación del mismo al equipo de salud.

9. Esquema de atención y cuidado Integral de personas mayores en los centros de salud incluye al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

Cada comuna o establecimiento en que se desarrolle el programa deberá organizar la atención de personas mayores, facilitando el acceso, y el cuidado integral y continuo mediante las atenciones disponibles por el Plan de Salud Familia, PRAPS, otras garantizadas por el GES y las disponibles a través de Telegeriatría u otra de atención remota, incorporando el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes dentro de las estrategias de atención promocionales y preventivas de personas mayores y reforzando su participación dentro de la implementación de la Estrategia de Cuidado Integral.

Para este desarrollo se deberá coordinar fuertemente el trabajo en cada sector del CESFAM con los equipos involucrados en la atención de personas mayores y las distintas líneas de atención en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS). Para el soporte técnico de este desarrollo se deberá fortalecer la integración para el acompañamiento conjunto e integrado por parte de los Referentes de Servicio

involucrados (Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, Personas Mayores, MAIS, Salud Mental, Cardiovascular, Promoción, entre otros), siendo el equipo gestor de la ECICEP del Servicio de Salud el espacio para ello.

Verificador de este producto son los esquemas de atención de personas mayores diseñados, validados y comunicados a los equipos de cada centro de salud incluyendo todos los estamentos, las actas de reunión respectivas y otros según pertinencia local.

10. Esquemas de Integración Sociosanitarios Locales incluyen el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

Dentro de la implementación del programa, en su continua mejora para el acceso de las personas mayores a las prestaciones del componente 1 y, para el acompañamiento en la resolución de necesidades o acceso a servicios, se debe establecer en forma organizada el trabajo con los Servicios Locales, definiendo formatos accesibles de entrega de información y mecanismos de comunicación que faciliten el tránsito de las personas mayores entre servicios de diferentes sectores.

Verificador de este producto son los flujogramas intersectoriales de organización de la atención de personas mayores, actas de reuniones intersectoriales y otros según pertinencia local.

11. La dupla del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes se encuentra incorporada en el equipo de salud, participando en las actividades de los centros de salud. Al mismo tiempo las actividades de los Talleres de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable, cuentan con la participación de otros integrantes del equipo de salud, bajo la modalidad educativa determinada para el Programa.

Verificador: Actas de reuniones, informe de actividades.

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.

Verificador: Reporte de organizaciones ingresadas, entrevistas a líderes comunitarios, registro clínico electrónico.

#### **Productos esperados del desarrollo 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 a nivel local.
4. Mapa de Red Local o elemento construido en forma colaborativa que cumpla funciones de entrega didáctica de información para apoyo al equipo del centro de salud (y otros servicios) para las gestiones con organizaciones sociales y servicios locales. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.
5. Guía u otro elemento para usuarios personas mayores u organizaciones sociales, de construcción participativa, que mencione los servicios disponibles para personas mayores en cada territorio y su caracterización. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.
6. Diagnóstico Situacional y Diagnóstico Participativo para: definición de necesidades de capacitación de Líderes Comunitarios en Autocuidado y Estimulación Funcional



diseñado y/o evaluación del Proceso de Capacitación de Líderes Comunitarios. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.

7. Plan de Capacitación de Líderes Comunitarios ejecutado anualmente. Se recomienda que los Planes de Capacitación consideren dos años de trabajo con las organizaciones y los Líderes Comunitarios mediante acciones de capacitación, seguimiento y acompañamiento técnico. Se deberán ajustar estos planes frente a nuevas necesidades surgidas de información actualizada entregada por las personas mayores o pesquisadas por el equipo del programa, en caso de ser necesario.
8. Plan(es) intersectorial(es) para fomento del envejecimiento activo y positivo ejecutados anualmente. Se recomienda que los Planes de Trabajo Intersectorial consideren un período de ejecución de dos años dependiendo del nivel de relación entre el programa o centro de salud y el servicio local.
9. Organizaciones Sociales que cuentan con Líderes Comunitarios capacitados por el Programa participan de actividades de acompañamiento por parte del equipo del programa: El Programa desarrolla en forma continua actividades de acompañamiento a los Líderes del Programa, destinadas a conocer el funcionamiento del trabajo con las organizaciones, nuevos requerimientos de educación para el autocuidado y estimulación funcional y a un trabajo más personalizado con cada una de los Líderes formados y sus organizaciones.

### **Productos esperados del desarrollo del Componente 3**

#### **En los equipos de Atención Primaria:**

-Participación en actividades diagnósticas de necesidades de capacitación a nivel de Servicio de Salud, Macrozonal y Nacional.

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

-Otras determinadas por el Servicio de Salud

Verificador: Reporte del Servicio de Salud respecto a la participación en actividades descritas, listas de asistencia, certificación de actividades de capacitación.

### **CONSIDERACIONES PARA EL LOGRO DE LOS PRODUCTOS:**

#### **De las comunas, establecimientos y equipos de salud que ejecutan el programa Más Adultos Mayores Autovalentes**

Las comunas y establecimientos que ejecutan el programa deben entregar las facilidades a las duplas del programa para recibir el acompañamiento técnico por parte del referente del Servicio de Salud y para la participación en actividades de acompañamiento técnico, asesoría y capacitación del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes. Estas actividades se desarrollarán a nivel de Servicios de Salud, Macrozona y Nacional. En caso de interrupción de la comunicación o inasistencia a las actividades del programa planificadas por el Servicio de Salud o la División de Atención Primaria, esta situación será considerada en la valoración del desarrollo adecuado del Programa.

Las comunas y establecimientos que desarrollan el Programa deberán realizar las acciones necesarias para la adecuada difusión del programa al interior de los equipos transversales y territoriales que integran los centros de salud, de manera de optimizar las vías de referencia y contrarreferencia al programa Más Adultos Mayores Autovalentes, en el marco del cuidado integral y continuo de las personas mayores. Se espera que todos los funcionarios de los centros de la red conozcan el programa, las vías de acceso y los resultados obtenidos en la población a cargo.

La dupla profesional del programa es parte integrante del equipo de salud, por tanto, participa en actividades de planificación y resolución para la población a cargo. Se debe

aquellas comunas que cuenten por primera vez con el programa, las cuales deberán acreditar esta información una vez recibida la primera remesa financiera.

2. Información sobre el funcionamiento de las duplas del programa al 30 de marzo, a excepción de aquellas comunas que cuenten por primera vez con el programa, las cuales deberán acreditar esta información una vez recibida la primera remesa financiera.

3. Propuesta de redistribución de recursos no ejecutados en el primer trimestre. Deberá dar cuenta de aquellas comunas o establecimientos que hayan descontinuado la intervención del programa durante los primeros meses del año, para proceder a la redistribución de recursos correspondiente, recordando que se debe promover la continuidad de la atención y el acceso de las personas mayores durante todo el año.

4. Reporte de primera reunión de trabajo de la red de establecimientos y comunas de los servicios de salud que desarrollan el programa con participación de los profesionales ejecutores, que incluya nómina de participantes, temáticas abordadas y acuerdos con los equipos

5. Entrega de la información básica para el desarrollo del Programa a las duplas profesionales (Resolución Exenta del Programa, Orientación Técnica del Programa para todos los equipos y Manual de Apoyo a los Equipos de Atención Primaria para equipos de establecimientos y comunas que incorporan por primera vez el programa)

6. Entrega de la información relacionada con la planificación anual de actividades a nivel de Servicio de Salud y Nacional.

De acuerdo a los resultados de esta evaluación se procederá a la redistribución de recursos no utilizados y a la solicitud de planes de mejora a los servicios de salud, los que deberán dar cuenta de las acciones comprometidas por las comunas y el Servicio de Salud respectivo que corrijan las situaciones de incumplimiento y que permitan proyectar un desarrollo adecuado de las actividades del programa y cumplimiento de metas al mes de diciembre.

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

Se efectuará con corte al 31 de agosto de cada año. 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 los tres componentes del programa 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 de las actividades, metas y productos del programa, 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 diciembre de cada año. 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 ejecución de los componentes del programa y las actividades correspondientes, la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período. **El no cumplimiento de las actividades asociadas a los tres componentes y a sus productos, y el no cumplimiento de las metas, tanto por indicador como a nivel global, al corte de agosto, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente.**

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 o por la División de Atención Primaria a otros establecimientos.

**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 los tres componentes del programa, 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 15 de enero para todas las comunas y establecimientos de su jurisdicción que desarrollan el Programa.** El Servicio de Salud deberá contar con los medios de verificación que den cuenta de lo informado en este corte. Esta evaluación final del programa mide su desempeño global y considera, entre otros, el desarrollo de elementos y actividades básicas de atención de la población objetivo del programa, como el acceso a las prestaciones e ingreso de personas mayores en forma continua, la disponibilidad de la dupla profesional para el desarrollo continuo de los tres componentes del programa y actividades asociadas, la participación de los equipos del programa, entendiéndose las duplas, en las actividades de difusión, de capacitación y de evaluación convocadas por el Servicio de Salud o por la División de Atención Primaria, junto con el cumplimiento global de las metas y desarrollo óptimo de los productos del programa. Además, determina la devolución de recursos no ejecutados y la evaluación de continuidad del programa en comunas o establecimientos con ejecución deficitaria.

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 podrá 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, cumplimiento de actividades y logro de las metas al final del período. Finalmente, el no cumplimiento de las actividades asociadas a los tres componentes, sus productos y metas anuales, incidirá en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

### 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:

**INDICADORES ASOCIADOS A RELIQUIDACIÓN:** Metas de cumplimiento del programa cortes meses de agosto y diciembre para las comunas con dependencia municipal o establecimientos dependientes de Servicios de Salud u ONG.

Com pone nte	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta Ago sto	Meta Diciem bre	Verific ador	Peso relati vo
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	80%	80%	REM	12.5
	% de población de 60 años y más participante del programa que	(N° de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su	80%	80%	REM	12.5 <sup>1</sup>

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

	mantiene o mejora su condición funcional según Timed up and Go	condición funcional según Timed up and Go) / N° de total personas que egresan del Programa) x 100				
	% 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 <sup>2</sup>	60%	100%	REM	25
	Promedio de Asistentes a Sesiones del Programa	Suma de asistentes a sesiones en el mes/N° de Sesiones realizadas en el mes	Pro medio de 15	Promedio de 15	REM	10
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 <sup>3</sup>	20%	40%	REM	20

<sup>2</sup> 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

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 <sup>4</sup>	20%	40%	REM	20
--------------------------------------	---	-----	-----	-----	----

**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	$(\text{N}^\circ \text{ de personas mayores que egresan del programa} / \text{n}^\circ \text{ de personas mayores que ingresan al programa}) \times 100$	80%	80%	REM
N°1	Porcentaje de	$(\text{N}^\circ \text{ de personas que$	incremento de 5%	incremento de 5%	REM

Intersectoriales. Para el mes de agosto se dará por cumplida con la entrega del Catastro de Servicios Locales y Catastro de Organizaciones Locales.

<sup>4</sup> 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.

	Personas que Mejoran Condición Funcional al egreso del Programa	mejoran su condición funcional según TUG/n° de personas que egresan del programa) x100	respecto a línea base del año anterior.	respecto a línea base del año anterior.	
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

## FINANCIAMIENTO

### Establecimientos de dependencia del Servicio de Salud:

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, glosa 01 y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de Enero a Diciembre de cada año, de acuerdo al marco presupuestario asignado.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de Atención Primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación. El Servicio de Salud determinará la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades del Programa.

Los recursos serán asignados por la Dirección del Servicio de Salud respectivo de acuerdo al marco presupuestario definido por la Ley de Presupuesto del año vigente.

La ejecución del subtítulo 22 Bienes y Servicio de Consumo correspondiente al 70% de los gastos para la debida implementación de las actividades destinadas al cumplimiento de los objetivos, componentes, metas e indicadores señalados en el Programa se realizará desde el momento que se dicte la resolución que asigne los mismos a los establecimientos dependientes, a través del cumplimiento de las instrucciones emanadas por la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda informada en los oficios Circulares N° 8 y 9 de fecha 01 y 28 de abril de 2020, respectivamente, donde señala que las compras serán realizadas con disponibilidad presupuestaria de acuerdo a la Información Financiera del Estado mediante la interoperación con el Sistema de Compras Públicas y el pago se realizará centralizadamente desde la Tesorería General de la República (TGR) vía transferencia a las cuentas corrientes de los proveedores del Estado.

La ejecución del gasto del 30% restante del total de recursos, se realizará a contar del mes de octubre del año, del cual se rebajará los recursos correspondientes a la aplicación de la

reliquidación que se realice respecto a los resultados de la evaluación, de acuerdo a los indicadores definidos en el programa.

**Establecimientos de dependencia Municipal:**

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, asociada al Subtítulo 24 03 298 "Transferencias Corrientes", glosa 02, y, tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa de acuerdo al marco presupuestario asignado.

Se deja constancia que la glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público, contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 de la Ley N° 19.378, la entidad administradora de salud municipal podrá contratar personal, conforme la normativa establecida en esa misma ley o bien a honorarios, acorde con lo dispuesto en el artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de Atención Primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación. El Servicio de Salud determinará la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades del Programa.

Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud en 2 cuotas, en representación del Ministerio de Salud. 70% a la total tramitación del acto aprobatorio, y el 30% restante, de acuerdo a los resultados de la evaluación con corte al 31 de octubre, la cual se aplicará a los recursos asociados.

El Ministerio de Salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, asignará a los Municipios participantes del Programa mediante un convenio, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de éste.

El gasto que irroque el Programa deberá ser imputado al ítem 24 03 298 01.

Con el visto bueno de la División Primaria del Ministerio de Salud, los Servicios de Salud, podrán modificar la distribución de los recursos destinados a los establecimientos de su territorio, que desarrollan las prestaciones del Programa, atendiendo a criterios de equidad y de acortamiento de brechas en el otorgamiento de las prestaciones, sin sobrepasar los recursos totales asignados al Servicio de Salud y sin perjuicio de los objetivos del programa. Finalizado el periodo de vigencia del convenio, la Municipalidad deberá reintegrar al Servicio los montos correspondientes a las partes del convenio no ejecutados, observados y/o saldos financieros no rendidos, en los primeros 30 días hábiles posteriores de finalizado el convenio.

Se deja establecido, que estas transferencias se rigen por las normas señaladas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República.

**Se podrá incorporar en estos convenios, tanto para establecimientos con dependencia municipal como de Servicio de Salud, una cláusula que permita su prórroga automática, siempre que el programa de salud a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año respectivo, sin perjuicio de su término por alguna de las causales detalladas en el presente programa o que las partes acuerden de común acuerdo su finalización, por motivos fundados.**

**Para efectos del financiamiento considerado por el programa se entenderá:**

**Recurso Humano:** En ambas modalidades de asignación de recursos, se establece que la primera cuota deberá considerar la contratación del 100% del recurso humano destinado a implementar el Programa con una dupla compuesta según lo señalado en el programa por profesionales Kinesiólogo y Terapeuta Ocupacional, u otro profesional de salud capacitado



en caso de demostrarse que no existe disponibilidad del recurso humano señalado y verificando que cumpla con los requisitos mencionados en este Programa.

El Programa financia el funcionamiento continuo para la atención durante los 12 meses del año. Por lo anterior, frente a situaciones de interrupción del programa y ejecución parcial del mismo o interrupción de la atención de personas mayores en algún período, el Servicio de Salud informará a la División de Atención Primaria, quien evaluará la redistribución de los recursos asociados.

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

**Capacitación de Líderes Comunitarios y Trabajo Intersectorial:** Elementos para el confort del taller de los participantes del programa y la capacitación de líderes comunitarios como alimentos saludables, hervidor, bolsos, poleras u otros para uso de líderes comunitarios, equipo del programa y participantes en general. Pueden ser usados en la compra de elementos que permitan la generación de material como impresora, termo laminadora, anilladora, etc. Incorpora también el costo asociado a actividades de difusión y comunicación con los participantes de los talleres, el intersector y el acompañamiento de los líderes comunitarios, como material de difusión impreso, manuales para los líderes comunitarios, elementos de identificación, teléfono celular prepago, teléfono celular con plan de datos, licencias de plataformas de comunicación, computadores, Tablet, entre otros a consultar previamente a referente de Servicio de Salud.

**Insumos:** Materiales destinados a las actividades de los Talleres del Programa de Estimulación Funcional, tanto para estimulación de funciones motoras y prevención de caídas, estimulación de funciones cognitivas y autocuidado y estilos de vida saludable. Incluye materiales para ejercicios físicos, cognitivos, para el entrenamiento y la adquisición de habilidades de autocuidado, y elementos tecnológicos y no tecnológicos, para favorecer y reforzar el aprendizaje de las personas mayores y facilitar el desarrollo de los talleres. Incluye la adquisición de materiales para entrega a las personas mayores a fin de dar continuidad a las actividades en su hogar u organizaciones sociales según evaluación del equipo. Además, se considera la opción de utilizar este ítem para financiar elementos destinados a innovación en los talleres de estimulación funcional y autocuidado según los requerimientos de cada territorio. De requerir otros insumos se debe consultar previamente a referente de Servicio de Salud.

**Movilización:** Ítem destinado para apoyar a comunas y establecimientos en la movilización e informados en la distribución de recursos para financiar los gastos asociados a la movilización de la dupla en terreno y el apoyo de la movilización de personas mayores participantes del programa de sectores urbano y rural y de líderes comunitarios capacitados por el programa.

El Servicio de Salud, es quien supervisa la correcta utilización de los recursos del programa según la descripción presentada. Es posible realizar modificaciones en la asignación y utilización de los recursos correspondientes a Insumos, Capacitación y Movilización, considerando criterios de equidad, de acortamiento de brechas y técnicos que incidan en el otorgamiento continuo de las prestaciones del programa y que permitan el logro de sus objetivos.

Si esta modificación incluye la utilización de los recursos en forma diferente a lo descrito para Recurso Humano, Capacitación, Insumos o Movilización requiere el consenso con la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

**Financiamiento de Actividades de Capacitación:** El Programa no incluye recursos directos a las comunas y establecimientos para Capacitaciones de las duplas profesionales. Sin embargo, si el Servicio de Salud, considera que es posible financiar actividades de capacitación para las duplas de la red del Programa, podrá realizar una propuesta de redistribución de recursos en sus distintos ítems, sin perjudicar el desarrollo del Programa en las comunas de su jurisdicción y promoviendo el desarrollo de conocimientos y/o

No se aceptarán solicitudes de extensión de vigencia del convenio en materias financieras, ya que se entiende que prever situaciones problemáticas para el término de éste es una actividad acordada por las partes y se podrá establecer alternativas de solución en forma oportuna.

**CUARTA: De los recursos financieros.** Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Servicio de Salud viene en asignar a la "Municipalidad" los siguientes recursos para el logro de lo señalado en los indicadores de gestión e impacto, los que serán transferidos de la siguiente manera

	Monto total	Cuotas	Monto cuota	Porcentaje cuota %	Requisito transferencia
Convenio	<b>\$41.559.649.- Cuarenta y un millones quinientos cincuenta y nueve mil seiscientos cuarenta y nueve pesos</b>	Primera cuota	\$29.091.754.-	70	Contra la aprobación del convenio mediante resolución.
		Segunda cuota	\$12.467.895.-	30	Sujeta a los resultados de la evaluación señalada en el presente convenio.
Fecha Inicio Convenio / Addendum	Tendrá vigencia a partir de la total tramitación del último acto administrativo que lo apruebe, <i>no obstante, por razones de buen servicio, se entiende que éste se ha iniciado a partir del 1º de enero de 2024, fecha anterior a la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, considerando el artículo 52 de la Ley Nº 19.880 que autoriza la retroactividad del acto administrativo en la medida en que produce efectos favorables para las partes y no lesiona derechos de terceros.</i>				
e Ingreso a SISREC	Este Convenio se Ingresará a SISREC como Proyecto Nuevo				

Toda transferencia de recursos está sujeta a la disponibilidad presupuestaria del Servicio y se hace presente que de conformidad al Inciso 2 del artículo Nº18 de la Resolución Nº 30 de 2015 de la Contraloría General de la República, "En el caso de existir transferencias en cuotas, no procederá el otorgamiento de nuevos recursos mientras no se haya rendido cuenta de la transferencia anterior.". En consecuencia, este Servicio de Salud, no transferirá nuevos recursos del programa, mientras la Municipalidad no haya resuelto el reintegro de los saldos no utilizados en el ejercicio anterior y que deben ser ingresados a Rentas Generales de la Nación, instrucción impartida en el Artículo Nro.7 de la actual Ley de Presupuesto de la Nación Nro.21.640 del año 2024.

**QUINTA:** El Servicio podrá requerir a la "Municipalidad" los datos e Informes relativos a la ejecución del Programa y lo señalado en el presente convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso efectuando evaluación del mismo.

competencias asociadas al Programa entre los profesionales ejecutores del mismo en la red de su jurisdicción.

**Modalidad Rural del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes:** En casos excepcionales, en que las condiciones de dispersión geográfica u otras propias de la población en comunas rurales (distancias entre los usuarios y lugares de realización de los talleres, dificultades de traslado de los participantes, desarrollo de actividades laborales por parte de las personas mayores, dinámica de reuniones de la organización intervenida, factores climáticos, entre otras), que limiten la ejecución del programa según los lineamientos establecidos, el Servicio de Salud respectivo podrá solicitar a la División de Atención Primaria, autorización para modificar el desarrollo del programa y modificar las metas establecidas, presentando un plan de trabajo de la comuna y de acompañamiento por parte del Servicio de Salud.

Orientación Técnica de Programa: Se entienden parte integrante del presente convenio.

Plan de mejoras: El referente técnico podrá solicitar plan de mejora cuando estime conveniente, principalmente cuando detecte casos en que se observe incumplimiento de los Indicadores del programa que afecten la correcta ejecución de este.

Evaluación: El servicio podrá realizar auditorías y solicitar informes complementarios si se requiere y utilizar otras fuentes de verificación de la información presentada por la comuna en el caso que fuera necesario para evaluar pertinencia técnica y proporcionalidad del gasto, lo anterior sustentado en el uso eficiente de los recursos del estado.

Registro REM para evaluar proporcionalidad: Se realizará en base a la programación de N° de actividades a acordar entre referente técnico del Servicio de Salud y encargados técnicos de las respectivas comunas. La programación de la cartera de prestaciones asociada al programa se elaborará en base a las orientaciones técnicas del programa, u otros instrumentos normativos de MINSAL según corresponda.

El acuerdo de las prestaciones a realizar deberá quedar escrito en acta de reunión entre los referentes técnicos del Servicio de Salud y los referentes técnicos de las comunas u a través de otro mecanismo formal de acuerdo. Sin embargo, al ser el proceso de programación operativa un proceso dinámico, éste podrá ser modificado si se requiere a solicitud de la comuna, para tal efecto se podrá solicitar por correo electrónico con la debida fundamentación, la que será revisada y sujeta a aprobación del Servicio de Salud y MINSAL.

Si los acuerdos de prestaciones mínimas a registrar en REM u otro medio de verificación de parte de la comuna no se cumplen se deberá rendir proporcionalmente de acuerdo a las horas o prestaciones efectivamente ejecutadas.

Modificaciones: se podrán solicitar Modificaciones de cláusulas técnicas, financieras y administrativas hasta el 30 de septiembre del año en curso, esto implica que la comuna deberá prever anticipadamente aquellas situaciones que pueden poner en riesgo el cumplimiento de uno o más componentes del convenio.

La solicitud de la Municipalidad será vía oficio al Servicio, indicado el programa y argumentos técnicos que respaldan la solicitud. De no contar con la argumentación técnica se rechazará de plano la solicitud informando a la comuna mediante el medio de comunicación por escrito más expedito, considerándose como no presentada. La aprobación de una solicitud será mediante addendum al Convenio y la dictación de la respectiva Resolución Aprobatoria.

Sin perjuicio de lo anterior, la Municipalidad deberá rendir cuenta de las actividades efectuadas, con los respectivos respaldos documentales que correspondan, de acuerdo a lo establecido en la Resolución N° 30 del año 2015 de la Contraloría General de la República que "Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas". Al respecto dicha Resolución señala en su artículo N° 20 "Las referidas unidades deberán preparar mensualmente una rendición de cuentas de sus operaciones, dentro de los quince (15) días hábiles administrativos siguientes al mes que corresponda, o en las fechas que la ley contemple."

La Municipalidad, quedará obligada en su calidad de ejecutor, a lo siguiente:

- a) Utilizar el SISREC para la rendición de cuentas a que dé lugar el presente convenio, ocupando las funcionalidades que otorga el perfil ejecutor, dando cumplimiento al marco normativo aplicable, incluyendo la preceptiva de la resolución N° 30, de 2015, de la Contraloría General de la República. En relación a lo anterior, el "Servicio" sólo revisará rendiciones a través de SISREC.
- b) Designar a los funcionarios que tengan las calidades de analista ejecutor, encargado ejecutor y su subrogante y ministro de fe en el SISREC.
- c) Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas con documentación electrónica y digital a través del SISREC. Lo anterior incluye, por ejemplo, la habilitación de firma electrónica avanzada del encargado ejecutor, y quién corresponda, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e Internet.
- d) Custodiar adecuadamente los documentos originales de la rendición garantizando su autenticidad, integridad y disponibilidad para las revisiones de la Contraloría General de la República, en el marco de la normativa legal pertinente.
- e) Rendir gastos en forma proporcional a la ejecución técnica del Convenio según define el artículo tercero de este convenio.
- f) Ante un gasto observado por parte del Servicio, la Municipalidad podrá subsanarlo, sólo a través de la plataforma SISREC, dentro de un plazo de 10 días hábiles administrativos contados desde la fecha de devolución de la rendición al organismo ejecutor. De no presentar nuevos antecedentes dentro del plazo indicado, o si éste es presentado en otro medio o formato que no sea SISREC, la Municipalidad deberá necesariamente eliminar el gasto.

Presentados estos nuevos antecedentes, el Servicio de Salud procederá a su revisión y si aún existen gastos que resulten observados, se llevarán los antecedentes a una comisión integrada por el Jefe del departamento Salud o Desam de la Comuna respectiva, encargado del respectivo programa de la Comuna, la Directora (or) de APS, Jefe del Subdepartamento respectivo, el referente del programa y el Asesor jurídico del Servicio de Salud Chiloé, quienes resolverán su aprobación o eliminación.

- c) Revisar los gastos ingresados por la comuna dentro de 20 días hábiles de su presentación y dentro de 10 días hábiles para gastos observados, en la medida que la comuna rinda gastos en forma mensual. El "Servicio" estará obligado a cerrar el proyecto al término del plazo máximo para rendir que en ningún caso podrá ser superior al último día del mes de marzo del año siguiente.

La obligación de rendir cuenta, señalada en el inciso precedente, subsistirá aun cuando la Municipalidad ejecute las actividades, a través de su Corporación de Salud, en cuyo caso la "Municipalidad", deberá arbitrar las medidas administrativas que sean necesarias, para que dicha entidad también le rinda cuenta, tanto de los recursos como de las actividades realizadas.

**SEXTA:** Será de responsabilidad de la "Municipalidad" velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en los diferentes establecimientos de salud. Lo anterior independiente de las atribuciones que le competen al Servicio, en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de eventuales revisiones que pudiese efectuar.

**SÉPTIMA:** Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el valor correspondiente a la parte transferida y no ejecutada, observada o no rendida del programa objeto de este instrumento, deberá ser reintegrado por la "Municipalidad" a la Renta general de la Nacional dentro del mes de enero de 2025 o al cierre del proyecto en SISREC.

Los recursos transferidos a la "Municipalidad" sólo podrán ser destinados para el cumplimiento de las prestaciones mínimas establecidas en el convenio, sin embargo en el caso de que la "Municipalidad" cumpla con lo acordado y optimice el gasto de dichos recursos, los excedentes se podrán utilizar en la realización de las mismas prestaciones dentro de los parámetros establecidos en el programa, que no implique una modificación de cláusulas del convenio ni extensión de su vigencia, lo cual se realizará previa solicitud, vía oficio dirigido al Servicio de Salud, antes del término del año en curso y con la aprobación de éste el cual constará por cualquier medio de comunicación por escrito.

El Servicio de Salud 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.

**OCTAVA:** El presente convenio de transferencias de recursos incluidas las modificaciones que regulen las actividades, acciones y gastos del mismo, tendrá una vigencia hasta el 31 de diciembre del mismo año y extendiéndose la revisión de los gastos hasta la aprobación de la rendición de cuentas, o bien, hasta la restitución de los saldos no ejecutados, no rendidos u observados o rechazados.

El convenio se podrá prorrogar de manera automática en los siguientes términos:

a) De la prórroga automática.

Las partes acuerdan que el presente convenio se prorrogará automática y sucesivamente, siempre que el Programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuesto del Sector Público del año respectivo (siguiente), salvo que las partes decidan ponerle término por motivos fundados.

b) De la vigencia y cómo se formaliza.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo año. Esta prórroga se formalizará mediante Resolución Exenta o la toma de razón de Resolución Afecta del Servicio de Salud la que establecerá las metas y recursos asociados.

c) De la representación por parte del Municipio.

La Municipalidad podrá representar mediante oficio al Servicio la Resolución de prórroga automática dentro de un plazo de 10 días hábiles desde su notificación.