



Ilustre Municipalidad de Dalcahue

APRUEBA CONVENIO “MAS ADULTOS MAYORES

AUTOVALENTES”

SUSCRITO c/SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

DECRETO ALCALDICIO N° 1.876.-

DALCAHUE, 27 de julio del 2026.-

VISTOS: La Resolución Exenta N° 4265 del 9 de abril de 2026 del Servicio de Salud Chiloé; La sentencia de proclamación en la causa rol N°111-2024 del Tribunal Electoral Regional de los Lagos de fecha 30 de Noviembre de 2024 y que declara electa Alcaldesa de Dalcahue a doña Alejandra Villegas Huichamán; los Artículos 2°, 56 y siguientes de la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades, texto refundido.

DECRETO:

APRUÉBASE: En todos sus puntos el “**MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES**” suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Dalcahue, y el Servicio de Salud Chiloé representada por el Director don Eric Gutiérrez Morales y mediante el cual el Servicio de Salud se compromete a transferir a la Municipalidad de Dalcahue durante el año 2026 la suma total de \$43.298.397.- (cuarenta y tres millones doscientos noventa y ocho mil trescientos noventa y siete pesos), en 2 cuotas, siendo la primera cuota correspondiente al 70% del total y asciende a \$30.308.878.- (treinta millones trescientos ocho mil ochocientos setenta y ocho pesos).

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



**SECRETARIA MUNICIPAL
DALCAHUE**



**ALCALDESA DE LA COMUNA
DALCAHUE**



CVG



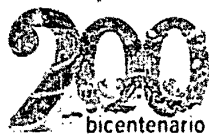
Acceder al documento en línea



CLARA INES VERA GONZALEZ
SECRETARIA MUNICIPAL



MARÍA ALEJANDRA VILLEGAS HUICHAMÁN
ALCALDESA



RESOLUCION EXENTA N° 4265

CASTRO, 09 ABR. 2026

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES: El **Convenio** Más Adultos Mayores Autovalentes, suscrito con fecha 9 de marzo de 2026 entre el **Servicio de Salud Chiloé y la Ilustre Municipalidad de Dalcahue**; Resolución Exenta N° 296 del 05 de marzo de 2026, que aprueba el Programa **Más Adultos Mayores Autovalentes**, Resolución Exenta N° 193 del 13 de febrero de 2026, y que aprueba los recursos 2026 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 lo previsto en la Resolución N° 36 del 2024 de la Contraloría General de la República, y D.E N° 1 del 07 de enero de 2026.

CONSIDERANDO: 1.- Resolución Exenta N° 193 del 13 de febrero de 2026 y que aprueba los recursos 2026 para el Programa. 2.- Que es necesario aprobar y transferir recursos en base al presupuesto 2026, para financiar el Programa de Reforzamiento Más Adultos Mayores Autovalentes, cuyo propósito es Prolongar la utovalencia de las personas mayores para contribuir a mejorar su calidad de vida, mediante el fortalecimiento de capacidades individuales 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 9 de marzo de 2026 entre el **SERVICIO DE SALUD CHILOE** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**, ajustándose a la distribución de recursos establecidos en Resolución Exenta N° 193 del 13 de febrero de 2026 del Ministerio de Salud 5.- 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. **APRUEBASE, "CONVENIO MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES"** suscrito con fecha 9 de marzo de 2026, 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° 193 del 13 de febrero de 2026, del Ministerio de Salud, fondos presupuestarios que ascienden la suma anual y única de \$ **43.298.397.- (cuarenta y tres millones doscientos noventa y ocho mil**

trescientos noventa y siete pesos.) a fin de ejecutar las acciones que se detallan en el Convenio señalado.

2. **TRANSFIERASE**, cuota correspondiente al 70% del total de los recursos del convenio correspondiente a **\$ 30.308.878.-** 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.
3. **SÍRVESE**, el presente documento como suficiente oficio remisor.
4. **IMPÚTASE** el gasto que irroque el cumplimiento de este al ítem 24-03-298 del año 2026.
5. **PUBLÍCASE**, en Portal de Transparencia Activa, del Servicio de Salud Chiloé

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.



D. ERIC GUTIÉRREZ MORALES

Director (S)

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





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

En Castro a 9 de marzo de 2026 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 Directora **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 Alcaldesa **D. María Alejandra Villegas Huichamán**, 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° 296 del 05 de marzo de 2026, del Ministerio de Salud, y sus recursos aprobados mediante Resolución Exenta N° 193 del 13 de febrero de 2026, ambas del Ministerio de Salud.

En el marco de la necesidad de actualizar ciertos aspectos normativos, y con el propósito de optimizar la implementación y eficiencia del Programa, se deja expresamente establecido que se mantienen vigentes las prórrogas automáticas otorgadas de los convenios vistos mediante Res Ex N° 15989 del 26 de diciembre de 2025 del Servicio de Salud Chiloé que prórroga convenios y aprueba transferencia de recursos de Programas de Reforzamiento en rediseño, en los términos señalados en el convenio original.

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://sschl.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:

1. DIAGNÓSTICO

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el marco de la Década del Envejecimiento Saludable 2021–2030, ha relevado la necesidad de fortalecer la capacidad funcional de las personas mayores, promoviendo intervenciones integrales, preventivas y centradas en las personas, que permitan enfrentar los desafíos asociados al aumento sostenido de la longevidad. Estas directrices internacionales orientan a los países a desarrollar estrategias que favorezcan la autonomía, la participación social y la articulación comunitaria como ejes del envejecimiento saludable.

En este contexto, el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, implementado en la Atención Primaria de Salud desde el año 2015, constituye una estrategia promocional y preventiva orientada a personas mayores autovalentes. El programa pretende la mantención y mejora de la capacidad funcional de las personas mayores, junto con el fortalecimiento de la red comunitaria y sociosanitaria para enfrentar el envejecimiento, de acuerdo con las directrices internacionales para el abordaje del envejecimiento y la longevidad, posicionándose como una intervención de carácter sociosanitario con implementación territorial en la red de APS.

La transición demográfica que experimenta el país, junto con las proyecciones de envejecimiento acelerado de la población (INE, CEPAL), refuerzan la necesidad de fortalecer intervenciones preventivas orientadas a retrasar la pérdida de capacidad funcional y la instalación de la dependencia. A 2024, las personas de 60 años y más representan el 19,6% de la población nacional, proyectándose que este grupo supere el 35% al año 2060, lo que plantea desafíos relevantes para la sostenibilidad del sistema de salud y el bienestar de las personas mayores.

La Evaluación de Programas Gubernamentales realizada por la Dirección de Presupuestos el año 2020 analizó el desempeño del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, identificando avances en resultados asociados a la funcionalidad, los estilos de vida saludables y la calidad de vida de las personas mayores participantes, así como la necesidad de fortalecer la focalización de la población objetivo, la articulación territorial e intersectorial y los mecanismos de seguimiento de resultados. En atención a estas recomendaciones, el presente diseño programático refuerza el enfoque preventivo, la conexión social y el posicionamiento de la Atención Primaria de Salud como un espacio clave para la promoción del autocuidado, la mantención de la funcionalidad y la integración comunitaria, orientando la intervención hacia una estrategia de mejora continua e impacto territorial.

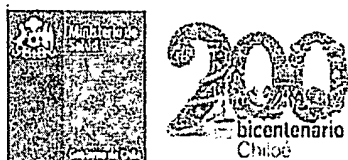
2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

2.1. Problema Principal que el programa intenta resolver:

Pérdida progresiva de la capacidad funcional en personas mayores autovalentes, asociada a la interacción de factores individuales, sociales, ambientales y territoriales, que incrementa el riesgo de dependencia, deteriora la calidad de vida y genera una mayor demanda futura de cuidados de mayor complejidad.

2.2. Justificación de la necesidad del programa:

Se reconoce la autonomía, la participación social y el acceso a los servicios como elementos clave para el bienestar de la población de personas mayores (Sidorenko A., 2014; OMS, 2002). Estos principios forman parte del diseño del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes y, considerando su trayectoria de implementación y el contexto demográfico y social actual del país, requieren ser



fortalecidos y actualizados para su adecuado abordaje por parte de los equipos de Atención Primaria de Salud y los gestores de la red asistencial.

La evidencia disponible ha demostrado que los programas de estimulación con enfoque preventivo y comunitario resultan efectivos para aumentar la longevidad, mejorar el control de condiciones crónicas, prevenir la dependencia y fortalecer la funcionalidad, los estados cognitivos y la autoestima de las personas mayores, contribuyendo a una mejor calidad de vida y permitiendo al sistema de salud actuar de manera preventiva y costo-efectiva. En particular, los programas de ejercicios aeróbicos dirigidos a personas mayores han mostrado efectos positivos en la fuerza y flexibilidad de los miembros superiores, la capacidad aeróbica, el equilibrio y la autoconfianza para la marcha y la movilidad en el entorno comunitario. De forma complementaria, las intervenciones de estimulación cognitiva que integran actividades corporales con componentes lúdicos y sociales han demostrado fortalecer las capacidades psicosociales de las personas participantes, presentando adecuados niveles de aceptación y adherencia (Fuentes M. et al., 2009; Vidarte J. et al., 2012; Rey A. et al., 2011).

Desde una perspectiva de determinantes sociales de la salud, la población de personas mayores presenta un mayor riesgo de disminución de la capacidad funcional, asociado a condiciones individuales, sociales, ambientales y territoriales. A ello se suma la creciente diversidad y complejidad de las necesidades vinculadas al proceso de envejecimiento, lo que exige respuestas diferenciadas, integrales y complementarias por parte del sistema de salud. Este enfoque resulta coherente con el derecho constitucional de acceso a la salud y con los derechos e iniciativas orientadas a ampliar la integración y participación de las personas mayores, promovidas por los convenios internacionales suscritos por el país (DIPRES, Informe Final EPG, 2020).

Asimismo, el Programa reconoce que el debilitamiento de la conexión social constituye un factor relevante en la pérdida de capacidad funcional y en el aumento del riesgo de dependencia en las personas mayores, particularmente cuando se asocia a baja participación comunitaria, menor acceso a redes de apoyo y desvinculación del entorno territorial. En este sentido, resulta necesario relevar la importancia de que las personas mayores se relacionen e interactúen entre sí y con su entorno, incorporando acciones orientadas a fortalecer la vinculación social, la participación comunitaria y el acceso a recursos y activos locales, como parte de una respuesta integral a los factores que inciden en la autonomía y el bienestar en esta etapa del curso de vida. Este abordaje distingue la conexión social de la soledad, entendida como una experiencia subjetiva dolorosa derivada de la brecha entre las conexiones sociales deseadas y las reales, y del aislamiento social, definido como la condición objetiva de contar con relaciones o contactos sociales insuficientes.

Desde una perspectiva de salud pública, el aislamiento social y la soledad han sido caracterizados como riesgos relevantes para la salud de las personas mayores, lo que refuerza la necesidad de fortalecer respuestas desde el sistema sanitario. En coherencia con la agenda Internacional de envejecimiento saludable impulsada por la Organización Mundial de la Salud en el marco de la Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030, el Ministerio de Salud ha reforzado el rol de la Atención Primaria de Salud como un espacio clave para la visibilización y abordaje de esta problemática, integrando la conexión social como un componente del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, orientado a la prevención de la dependencia y a la promoción de un envejecimiento saludable, con personas mayores más vinculadas y conectadas con su entorno.

3. PROPÓSITO

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



4. POBLACIÓN

4.1. Población potencial del programa

Personas de 60 años y más, inscritas en establecimientos de Atención Primaria de Salud del país, que se encuentran en condición de autovalencia, autovalencia con riesgo o riesgo de dependencia, conforme a la clasificación funcional vigente, y que presentan necesidades susceptibles de abordaje mediante intervenciones promocionales y preventivas orientadas a la mantención de la capacidad funcional y la prevención de la dependencia.

4.2. Población objetivo del programa

Personas de 60 años y más, inscritas en establecimientos de Atención Primaria de Salud en los que se ejecuta el programa, que se encuentran en condición de autovalencia, autovalencia con riesgo o riesgo de dependencia, y que son priorizadas para su ingreso efectivo de acuerdo con los criterios técnicos, sanitarios y territoriales definidos en la Orientación Técnica vigente, considerando la capacidad operativa del programa y el enfoque preventivo de la intervención.

- Población a ingresar usuarios para periodo 2026:

COMUNA	POBLACIÓN
Dalcahue	375

4.3 Cobertura Nacional del programa

Año	Población potencial	Población objetivo	Cobertura estimada
2026	2.794.626	200.000	7,1%

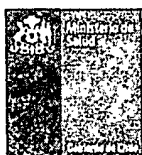
5. ESTRATEGIA

5.1. Componentes

Componente	Descripción
1. Intervención Sociosanitaria Promocional y Preventiva para mantener y/o mejorar la capacidad funcional	Este componente tiene por objetivo contribuir a la mantención y/o mejora de la capacidad funcional de las personas mayores mediante intervenciones grupales de carácter promocional y preventivo, orientadas a la estimulación funcional motora y cognitiva, así como al fortalecimiento de habilidades de autocuidado en salud. Está dirigido a personas mayores derivadas desde los establecimientos de Atención Primaria de Salud, servicios locales, organizaciones sociales de personas mayores, formales e informales, y desde la propia comunidad, priorizando a quienes no han participado previamente en el programa.



	La intervención se desarrolla a través de talleres grupales facilitados por una dupla profesional, con apoyo del equipo de salud y actores locales según las necesidades identificadas, integrando de manera articulada componentes físicos, cognitivos y de autocuidado. El componente considera evaluaciones de ingreso y egreso, mecanismos de seguimiento y una evaluación participativa, y contempla modalidades de implementación flexibles en contextos rurales o zonas aisladas, resguardando el acceso, la pertinencia territorial y la centralidad del cuidado en las personas mayores.
2. Fomento del Autocuidado y Estimulación Funcional en las Organizaciones Sociales y Servicios Locales para el Envejecimiento Saludable	Apunta a reconocer necesidades y capacidades locales mediante un proceso de Capacitación de Líderes Comunitarios para el Autocuidado y Envejecimiento Saludable. Es liderado por la dupla del programa, considera la participación del equipo de APS y del intersector local. Incluye acciones de acompañamiento por parte del equipo del programa a los líderes comunitarios en el marco de los diagnósticos y planes de salud comunitaria vigentes en los establecimientos de APS. Además, en este componente se formulan Planes de Trabajo Intersectorial para el Fomento del Envejecimiento Saludable, en coherencias con los planes de salud comunitaria, tendientes a incorporar las necesidades y requerimientos de las personas mayores en la formalización de 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.
3. Conexión social de personas mayores en los territorios	Este componente tiene por objetivo fortalecer la conexión y cohesión social de las personas mayores en los territorios, promoviendo tanto la vinculación entre personas mayores (redes de pares y apoyo mutuo) como su articulación efectiva con recursos, activos comunitarios y redes locales, como parte del cuidado integral y continuo en la Atención Primaria de Salud. Se orienta a favorecer la Integración social, la participación comunitaria y la equidad en el acceso a servicios, contribuyendo a la mantención y sostenibilidad de los aprendizajes fortalecidos en los componentes anteriores. Para ello, se promueve la identificación, articulación y recomendación social de activos comunitarios disponibles en los territorios, tales como organizaciones sociales, espacios comunitarios, iniciativas locales y servicios intersectoriales



	relevantes para las personas mayores, así como el desarrollo y fortalecimiento de espacios grupales y comunitarios que favorezcan la interacción, el apoyo entre pares y el sentido de pertenencia, integrándolos de manera habitual en las estrategias de promoción y participación en la Atención Primaria de Salud.
--	--

5.2. Estrategias de Intervención

El programa Más Adultos Mayores Autovalentes (Más AMA) corresponde a una intervención promocional y preventiva dirigida a personas de 60 años y más, implementada mediante el trabajo de una red de equipos profesionales que intervienen a las personas mayores, sus comunidades y las redes de servicios locales. La estrategia aborda de manera integral los distintos aspectos involucrados en la capacidad funcional, tales como la práctica de actividad física, la prevención de caídas, la estimulación cognitiva, el fortalecimiento de habilidades de autocuidado, la promoción de estilos de vida saludables y el fortalecimiento de la conexión social, tanto a través de la vinculación entre personas mayores como mediante el acceso a estrategias y recursos locales. De este modo, se contribuye al fortalecimiento de las capacidades individuales, organizacionales e intersectoriales para enfrentar el envejecimiento y la vejez, considerando las características de cada territorio y los intereses de las personas participantes.

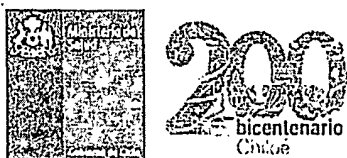
Asimismo, el programa contempla el trabajo articulado con organizaciones sociales, servicios locales y la comunidad en general para la promoción del envejecimiento saludable, fortaleciendo la inserción territorial de las personas mayores y su participación en espacios colectivos significativos. Este enfoque contribuye a la generación y sostenibilidad de vínculos sociales, al sentido de pertenencia y a la continuidad del cuidado, reforzando el rol de la Atención Primaria de Salud como articuladora del cuidado integral en el territorio.

El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes corresponde a un Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud, 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. Debe ser conformada por un/a Kinesiólogo/a y un/a Terapeuta Ocupacional.

En este marco, el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, como parte de la Atención Primaria de Salud, contribuye a facilitar la vinculación de las personas mayores con su establecimiento de APS, apoyando el acceso oportuno a controles, prestaciones y rutas de cuidado según las necesidades identificadas durante el proceso de intervención. A través del acompañamiento de las duplas ejecutoras, el programa favorece la continuidad, pertinencia y oportunidad de la atención, especialmente en aquellos casos en que existía una desvinculación previa o ausencia de contacto regular con el sistema.

Cada establecimiento de APS que desarrolle el programa debe facilitar la integración de la estrategia dentro del equipo y la cartera de prestaciones asociadas a la atención de la población mayor, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS).

Para favorecer el cumplimiento de los componentes y sus respectivas estrategias de intervención (incluyendo criterios de ingreso y egreso, ciclos de ejecución, articulación intersectorial, etc), la presente resolución será complementada con la entrega de orientaciones técnicas por parte de la División de Atención Primaria de Salud (DIVAP).



6. COMPLEMENTARIEDADES

6.1. Complementariedades internas

MAIS/ECICEP: La participación de las personas mayores en APS y en el Programa Más AMA se complementa con el MAIS/ECICEP tanto desde la contribución a la construcción y/o actualización de Planes de Cuidado Integral Consensuados, como en el fortalecimiento de capacidades para el autocuidado y automanejo, y además en lo que respecta a la pesquisa de personas mayores que reúnen el perfil para ingresar a la ECICEP. Todos estos elementos deben plasmarse en el esquema de cuidado integral, producto del componente 1.

Programa Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa y Cuidadores (PADDS): Considerando que existen cuidadores que no pueden participar por su rol en los talleres presenciales del Programa en forma continua, se implementarán las medidas para adaptar la intervención en complementariedad con el programa PADDS.

Medicinas Complementarias y Prácticas para el Bienestar de la Salud: De acuerdo con el nivel de desarrollo de este ámbito en cada territorio, se podrán complementar las acciones para la educación y acercamiento de las personas mayores y los equipos del programa en prácticas de bienestar para la salud, según disponibilidad a nivel local e intereses de las personas mayores.

6.2. Complementariedades externas

Programa Vínculos Subsistema Seguridad y Oportunidades: De acuerdo con la Resolución Exenta N°677 de 5 de septiembre de 2022, del Ministerio de Desarrollo Social y Familia y el Ministerio de Salud que formaliza este convenio, se debe coordinar y optimizar acciones entre ambas instituciones, facilitando el acceso preferente de personas mayores del Subsistema Seguridades y Oportunidades a seis Programas de Refuerzo a la Salud Primaria (PRAPS), incluido el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes. Para el desarrollo de este convenio se considera el liderazgo y asistencia técnica de encargados de ambas estrategias en los diferentes niveles: central, regional, de Servicios de Salud y comunal. Las medidas a desarrollar se encuentran contenidas en la Orientación Técnica de coordinación Más AMA- Vínculos, comunicada a la red mediante el Ordinario C-51 N° 517/2025 y sus posteriores actualizaciones.

Sistema Elige Vivir Sano: Este sistema intersectorial del Ministerio de Desarrollo Social y Familia promueve hábitos y estilos de vida saludables para mejorar la calidad de vida, a través de iniciativas que fomentan la alimentación saludable, actividad física, vida al aire libre y vida en familia e incluye al Programa Más Adultos Mayores dentro de la oferta programática. La complementariedad se asocia a las acciones de difusión, educación y participación de las personas mayores.

Servicios Locales: A nivel local y en el marco de mejorar la integración entre servicios destinados a personas mayores se requiere promover procesos de coordinación e integración, entre los que destacan la formulación de Planes Intersectoriales con Oficina de Personas Mayores, Centros Diurnos, ELEAM donde residan personas mayores autovalentes, estrategias deportivas, recreativas, entre otras.



7. INDICADORES

7.1. Indicadores de propósito

Nombre Indicador	Fórmula de cálculo	Meta	Medio Verificación	Peso relativo
% de población de 60 años y más participante del programa que mantiene o mejora su capacidad funcional.	$(\text{N}^\circ \text{ de personas egresadas del programa que completan ciclo de intervención y que mantienen o mejoran su capacidad funcional según (TUG) / N}^\circ \text{ de total personas que egresan que completan ciclo de intervención del programa}) \times 100$	70% (corte agosto) 80% (corte diciembre)	REM	25

7.2. Indicadores por componentes

Componentes	Nombre Indicador	Fórmula de cálculo	Meta	Medio Verificación	Peso relativo
1	% de población de 60 años y más en control en Centro de Salud, Ingresados que completan ciclo del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	$(\text{N}^\circ \text{ de personas que egresan completando ciclo del programa}) / (\text{N}^\circ \text{ de personas definidas por meta del programa para el año}) \times 100$	50% (corte agosto) 80% (corte diciembre)	REM	25
2	Porcentaje de Servicios Locales que desarrollan Planes Intersectoriales con el Programa Más AMA	$(\text{N}^\circ \text{ de Servicios Locales con Planes Intersectoriales para el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo junto al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en desarrollo en el período/Servicios Locales con oferta programática para personas mayores (total o parcial) en el período}) \times 100$	20% corte agosto 40% corte diciembre	REM	20

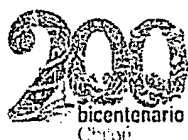


2	Porcentaje de organizaciones con líderes comunitarios capacitados por el Programa Más AMA	(Nº Organizaciones con Líderes Comunitarios Capacitados por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período/Organizaciones ingresadas al Programa de Estimulación Funcional del programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período) x100	20% corte agosto 40% corte diciembre	REM	20
1	Porcentaje de personas participantes que presentan mejoría en su salud y bienestar integral.	(Nº de personas mejoran en al menos un dominio del bienestar integral en salud según WHO 5 o encuesta DIVAP post intervención/ Nº total de personas evaluadas pre y post intervención en el programa) x100	Línea Base	Reporte Local (diferenciado por sexo, género y edad)	5
2 y 3	Porcentaje de personas mayores que quedan vinculadas a activos u organizaciones comunitarios posterior al egreso del programa	(Nº de personas participantes del programa que, a los 3 meses o posterior al egreso, participan de activos u. organizaciones comunitarias / Total de personas mayores egresadas del programa en el período) x 100	Línea Base	Reporte Local-Reporte Servicio de Salud (diferenciado por sexo, género y edad)	5

8. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El seguimiento y evaluación del Programa tiene por objetivo garantizar la correcta ejecución técnica, administrativa y financiera del mismo, así como el cumplimiento de las metas comprometidas y la calidad de las intervenciones desarrolladas en los territorios. El proceso de monitoreo se orienta a promover la mejora continua, la transparencia en la gestión y la rendición de cuentas entre los distintos niveles de implementación: comunal, Servicio de Salud y Ministerio de Salud.

El proceso de monitoreo se realizará dos veces en el año, con cortes al 31 de agosto y 31 de diciembre, emitiendo informes de avance técnico y financiero. Cada comuna deberá enviar sus reportes al Servicio de Salud respectivo, el cual consolidará la información y la remitirá al Ministerio de Salud antes del 15 de agosto de cada año y del 15 de enero del año siguiente.



Los Informes deberán incluir el estado de ejecución física y financiera del programa, el avance en el cumplimiento de los componentes, productos, metas e indicadores, las principales acciones de articulación territorial e intersectorial desarrolladas y las observaciones de la comunidad.

El proceso de evaluación se efectuará en dos etapas anuales, considerando tanto el avance técnico como el cumplimiento financiero:

Primera evaluación (corte al 31 de agosto):

Las comunas deberán informar, mediante planilla consolidada, el estado de avance de la ejecución técnica y financiera del convenio, las acciones desarrolladas, los indicadores alcanzados y las dificultades detectadas.

Con base en esta evaluación, se efectuará la reliquidación de la segunda cuota (20%) en el mes de octubre, aplicando los criterios definidos por el Ministerio de Salud.

Porcentaje de cumplimiento de metas	Porcentaje de descuento de recursos 2º cuota del 20%
60% o más	0%
Entre 50% y 59,9%	25%
Entre 40% y 49,9%	50%
Entre 30% y 39,9%	75
Menos del 30%	100%

El incumplimiento de las metas comprometidas dará lugar a la reliquidación de los recursos asignados.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento de las metas, la comuna podrá solicitar a la Dirección del Servicio de Salud la no reliquidación del programa, adjuntando los antecedentes de respaldo y un Plan de Trabajo Correctivo con cronograma actualizado de cumplimiento. El Servicio de Salud evaluará la solicitud y remitirá los antecedentes al Ministerio de Salud, que resolverá la petición.

El Servicio de Salud deberá reportar los antecedentes solicitados según se establezca en la Orientación Técnica relativas al avance y logro de productos por componentes y complementariedades con fecha tope 15 de septiembre.

Segunda evaluación (corte al 31 de diciembre):

Los Servicios de Salud deberán realizar la evaluación final del programa al cierre del año calendario, verificando el cumplimiento de metas técnicas, financieras y de participación comunitaria.

Las comunas deberán presentar la rendición financiera y el informe final de evaluación técnica, ambos requisitos indispensables para el cierre del ejercicio presupuestario y la continuidad del programa.

El Servicio de Salud deberá reportar los antecedentes solicitados según se establezca en la Orientación Técnica relativas al avance y logro de productos por componentes y complementariedades con fecha tope 15 de enero del año siguiente.



El no cumplimiento de las actividades y metas anuales, así como el comportamiento financiero en cuanto a la correcta ejecución y la rendición de los recursos a través del Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas (SISREC) y Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE), según corresponda, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

En el caso de existir recursos disponibles, una vez cumplidas las metas comprometidas, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud, la autorización para la adquisición de insumos que permitan mejorar las acciones contempladas en el Programa, dentro del año presupuestario.

9. FINANCIAMIENTO

a) 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 con el marco presupuestario asignado.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos, metas y prestaciones a los establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación.

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

Los recursos involucrados en el programa serán transferidos en forma duodecimal desde la total tramitación de la resolución que asigna los recursos.

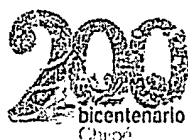
b) Establecimientos de dependencia Municipal

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 con el 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, la primera cuota correspondiente al 80% a la total tramitación del acto aprobatorio, y el



20% restante, de acuerdo con los resultados de la evaluación con corte al 31 de agosto, la cual se aplicará a los recursos asociados, transferidos al 31 de octubre.

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.

Disposiciones comunes

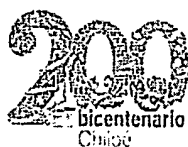
Se podrá incorporar en estos convenios, tanto para establecimientos con dependencia municipal como de Servicio de Salud, una cláusula que permita su prórroga automática, siempre que el programa de salud a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del Sector Público 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:

El financiamiento del Recurso Humano, los materiales y otros costos asociados para las actividades se incluye dentro de los ítems detallados a continuación los que deben ser explicitados en los convenios de los Servicios de Salud en el Convenio Tipo a utilizar incorporado en la Orientación Técnica.

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. El Programa financia el funcionamiento continuo para la atención durante los 12 meses del año. 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.

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.

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.

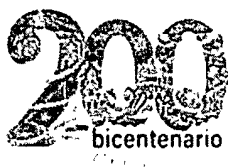
Movilización: Ítem destinado para apoyar a comunas y establecimientos en la movilización e informados en la distribución de recursos. Para financiar los gastos asociados a la movilización de la dupla en terreno y el apoyo de la movilización de personas mayores participantes del programa de sectores aislados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

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 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.

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.

Modificaciones: se podrán solicitar Modificaciones de cláusulas técnicas, financieras y administrativas hasta los 5 primeros días hábiles 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. Dichas modificaciones, en términos financieros, sólo aplican a la segunda y/o tercera cuota o duodécimos, pendientes de transferir.



La solicitud de la Municipalidad, debe ingresar al Servicio en el plazo ya definido, vía oficio al Servicio o correo electrónico por parte del Jefe(a) de Salud comunal indicado el programa y argumentos técnicos que respaldan la solicitud. De utilizar como medio de envío el correo electrónico se debe enviar al correo informado por oficio del Servicio de Salud. De no contar con la argumentación técnica se rechazará de plano la solicitud, considerándose como no presentada, lo que se informará a la comuna por escrito, mediante el medio de comunicación más expedito. La aprobación de una solicitud será mediante addendum al Convenio y dictación de la respectiva Resolución Aprobatoria.

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.

Del personal

Los contratos del personal que se vayan a celebrar para el cumplimiento de los objetivos del convenio, así como su calidad jurídica, se ajustarán a las profesiones definidas en el programa de reforzamiento, orientaciones técnicas y el presente convenio, en el marco de la Ley 19.378 del Estatuto de la Atención Primaria de Salud Municipal, esto es contratos a plazo fijo e indefinido, reglamentos, leyes complementarias, leyes de aplicación supletoria, esto es, honorarios bajo Ley N° 18.883.

De los plazos

Los plazos definidos en el presente instrumento, y que afecten a la Municipalidad, tendrán por regla general el carácter de fatales; salvo aquellas que se refieren a la presentación de planes de gastos o modificaciones, que podrán excepcionalmente ser considerados, cuando se fundamenten en circunstancias o consideraciones de caso fortuito o fuerza mayor lo que será evaluado y sancionado por la Dirección de Servicio (o Subdirección de APS), previo informe del Departamento Jurídico del Servicio de Salud.

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	\$ 43.298.397.- cuarenta y tres millones doscientos noventa y ocho mil trescientos noventa y siete pesos..	Primera cuota	\$ 30.308.878.- ✓	70	Contra la aprobación del convenio mediante resolución.
		Segunda cuota	\$ 12.989.519.- ✓	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, no obstante, por razones de buen servicio, se entiende que éste se ha iniciado a partir del 1° de enero de 2026, fecha anterior a la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, considerando el artículo 52 de la Ley N° 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.				
Ingreso a SISREC	Este Convenio se ingresará a SISREC como Proyecto por el monto total en el caso de no ser definido por componentes, en cuyo caso, se ingresan tantos proyectos como componentes se definan.				

Toda transferencia de recursos está sujeta a la disponibilidad presupuestaria del Servicio y se hace presente que de conformidad al inciso 2 del artículo N°18 de la Resolución N° 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.26 de la actual Ley de Presupuesto de la Nación Nro.21.722 del año 2026 o según defina la Ley de Presupuesto del año en ejecución teniendo en consideración que el presente convenio estable la posibilidad de prórroga automática.

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.

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) Quienes rindan gastos en una rendición de cuentas deberán ajustar su actuar por iniciativa propia en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación y rapidez de los trámites en que intervengan. Lo anterior en consideración al Artículo N°8 de la Ley N° 18.575 LEY ORGANICA CONSTITUCIONAL DE BASES GENERALES DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO y lo que disponga la LEY DE PRESUPUESTOS DEL SECTOR PÚBLICO correspondiente al año de los convenios suscritos.

Respecto a los plazos de rendición de cuentas, entrega de la rendición al Servicio, quienes rindan gastos, en una rendición de cuentas, se ajustarán a la Resolución Exenta N°30/2015 de la Contraloría General de la República en lo que respecta a la rendición mensual proporcional la que debe reflejar la ejecución técnica del convenio y la transferencia de recursos desde el Servicio de Salud; teniendo presente que la plataforma de rendiciones de Contraloría "SISREC" este operativa permanentemente durante la ejecución del convenio; en base a lo indicado, las partes acuerdan que ante un gasto observado por parte del Servicio, la Municipalidad podrá subsanarlo, sólo a través de la plataforma SISREC, además, quienes rindan gastos en una rendición de cuentas deberán ajustar su actuar por iniciativa propia en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación y rapidez de los trámites en que intervengan. Lo anterior en consideración al Artículo N°8 de la Ley N° 18.575 LEY ORGANICA CONSTITUCIONAL DE BASES.



Ante un gasto observado por parte del Servicio, la Municipalidad podrá subsanarlo, sólo a través de la plataforma SISREC, presentando los antecedentes requeridos. Presentados estos 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.

El Servicio, quedará obligado en su calidad de otorgante, a lo siguiente:

a) Designar a los funcionarios para perfilarse en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de encargado y analista otorgante.

b) Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas del proyecto con documentación electrónica y digital a través del SISREC durante el período de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para la ejecución del proyecto. Lo anterior incluye, por ejemplo, la habilitación de firma electrónica avanzada del encargado otorgante y su subrogante, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e Internet.

c) Quienes revisen gastos en una rendición de cuentas deberán ajustar su actuar por iniciativa propia en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación y rapidez de los trámites en que intervengan. Lo anterior en consideración al Artículo N°8 de la Ley N° 18.575 LEY ORGANICA CONSTITUCIONAL DE BASES GENERALES DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO y lo que disponga la LEY DE PRESUPUESTOS DEL SECTOR PÚBLICO correspondiente al año de los convenios suscritos.

Respecto a los plazos de revisión de gastos, quienes revisen gastos en una rendición de cuentas, ante un gasto observado por parte del Servicio y presentada por parte de la Municipalidad su corrección deberá ajustar su actuar por iniciativa propia en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación y rapidez de los trámites en que intervengan. Lo anterior en consideración al Artículo N°8 de la Ley N° 18.575 LEY ORGANICA CONSTITUCIONAL DE BASES GENERALES DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO y lo que disponga la LEY DE PRESUPUESTOS DEL SECTOR PÚBLICO correspondiente al año de los convenios suscritos.

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 2026 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 día hábiles desde su notificación.

d) Constancia.

Se deja constancia que las metas y recursos financieros entregados en el año en curso, deben estar ejecutados al 31 de diciembre de dicho año. Se entiende que la prórroga automática se refiere a la continuidad del programa en relación de la ejecución técnica y financiera del marco presupuestario del año siguiente, con el fin de dar inicio las prestaciones o actividades que requieren continuidad a partir del 1 de enero del año siguiente.

NOVENA: El Servicio y la Municipalidad incorporarán al presente Convenio el Anexo: "Plan de Gastos", que se entiende forma parte integrante del convenio, y la Información contenida en el será la utilizada para revisar la pertinencia sanitaria de los gastos. Por otra parte, la revisión financiera de los gastos está regulada por la Resolución N° 30/2015 de la Contraloría General de la República en el "TÍTULO I. NORMAS GENERALES".

Para que exista acuerdo de voluntades respecto del Plan de Gastos y sus eventuales modificaciones, la Municipalidad y el Servicio definirán su contenido conforme al procedimiento establecido por el Servicio de Salud para la elaboración, tramitación y aprobación de dicho Instrumento. Dicho acuerdo se formalizará mediante resolución del Servicio de Salud, garantizando su validez, formalidad y aplicación transversal en todas las comunas.

El procedimiento señalado contendrá las etapas, medios de comunicación y mecanismos de validación correspondientes, y será aprobado mediante resolución del Servicio de Salud. Este podrá ser actualizado o modificado por dicho Servicio mediante el mismo acto administrativo, sin requerir la modificación del presente convenio, manteniendo su vigencia mientras se encuentre vigente la resolución que lo aprueba.

Las partes acuerdan que toda modificación al procedimiento o al proceso de elaboración del Plan de Gastos será igualmente formalizada mediante resolución del Servicio, asegurando la debida información y aplicación uniforme en todas las comunas.

Sin perjuicio de lo anterior, y con el objeto de resguardar la continuidad del servicio y la correcta tramitación administrativa del convenio, la Municipalidad podrá remitir el Plan de Gastos y/o sus modificaciones mediante oficio u ordinario, cuando no sea posible su tramitación a través de los medios establecidos en el procedimiento aprobado por el Servicio de Salud.



Se deja expresamente estipulado que la no presentación o acuerdo o aprobación de un plan de gastos faculta al "Servicio" a utilizar el Plan de Gastos elaborado por éste, el que se informará a la comuna por la vía escrita más expedita posible. El Plan de Gastos podrá ser modificado durante la vigencia del convenio por parte del Servicio de ser necesario ajustar aspectos sanitarios del mismo.

El plazo máximo para modificar un Plan de Gastos es hasta los 5 primeros días hábiles de septiembre del año en curso. Dichas modificaciones, en términos financieros, sólo aplican a la segunda y/o tercera cuota o duodécimos, pendientes de transferir.

DÉCIMA: En el evento de que el presente convenio se vea beneficiado, con mayores recursos de los indicados en el presente instrumento, se procederá a confeccionar el respectivo addendum y se mantendrán o fijarán nuevas fechas para modificaciones al convenio y/o plan de gasto, según sea el caso. Un addendum al Convenio y la respectiva Resolución Aprobatoria, de estar sujeto a control previo de legalidad, será enviado al Órgano de Control, Contraloría, para su examen de juridicidad.

DÉCIMA PRIMERA: El presente convenio se firma en 3 ejemplares, quedando dos en poder del Servicio y uno en la "Municipalidad".

DÉCIMA SEGUNDA: La personería de D. María Alejandra Villegas Huichamán por la Ilustre Municipalidad de Dalcahue, en su calidad de Alcaldesa, consta en el Decreto Alcaldicio N° 2.894 del 06 de diciembre de 2024.

D. MARÍA ALEJANDRA VILLEGAS HUICHAMÁN

ALCALDESA

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE



D. ERIC GUTIÉRREZ MORALES

DIRECTOR (S)

SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

Dirección/Jurídica/Dirección APS/Jefe Subdepto/Referente/SGO/cmv

