



I. Municipalidad de Dalcahue

APRUEBA CONVENIO c/SERVICIO DE SALUD

"MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES"

DECRETO ALCALDICIO N° 1.165.-

DALCAHUE, 17 de abril del 2025.-

VISTOS: La Resolución Exenta N° 2610 del 19 de marzo de 2025 del Servicio de Salud Chiloé; la Resolución del Tribunal Electoral Regional de Los Lagos, Causa Rol 111-2024, que declara electa alcaldesa de la comuna a doña Alejandra Villegas Huichamán; los Artículos 1°, 2°, 8°, 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 la sra. Alcaldesa doña Alejandra Villegas Huichamán y el Servicio de Salud Chiloé, representado por su Director Subrogante don Eric Gutiérrez Morales y mediante el cual el Servicio de Salud transfiere a la Municipalidad de Dalcahue la suma total de \$42.831.201.- (cuarenta y dos millones ochocientos treinta y un mil doscientos un pesos), en dos cuotas, siendo la primera cuota correspondiente al 70% del total y asciende a \$29.982.121.- (veintinueve millones novecientos ochenta y dos mil ciento veintiun pesos) previa verificación del cumplimiento de la Resolución 30/2015.

ANOTESE, COMUNIQUESE, Y ARCHIVASE



SECRETARIA MUNICIPAL



ALCALDESA DE LA COMUNA



MAB



I. Municipalidad de Dalcahue

DALCAHUE

DALCAHUE



MAB





MARÍA ALEJANDRA VILLEGAS HUICHAMÁN
ALCALDESA



CLARA INES VERA GONZALEZ
SECRETARIA MUNICIPAL

RESOLUCION EXENTA N° 26 12**CASTRO, 19 MAR. 2025**

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES: El **Convenio Más Adultos Mayores Autovalentes**, suscrito con fecha 20 de febrero de 2025 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° 168 del 18 de febrero de 2025, y 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° 36 del 2024 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° 168 del 18 de febrero de 2025 y que aprueba los recursos 2025 para el Programa. **2.-** Que es necesario aprobar y transferir recursos en base al presupuesto 2025, 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 2025 entre el **SERVICIO DE SALUD CHILOE** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**, ajustándose a la distribución de recursos establecidos en Resolución Exenta N° 168 del 18 de febrero de 2025 del Ministerio de Salud **5.-** Que, en base a lo razonado anteriormente se debe necesariamente dejar sin efecto la Resolución Exenta N° 2141 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 2025, 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° 168 del 18 de febrero de 2025, del Ministerio de Salud, fondos presupuestarios que ascienden la suma anual y única de **\$42.831.601.- (Cuarenta y dos millones ochocientos treinta y un mil**

- seiscientos un pesos)** a fin de ejecutar las acciones que se detallan en el Convenio señalado.
2. **DEJESÉ SIN EFECTO**, Resolución Exenta N° 2141 del 10 de abril de 2024 que aprueba convenio suscrito del 20 de febrero de 2024, del Servicio de Salud Chiloé.
 3. **TRANSFIERASE**, cuota correspondiente al 70% del total de los recursos del convenio, correspondiente a \$29.982.121.- 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 remisor.
 5. **IMPÚTASE** el gasto que irroque el cumplimiento de este al ítem 24-03-298 del año 2025.
 6. **PUBLÍCASE**, en Portal de Transparencia Activa, del Servicio de Salud Chiloé

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.



D. MARCELA GÁRCAMO 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



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

En Castro a 20 de febrero de 2025 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 (S) **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° 34 del 14 de enero de 2025, y sus recursos aprobados mediante Resolución Exenta N° 168 del 18 de febrero de 2025, ambas 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://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. ANTECEDENTES

El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, implementado en la atención primaria desde el año 2015, constituye una de las principales estrategias destinadas al fortalecimiento de las acciones promocionales y preventivas siendo reconocida como una intervención de carácter socio-sanitario que ha impulsado el desarrollo de procesos de mejora a nivel local, en términos de gestión de la red de salud e intersectorial, de intervención comunitaria en salud y de participación social para personas mayores. Pretende la mantención y mejora de la capacidad funcional de personas mayores autovalentes y el fortalecimiento de la red comunitaria y socio-sanitaria para enfrentar el

envejecimiento, de acuerdo con las directrices internacionales para el abordaje del envejecimiento y la longevidad.

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 uno relevante dentro de la sociedad, considerando los diversos factores que inciden en la etapa de envejecimiento además de la magnitud de personas mayores. Al 2024 según reporte de la CEPAL, la población de personas de 60 años y más alcanza el 19,6% de la población chilena, estableciéndose un crecimiento sostenido y acelerado de este grupo que proyecta supere el 35% en el año 2060, ubicando a nuestro país como uno de los más envejecidos de la región.

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. 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.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), mediante el impulso de la Década de Envejecimiento Saludable (2021-2030) invita a trabajar en forma colaborativa para mejorar la capacidad funcional para el 2030, considerando la participación de las personas mayores desde el comienzo. 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, intervenciones comunitarias e intersectoriales, con enfoque promocional de salud, preventivo de pérdida de capacidad funcional con efectos positivos en aumentar la longevidad activa, prevención de la dependencia, mejora de los estados cognitivos, y fomento del 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 10 años de iniciado, precisan algunos ajustes en el diseño para su abordaje por parte de los equipos de atención primaria y los gestores de red.

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).

Por las determinantes sociales que inciden en el nivel de salud de los individuos y las comunidades, la población de personas mayores tiene riesgos de disminución de capacidad funcional. 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 (DIPRES, Informe FINAL EPG, 2020).

Puesto que la capacidad funcional, 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, actividades y productos.

2. 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.

Población a Ingresar: La población total comprometida a Ingresar durante el año 2025, corresponde a **350 personas mayores**.

3. OBJETIVOS

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 saludable.
4. Fortalecer las competencias de gestión, técnicas y sanitarias de los Servicios de Salud y de los equipos de atención primaria vinculados a la atención de personas mayores.

4. RESUMEN DEL PROGRAMA

El programa Más Adultos Mayores Autovalentes (Más AMA) 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 las redes de servicios locales, 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, estilos de vida saludable, y acceso a estrategias locales, mejorando así la capacidad individual, organizacional e intersectorial para enfrentar el envejecimiento y la vejez, considerando, además, las características de cada localidad donde se implementa y los intereses de los participantes.

El Más AMA 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: Kinesiólogo y Terapeuta Ocupacional u otro Profesional de Salud capacitado en caso de demostrarse que no existe disponibilidad del recurso humano señalado. En caso de no existir disponibilidad de Terapeuta Ocupacional, el profesional de salud que se integra a la dupla debe contar con formación de pregrado y/o post grado acorde a sus funciones a realizar en el programa.

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, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS). Para lograr lo anterior, cada centro de salud debe contemplar actividades de difusión y coordinación al interior de los equipos de sector y transversales, que faciliten a la dupla del Más AMA integrarse al equipo de salud. Se espera que cada dupla pueda participar en las reuniones del 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. Las actividades de los componentes del Más AMA deben ser incluidas dentro de la planificación de cada centro y consideradas dentro de los avances para la implementación del MAIS. El Programa Más AMA Se desarrolla mediante 3 Componentes:

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, dirigidos a 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 tanto formales como informales.

Componente 2 del Programa: Fomento del Autocuidado y Estimulación Funcional en las Organizaciones Sociales y Servicios Locales para el Envejecimiento Saludable

Entrega un proceso de diagnóstico de redes locales para personas mayores (organizaciones sociales y servicios locales) y un proceso de diagnóstico participativo parcial conducente al levantamiento de necesidades de las personas mayores participantes del programa para su autocuidado y estimulación funcional, el que culmina con el diseño y ejecución del Plan de Capacitación de Líderes Comunitarios del Programa. Este Plan es liderado por la dupla del programa, considera la participación del equipo de APS y del Intersector local. Busca fortalecer las habilidades y competencias en envejecimiento saludable, para que los grupos de personas mayores, mediante el trabajo de los Líderes Comunitarios den continuidad al desarrollo de actividades para su Envejecimiento Saludable, Incluye además acciones de acompañamiento por parte del equipo del programa a los líderes comunitarios.

En conjunto con lo anterior, en este componente se formulan Planes de Trabajo Intersectorial para el Fomento del Envejecimiento Saludable, 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.

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. Entrega también acompañamiento técnico y de gestión a los Referentes de los Servicios de Salud, fortaleciendo las competencias sanitarias, organizacionales y de liderazgo 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.

Incorporación del Más AMA en los cuidados integrales para personas mayores (MAIS/ECICEP)

El Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitario, entendido como "un Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión,

se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios" [MINSAL, 2013. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario], además, el Modelo entrega lineamientos - ejes de acción que contribuyen a avanzar hacia mayores niveles de equidad, accesibilidad y aceptabilidad de la población, guiados por los principios irrenunciables definidos como Integralidad; Continuidad del Cuidado y Atención Centrada en la Persona.

En este marco, se desarrolla la Estrategia de Cuidado Integral Centrada en La Persona (ECICEP), la cual contribuye a fortalecer la implementación del Modelo de Atención y pone su foco en la Promoción y Prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, un tema de alta relevancia para la salud pública del país y que principalmente afecta a personas mayores, campo de acción para los equipos que trabajan con personas mayores, quienes además, tienen como misión promover el ejercicio de la Autonomía, Dignidad, Identidad y Promoción de la Independencia, mediante la planificación consensuada del cuidado y el abordaje integral y centrado en la persona mayor.

La participación de las personas mayores en APS y en el Programa Más AMA debe estar integrada como actividad actual o a recomendar en la construcción y/o actualización de Planes de Cuidado Integral Consensuado (MAIS/ECICEP), de acuerdo con los objetivos que logren consensuar el equipo de salud y la persona mayor. Al mismo tiempo, teniendo en consideración el rol educativo y de fomento de hábitos saludables presente en el Programa Más AMA, participar en el programa contribuye al autocuidado y automanejo de personas mayores con y sin condiciones crónicas, apuntando al fortalecimiento de capacidades individuales y comunitarias para el envejecimiento. Por otra parte, según programación local el Programa Más AMA puede también contribuir a la pesquisa de personas mayores que reúnen el perfil para ingresar a MAIS/ECICEP. Todos estos elementos deben plasmarse en el esquema de cuidado integral, producto del componente 1.

Resulta fundamental que los equipos que trabajan en cuidado integral de personas mayores conozcan la caracterización de su población, teniendo en consideración por una parte la estratificación que entrega MAIS/ECICEP, la red comunal de protección social y otros elementos sociales de la población, tales como: su historia, nivel socioeconómico, nivel educacional, actividades y roles desarrollados por las personas mayores en sus comunidades. Es importante incorporar en la identificación de las personas mayores a quienes pertenezcan a pueblos originarios, migrantes, quienes se encuentren en territorios aislados, presenten soledad involuntaria, o ejerzan otros roles de mayor riesgo como las personas cuidadoras.

La pertinencia cultural en la atención de salud para personas mayores en el programa Más AMA, debe contribuir a la identificación de las personas indígenas y no indígenas. Como resultado del reconocimiento de la diversidad cultural de la población, las actividades y acciones que se planifiquen nos permitirán valorar los procesos de envejecimiento según la realidad sociocultural y de esa forma, generar los ajustes a los talleres y promover su participación en el fortalecimiento individual, colectivo e intersectorial para abordar el envejecimiento.

La participación e inclusión de las personas mayores, como de sus organizaciones representativas, es una estrategia esencial para fortalecer una red de cuidados comunitarios, multisectoriales e institucionales que forman parte del proceso de elaboración de los planes de trabajo de salud comunitaria de los establecimientos de APS en el contexto de la certificación del MAIS.

5. COMPLEMENTARIEDADES DEL PROGRAMA

5.1. Convenio Ministerio de Salud Programa Más AMA- Ministerio de Desarrollo Social y Familia Programa Vínculos

De acuerdo con la Resolución Exenta N°677 de 5 de septiembre de 2022, entre el 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. Entre las medidas a desarrollar a nivel comunal se encuentran las siguientes:

5.1.1. Medidas a desarrollar en el corto plazo, dentro de los primeros 6 meses de coordinación:

Se deberá difundir, planificar y monitorear las acciones descritas en los ejes de intersectorialidad, promoción y participación, incorporando propuestas colaborativas para el desarrollo de las siguientes medidas asociadas al convenio dentro de un periodo de 6 meses:

- a. Formulación del Plan de Trabajo Intersectorial Más AMA-Vínculos:** Contiene los elementos básicos de un Plan de Trabajo (Objetivos, Actividades, Responsables, Evaluación, Recursos, otros) para dar cumplimiento a las acciones descritas para los ejes del programa. Tiene en consideración los niveles de desarrollo de ambos programas en el territorio y propone acciones en el corto, mediano y largo plazo.
- b. Convocatoria por parte del Programa Vínculos al Programa Más AMA para participar en los Comités Intersectoriales de Protección Social:** Esta invitación se enmarca en el desarrollo del convenio y como parte del componente 2 del Más AMA. Facilita el desarrollo de planes intersectoriales para Más AMA. Se debe revisar a nivel local la pertinencia de las actividades de coordinación y optimizarlas, reconociendo que hay comunas en que ya existen instancias previas de articulación entre Más AMA y el intersector.
- c. Definir dentro de la programación del Más AMA, las acciones de difusión hacia personas mayores del Programa Vínculos, y de acuerdo con los intereses de las personas mayores el ingreso al Componente 1 y la participación en el Componente 2 para capacitación de Líderes Comunitarios.**

Para estas medidas es necesario acordar con el programa Vínculos los detalles logísticos como fecha de difusión, lugar de realización de las actividades, acciones previas desarrolladas por Vínculos, otras acciones en que se contemple la participación de las personas mayores de Vínculos, de modo de organizar mejor la intervención del Programa Más AMA y la continuidad de trabajo en envejecimiento saludable posterior a la intervención del Más AMA con las personas mayores que continúan participando en Vínculos.

5.1.2. Medidas Convenio Más AMA-Vínculos a desarrollar en el mediano plazo, entre 6 a 12 meses de iniciada la coordinación:

- a. Esquema de integración sociosanitario local comunal y/o Mapa de Red y/o Mapa de oportunidades de oferta local:** Se plantea la construcción de un único instrumento que sirva para la visualización de la oferta intersectorial, los formatos de acceso por parte de las personas mayores y la derivación entre servicios locales. Se recomienda utilizar los datos del catastro de servicios del Más AMA para su elaboración.
- b. Esquema de atención y cuidado integral de personas mayores en los centros de salud,** que explique al equipo de salud, entre otros, cuál es la propuesta de atención para personas mayores del Programa Vínculos en los centros de salud, identificándose como una subpoblación con mayor riesgo.
- c. Guía de beneficios y servicios locales para personas mayores,** que entrega a las personas mayores la información sobre los beneficios y servicios locales que existen y muestra cómo pueden acceder a ellos.

Para ello se requiere a nivel de Servicio de Salud, la planificación de horas resguardadas para la referencia técnica para la articulación con Encargado de Programa Vínculos de la SEREMI del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, y para el acompañamiento técnico de la red.

Las especificaciones técnicas para el desarrollo de este Convenio se detallan en la respectiva Orientación Técnica.

5.2. Otras complementariedades con estrategias externas al sector salud

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 de SENAMA
- ELEAM donde residan personas autovalentes
- Programas deportivos para personas mayores
- Programas recreativos
- Programas de Cuidados con cuidadores personas mayores
- Otros (turismo, laborales, universidades, escuelas, etc.)

6. CRITERIOS DE ASIGNACIÓN Y VÍAS DE INGRESO AL MÁS AMA

6.1. Criterios de asignación del MÁS AMA

Los Criterios de Asignación del Programa para el año 2021 y siguientes ha sido pertenecer a los establecimientos y/o comunas que desarrollaron el Programa en el año anterior y, contar con una adecuada ejecución de acuerdo con 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, y su participación activa (los equipos del programa, entiéndase 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.

6.1.1. Compromiso de Autoridades Locales para el desarrollo del Más AMA

Con la finalidad de formalizar la voluntad y apoyo de autoridades locales con el Envejecimiento Saludable y el desarrollo continuo del Más AMA, los alcaldes y alcaldesas manifestarán su compromiso en forma expresa mediante la firma del Acuerdo Administrativo del Programa Más AMA, contenido en esta resolución exenta como Anexo.

6.1.2. Implementación en nuevas comunas o establecimientos

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 2025 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 socio-sanitaria 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 factibilidad de implementación del programa).
- Contar con el Compromiso de Autoridades Locales para el desarrollo 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.

6.2. Criterios y vías de ingreso al Más AMA

6.2.1. Criterios de ingreso al programa

- 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 marco legal.

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

6.2.2. Principales vías de Ingreso al programa

- Derivación desde el equipo de salud al programa, como parte de los planes de cuidado integral destinados a guiar el proceso de cuidado de salud de las personas mayores
- Acceso como integrante de organización social que ingresa al programa por acciones de difusión y trabajo con grupos organizados.
- Derivación de servicios locales que conocen el Más AMA y vinculados mediante el componente 2.
- Acceso desde la comunidad por solicitud de la persona mayor o gestión de actor comunitario (dirigente social, líder comunitario, otro).

7. COMPONENTES

Para el desarrollo del programa a través de los componentes anteriormente descritos, el centro de salud que ejecute el programa debe presentar la programación de actividades anuales con el correspondiente plan de gastos al Servicio de Salud, quien evalúa el correcto funcionamiento del programa como contraparte del convenio correspondiente a este programa de reforzamiento. El desarrollo de los componentes y la integración entre ellos para dar cuenta del proceso de fortalecimiento individual, comunitario e intersectorial para el envejecimiento saludable se describe en el documento Orientaciones Técnicas del Programa Más AMA.

7.1. COMPONENTE 1: INTERVENCIÓN SOCIOSANITARIA PROMOCIONAL Y PREVENTIVA PARA MANTENER Y/O MEJORAR LA CONDICIÓN FUNCIONAL

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

a) Composición y desarrollo de las sesiones del Componente 1

Este componente tiene duración de 3 meses e implica intervenciones grupales con 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. Estas 24 sesiones mixtas, incluyen una sesión de estimulación de funciones motoras y prevención de caídas, y una sesión de estimulación cognitiva o de autocuidado de salud.

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.

La planificación de la intervención de cada grupo debe contemplar 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 y en sus hogares.

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.

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.

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.

b) Continuidad de la estimulación funcional y autocuidado en el hogar de la PM

Implica que las personas mayores realicen actividades en sus hogares para reforzar los contenidos y aprendizajes desarrollados en las sesiones, de acuerdo con sus intereses y con pertinencia cultural y territorial, de acuerdo con el principio de Cuidado Centrado en la Persona (MAIS). Para ello la metodología educativa debe considerar los contextos donde se desempeñan las personas mayores y el refuerzo del autocuidado.

c) Conformación de los grupos de PM

Los grupos pueden formarse 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.

d) Voluntariedad de participación en el programa

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 Más AMA, mediante la firma del Compromiso Informado de las Organizaciones Sociales, disponible en el documento Orientaciones Técnicas.

e) Evaluación de las personas mayores

Las personas mayores son evaluadas al ingreso y al egreso del programa con el Cuestionario de Funcionalidad y el Test Timed Up And Go. El registro de los resultados de mantención, mejora o disminución se realiza mensualmente en el REM.

Este componente contempla además una evaluación participativa realizada a través de una encuesta, para conocer respecto a los aprendizajes alcanzados con el programa y para determinar aquellos aspectos facilitadores o barreras para su participación en el programa, con la finalidad de mejorar el desarrollo local de este. Esta encuesta se encuentra disponible en el documento Orientaciones Técnicas.

f) Planificación y Programación de las sesiones

Al inicio de la Intervención se debe presentar el programa a cada grupo intervenido. En forma conjunta con las personas mayores se deben definir los temas a abordar dentro de este componente. 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 y la presencia permanente durante todas las sesiones.

Se debe considerar los elementos para el registro de los ingresos y egresos del programa en Ficha Clínica y frente a eventos o situaciones que se desarrollen durante las sesiones. Al mismo tiempo se requiere contar con elementos para el registro de asistencia de los participantes a las sesiones. En caso de suspensión y reprogramación de actividades, se deberá contar con un mecanismo efectivo de aviso.

g) Actividades del componente 1

- **Ingreso:** El ingreso implica la entrega de información sobre el programa y la conformidad y compromiso de la PM para participar en él, mediante la firma del Compromiso Informado. En este proceso de entrega de información se establece la responsabilidad que adquiere la persona mayor de participar en forma voluntaria en las actividades del programa y, a la vez, el compromiso que la persona mayor adquiere consigo misma, como parte de la co-responsabilidad en su cuidado de salud, incluyendo la adherencia al programa, el refuerzo o adquisición de hábitos saludables, o disminución/eliminación de hábitos de riesgo, de acuerdo con sus necesidades y en forma autónoma. Este compromiso es considerado también al egreso del componente 1, para lo cual la dupla del Más AMA favorece la continuidad del cuidado.

La participación en el Más AMA, idealmente formará parte de un Plan de cuidados consensuado, generado posterior a una valoración integral, a través del EMPAM o Ingreso a la ECICEP.

Operativamente, es sugerido que este compromiso sea tangible para la persona mayor, ayudándolo a establecer metas de mejora/mantenimiento a mediano plazo. Se recomienda, que quede expresado/firmado en documento físico. Es imprescindible que la dupla presente a las PM los alcances del programa Más AMA y de este componente y la esperada integración de la persona mayor a otras actividades en forma posterior, promoviendo su participación social, responsabilidad en el autocuidado y el uso de la red sociosanitaria, explicando que este componente es una instancia finita y que tiene conexión con otras acciones a nivel local desde el momento del ingreso.

Se debe constatar el Examen de Medicina Preventiva vigente para población de 65 y más años y para personas entre 60 a 64 años, y Controles por condiciones crónicas al día para personas entre 60-64 años. En caso de no contar con estas prestaciones vigentes, el centro de salud debe realizar las gestiones para su realización oportuna, **no debiendo ser mayor a 21 días la realización de los exámenes pendientes una vez pesquisada la falta de éste**, para dar continuidad a la intervención del programa. El EMPAM 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. El EMPAM corresponde a las prestaciones del Plan de Salud Familiar y como tal debe encontrarse programado en cada centro de salud.

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.

Aun cuando las personas pueden ingresar al componente 1 una vez por año, para el ingreso al programa **tendrán prioridad las personas mayores que no han participado antes del programa**. Se requiere fortalecer el cuidado de la población a cargo en los Centros de Salud, mejorando la planificación para el acceso y cobertura de cuidados en las personas mayores y la difusión del programa al interior del equipo de salud, comunidad e intersector.

En usuarios anteriormente intervenidos es primordial la vinculación a sus organizaciones formales e informales y el trabajo con líderes comunitarios e intersector para la participación social y las actividades asociadas al envejecimiento saludable desarrolladas en forma continua y de acuerdo con los intereses de las personas mayores.

- **Talleres de Intervención sociosanitaria promocional y preventiva para mantener y/o mejorar la condición 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.

Este será desarrollado por ambos profesionales, quienes actuarán de facilitador principal y colaborador según la actividad desarrollada, debiendo permanecer presentes y participando durante todo el desarrollo de la sesión mixta y estar atentos ante las dificultades de las personas mayores que participan, relacionadas con la comprensión, ejecución o con descompensaciones físicas, cognitivas o emocionales. Se espera que los talleres contenidos en este programa se desarrollen en forma íntegra durante 24 sesiones, en modalidad de intervención multicomponente, entendiendo que la funcionalidad física, cognitiva y el autocuidado están íntimamente relacionadas y favorecen la atención integral.

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.

En caso de restricciones severas que limitan 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. Estas modificaciones deben contar con la autorización del Servicio de Salud respectivo.

Las sesiones se desarrollarán en un clima de amabilidad y respeto entre la dupla profesional y las personas mayores. 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.

Dentro de las sesiones de autocuidado se debe plantear la continuidad de acciones posterior al egreso del componente 1, para ello se presentará a las personas mayores la disponibilidad existente a nivel local de organizaciones sociales, servicios intersectoriales y otros a los que la persona mayor se pueda vincular.

- **Egreso:** Luego de haber completado la Intervención sociosanitaria (24 sesiones mixtas), las personas mayores serán egresadas del Programa y vinculadas a la red local capacitada en Estimulación Funcional y Envejecimiento Saludable, según sus intereses.

En caso de presentar Inasistencias a las sesiones comprometidas por parte, para considerarse egresada, debe al menos haber participado en 20 de 24 sesiones mixtas del componente de Estimulación Funcional. Quienes completen las 24 sesiones o al menos 20, cuando hayan tenido inasistencias, serán quienes egresen del programa completando el ciclo.

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 e informar el desarrollo inadecuado del programa.

En el egreso se evaluará a la persona mayor con la escala HAQ-8 modificada para el programa y la prueba 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 con 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, que será objetivada a través de una encuesta tipo diseñada para el programa y disponible en las Orientaciones Técnicas.

En esta actividad, se revisará el Compromiso Informado adquirido por la persona mayor al ingreso al programa, orientando la continuidad de su autocuidado en las actividades desarrolladas en la red sociosanitaria y en la red de organizaciones locales. El egreso y las derivaciones resultantes, según interés de la persona mayor, debe ser consignada en ficha clínica. Para fortalecer la continuidad del cuidado, se recomienda realizar acciones de seguimiento por parte del equipo de salud, en las siguientes atenciones. Existirán también otras medidas de seguimiento, como por ejemplo el reporte desde las organizaciones sociales que cuentan con líderes comunitarios capacitados por el Más AMA.

- **Abandono del Programa:** 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 de que la persona informe que por motivos personales o de salud debe interrumpir el programa por un período máximo de un mes, 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.

h) Práctica segura del programa

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 protocolice 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. Puesto que las actividades del programa se desarrollan preferentemente fuera de los centros de salud los protocolos habituales de manejo de incidentes en los centros de salud deben adaptarse para las actividades desarrolladas en terreno con personas mayores. Este Protocolo debe contener el sustento técnico, los responsables y los mecanismos de evaluación o control para verificar su cumplimiento.

i) **Continuidad del cuidado sanitario**

Cada establecimiento donde se desarrolle el Programa deberá contar con un Esquema de Cuidado Integral de Personas Mayores. Este esquema corresponde a un documento que da a conocer cómo se organizan las atenciones para el cuidado integral de personas mayores entregadas por el equipo del centro de salud. Identifica por tanto "la ruta del cuidado" que en condiciones estándar debieran transitar las personas mayores y, además, identifica aquellas subpoblaciones con barreras de acceso y otras con mayor riesgo en que se precisan generar adaptaciones o activar otros procesos específicos (personas mayores en soledad no deseada, personas mayores con riesgo de maltrato, personas mayores cuidadoras, personas mayores laboralmente activas, personas mayores del Programa Vínculos y otros programas sociales, y otras identificadas a nivel local). Supera la lógica de organización por "programa" tendiendo a poner las necesidades y expectativas del cuidado de salud de las personas mayores como la guía para esta organización y reconociendo, además el potencial y capacidades de cuidado existentes en las comunidades.

Esta información deberá ser dada a conocer al equipo de salud en general, de modo tal que cualquier integrante esté informado sobre cómo se realiza el proceso de cuidado integral de personas mayores, las vías por las que acceden las personas mayores, las opciones que existen a nivel local y aquellos grupos de personas mayores que requieren especial consideración y acompañamiento para el cuidado. Se recomienda desarrollar y/o validar la construcción de estos esquemas con las personas mayores a los que se dirigen, de modo de revisar su pertinencia y factibilidad.

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

En comunas rurales, frente a la existencia de condiciones geográficas, sociodemográficas, y de conectividad limitada (por déficit en acceso a equipos, niveles deficitarios de alfabetización digital, limitación de datos móviles, entre otros), que limiten el desarrollo presencial continuo de este componente, se deberán adaptar las formas de contacto y realización de los talleres del Programa al formato híbrido que incluye acciones presenciales y remotas, centrandose siempre el cuidado en las personas mayores y el acceso de las mismas al programa.

Se valida en esta modificación, la realización de actividades a distancia, sincrónicas o asincrónicas y la entrega de material para el desarrollo de actividades por parte de las personas mayores, con la correspondiente supervisión y seguimiento por parte de la dupla en forma continua y por parte del Servicio de Salud, según describa la Orientación Técnica del Programa.

Para todo efecto, se mantiene la frecuencia de las actividades, en modalidad presencial y/o remotas y/o de entrega de material con supervisión, efectuadas 2 veces por semana, por un período de 12 semanas de modo de completar las 24 sesiones correspondientes al Componente 1.

Aquellas comunas que realicen estas modificaciones deberán:

Contar con la autorización del Servicio de Salud, quien a su vez realiza una evaluación técnica y de gestión de la situación presentada por la comuna y un mínimo de una actividad anual de supervisión presencial por parte del referente técnico a la comuna, para verificar el desarrollo de los ajustes propuestos.

En esta modalidad el material para talleres remotos y realización de actividades en el domicilio considera:

- Objetivos de cada actividad para reforzar elementos educativos y de autocuidado/automanejo con las personas mayores.
- Las características propias de los talleres que forman este componente, descritos anteriormente.
- Formato centrado en las personas mayores de las comunidades a intervenir, que contemple aspectos como alfabetismo, accesibilidad comunicacional y pertinencia cultural y territorial.
- Incentivo de acciones por parte de la persona mayor destinadas a su estimulación funcional y autocuidado/automanejo como parte de su rutina diaria y teniendo en cuenta el medio donde se desempeña.
- Registro de las fechas en que se planifica se realicen las sesiones para respaldar el trabajo asincrónico por parte de las personas mayores.
- Documento para llevar el registro diario de las sesiones realizadas por cada taller para respaldar en el Registro Estadístico Mensual y la modalidad de realización de estas sesiones, que puede ser presencial en espacio comunitario, presencial en domicilio o remota.

- Las actividades remotas pueden ser efectuadas mediante contacto por dispositivos tecnológicos en forma sincrónica o asincrónica que incluye seguimiento, o mediante la ejecución de actividades del cuadernillo con el respectivo seguimiento.
- El medio de contacto que tendrán las personas mayores con la dupla para efectos de reporte de actividades y seguimiento de las mismas.

La comuna que implemente estos ajustes deberán:

- Contar con el respaldo de la autorización del Servicio de Salud.
- Contar con la planificación de las actividades y fechas de realización.
- Contar con los medios de verificación que permitan respaldar la ejecución de las actividades y el seguimiento realizado a las personas mayores.

Tanto ingreso como egreso de este componente siempre deberán ser realizados en forma presencial. En comunidades en que las condiciones lo permitan, se recomienda incorporar actividades grupales al ingreso y al egreso, y durante la ejecución del componente 1 para facilitar la asociatividad y continuidad del cuidado comunitario.

En casos excepcionales, en que las personas mayores por su rol (por ejemplo, cuidadoras de personas con dependencia severa u otros) o ubicación geográfica no pueden acudir a la actividad de ingreso presencial en el centro de salud o espacio comunitario, se podrá realizar el ingreso al programa mediante una Visita Domiciliaria, debiendo ser registrado como el correspondiente ingreso al Programa en el REM. En esta modalidad el Programa Más AMA se mantiene el cumplimiento de los criterios de ingreso y egreso ya descritos.

Se recomienda reforzar la difusión y sensibilización en el territorio a intervenir, antes y durante el desarrollo de este componente, mediante el trabajo comunitario e intersectorial. En este proceso, el equipo de APS deberá identificar las personas mayores, que, por sus características socioculturales, requieran participar de la modalidad híbrida, recordando que los objetivos de los talleres apuntan a sus necesidades o potencialidades para el envejecimiento saludable.

7.2. COMPONENTE 2: FOMENTO DEL AUTOCUIDADO, ESTIMULACIÓN FUNCIONAL Y ENVEJECIMIENTO SALUDABLE EN LA COMUNIDAD, 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. Este componente contiene las siguientes etapas:

a) Etapas del componente 2

a.1) 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).

a.2) 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.3) A partir de ello se genera junto a las PM, la **Planificación y Ejecución 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. Esta planificación incluye acciones de acompañamiento por parte del equipo del programa hacia estos líderes y

sus grupos, para favorecer el reconocimiento entre sus pares, generar espacios de aprendizaje continuo y retroalimentación respecto a su práctica en las organizaciones y potenciar la interfase entre ambos componentes.

a.4) Para fortalecer la colaboración entre los servicios locales se realizan **Planes de Trabajo Intersectorial para el Fomento del Envejecimiento Saludable** entre el sector salud, liderado por el Programa Más AMA y los diferentes organismos presentes en las comunas.

b) Actividades asociadas a cada una de las etapas

El Programa en este componente aporta horas de recurso humano para la Capacitación de los Líderes Comunitarios (actividades de capacitación, seguimiento y acompañamiento técnico) y desarrollo de los Planes Intersectoriales (planificación, ejecución, seguimiento), las que deben ser incluidas en la programación anual de actividades de la dupla profesional.

Se espera dentro de las actividades asociadas a cada una de las etapas, el siguiente desarrollo:

b.1) Identificación de características locales

Se describen acciones 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. Para la 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. Se espera que esta información sea desarrollada en forma conjunta con la Oficina de Personas Mayores o entidad similar presente en los municipios en que se desarrolla el programa.

En este catastro se identifican aquellas organizaciones en las que ya se han desarrollado los Componentes 1 y 2 del Programa, reconociendo aquellas en las que se cuenta con Líderes Comunitarios del Programa, y también aquellas que se encuentran más lejanas al trabajo del programa y al accionar del centro de salud (por ejemplo, con menor acceso de las personas mayores al EMPAM). La finalidad de contar con esta información es planificar las intervenciones a desarrollar en el territorio, procurando alcanzar la mayor cobertura de organizaciones con acciones promocionales y preventivas de salud y en conjunto, favorecer entre sus integrantes la corresponsabilidad en salud y alcanzar también a las personas mayores no organizadas, que pudieran ser invisibilizadas.

- **Catastro de Servicios Locales Actualizado que dé cuenta de la oferta programática local para las personas mayores**, incorporando aquellos servicios locales relacionados directamente con personas mayores y también aquellos que dentro de su oferta programática cuentan con estrategias que benefician a la población mayor. En este catastro se identifica la relación de los servicios locales 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.

Esta etapa se vincula directamente con los procesos impulsados y evaluados en la Pauta MAIS para principio Integralidad, Componente Comunidad, "Diagnóstico Salud Comunitaria con enfoque de derechos humanos, de determinantes sociales de la salud y de activos comunitarios" (Objetivo 1, Indicador 1.1) y para principio Continuidad de la Atención, Componente Comunidad (Objetivo 1, Indicador 1.1) Mapeo de Instituciones, recursos y activos comunitarios del territorio de cada establecimiento, por lo que se debe reforzar la comunicación y trabajo colaborativo al interior de los equipos de salud.

b.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 las personas mayores, 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. Las acciones o acuerdos tomados para el desarrollo de este Plan de Acción que complementan la Capacitación de Líderes Comunitarios pueden tener como responsables o protagonistas a otras instituciones o a la comunidad, pudiendo resultar en nuevas gestiones o proyectos a nivel local.

La información obtenida y las acciones resultantes del diagnóstico participativo parcial realizado por el Programa Más AMA, debieran ser consideradas dentro del Plan de Salud Comunal, como elementos a considerar dentro de la gestión local.

b.3) Capacitación de Líderes Comunitarios para el Autocuidado, Estimulación Funcional y Envejecimiento Saludable en sus organizaciones:

La capacitación de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional es realizada de acuerdo con 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 ha visto la necesidad de revisar según dinámicas y características territoriales, la opción de capacitar a otras personas que se vinculan fuertemente a la población de personas mayores, sobre todo en territorios con mayor ruralidad o en aquellos lugares en que se esté avanzando en integración intergeneracional para promover el enfoque de curso de vida y ampliar el conocimiento, sensibilización y competencias de toda la comunidad en materias relacionadas al envejecimiento saludable.

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.

b.4) Planes Intersectoriales entre los Centros de Salud y los Servicios Locales para Fomento del Envejecimiento Saludable:

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 y tomando en consideración los hallazgos y propuestas de acción del Diagnóstico Participativo.

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.

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

En comunas rurales, frente a la existencia de condiciones geográficas, sociodemográficas, y de conectividad limitada (por déficit en acceso a equipos, niveles deficitarios de alfabetización digital, limitación de datos móviles, entre otros), que limiten el desarrollo presencial continuo de este componente, 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. Respecto al trabajo con los Líderes Comunitarios, se reconoce la posibilidad de capacitar a otros integrantes de la red sociosanitaria que se vinculen a personas mayores, para facilitar la entrega de Información y comunicación con las personas mayores.

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 autorización.

VINCULACIÓN ENTRE COMPONENTES 1 Y 2 DEL PROGRAMA

Ambos componentes se vinculan para el abordaje integral y continuo de las personas mayores, tanto a nivel comunitario, sectorial e intersectorial. Se espera que el Más AMA sea desarrollado como parte de una propuesta de abordaje mayor del envejecimiento y las personas mayores a nivel local, procurando el acompañamiento continuo y la participación social, siendo incluido dentro de las políticas locales de envejecimiento.

Entre las principales complementariedades entre los componentes destacan:

Diagnóstico Situacional y Participativo

En cada comuna en que se realiza el programa debe realizar un diagnóstico situacional 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. Este diagnóstico aporta importantes antecedentes sobre la situación epidemiológica de la población a cargo, y sobre la situación social y eventuales riesgos o perfiles que impliquen una necesidad mayor de intervención del programa, lo que aporta en la organización y planificación de los territorios en que se desarrollarán las actividades del componente 1.

Esquemas locales para el cuidado sociosanitario

Cada comuna donde se desarrolle el Programa deberá contar con un esquema de cuidado sociosanitario que organice la "Ruta del Cuidado Sociosanitario de las Personas Mayores", que identifica el proceso de cuidado sociosanitario propuesto en cada una de las comunas, incorporando los requerimientos de las personas mayores, las respuestas existentes en los diferentes servicios y sus prestaciones disponibles, los mecanismos de acceso de las PM a ellos y los formatos de derivación entre los sectores. Para este esquema se debe también contemplar las características de la población de cada localidad y aquellas subpoblaciones con mayores barreras o dificultades y proponer los ajustes o adaptaciones para su participación y acceso a los diferentes servicios. Este esquema debe estar integrado en el protocolo o documento que estandariza la articulación del equipo de salud con el Intersector y organizaciones para la gestión de la continuidad del Cuidado (Principio: Continuidad de la Atención, Componente Comunidad, Indicador 1.2 Pauta MAIS).

Guías de Servicios Locales

La información sobre la oferta local se debe entregar en forma clara y accesible a las PM, para lo que el programa considera el diseño local de una guía y otro elemento que cumpla esta función, que se vincula a las actividades de autocuidado y educación para el uso de servicios ejecutada en el componente 1.

Este trabajo intersectorial debe estar inserto dentro de la planificación de cada municipio que suscribe el programa, quienes promueven la integración de las diferentes Instituciones, organizaciones y comunidad vinculada a las PM y dan las facilidades al equipo de salud, liderado por el Programa Más AMA para participar en la red intersectorial para PM.

Organizaciones sociales con Líderes Capacitados para el Autocuidado y Estimulación Funcional

Las organizaciones que cuenten con Líderes Comunitarios capacitados en el Componente 2, debieran ser consultadas sobre la alternativa de recibir a PM que egresan del Componente 1 y quieren mantenerse activas. El equipo del Más AMA informaría a las PM sobre la disponibilidad de participación en Organizaciones con Líderes Comunitarios capacitados por el programa y generar mecanismos de derivación y acompañamiento para la incorporación de las PM.

Planes Intersectoriales

De acuerdo con el nivel de integración local que exista entre el sector salud y otros sectores sociales, educativos, deportivos, etc., y teniendo como base la información de necesidades y expectativas de las PM, recolectadas en el diagnóstico participativo y las evaluaciones del programa, se formalizan alianzas de trabajo colaborativo entre los centros de salud y otros dispositivos para complementar las estrategias o programas disponibles para el acompañamiento continuo y eficiente a las personas mayores, para la pesquisa de PM a ingresar al Más AMA y también para la vinculación de PM al egreso del Componente 1.

Dentro de estos planes, se encuentra también la entrega de Información sobre el funcionamiento del programa para la derivación de PM y para la participación en los talleres de autocuidado. Al mismo tiempo, se consignan los acuerdos colaborativos para la organización de los servicios destinados a personas mayores y el acompañamiento continuo y eficiente, evitando la sobreintervención y promoviendo el abordaje de las PM con menor acceso a la red local.

7.3. COMPONENTE 3: PLAN DE FORMACIÓN PARA EQUIPOS DEL PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y LOS SERVICIOS DE SALUD

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 y para la gestión del Más AMA. 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.

Cada Servicio de Salud deberá desarrollar un **Plan de Formación de equipos del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes** y presentarlo en el corte de marzo a la DIVAP para su revisión y ajustes. Este Plan puede ser desarrollado con las líneas de MAIS/ECICEP, Personas Mayores u otras afines, debiendo incluir temáticas específicas que refuercen el trabajo promocional y preventivo, en los ámbitos comunitarios e intersectorial del Más AMA. Debe incorporar la participación de todos los equipos que desarrollan el programa Más AMA en su jurisdicción y tener relación con las brechas identificadas en las actividades de monitoreo y acompañamiento técnico desarrolladas por el Servicio de Salud. La evaluación de este Plan de Formación debe ser presentada en el corte de diciembre del Programa Más AMA. Entre las temáticas a incluir en el Plan de Formación de equipos del Más AMA, se definen:

1. Cuidado Integral de Personas Mayores e Incorporación del Más AMA
2. Gestión comunal del Más AMA
3. Intervención Sociosanitaria promocional y preventiva para mantención y/o mejora de la capacidad funcional (Componente 1)
4. Fomento del Envejecimiento Saludable, Autocuidado y Estimulación Funcional en las organizaciones sociales y servicios locales (Componente 2)
5. Registro clínico y de producción de actividades del Programa Más AMA
6. Productos del Programa Más AMA, según brechas identificadas a nivel local
7. Otras según evaluación del SS y las duplas del programa.

La participación de los equipos de salud podrá efectuarse en forma remota y/o presencial según la planificación anual comunicada desde los Servicios de Salud y/o la División de Atención Primaria, de acuerdo con el tipo de elementos a abordar, es decir contenidos teóricos o prácticos. Al interior del Servicio de Salud se deberán realizar las gestiones para la evaluación y certificación de esta formación con la Unidad de Capacitación. 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.

A nivel de Servicio de Salud, se desarrollan procesos de capacitación y acompañamiento técnico dirigidas a los Referentes Técnicos del Programa desde la División de Atención Primaria. Los Servicios de Salud deberán entregar las facilidades para la participación de los referentes técnicos y resguardar la disponibilidad horaria para el desarrollo de este y los demás componentes con los equipos de APS, y la participación en actividades convocadas desde el nivel central.

8. 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.

8.1. Productos esperados del desarrollo del Componente 1:

1. Ingresos al programa cumplen con los criterios establecidos en la presente resolución, no existiendo ingresos de personas sin los criterios de inclusión. Verificador: Nómina de ingresos y Fichas Clínicas.
2. El programa funciona en forma continua y con la calidad de atención establecida por esta resolución, no existiendo interrupción del acceso de las personas mayores al programa, por falta de recurso humano o porque los profesionales se han destinado al desarrollo de otras actividades ajenas al programa. Verificador: Listados de asistencia, Programación de talleres, Fichas Clínicas con registros de Ingresos, REM.
3. El componente se desarrolla en ciclos de 24 sesiones mixtas con frecuencia de 2 sesiones semanales. No se determina arbitrariamente a nivel local su disminución en cuanto a período de tiempo y frecuencia. Verificador: Programación de talleres, Pauta de supervisión y acompañamiento técnico del programa, carné de citaciones al programa.
4. Las personas egresadas del programa completan ciclo participando de las 24 sesiones que establece este componente. En caso de que las personas presenten inasistencias durante el ciclo cumplen con al menos 20 sesiones. Verificador: Ficha Clínica, Programación de talleres, Nómina de participantes y asistencia.
5. Evaluación de cierre de fin de ciclo para incorporación de mejoras en el componente 1. En cada cierre de ciclo de intervención a cada grupo, se evalúa percepción de aprendizaje por parte de las personas mayores y elementos de confort de las sesiones. Verificador: Encuestas aplicadas, Plan de Mejora del programa resultante de esta evaluación.
6. 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 y considerando su ocurrencia en espacios comunitarios y territorios extramurales. Este protocolo debe encontrarse incorporado en el protocolo general del centro de salud. Verificador: Documento validado por los representantes de los servicios involucrados, y evaluación del mismo por el centro de salud.
7. Esquema de atención y cuidado integral de personas mayores en los centros de salud incluye al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, según descripción presentada anteriormente. Verificador: Esquema presente en los centros de salud y conocido por todo el equipo de salud, documentación de actividades de formulación y difusión de esquema en el centro de salud.
8. Programa Más AMA forma parte del equipo del centro de salud. Verificador: Documentación de participación de la dupla del Más AMA en actividades del centro de salud (reuniones de sector, reuniones de equipo, otras), documentación de otros integrantes del equipo de salud participando en actividades del Más AMA (Talleres de autocuidado, capacitación de líderes).

8.2. Productos esperados del desarrollo del Componente 2:

1. Participación del equipo de salud liderado por el Más AMA en actividades de coordinación Intersectorial. Verificador: documentación de actividades y Planes Intersectoriales. Se recomienda que los Planes de Trabajo Intersectorial consideren en su diseño un período de ejecución de dos años dependiendo del nivel de relación entre el programa o centro de salud y el servicio local.
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° y perfil 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 y/o Esquemas de Integración Sociosanitarios Locales: 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 el cuidado sociosanitario de personas

mayores, 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. Verificador: Informe Diagnóstico Participativo y documentación de ejecución de actividades.
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 a las organizaciones con Líderes Comunitarios capacitados por el Programa. Se deberán ajustar estos planes frente a nuevas necesidades surgidas de información actualizada entregada por las personas mayores o pesquiasadas por el equipo del programa, en caso de ser necesario. Verificador: Plan de Capacitación y documentación de ejecución de actividades.

8.3. Productos esperados del desarrollo del Componente 3

De los Servicios de Salud:

1. Entrega Plan de Formación de equipos del Más AMA, según descripción previa, presentado con corte marzo a DIVAP, en coordinación con otras estrategias de cuidado integral de personas mayores y con unidad de Capacitación.
2. Entrega Evaluación del Plan de Formación de equipos del Más AMA, según descripción previa, presentado con corte a diciembre a DIVAP.
3. Participación en actividades de acompañamiento técnico y capacitación convocadas desde la División de Atención Primaria.

En los equipos de Atención Primaria:

1. Participación en actividades diagnósticas de necesidades de capacitación a nivel de Servicio de Salud, Macrozonal y Nacional.
2. Participación de las duplas del programa Más Adultos Mayores Autovalentes (equipos de atención directa del programa, financiados con recursos de este) en las actividades de difusión, capacitación, acompañamiento técnico y evaluación a nivel de Servicio de Salud, Macrozona o Nacional, presenciales y remotas.
3. 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.

9. CONSIDERACIONES PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA

9.1. 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 ejecución de las actividades del programa, el logro de sus productos y el cumplimiento de las metas son responsabilidad del equipo de salud en su conjunto, debiendo ser abordada a nivel de

comuna o establecimiento de salud y no debiendo recaer su logro en los esfuerzos aislados de la dupla profesional.

9.2. Horas de profesionales de las duplas del programa Más AMA

El Programa es desarrollado a través de una dupla profesional, quienes ejecutan las actividades en forma colaborativa y sincrónica. La jornada de la dupla profesional es de 44 horas. Solo se permiten jornadas de menos horas, cuando exista financiamiento menor a 44 horas y con autorización del Servicio de Salud. Este horario y el trabajo de los dos profesionales se debe resguardar, en función de las actividades y prestaciones del programa.

Los responsables de los convenios asociados a la ejecución del programa en los establecimientos de salud dependientes de municipios, Servicios de Salud u ONG deben resguardar las contrataciones por las horas profesionales para el trabajo en el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, según establece el programa.

Es el Servicio de Salud quien debe verificar la contratación de los profesionales indicados y la ejecución de las actividades propias del programa en la jornada establecida para el programa, pudiendo presentar propuestas de redistribución en caso de ejecución inadecuada del programa y limitación del acceso y continuidad de la atención de las personas mayores.

En caso de Interrumpir el trabajo de la dupla profesional, el SS deberá supervisar la continuidad del programa y el uso eficiente de los recursos que se entregan por programa.

9.3. De los Servicios de Salud que ejecutan el Programa mediante convenios con comunas con salud dependientes de municipios, o de ONG o con establecimientos dependientes de Servicio

Cada Servicio de Salud deberá contar con un referente del Programa Más AMA, que será nominado por resolución exenta, considerando una jornada acorde con el trabajo de gestión, monitoreo y seguimiento de convenios de este PRAPS, supervisión de las actividades de los 3 componentes del programa, evaluación de los productos de los 3 componentes del programa, coordinación intersectorial en general, implementación del convenio MINSAL-MDSF para programas Más AMA y Vínculos y otras acciones propias del gestor de red asociadas al equipo gestor MAIS/ECICEP en el SS y las líneas estratégicas promocionales y preventivas desarrolladas por el Más AMA.

A través de este profesional, el Servicio de Salud velará por el adecuado desarrollo del programa en las comunas y establecimientos correspondientes a su Servicio, realizando gestiones y acompañamiento técnico, seguimiento y monitoreo en forma oportuna y continua a las comunas, establecimientos y equipos. El acompañamiento técnico y de gestión que realiza el Referente del Servicio de Salud, resulta fundamental para un adecuado desarrollo del programa, debiendo reconocer elementos que afecten la ejecución del programa y otros que llimitan o potencian el acceso de las personas mayores a las prestaciones promocionales y preventivas.

Para ello deberá disponer de horario resguardado para las acciones propias de la gestión del programa, comunicación con los equipos de atención primaria, visitas y acompañamiento en terreno a las actividades del programa y otras actividades como reuniones y procesos de integración sociosanitaria a nivel territorial, entre otras. En las actividades de acompañamiento técnico, se deberá considerar un mínimo de una visita a cada establecimiento que desarrolle el programa por año, para aplicación de la Pauta de Supervisión y Acompañamiento Técnico del Más AMA (disponible en las Orientaciones Técnicas), Pauta de Supervisión de Talleres de Intervención Sociosanitaria, Auditoría de Fichas Clínicas y gestiones y evaluación del Convenio entre MINSAL y MDSF para los Programas Más AMA y Vínculos.

El horario resguardado para las funciones del referente técnico debe ser de al menos 11 horas semanales en los Servicios que tengan 6 o menos duplas ubicadas en zonas urbanas. Mayor cantidad de duplas/ comunas y ubicaciones en lugares con mayor dispersión geográfica, ruralidad y conectividad presente en el territorio, distancia del Servicio de Salud, deben ser considerados en el cálculo de jornada para este programa, considerando que se debe velar por elementos de gestión, de resguardo de registro y sobre todo de calidad de la atención entregada en los Componentes 1, 2 y 3 el Programa. Adicionalmente, las funciones de coordinación con SENAMA, Seremi de MDSF, Ministerio del Deporte, y otras entidades vinculadas al cuidado sociosanitario e integral de personas mayores, deben considerarse en este cálculo de horas resguardadas.

El Servicio de Salud deberá monitorizar en forma permanente el desarrollo del programa, **con periodicidad mensual**, mediante la solicitud de avances en el desarrollo del programa a los

directivos de las comunas y establecimientos beneficiarios y con el equipo del programa y el seguimiento de los registros de las atenciones (Ingresos, talleres, egresos, evaluación participativa, diagnóstico participativo, capacitación de líderes comunitarios, planes Intersectoriales) e indicadores del programa. Deberá planificar actividades de acompañamiento y supervisión en terreno para reforzar elementos técnicos y operativos del programa, verificar la ejecución de este y las actividades de Ingreso de personas mayores, talleres, egreso, evaluaciones participativas, diagnóstico participativo y planes intersectoriales, entre otras. Junto con lo anterior, se espera que el Servicio de Salud mantenga actualizados los resultados de los indicadores y productos del programa, para informar a las comunas y a la DIVAP ante menores cumplimientos que afecten la continuidad del programa.

Es primordial mantener una comunicación fluida con la referencia técnica de la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, informando de situaciones que afectan la comunicación o coordinación con las duplas del programa, con el fin de generar propuestas conjuntas para su abordaje.

Para el desarrollo de estas funciones el Servicio de Salud deberá considerar la planificación de las actividades asociadas y el tiempo requerido por el o la Referente Técnico del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, conocidas las implicancias de la labor de acompañamiento técnico a los equipos de Atención Primaria en el logro de los objetivos del Programa, las actividades de evaluación asociadas al Programa y el requerimiento de cumplir con la entrega de información en los plazos establecidos, según se describe anteriormente y la necesidad de mejorar la atención promocional y preventiva que reciben las personas mayores por parte de los equipos de atención primaria.

10. MONITOREO Y EVALUACIÓN

Desde la División de Atención Primaria se comunicará la distribución de recursos del programa, pudiendo el Servicio de Salud realizar una propuesta de redistribución de recursos basada en criterios de equidad y de adecuado acceso al programa en las comunas, y establecimientos de su jurisdicción, la que debe ser consensuada con la División de Atención Primaria.

Se requiere a los Servicios de Salud realizar el seguimiento y monitoreo sistemático de la ejecución del presente programa, estableciendo los compromisos para mejorar las áreas necesarias; todo ello independientemente de acciones específicas que corresponde a los Departamentos de Auditoría. Desde la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, se realizará el monitoreo del desarrollo local del Programa correspondiente a los meses de marzo, agosto y diciembre. En este monitoreo se realizarán las evaluaciones del desarrollo de ambos componentes del programa y se evaluará además en función de los indicadores, productos y medios de verificación.

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

Se efectuará con corte al 31 de marzo. La información deberá enviarse consolidada desde los Servicios de Salud a la División de Atención Primaria con fecha tope 10 de abril, dando cuenta de las metas a cumplir en esta evaluación correspondientes a:

a) A nivel comunal

1. Contratación de las duplas profesionales con fecha tope 02 de marzo para la contratación de ambos profesionales establecidos por programa.
2. Información sobre el funcionamiento de las duplas del programa al 30 de marzo.
3. Plan de trabajo y plan de compras enviado al Servicio de Salud para evaluación.

b) A nivel de Servicio de Salud

1. Propuesta de redistribución de recursos no ejecutados en el primer trimestre. Deberá dar cuenta de aquellas comunas o establecimientos que hayan discontinuado 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 y el uso eficiente de los recursos públicos para los fines y actividades establecidas por el programa.
2. 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 y 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)
3. Entrega Plan de Supervisión y Acompañamiento Técnico a los equipos del Más AMA
 4. Entrega del Plan de Formación de Equipos del Más AMA a desarrollar en el año en curso.
 5. Estado de avances del Plan de Trabajo con MDSF para Implementación Convenio Vínculos Más AMA, comunicado anteriormente a DIVAP.

Según 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.

10.2. 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 con 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 con el siguiente cuadro:

Porcentaje de cumplimiento de metas del Programa	Porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos (20%)
≥ 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 10 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 periodo. **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, según exista continuidad del presente programa.**

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

10.3. 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, el logro de la meta a diciembre de cada uno de los indicadores y el desarrollo total de los productos y actividades asociados a los 3 componentes del programa.** 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 los componentes con fecha 15 de enero para todas las comunas y establecimientos de su jurisdicción que desarrollan el Programa y reportar los resultados del Plan de Acompañamiento a los Equipos del Más AMA, incluyendo el Plan Formación de Equipos del Más AMA. 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 con 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 causan 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, y la continuidad de la atención de las personas mayores, incidirá en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

11. INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

11.1. 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.

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta agosto	Meta diciembre	Verificador	Peso relativo
N° 1	% de población de 60 años y más participante del programa que mantiene o mejora su condición funcional según cuestionario de funcionalidad	$(\text{N}^\circ \text{ de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad}) / \text{N}^\circ \text{ de total personas que egresan completando ciclo del programa}) \times 100$	80%	80%	REM	12.5
	% de población de 60 años y más participante del programa que mantiene o mejora su condición funcional según Timed up and Go	$(\text{N}^\circ \text{ de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según Timed up and Go}) / \text{N}^\circ \text{ de total personas que egresan completando ciclo del Programa}) \times 100$	80%	80%	REM	12.5 ¹
	% de población de 60 años y más en control en Centro de Salud, ingresados al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	$(\text{N}^\circ \text{ de personas de 65 años y más ingresadas al programa con condición autovalente + autovalente con riesgo + en riesgo de dependencia}) + (\text{N}^\circ \text{ de personas entre 60 y 64 años Ingresadas al programa con EMPA vigente}) / \text{Población comprometida a ingresar}) \times 100$ ²	60%	100%	REM	25
	Promedio de Asistentes a Sesiones del Programa	Suma de asistentes a sesiones en el mes/N° de Sesiones realizadas en el mes	Promedio de 15	Promedio de 15	REM	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	20%	40%	REM	20

¹ Frente a modificaciones en la ejecución del componente 1, se mantienen las actividades de ingreso y egreso realizadas en forma presencial, por lo que se debe aplicar TUG al completar el ciclo de intervención en todos los usuarios.

Solo frente a la interrupción de la actividad presencial por motivos de fuerza mayor (suspensión total de actividades presenciales en casos de emergencia, desastres o alerta sanitaria), 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.

² La población comprometida a ingresar anualmente corresponde a 538 personas por dupla profesional por establecimiento. En la situación que un establecimiento tenga dos duplas profesionales asignadas, la población comprometida a ingresar corresponde a 1100 personas por establecimiento. En comunas con modalidad rural la población comprometida se consensuará entre la División de Atención Primaria y el Servicio de Salud.

		con oferta programática para personas mayores (total o parcial) en el período) x100 ³				
	Capacitación de Líderes Comunitarios	(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 ⁴	20%	40%	REM	20

11.2. 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 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	Medio de Verificación
Nº1	Porcentaje de Personas Mayores que egresan del Programa	(Nº de personas mayores que egresan del programa/ nº de personas mayores que ingresan al programa) x100	80%	80%	REM
Nº1	Porcentaje de Personas que Mejoran Condición Funcional al egreso del Programa	(Nº de personas que mejoran su condición funcional según TUG/nº de personas que egresan del programa completando ciclo) x100	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	Incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	REM

³ El Servicio de Salud deberá verificar la realización de los Planes de Trabajo Intersectoriales registrados como realizados, pudiendo ser requeridos desde la División de Atención Primaria. Para los establecimientos o comunas que están por primer año desarrollando el programa, la meta anual del trabajo en red se modifica a disponer del Catastro de Servicios Locales, y el diseño de Planes Intersectoriales y el Diagnóstico Participativo y Planificación de Capacitación de Líderes Comunitarios. Para el mes de agosto se dará por cumplida con la entrega del Catastro de Servicios Locales y Catastro de Organizaciones Locales.

⁴ Organizaciones con Líderes Comunitarios Capacitados: corresponde a organizaciones con al menos un integrante capacitado como Líder Comunitario por el Programa. Se considera también para Líderes anteriormente formados que durante el período reciben una actualización de la capacitación. Organizaciones Sociales Ingresadas al Programa: Corresponde a las Organizaciones Formales que hayan accedido a participar del componente 1 y en que el Programa se ejecute según lo indicado (se completa 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.

Nº1	Porcentaje de Personas que Mejoran Condición Funcional al egreso del Programa	(Nº de personas que mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad/nº de personas que egresan del programa completando ciclo) x100	incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	REM
-----	---	--	--	--	-----

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 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, reglamentos, leyes complementarias y leyes de aplicación supletoria.

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	\$42.831.601.- (Cuarenta y dos millones ochocientos treinta y un mil seiscientos un pesos)	Primera cuota	\$29.982.121.-	70	Contra la aprobación del convenio mediante resolución.
		Segunda cuota	\$12.849.480.-	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 1º de enero de 2025, 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.				
Fecha de Ingreso a SISREC	Este Convenio se ingresará a SISREC como Proyecto Nuevo por cada componente				

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.26 de la actual Ley de Presupuesto de la Nación Nro.21.722 del año 2025.

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 Nº 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 Nº 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 Nº 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 quien 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.

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.

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 días 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 al Plan de Gastos y sus modificaciones, la Municipalidad y Servicio definirán su contenido y se entenderá aprobado por la comuna al ser enviado al Servicio por Oficio/Ordinario o correo electrónico por parte del Jefe(a) de Salud comunal y la aprobación del Servicio mediante medio de comunicación por escrito. De utilizar como medio de envío el correo electrónico se debe enviar al correo informado por oficio del 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.

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



D. ERIC GUTIÉRREZ MORALES
DIRECTOR (S)


ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE
Dirección/Jurídica/Dirección APS/Jefe Subdepto/Referente/SGO/cmv

ANEXO: "PLAN DE GASTOS"

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

PLAN DE GASTOS			
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			
Gastos de Operación			
Descripción de gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad y/u Horas mínima, según programa	Monto total	Respaldo para acreditarlo.
Gastos de Personal			
Descripción de gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad y/u Horas mínima, según programa	Monto total	Respaldo para acreditarlo
Gastos de Inversión			
Descripción de gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad y/u Horas mínima, según programa	Monto total	Respaldo para acreditarlo.