



República de Chile
Municipalidad de los Muermos

DESAM

Ref.: APRUEBA EJECUCION DE CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE EL SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVÍ Y LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LOS MUERMOS: "PROGRAMA ODONTOLOGICO INTEGRAL 2021", "PROGRAMA ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL EN LA ATENCION PRIMARIA MUNICIPAL AÑO 2021", "PROGRAMA MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES EN ATENCION PRIMARIA - AÑO 2021", "PROGRAMA ESTRATEGIAS DE REFUERZO EN ATENCION PRIMARIA PARA ENFRENTAR PANDEMIA COVID-19 AÑO-2021".

Los Muermos, 19-04-2021.

DECRETO MUNICIPAL N°701

VISTOS:

El D.F.L. N° 1-3063 de 1980, lo dispuesto en la Ley N° 19.378 del 1995 "Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal" y su Reglamento, las facultades que me confiere la Ley N° 18.695/1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

DECRETO:

1.- **APRUEBESE** la ejecución del siguiente Convenio suscrito entre el SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVÍ y la ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LOS MUERMOS:

- Convenio "PROGRAMA ODONTOLOGICO INTEGRAL 2021", fechado el 15-Marzo-2021 por la cantidad de **\$ 61.380.126.-** (Sesenta y un millones, trescientos ochenta mil, ciento veintiséis pesos), aprobado según Resolución Exenta N° J/1015 del 31-03-2021.
- Convenio "PROGRAMA ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL EN LA RED ATENCION PRIMARIA MUNICIPAL AÑO 2021, fechado el 05-Marzo-2021 por la suma anual y única de **\$ 19.669.785.-** (Diecinueve millones, seiscientos sesenta y nueve mil, setecientos ochenta y cinco pesos), aprobado según Resolución Exenta N° 1021 del 31-03-2021.
- Convenio "PROGRAMA MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES EN ATENCION PRIMARIA - AÑO 2021, fechado el 23-Marzo-2021 por la suma total y única de **\$ 33.597.448.-** (Treinta y tres millones, quinientos noventa y siete mil, cuatrocientos cuarenta y ocho pesos), aprobado según Resolución Exenta N° 1347 del 12-04-2021.
- "CONVENIO PROGRAMA ESTRATEGIAS DE REFUERZO EN ATENCION PRIMARIA PARA ENFRENTAR PANDEMIA COVID-19 AÑO 2021", fechado el 12-Abril-2021 por la suma anual de **\$ 59.503.300.-** (Cincuenta y nueve millones, quinientos tres mil, trescientos pesos), aprobado según Resolución Exenta N° 1410 del 16-04-2021.

2.- El gasto que irrogue la ejecución de las actividades de los convenios antes señalados, se imputarán al: Item 215-22-04-999 Bienes y Servicios Programas y/o 215-22-11-999 Servicios Técnicos y Profesionales Programas, según corresponda.

ANOTESE, COMUNÍQUESE, REGISTRESE Y ARCHIVASE.



TATIANA MOYA LEIVA

SECRETARIO MUNICIPAL



EMILIO GONZÁLEZ BURGOS

ALCALDE

- ✓ Aprobado por Lisette Toledo Toledo : Generó el documento
- ✓ Aprobado por Lisette Toledo Toledo : El mismo Usuario
- ✓ Aprobado por Hilario Martinez Hueltra : Finanzas
- ✓ Aprobado por Katia Tomckowiack Calisto : Jefe DESAM
- ✓ Aprobado por NELSON RICARDO ORTIZ FARIAS : Control Interno



DESAM

1015

Servicio de Salud del Reloncavi

DEPARTAMENTO JURÍDICO
MUNICIPALIDAD LOS MUERMOS
OFICINA DE PARTES

16 ABR 2021

16 ABR 2021

NO Registro: 1778

Departamento de Salud
LOS MUERMOS

16 ABR. 2021

RECIBIDO

Oficina de Partes

RESOLUCIÓN EXENTA N° J/_____/

PUERTO MONTT, 31 MAR 2021

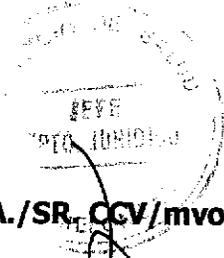
VISTOS ESTOS ANTECEDENTES: La necesidad de aprobar el convenio "**PROGRAMA ODONTOLÓGICO INTEGRAL**", suscrito con fecha 15 de Marzo de 2021, entre el **SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVI** y la **I. MUNICIPALIDAD DE LOS MUERMOS**; **TENIENDO PRESENTE:** Que el Ministerio de Salud ha aprobado dicho Programa, mediante la Resolución Exenta N° 101, de fecha 02 de Febrero de 2021, del Ministerio de Salud, y por el cual el Ministerio a través del Servicio de Salud, conviene en asignar a la Municipalidad la suma anual de **\$61.380.126.-**, recursos destinados a financiar todos o algunos de los siguientes componentes del Programa Odontológico Integral: 1) **Componente 1: Hombres De Escasos Recursos**, Atención Odontológica Integral de hombres de escasos recursos mayores de 20 años, debe incluir rehabilitación protésica al menos al 60% de las atenciones; 2) **Componente 2: Más Sonrisas Para Chile** (Atención odontológica integral de mujeres mayores de 20 años debe incluir rehabilitación protésica al menos al 60% de las atenciones; 3) **Componente 3: Atención Odontológica Integral a Estudiantes Que Cursen Cuarto Año De Educación Media y/o Equivalente** y **Componente 4: Atención Odontológica Domiciliaria**; y en las condiciones establecidas en el presente Convenio; **Y TENIENDO, ADEMÁS, PRESENTE:** Lo dispuesto en el D.F.L. N° 1/2006 que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763 de 1979 y otros cuerpos legales; Decreto Supremo N° 140 del 2004 que aprobó el nuevo Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, Decreto Afecto N° 07/2019, ambos del Ministerio de Salud, Ley N° 21.289, de 2020, del Ministerio de Hacienda, que aprueba el Presupuesto para el Sector Público, Año 2021 y lo prevenido en la Resolución N° 07, de 26 de marzo de 2019, publicada en el Diario Oficial del 29 de marzo de 2019, de la Contraloría General de la República, dicto la siguiente:

R E S O L U C I O N

1. **APRUÉBASE**, el Convenio denominado "**PROGRAMA ODONTOLÓGICO INTEGRAL**", suscrito con fecha 15 de marzo de 2021, entre el **SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVI** y la **I. MUNICIPALIDAD DE LOS MUERMOS**, mediante el cual el Servicio traspa a la Municipalidad la cantidad de **\$61.380.126.-**, a fin de ejecutar las actividades que se detallan en el presente Convenio.

2. **IMPUTESE** el gasto que irroque el cumplimiento de este Convenio al Item 24-03-298 **Estatuto Atención Primaria Ley N° 19.378**, correspondiente al presupuesto vigente del año 2021.

ANOTESE Y COMUNIQUESE,



DR. JTA./SR. CQV/mvo.-

N° 261 - 29.03.2021



DR. JORGE TASKE ALEGRIA
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVI

DISTRIBUCIÓN:

- División Atención Primaria, Ministerio de Salud.
- Municipalidad de los Muermos.
- Depto. Jurídico Servicio Salud.
- Subdirección de Gestión Asistencial Servicio de Salud.
- Depto. Control de Gestión, Oficina de Convenios Servicio de Salud.
- Oficina de Partes Servicio de Salud.

ID DOC. 9712906



SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVÍ
DEPARTAMENTO CONTROL DE GESTIÓN
OFICINA DE CONVENIOS
DR.JTA/CCV/SCS/DRA.YGV/YCG

CONVENIO
PROGRAMA ODONTOLÓGICO INTEGRAL
CON LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LOS MUERMOS
2021

En Puerto Montt a 15 de Marzo de 2021, entre el **SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVÍ**, persona jurídica de derecho público, RUT N° 61.607.700-7, domiciliado en calle Egaña N° 85, de Puerto Montt, representado por su Director Dr. Jorge Antonio Tagle Alegría, Cédula Nacional de Identidad N° 12.534.405-4, del mismo domicilio, en adelante el “**Servicio**” y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LOS MUERMOS**, RUT N° 69.220.800-5, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Calle Antonio Varas N° 498, de Los Muermos, representada por su Alcalde Sr. Emilio González Burgos, Cédula Nacional de Identidad N° 8.424.799-5, 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”.

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 Odontológico Integral.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 101 de fecha 02 de Febrero de 2021, del Ministerio de Salud, anexo al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.



TERCERA: DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA:

- **Objetivo General:**

Contribuir con el Plan de Salud Oral a través de estrategias que facilitan el acceso de los grupos más vulnerables y con alta carga de enfermedad bucal a la atención odontológica en la Atención Primaria de Salud.

- **Objetivos Específicos:**

1. Brindar atención a hombres beneficiarios mayores de 20 años con alta carga de enfermedad oral y/o que requieran prótesis, mediante altas odontológicas integrales.
2. Brindar atención a mujeres beneficiarias mayores de 20 años con alta carga de enfermedad oral y/o que requiera prótesis, mediante altas odontológicas integrales.
3. Realizar auditorías clínicas a las altas odontológicas integrales en mujeres y hombres beneficiarios mayores de 20 años.
4. Brindar atención a estudiantes que cursen cuarto año de educación media y/o su equivalente, mediante altas odontológicas integrales en Centros de Salud y en los establecimientos educacionales por medio de unidades dentales portátiles, unidades dentales móviles y box dentales pertenecientes al establecimiento educacional.
5. Entregar atención odontológica a beneficiarios del "Programa de Atención Domiciliaria a personas con dependencia severa" en coordinación con la red de salud y la red intersectorial de servicios.

CUARTA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar todos o algunos de los siguientes componentes del Programa Odontológico Integral:

Componentes

Los cuatro componentes del programa pueden incluir, según necesidad local, la contratación de recurso humano odontológico, personal de apoyo para el mismo, compra de insumos, materiales, instrumental para apoyar el logro de las metas establecidas y traslado para la atención domiciliaria.

A los componentes Hombres de escasos recursos y Más Sonrisas para Chile, sólo podrán acceder los usuarios que en los 3 años anteriores no hayan sido beneficiados por ninguno de sus componentes.

1) Componente 1: Hombres de Escasos Recursos

Estrategia: Atención Odontológica Integral de hombres de escasos recursos mayores de 20 años. De estas atenciones al menos 60% debe incluir rehabilitación protésica.

Esto es otorgar atención odontológica a hombres priorizados; especialmente vulnerables, por alto daño por caries, enfermedad periodontal y/o desdentamiento.



alta odontológica integral incluye 1 o 2 prótesis individuales según necesidad protésica, así como las endodoncias que el usuario requiera. El alta protésica se da con los 2 controles posteriores a la inserción. Las prótesis deben tener garantía de 1 año por fallas atribuibles al operador o laboratorio, pierde garantía si es por causas atribuibles a mal uso por parte del usuario.

- a. Estrategia: Auditorías clínicas de las altas odontológicas integrales a beneficiarios de Hombres de Escasos recursos. Esto es asegurar que las prestaciones odontológicas realizadas cumplan con criterios de calidad y satisfacción usuaria.

2) Componente 2: Más Sonrisas para Chile

- a. Estrategia: Atención odontológica Integral de mujeres mayores de 20 años. De estas atenciones al menos el 60% debe incluir rehabilitación protésica.

Esto es otorgar atención odontológica a mujeres priorizadas; especialmente vulnerables, con alto daño por caries, enfermedad periodontal y/o desdentamiento. El alta odontológica integral incluye 1 o 2 prótesis individuales según necesidad protésica, así como las endodoncias que usuario requiera. El alta protésica se da con los 2 controles posteriores a la inserción. Las prótesis deben tener garantía de 1 año por fallas atribuibles al operador o laboratorio, pierde garantía si es por causas atribuibles a mal uso por parte del usuario.

- b. Estrategia: Auditorías Clínicas de las Altas Odontológica Integrales a beneficiarias del Más Sonrisas para Chile. Esto es asegurar que las prestaciones odontológicas realizadas cumplan con criterios de calidad y satisfacción usuaria.

3) Componente 3: Atención Odontológica Integral a estudiantes que cursen cuarto año de Educación Media y/o equivalente.

Estrategia: Alta Odontológica integral a estudiantes que cursen cuarto año de educación media y/o su equivalente, en establecimientos de APS y en Establecimientos Educativos a través de dispositivos portátiles, Unidades Dentales Móviles o Box al interior del Establecimiento.

4) Componente 4: Atención Odontológica Domiciliaria.

Estrategia: Alta Odontológica integral a beneficiarios del "Programa de Atención domiciliaria a personas con dependencia severa" en coordinación con la red de salud y red intersectorial de servicios.

Las prestaciones de alta odontológica domiciliaria serán definidas por el profesional odontólogo, en coordinación con el equipo de visita domiciliaria y previo consentimiento informado por parte del cuidador.



QUINTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar a la Municipalidad, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de \$ 61.380.126.- (**sesenta y un millones trescientos ochenta mil ciento veintiséis pesos**), para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la clausura anterior.

La presentación de factura debe hacerse a la dirección del servicio de salud, sin que en ningún caso se pueda exceder del presupuesto total anual indicado.

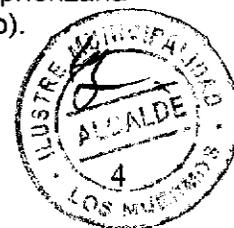
La Municipalidad se compromete a coordinar la definición de coberturas en conjunto con el Servicio cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste para estrategias específicas y se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa.

SEXTA: La Municipalidad se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar las siguientes actividades y metas:

Nº	NOMBRE COMPONENTE	ACTIVIDAD	META Nº	MONTO (\$)
1	Hombres de escasos recursos	Atención odontológica integral a hombres de escasos recursos de 20 años y más.	Mínimo 14	2.623.376.-
TOTAL COMPONENTE Nº 1 (\$)				2.623.376.-
2	Atención odontológica integral de mujeres mayores de 20 años	Atención odontológica Integral de mujeres de 20 años y más.	Mínimo 250	46.846.000.-
TOTAL COMPONENTE Nº2 (\$)				46.846.000.-
3	Atención odontológica integral a estudiantes de enseñanza media y/o su equivalente.	Atención odontológica integral a estudiantes de enseñanza media y/o su equivalente.	Mínimo 150	8.745.150.-
TOTAL COMPONENTE Nº3 (\$)				8.745.150.-
4	Atención Odontológica integral a beneficiarios del Programa de Atención en domicilio a pacientes con dependencia severa y sus cuidadores.	Alta Odontológica a beneficiarios del Programa Atención Domiciliaria a personas con dependencia severa.	Mínimo 50	3.165.600.-
TOTAL COMPONENTE Nº4 (\$)				3.165.600.-
TOTAL PROGRAMA (\$)				61.380.126.-

Estos programas deben garantizar la atención de menores que se encuentran en programas de la red del Servicio Nacional de Menores (SENAME), atención de personas en situación de discapacidad o con algún grado de dependencia, así como personas trans femeninas y trans masculinos.

Para lograr la focalización de esta estrategia en el hombre más vulnerable, se debe priorizarla atención de beneficiario del subsistema de seguridad y oportunidad (Ex Chile Solidario).



En la estrategia Mas sonrisas priorizar a víctimas de violencia contra la mujer, mujeres de línea programática mujer y trabajo, área de participación política, área de mujer, sexualidad y maternidad, así como lista de espera local.

Los componentes N° 1 y 2, debe garantizar la atención integral de las mujeres Más Sonrisas para Chile y Hombres de Escasos Recursos, con entrega de Kit de Higiene, y la o las prótesis dentarias que el paciente requiera.

El Kit de Higiene incluye: pasta, cepillo y seda dental; en caso de prótesis incluye cepillo para prótesis dental.

El **Recurso Humano** deberá ser orientado hacia la contratación de quienes desarrollarán las funciones, bajo el lineamiento del Programa Odontológico Integral y cuyas funciones específicas están dirigidas a cumplir los objetivos planteados en éste.

SEPTIMA: PRODUCTOS ESPERADOS:

- Altas odontológicas integrales para hombres de escasos recursos con alta carga de enfermedad oral y/o que requiera prótesis.
- Altas odontológicas integrales en mujeres beneficiarias Más Sonrisas para Chile con alta carga de enfermedad oral y/o que requiera prótesis.
- Auditorías Clínicas de las Altas odontológicas integrales Hombres de Escasos Recursos y Más Sonrisas para Chile.
- Alta odontológica Integral en estudiantes de enseñanza media y/o su equivalente.
- Alta odontológica en beneficiarios del "Programa de Atención domiciliaria a personas con dependencia severa".

CANASTA DE PRESTACIONES: Altas Odontológicas Integrales para Hombres de Escasos Recursos y Más Sonrisas para Chile:

- Examen de Salud
- Instrucción de higiene y motivación.
- Intervención preventiva en alcohol, tabaco y otras drogas (Anexo N°4)
- Destartraje y pulido coronario
- Obturaciones amalgama
- Obturaciones vidrio ionómero
- Obturaciones Composite
- Radiografías periapicales
- Exodoncias
- Endodoncia uni o birradicular
- Prótesis removible (acrílica o metálica)
- Prótesis Metálica
- Kit de Higiene

OCTAVA: El Programa considera todos los insumos para realizar las actividades. En el caso de existir recursos disponibles, una vez cumplidas las metas comprometidas, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud, la autorización para la mantención y/o reposición de



instrumental y/o equipamiento odontológico utilizado en dicha estrategia, adjuntando todos los antecedentes necesarios que avalan esta solicitud.

El Servicio determinará la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades del programa y de acuerdo a la normativa vigente.

NOVENA: El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas definidas por la División de Atención Primaria y cada Servicio de Salud:

El monitoreo y evaluación se orienta a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los componentes del programa con el propósito de mejorar su eficiencia y efectividad.

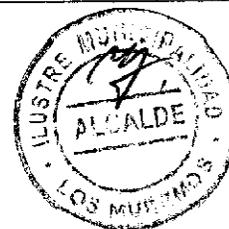
A continuación de acuerdo al siguiente cuadro, se definen las metas para cada componente:



Componente	Estrategia	Indicador	Meta anual	Peso Relativo en Componente	Peso Relativo en Programa
1. Hombres de Escasos Recursos.	Atención odontológica Integral de hombres de escasos recursos mayores de 20 años. De estas atenciones al menos el 60% debe incluir rehabilitación protésica.	(N° total de altas odontológicas integrales en hombres de escasos recursos / N° total de altas odontológicas integrales HER comprometidas) x 100	100%	95%	30%
	Auditorías clínicas al 5% de las altas odontológicas integrales Hombres de Escasos Recursos*	N° total de auditorías Hombres de Escasos Recursos realizadas / N° total de auditorías Hombres de Escasos Recursos comprometidas) x 100	100%	5%	
2.- Más Sonrisas para Chile	Atención odontológica Integral de mujeres mayores de 20 años. De estas atenciones al menos el 60% debe incluir rehabilitación protésica.	(N° total de altas odontológicas integrales Más Sonrisas para Chile / N° total de altas odontológicas integrales Más Sonrisas para Chile comprometidas) x 100	100%	95%	30%
	Auditorías clínicas al 5% de las altas odontológicas integrales Más Sonrisas para Chile *	(N° total de auditorías Más Sonrisas para Chile realizadas / N° total de auditorías Más Sonrisas para Chile comprometidas) x 100	100%	5%	
3.- Atención Odontológica Integral a estudiantes de enseñanza media y/o su equivalente	Alta odontológica integral a estudiantes de enseñanza media y/o su equivalente	(N° total de altas odontológicas integrales en estudiantes de enseñanza media y/o su equivalente realizadas/ N° total de Altas odontológicas integrales en estudiantes de enseñanza media y/o su equivalente comprometidas)*100	100%	100%	30%
4.- Atención Odontológica Integral a beneficiarios del "Programa de Atención domiciliaria a personas con dependencia severa"	Alta Odontológica a beneficiarios del "Programa Atención Domiciliaria a personas con dependencia severa".	N° de Altas Odontológicas a beneficiarios del "Programa Atención Domiciliaria a personas con dependencia severa" / N° de total de altas odontológicas a beneficiarios del "Programa Atención Domiciliaria a personas con dependencia severa" comprometidas) x 100	100%	100%	10%
TOTAL					100%

* No aplica evaluación en el primer corte.

La evaluación del programa se efectuará en dos etapas:



La primera evaluación, se efectuará con corte al 31 de agosto del año en curso. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 50%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento global del Programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 30%
50%	0%
Entre 40 y 49,99 %	25%
Entre 30 y 39,99 %	50%
Entre 25 y 29,99 %	75%
Menos de 25%	100%

El incumplimiento de las metas comprometidas dará lugar a reliquidación del Programa.

Cabe hacer presente que, en el subtítulo de gasto N° 24, la aplicación de lo señalado en cuanto al número de cuotas y reliquidación de ellas, se exceptúa solo para los recursos destinados al equipamiento y/o habilitación de los boxes dentales, los cuales se pagarán en una cuota, contra la total tramitación del acto aprobatorio y no serán objeto de reliquidación.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento, la comuna podrá solicitar la no aplicación de la reliquidación ante la Dirección del Servicio de Salud, adjuntando los antecedentes que respalden su solicitud y un Plan de Trabajo que incluya un cronograma para el cumplimiento de las metas. El Servicio analizará la petición y la remitirá al Ministerio de Salud, de ser procedente, que resolverá la petición.

No obstante lo anterior, el Servicio debe realizar la evaluación del Programa al 31 de diciembre del año respectivo y las comunas estarán obligadas a rendir cuenta financiera y evaluar las metas al final del periodo, tal como se detalla en la Circular N° 29/2016 del Ministerio de Hacienda.

El no cumplimiento de las actividades y metas anuales, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

Los 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.

La segunda evaluación y final, se efectuará al 31 de Diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

Al evaluar el cumplimiento individual de cada estrategia, se debe ponderar el peso relativo por componente, lo que constituirá el cumplimiento global del programa. En caso de que una o varias estrategias no apliquen, se deberán reponderar las que sí apliquen proporcionalmente al peso relativo original, con la finalidad de obtener el cumplimiento final del programa.



El Servicio deberá 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 al Departamento de Auditoría.

Indicadores:

1. Cumplimiento del Objetivo Específico N°1:

Indicador: Altas integrales en Hombres de Escasos Recursos con alta carga de enfermedad oral y/o que requiera prótesis.

- Fórmula de cálculo: $(\text{N}^\circ \text{ total de altas odontológicas integrales en hombres de escasos recursos realizadas} / \text{N}^\circ \text{ total de altas odontológicas integrales en hombres de escasos recursos comprometidas}) \times 100$
- Medio de verificación: REM A09 2021 sección G / Planilla de distribución de metas programas odontológicos.

2. Cumplimiento del Objetivo Específico N°2:

- **Indicador:** Altas odontológicas integrales Más Sonrisas para Chile con alta carga de enfermedad oral y/o que requiera prótesis.

- Fórmula de cálculo: $(\text{N}^\circ \text{ total de altas odontológicas integrales Más Sonrisas para Chile realizados en año t} / \text{N}^\circ \text{ total de altas integrales Más Sonrisas para Chile comprometidas en año t}) \times 100$
- Medio de verificación: REM A09 2021 sección G / Planilla de distribución de metas programas odontológicos.

3. Cumplimiento del Objetivo Específico N° 3:

- **Indicador:** N° total de auditorías realizadas a altas odontológicas integrales Hombre de Escasos Recursos.

- Fórmula de cálculo: $(\text{N}^\circ \text{ total de auditorías a altas integrales Hombres de Escasos Recursos realizadas} / \text{N}^\circ \text{ total de auditorías Hombres de Escasos Recursos comprometidas}) \times 100$
- Medio de verificación: REM A09 2021 sección G / Planilla de distribución de metas programas odontológicos.

- **Indicador:** N° total de auditorías realizadas a altas odontológicas integrales Más Sonrisas para Chile.

- Fórmula de cálculo: $(\text{N}^\circ \text{ total de auditorías altas integrales " Más Sonrisas para Chile" realizadas en año t} / \text{N}^\circ \text{ total de auditorías a altas integrales Más Sonrisas para Chile comprometidas}) \times 100$
- Medio de verificación: REM A09 2021 sección G / Planilla de distribución de metas programas odontológicos.



4. Cumplimiento del Objetivo Específico N° 4:

- **Indicador:** Atención Odontológica Integral a estudiantes de educación media y/o su equivalente.
 - Fórmula de cálculo: N° total de altas odontológicas integrales en estudiantes de enseñanza media y/o su equivalente realizadas / N° total de Altas odontológicas integrales en estudiantes de enseñanza media y/o su equivalente comprometidas) x 100
 - Medio de verificación: REM A 09 2021 sección G / Planilla de distribución de metas programas odontológicos

5. Cumplimiento del Objetivo Específico N° 5:

- **Indicador:** Atención Odontológica a beneficiarios del "Programa Atención Domiciliaria a personas con dependencia severa y sus cuidadores".
 - Fórmula de cálculo: (N° total de Altas Odontológicas realizadas a beneficiarios del "Programa Atención Domiciliaria a personas con dependencia severa" y/ o sus cuidadores / N° de total de altas odontológicas a beneficiarios del "Programa de Atención Domiciliaria a personas con dependencia severa" comprometidas) x 100
 - Medio de verificación: REM A09 2021 sección G / Planilla de distribución de metas programas odontológicos.

DECIMA: Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas: 70% a la total tramitación del acto aprobatorio y el 30% restante en octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación señalada en el ítem VII de este Programa.

DECIMA PRIMERA: Se deja constancia que la Glosa 02 de la ley de Presupuesto del Sector Publico, antes citada, contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 de la ley N° 19.378, la entidad administradora de Salud Municipal podrá contratar personal conforme a la normativa establecida en esa misma ley, o si por alguna razón la prestación debe ser entregada por un profesional a Honorarios, debe ser acorde con lo dispuesto en el Artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

DECIMA SEGUNDA: En atención a que los recursos que se transfieren en virtud del presente Convenio, están destinados al pago de las acciones de que da cuenta la cláusula Quinta para el presente año presupuestario, la Municipalidad deberá restituir al Servicio de Salud, los fondos no ejecutados, no rendidos u observados al término de esta anualidad, previa confirmación de saldos con esta institución; Sin perjuicio según lo expuesto en la cláusula décima séptima.

De conformidad con lo dispuesto en el **Artículo 9 de la Ley de Presupuesto 2021**, dichos saldos, no utilizados por los organismos receptores y que deban ser reintegrados, deberán ser ingresados a Rentas Generales de la Nación (a través de la Tesorería General de la República), por el Servicio de Salud.



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

El Servicio de Salud se reserva el derecho de solicitar al municipio, la realización de auditorías clínicas en los programas Más Sonrisas para Chile y Hombres de Escasos Recursos, con costo a éste, si en las auditorías clínicas que realiza el Servicio de Salud se encuentran observaciones.

DECIMA CUARTA: El Servicio velará por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría.

Sin perjuicio de lo anterior, las transferencias de recursos se regirán por las normas establecidas en la **Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República** que fija normas de procedimientos sobre Rendición de Cuentas, para lo cual estará disponible el "Sistema de Ejecución APS" (URL: <http://app.ssd.r.gob.cl/convenios/> ; IP: <http://10.6.43.208/convenios/>), que permitirá ingresar la información y generar el proceso de rendición, que deberá ser enviada a Oficina de Partes del Servicio o por firma digital, en la medida que esté implementada esta última opción.

DECIMA QUINTA: 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.

DECIMA SEXTA: Las partes dejan expresa constancia que este convenio comienza a regir a partir del 1° de Abril del presente año, como consecuencia de prórroga de convenio año 2020 hasta el 31 de Marzo del 2021, aprobado según resolución Exenta N°J/4537 de fecha 31 de Diciembre del 2020.

DECIMA SEPTIMA: La representación de **DON EMILIO GONZALEZ BURGOS** para actuar en nombre de la **I. MUNICIPALIDAD DE LOS MUERMOS** consta en Acta de Proclamación de fecha 01 de Noviembre de 2016.

La personería de **DON JORGE TAGLE ALEGRIA**, para actuar a nombre y representación del **SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVI**, consta en el Decreto Afecto N° 07 del 22 de Enero del 2019.

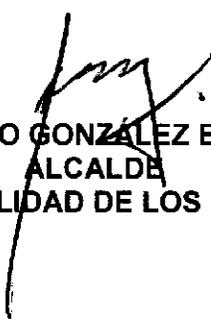
Dichos documentos no se insertan por ser conocidos de las partes.

DECIMA OCTAVA: El presente convenio tendrá vigencia hasta el 31 de Diciembre de 2021. Sin embargo, de existir saldos pendientes de ejecutar al 30 de Noviembre de 2021; durante el mes de Diciembre de 2021 las partes podrán celebrar convenio de continuidad de este Programa, siempre y cuando la Municipalidad realice la solicitud formal vía ordinario con fecha ~~hoy~~ el 10 de Diciembre del año en curso, acompañado de rendición de fondos entregados.



DECIMA NOVENA: El presente convenio se firma en 5 ejemplares, quedando tres en poder del Servicio de Salud, uno en el de la Municipalidad y el restante en la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.




SR. EMILIO GONZÁLEZ BURGOS
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE LOS MUERMOS


DR. JORGE TAGLE ALEGRIA
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVI

DESAM.

1347


 MUNICIPALIDAD LOS MUERMOS
 OFICINA DE PARTES
 16 ABR 2021
 No Registro: 1978
 DEPARTAMENTO JURIDICO

RESOLUCIÓN EXENTA N° _____

12 ABR 2021

PUERTO MONTT,

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES: La necesidad de aprobar el Convenio **"PROGRAMA MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES EN ATENCION PRIMARIA - AÑO 2021"**, suscrito con fecha 23 de marzo de 2021, entre el **SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVI** y la **I. MUNICIPALIDAD DE LOS MUERMOS; TENIENDO PRESENTE;** Que el Ministerio de Salud ha aprobado dicho Programa mediante Resolución Exenta N° 161 de fecha 08 de Febrero de 2021, que tiene como propósito ampliar la cobertura y oportunidad de las prestaciones recibidas por las personas de 60 años y más, beneficiario del sistema público, buscando dar respuesta a sus necesidades, entregando prestaciones que logren mantener la funcionalidad, previniendo o minimizando la pérdida de autonomía funcional; y para ello se transfiere recursos por la suma total y única de **\$33.597.448.-**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de los componentes y estrategias señaladas y en las condiciones establecidas en el citado Convenio; **TENIENDO PRESENTE:** lo dispuesto en el D.F.L. N° 1 de 2006, que fijó texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y otros cuerpos legales, Decreto Supremo N° 140/2004, del Ministerio de Salud, y lo prevenido en solución N° 07 del 26 de marzo de 2019, publicada en el Diario Oficial del 29 de Marzo de 2019, de la Contraloría General de la República, dicto la siguiente,

R E S O L U C I O N :

- 1.- **APRUÉBASE,** el Convenio **"PROGRAMA MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES EN ATENCION PRIMARIA - AÑO 2021"**, suscrito con fecha 23 de marzo de 2021, entre el **SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVI** y la **I. MUNICIPALIDAD DE LOS MUERMOS**, mediante el cual el Ministerio, a través del Servicio, transfiere a la Municipalidad, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria de este Convenio, los fondos correspondientes a la suma total y única de **\$33.597.448.-**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de los componentes y estrategias señaladas en el presente Convenio.
- 2.- **IMPÚTESE** el gasto que irrogue el cumplimiento de este Convenio al Item 24-03-298, **Estatuto Atención Primaria Ley N° 19.378**, correspondiente al presupuesto vigente del año 2021.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.


DR. JTA/PJM/CCV/mvo.-


DR. JORGE TAGLE ALEGRÍA
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVI



SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVÍ
DEPARTAMENTO CONTROL DE GESTION
OFICINA DE CONVENIOS

DR. JTA/CCV/SCS/MSP/LOA

CONVENIO
PROGRAMA MÁS ADULTO MAYORES AUTOVALENTES EN
ATENCION PRIMARIA
2021
CON ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LOS MUERMOS

En Puerto Montt a 23 de Marzo de 2021, entre el Servicio de Salud Del Reloncaví, persona jurídica de derecho público, RUT N° 61.607.700-7, domiciliado en calle Egaña N° 85, de Puerto Montt, representado por su Director Dr. Jorge Tagle Alegría, Cédula Nacional de Identidad N° 12.534.405-4, del mismo domicilio, en adelante el "**Servicio**" y la Ilustre Municipalidad de Los Muermos, persona jurídica de derecho público, RUT N° 69.220.800-5, domiciliada en Calle Antonio Varas N° 498, representada por su Alcalde Sr. Emilio Gonzalez Burgos, RUT N° 8.424.799-5, 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".

SEGUNDA: En el marco de las prioridades programáticas emanadas del Ministerio de Salud, que relevan a la Atención Primaria como área y pilar relevante de la salud pública, el Ministerio de Salud ha decidido impulsar el Programa "Mas Adultos Mayores Autovalentes en Atención Primaria". Como misión a los servicios de Salud, les corresponde implementar y ejecutar las políticas Públicas. Con este Programa se busca ampliar la cobertura, y oportunidad de las prestaciones recibidas por las personas de 60 años y más, beneficiario del sistema público, buscando dar respuesta a sus necesidades, entregando prestaciones que logren mantener la funcionalidad, previniendo o minimizando la pérdida de autonomía funcional.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 161 del 08 de Febrero del 2021, del Ministerio de Salud, anexa al presente convenio y que se entiende



parte integrante del mismo, el que la municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a desarrollar los siguientes objetivos y componentes del Programa:

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 ESPECIFICOS:

1. Mejorar capacidad funcional individual y comunitaria para enfrentar el proceso de envejecimiento
2. Capacitar Líderes Comunitarios de las organizaciones sociales locales en Autocuidado y Estimulación Funcional de las personas mayores.
3. Fomentar el desarrollo de la red local para el abordaje del envejecimiento y el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo

COMPONENTE 1: INTERVENCIÓN SOCIOSANITARIAPROMOCIONAL Y PREVENTIVA PARA MANTENER Y/O MEJORAR LA CONDICIÓN FUNCIONAL (Ex Programa de Estimulación Funcional)

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

Dura 3 meses e implica dos sesiones mixtas semanales de 90 a 120 minutos de duración cada una, facilitadas por una dupla profesional formada por un(a) kinesiólogo y un(a) terapeuta ocupacional, en caso que no pueda ser contratado este profesional se considerará parte de la dupla profesional Fonoaudiólogo/a.

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

Cada sesión mixta incluye una sesión del Taller de Estimulación de Funciones Motoras y Prevención de Caídas y una sesión del Taller de Estimulación de Funciones Cognitivas o una sesión del Taller de Estimulación de Autocuidado o Estilos de Vida Saludable.

Estas sesiones deben desarrollarse con actividades que involucren aspectos de estimulación física, cognitiva y autocuidado en forma simultánea, propiciando la integración de contenidos en las personas mayores y el trabajo conjunto entre la dupla profesional. Al mismo tiempo se espera, que con el transcurso de las sesiones los participantes desarrollen en forma progresiva un rol protagónico, para favorecer posteriormente la realización de actividades de estimulación funcional y autocuidado en forma autónoma dentro de las organizaciones.



Los grupos de PM intervenidos, se conforman de distintas maneras reconociéndose al menos las siguientes posibilidades de grupos formados: exclusivamente por PM participantes de una misma organización; por PM sin relación previa entre sí, derivadas por equipo de salud, intersector o comunidad; en forma mixta, en la que una parte del grupo pertenece a una organización y otra corresponde a personas derivadas desde los diferentes sectores.

Las PM manifiestan la voluntariedad de ingreso y participación mediante la firma del Compromiso Informado. Son evaluadas al ingreso y al egreso del programa con el Cuestionario de Funcionalidad y el Test Timed Up And Go. Al inicio de la intervención se presenta a cada grupo los objetivos del programa y se determina con las PM los aspectos a abordar dentro de este componente, teniendo en consideración sus necesidades e intereses, para la pertinencia de las actividades a desarrollar. El proceso de estimulación funcional y autocuidado grupal, se compone de un total de 24 sesiones mixtas, en las que se reúne intervención funcional motora, cognitiva y de autocuidado. La metodología de desarrollo del programa es la de Educación Popular y Aprender Haciendo descrita en los documentos técnicos. Dentro de estas sesiones también participa el equipo de salud y servicios locales, para abordar el autocuidado y bienestar en forma integral. Existe un documento de apoyo denominado Cuadernillo del Participante y un Manual para los equipos del Programa.

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

Este componente se desarrolla en espacios preferentemente comunitarios, considerando el apoyo local de las comunidades e intersector en la gestión de los mismos y en horarios diferidos según la dinámica de cada comunidad, favoreciendo la participación de las personas mayores que desempeñan roles de cuidado y productivos, que no cuentan con la disponibilidad horaria para asistir en el horario habitual de funcionamiento de los centros de salud.

En cada comuna en que se realiza el programa debe realizar un diagnóstico de situación y diagnóstico participativo para definir en qué temas y en qué forma se capacitarán los líderes comunitarios de las organizaciones sociales participantes del Programa en el Componente 2. Además, en el Componente 1, los talleres son planificados en forma participativa sobre temas de interés de las personas mayores, promoviendo su participación en la selección de temáticas y en la planificación de los talleres y, además al finalizar cada ciclo de intervención se realiza una evaluación participativa para retroalimentar el Programa e introducir mejoras.

Etapas de la Estimulación Funcional y Actividades Asociadas

Se describen etapas claves para el desarrollo de este componente, las que según el nivel alcanzado por el Programa en cada localidad pueden seguir el orden propuesto o desarrollarse en forma simultánea.



1. Planificación y Programación de las sesiones

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Las personas pueden ingresar al programa una vez por año, favoreciéndose al egreso del Programa la mantención en o la incorporación a las organizaciones sociales.



capacitadas en el componente 2 para dar continuidad a la intervención y la participación en actividades para el fomento del envejecimiento activo.

3. Desarrollo del componente de Estimulación Funcional

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

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

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

4. Egreso del Componente de Estimulación Funcional

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

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

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

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



incorporar en el Programa, en cuanto a contenidos a tratar, formas de trabajo, materiales empleados, difusión, etc.

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

Para las prácticas seguras durante el programa, bioseguridad del paciente y el manejo médico legal del equipo profesional, se espera que el equipo de salud de cada CESFAM junto con la red local de urgencias desarrolle los Procedimientos para el manejo y derivación de incidentes asociados a la atención: Eventos Adversos (situación o acontecimiento inesperado relacionado con la atención sanitaria recibida y que tiene o puede tener consecuencias negativas para el mismo y que no está relacionado con el curso natural de enfermedad; incidente producido en traslado en ambulancia o móvil), Eventos Centinelas (situación o acontecimiento inesperado que puede producir la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas o el riesgo potencial que esto ocurra), o asociados a la pesquisa de descompensaciones u otras situaciones de salud en el terreno.

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

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

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

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

Para el Ingreso al Programa, cuando éste se encuentre desarrollando acciones remotas por limitación de las actividades presenciales, se utilizará el Cuestionario de Ingreso Remoto al Programa, el que deberá enmarcarse dentro de las acciones de continuidad de atención para las personas mayores por parte de los establecimientos de APS que ejecuten el Programa, facilitando las derivaciones pertinentes en caso de pesquisa de situaciones que ameriten atención por parte del equipo de salud. Para la evaluación de ingreso y egreso remoto se establece la utilización del Cuestionario de Funcionalidad



HAQ-8 modificado para el Programa, no siendo posible la aplicación del Test Timed Up and Go por su aplicación presencial.

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

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

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

COMPONENTE 2: FOMENTO DEL AUTOCUIDADO Y ESTIMULACIÓN FUNCIONAL EN LAS ORGANIZACIONES SOCIALES Y SERVICIOS LOCALES.

El objetivo es entregar un servicio de fomento del envejecimiento activo y positivo a la red local compuesta por organizaciones de personas mayores y servicios locales. Basa su intervención en el desarrollo de un proceso diagnóstico para la acción mediante el mejoramiento de capacidades colectivas e intersectoriales para el envejecimiento de las comunidades. Comienza con la identificación de características locales que entregan un mayor conocimiento al equipo del programa respecto a la realidad de las comunidades intervenidas, facilitando la adaptación del programa al contexto local y planificación pertinente de actividades. Además, se realiza un Catastro de Organizaciones Sociales de PM (o se actualiza la base de datos), y un Catastro de Servicios Locales con oferta para PM (o respectiva actualización). Posteriormente, corresponde la realización de la etapa de diagnóstico participativo, en la que se trabaja en el levantamiento de necesidades y propuestas para el Autocuidado de PM, para determinar los contenidos de la Capacitación de Líderes Comunitarios del Programa. En él participan PM vinculadas al programa a través del Componente 1, equipos de salud, integrantes de servicios locales, otras entidades y autoridades. Usando metodología participativa, se generan espacios reflexivos y de diálogo para conocer cuáles son los aspectos identificados como relevantes y necesarios de abordar en torno al autocuidado y estimulación funcional de las PM y se priorizan según importancia en cada comunidad. A partir de ello se genera junto a las PM, la Planificación de la Capacitación de Líderes Comunitarios. Éstos corresponden a PM de organizaciones formales o informales que generan acciones en sus grupos tendientes a potenciar los logros del programa mediante la continuidad de acciones de autocuidado, entre las que se cuentan el acceso a información clave para las PM, la estimulación funcional física y cognitiva, apoyo en gestión de beneficios, promoción de derechos de las PM, entre otras. Se ha visto como necesario para mejorar este componente el contar con acciones de acompañamiento por parte del equipo del programa hacia estos líderes y sus grupos, para favorecer el reconocimiento entre sus pares, generar espacios de aprendizaje continuo y retroalimentación respecto a su práctica en las organizaciones y potenciar la interfase entre ambos componentes.



El Programa en este componente aporta horas de recurso humano para la Capacitación de los Líderes Comunitarios (actividades de capacitación, seguimiento y acompañamiento técnico) y desarrollo de los Planes Intersectoriales (planificación, ejecución, seguimiento).

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

Se describen etapas claves para el desarrollo de este componente, las que según el nivel alcanzado por el Programa en cada localidad pueden seguir el orden propuesto o desarrollarse en forma simultánea.

1. Organización de la información para la gestión local.

Se espera que las comunas o establecimientos, desarrollen:

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



programa, en cuanto a posibilidades de continuidad de Estimulación Funcional y Autocuidado en la red Local. Puede incorporar herramientas tecnológicas de georreferenciación para favorecer la gestión territorial y las acciones de promoción y prevención de salud en personas mayores.

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

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

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

- **Diagnóstico Situacional:** Que mediante el análisis de los antecedentes sociodemográficos y sanitarios más relevantes para la población objetivo, del programa, de la implicancia de los determinantes sociales de la salud y de antecedentes aportados por informantes claves (miembros del equipo de salud, de servicios locales, de organizaciones sociales y comunidad no organizada, etc.), aproxime al equipo a la situación en que se encuentra la población adulta mayor en la comuna y permita determinar algunas características y necesidades de la población con que trabajan para planificar las actividades del Programa.
- **Diagnóstico Participativo sobre las necesidades y propuestas de capacitación de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional de adultos mayores:** Realizado junto a las organizaciones sociales participantes del programa y/o sus representantes, comunidad no organizada e intersector vinculado al programa, para conocer los requerimientos específicos en cuanto a capacitación de Líderes Comunitarios en Estimulación Funcional y Autocuidado de la Salud de las personas mayores. Este Diagnóstico debe considerar como fundamentales la participación voluntaria e informada sobre el proceso diagnóstico que efectúa el Programa y la validación de la información construida. Es preciso considerar que la información obtenida debe generar acciones conjuntas para mejorar la situación actual de las personas mayores, con respecto a los ámbitos de acción del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.
- **Plan de Acción resultante del Diagnóstico Participativo:** Comprende el Programa de Capacitación de los Líderes comunitarios y puede incorporar también Planes de Trabajo intersectoriales, entregando los objetivos, metodología y plan de acompañamiento de los líderes comunitarios capacitados. Este plan de acción



debe ser realizado junto con las personas mayores participantes, validando las propuestas presentadas y en acuerdo en los contenidos y líneas de trabajo.

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

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

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

- Capacitación de Líderes Comunitarios para el Autocuidado y Estimulación Funcional en sus organizaciones: La capacitación de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional, es realizado de acuerdo a los resultados del diagnóstico participativo y actualizado con antecedentes presentes al momento de desarrollar la capacitación. Considera la priorización de temáticas a abordar, el desarrollo progresivo de habilidades entre los líderes, que puede verse apoyado desde la participación previa o posterior en el componente 1 del programa. Incluye además el aporte de otros miembros del equipo de salud y del Intersector. Requiere que la dupla profesional contemple actividades para planificar la capacitación y ejecutarla con las personas mayores. Las actividades de capacitación, seguimiento y acompañamiento de los Líderes Comunitarios se realizan en forma continua dentro del año de ejecución del Programa
- Se espera que entregue material para la realización de actividades de estimulación funcional y autocuidado en las organizaciones sociales, lo que puede ser financiado mediante recursos gestionados a nivel local y apoyado con recursos del programa. Se recomienda resguardar la entrega de materiales mediante documentos por escrito y generar compromisos de trabajo conjunto. Por otra parte, se deben planificar y ejecutar actividades de acompañamiento a los líderes y capacitados por el programa y sus organizaciones, para actualizar conocimientos, resolver inquietudes y el fomento de la corresponsabilidad en salud en las organizaciones, entre otras. Se debe promover la conexión de los líderes con otras actividades desarrolladas en el sector salud en torno al autocuidado, participación, Intersector y proyectos alusivos a los intereses de las personas mayores y los roles de los líderes comunitarios del programa en su territorio.
- Planes Intersectoriales entre los Centros de Salud y los Servicios Locales para Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo: Los planes intersectoriales corresponden a instrumentos elaborados en conjunto por el sector salud y otros sectores (externos al sector salud) identificados a nivel local, para el desarrollo



de la articulación entre instituciones destinadas en forma parcial o total a la provisión de bienes o servicios a personas mayores, teniendo como eje central la atención centrada en la persona, tendiendo a superar la atención centrada en los servicios.

Las necesidades planteadas por las personas mayores deben primar en la definición de los problemas a abordar con el Intersector. Además, se deben considerar aquellos aspectos que concitan el interés de los otros sectores, los factores asociados y las posibilidades de aportar en conjunto a las soluciones de los problemas. El plan de trabajo intersectorial corresponde a un proceso de trabajo, con un propósito y objetivos del trabajo conjunto entre los sectores, que debe contar con planificación de actividades y determinación de recursos, monitoreo de las mismas que evidencien el progreso en el área abordada y una evaluación que informe sobre los resultados alcanzados. Se espera que anualmente se ejecuten y evalúen los Planes Intersectoriales por parte de los servicios involucrados y con representantes de personas mayores participantes del programa.

Esta estrategia requiere la planificación y ejecución de actividades de coordinación, evaluación y seguimiento conjuntas con el Intersector. Se recomienda que los Planes de Trabajo Intersectorial consideren un período de ejecución de dos años dependiendo del nivel de relación entre el programa o centro de salud y el servicio local.

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

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

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

Es posible que durante situaciones que limiten el trabajo presencial con los Líderes Comunitarios o el Intersector, por protección de las personas mayores y del equipo de salud, el trabajo intersectorial no permita el desarrollo y seguimiento de Planes, por lo que se debe evaluar su pertinencia y considerar otros elementos que según cada realidad y momento, sean de mayor utilidad para el fomento del envejecimiento activo y positivo como, por ejemplo, flujogramas conjuntos de trabajo, acuerdos para atención sociosanitaria de situaciones de riesgo de personas mayores, entre otros. Estas situaciones deben ponerse en conocimiento del Referente Técnico del Servicio de Salud, para su conocimiento y orientación al respecto.



PRODUCTOS ESPERADOS

Productos esperados del desarrollo del Componente 1:

1. Personas de 60 años y más que cumplan con los criterios de inclusión, ingresados al Programa de Estimulación Funcional una vez al año: Las personas ingresadas cumplen con los criterios establecidos, no existiendo ingresos de personas sin los criterios de inclusión.
2. Ciclos de 24 sesiones del Componente 1, en un período de 3 meses: Los ciclos se ciñen a este número de sesiones y no se determina arbitrariamente a nivel local su disminución en cuanto a período de tiempo y frecuencia.
3. Personas mayores ingresadas al programa participación en al menos 18 sesiones dentro de un ciclo de 24 sesiones para ser egresadas.
4. Personas mayores que egresan del Programa de Estimulación Funcional mantienen su condición funcional (producto evaluado dentro de la meta de resultado del programa, mediante REM)
5. Personas mayores que egresan del Programa de Estimulación Funcional mejoran su condición funcional (producto evaluado dentro de la meta de resultado del programa, mediante REM)
6. El Componente 1 se compone de 24 sesiones del Taller de Estimulación de Funciones Motoras y Prevención de Caídas; 12 sesiones del Taller de Estimulación de Funciones Cognitivas y 12 sesiones del Taller de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable, desarrolladas según la modalidad descrita para el componente mediante actividades que combinan los distintos talleres.
7. Evaluación Participativa de cada ciclo del Programa para incorporación de mejoras en el componente 1. En cada cierre de ciclo de intervención a cada grupo, se genera un espacio de diálogo y reflexión para conocer la percepción de las PM sobre el desarrollo del componente, sus aprendizajes y propuestas de mejora. Esta información debe quedar consignada junto a las acciones resultantes para el seguimiento por parte del Programa a nivel local y de Servicio de Salud.
8. Protocolo de Procedimientos para el Manejo de Eventos Centinelas, Eventos Adversos y descompensaciones u otras situaciones de salud pesquisadas en las actividades del programa, formulado y validado con los centros de salud y servicios de urgencia respectivos, que opere frente a los eventos descritos.
9. Flujograma de Derivación y Contrarreferencia para el sector salud construido y funcionando en forma efectiva.
10. Flujograma de Derivación y Contraderivación para el Intersector funcionando en forma efectiva.
11. Actividades de los Talleres de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable, cuentan con la participación de otros integrantes del equipo de salud, bajo la modalidad educativa determinada para el Programa.
12. Organizaciones Sociales de personas mayores ingresan al Programa de Estimulación Funcional. Se realizan actividades de difusión a organizaciones sociales de personas mayores para participar del Componente 1.



Productos esperados del desarrollo del Componente 2:

1. Acciones de difusión y coordinación del Programa con el intersector y la comunidad: Se realizan las acciones descritas por parte del Programa en coordinación con los respectivos centros de salud, promoviendo la difusión de los mecanismos de ingreso al Programa y la coordinación con el intersector para la evaluación de áreas en que se requiere una planificación conjunta.
2. Organizaciones Sociales Locales de y para personas mayores son reportadas en el Catastro de Organizaciones Sociales: El Catastro de Organizaciones Sociales da cuenta del N° de Organizaciones existentes a nivel local.
3. Servicios locales con oferta programática para personas mayores se incluyen en el Catastro de Servicios Locales y son ingresados al Programa: El Catastro de Servicios Locales con oferta programática para personas mayores da cuenta de los servicios existentes a nivel local.
4. Mapa de Red Local o elemento construido en forma colaborativa que cumpla funciones de entrega didáctica de información para apoyo al equipo del centro de salud (y otros servicios) para las gestiones con organizaciones sociales y servicios locales. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.
5. Guía u otro elemento para usuarios personas mayores u organizaciones sociales, de construcción participativa, que mencione los servicios disponibles para personas mayores en cada territorio y su caracterización. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.
6. Diagnóstico Situacional y Diagnóstico Participativo para: definición de necesidades de capacitación de Líderes Comunitarios en Autocuidado y Estimulación Funcional diseñado y/o evaluación del Proceso de Capacitación de Líderes Comunitarios. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.
7. Plan de Capacitación de Líderes Comunitarios ejecutado anualmente. Se recomienda que los Planes de Capacitación consideren dos años de trabajo con las organizaciones y los Líderes Comunitarios mediante acciones de capacitación, seguimiento y acompañamiento técnico. Se deberán ajustar estos planes frente a nuevas necesidades surgidas de información actualizada entregada por las personas mayores o pesquisadas por el equipo del programa, en caso de ser necesario.
8. Plan(es) intersectorial(es) para fomento del envejecimiento activo y positivo ejecutados anualmente. Se recomienda que los Planes de Trabajo Intersectorial consideren un período de ejecución de dos años dependiendo del nivel de relación entre el programa o centro de salud y el servicio local.
9. Organizaciones Sociales que cuentan con Líderes Comunitarios capacitados por el Programa participan de actividades de acompañamiento por parte del equipo del programa: El Programa desarrolla en forma continua actividades de acompañamiento a los Líderes del Programa, destinadas a conocer el funcionamiento del trabajo con las organizaciones, nuevos requerimientos de



educación para el autocuidado y estimulación funcional y a un trabajo más personalizado con cada una de los Líderes formados y sus organizaciones.

CONSIDERACIONES PARA EL LOGRO DE LOS PRODUCTOS:

Del establecimiento de salud y el equipo de Atención Primaria

El establecimiento que desarrolla el Programa deberá 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, generando un flujograma de referencia y contra referencia al interior de la red de salud. Se espera que todos los funcionarios de los centros de la red conozcan el programa, las vías de acceso y los resultados obtenidos en la población a cargo.

La dupla profesional del programa es parte integrante del equipo de salud, por tanto, participa en actividades de planificación y resolución para la población a cargo. Se debe procurar y entregar las facilidades para el trabajo en terreno de los equipos y la coordinación de actividades con servicios del intersector, generando un flujograma de derivación y contra derivación al interior de la red local de servicios.

Las acciones del Programa deben considerarse dentro del Protocolo de Manejo de Eventos Críticos y Adversos de cada CESFAM, determinando un Flujograma de Manejo de Eventos Críticos y Adversos para el Programa, que sea conocido y validado con el equipo de salud de los centros respectivos y los Servicios de Urgencia relacionados, reconociendo que este programa se desarrolla predominantemente al exterior de las dependencias de salud.

Horas de Profesionales

Las horas de contratación profesional deben ser idealmente en jornadas de 44 horas, esto en función del qué hacer del programa en cuanto a trabajo comunitario en salud, cercanía con la comunidad y los equipos de salud y el intersector, desplazamientos para talleres y el cumplimiento de metas. En caso excepcional, donde se justifique de manera fundamentada las horas contratadas, estas podrán ser menores a las 44 horas propuestas anteriormente, con autorización del Servicio de Salud. 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. El Servicio de Salud deberá supervisar y presentar las observaciones e indicaciones ante irregularidades en este ámbito.

Del referente del Programa en el Servicio de Salud

El referente del Servicio de Salud velará por el adecuado desarrollo del programa en las comunas y establecimientos correspondientes a su servicio, entregando la información disponible en forma oportuna a las comunas, establecimientos y equipos.

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.



primordial mantener una comunicación fluida con la referencia técnica de la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud.

Deberá además favorecer el desarrollo de la red local del programa, mediante reuniones de trabajo trimestrales que consideren actividades participativas, de capacitación y fortalecimiento del desarrollo del programa para las duplas profesionales y los equipos de los establecimientos beneficiarios. Se espera que fomente acciones de coordinación intersectorial, con entidades vinculadas a población mayor de 60 años, en pro de potenciar el trabajo coordinado en el territorio de los diferentes actores. Entre ellos SENAMA, MIDESO, IND, y servicios locales relacionados, etc.

Deberá evaluar el desarrollo del Programa mediante el monitoreo y acompañamiento técnico de los equipos para el logro de los productos esperados para ambos componentes del Programa. En particular para evaluación de cumplimiento de las metas del componente 2, se requiere verificar la realización de las actividades de capacitación y planes de trabajo intersectoriales y el acompañamiento técnico para el adecuado desarrollo de los mismos.

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 y, además, las actividades de evaluación asociadas al Programa y el requerimiento de cumplir con la entrega de información en los plazos establecidos.

Se espera una comunicación fluida con el nivel central, informando de situaciones que afectan la comunicación o coordinación con las duplas del programa, con el fin de generar propuestas conjuntas para su abordaje.

CUARTA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar a la Municipalidad de Los Muermos, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de \$ **33.597.448.- (treinta y tres millones quinientos noventa y siete mil cuatrocientos cuarenta y ocho pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de los componentes y estrategias del "Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes".

0

Componentes	Componente 1 R.R.H.H. Dupla MAS AMA	Componente 1 R.R.H.H. Expansión	Componente 2 Insumos	Componente 3 Capacitación	Componente 4 Movilización	Total
Convenio 2021	\$27.538.725.	\$1.100.587	\$715.100.-	\$707.077.-	\$3.535.959.-	\$33.597.448.-
Total	\$27.538.725.	\$1.100.587	\$715.100.-	\$707.077.-	\$3.535.959.-	\$33.597.448.-

El financiamiento de los materiales y otros costos asociados para las actividades se detalla en los ítems presentados a continuación:



✓ **RRHH:**

- **Componente 1: RRHH Dupla MAS AMA:** Financiamiento considerado para la contratación Recurso Humano, siendo un total de 1 duplas de profesionales en jornadas de 44 horas, a implementar el Programa con una dupla compuesta según lo señalado en el programa por profesionales Kinesiólogo y Terapeuta Ocupacional, u otro profesional de salud capacitado en caso de demostrarse que no existe disponibilidad del recurso humano señalado y verificado que cumpla con los requisitos mencionados en este Programa.

Mes	Valor mensual dupla profesional 44 horas	Total anual
1	\$ 2.294.894	\$ 27.538.725
2	\$ 2.294.894	
3	\$ 2.294.894	
4	\$ 2.294.894	
5	\$ 2.294.894	
6	\$ 2.294.894	
7	\$ 2.294.894	
8	\$ 2.294.894	
9	\$ 2.294.894	
10	\$ 2.294.893	
11	\$ 2.294.893	
12	\$ 2.294.893	

- ✓ **Expansión RRHH Subtitulo 24:** Financiamiento destinado al pago de horas extras de para potenciar el trabajo comunitario indicado en el programa y principalmente en relación al seguimiento y acompañamiento de las acciones a realizar por los líderes comunitarios capacitados una vez egresados (Componente 2); pudiendo ser dirigidas a pago horas extras de los funcionarios de la dupla MAS AMA u otros profesionales afines con competencias y habilidades de trabajo con la comunidad.
- ✓ **Capacitación:** Elementos para el confort del taller de los participantes del programa y la capacitación de líderes comunitarios como alimentos saludables, hervidor, bolsos, poleras, impresoras, termo laminadora, etc. Incorpora también el costo asociado a actividades de difusión y comunicación con los participantes de los talleres, el Intersector y el acompañamiento de los líderes comunitarios, como material de difusión impreso manuales para los líderes comunitarios, elementos de identificación, teléfono celular prepago, chip telefónico para contactabilidad de usuarios/as, etc.
- ✓ **Insumos:** Materiales destinados a las actividades de los talleres del Programa de Estimulación Funcional, tanto para estimulación de funciones motoras y prevención de caídas, estimulación de funciones cognitivas y autocuidado y estilos de vida saludables. Incluye materiales para ejercicios físicos, cognitivos para el entrenamiento y la adquisición de habilidades de autocuidado.



elementos tecnológicos y no tecnológicos, para favorecer y reforzar el aprendizaje de las personas mayores y facilitar el desarrollo de los talleres. Se incluyen computadores, Tablet u otros necesarios para desarrollar de manera adecuada talleres con usuarios/as, sirviendo como implemento de apoyo.

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

El Servicio de Salud, puede autorizar realizar la redistribución de montos asignados en los ítems de Movilización, capacitación e insumos, Expansión RRHH, considerando criterios de equidad, de acortamiento de brechas técnicas que incidan en el otorgamiento de las prestaciones del programa, Lo dicho posterior a la formalización emitida desde la comuna al Servicio de Salud (oficio dirigido al Director del SS), explicitando detalle del monto inicial y montos de ítems redistribuidos, sumando además la justificación técnica y antecedentes que respalden dicha modificación; La cual será analizada y revisada en el Servicio de Salud para ver pertinencia correspondiente, de acuerdo a antecedentes presentados y lineamientos del Programa MAS AMA.

QUINTA: El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a los objetivos y productos definidos en la cláusula precedente, de acuerdo a lo siguientes Indicadores y medios de verificación:

1. INDICADORES ASOCIADOS A RELIQUIDACIÓN: Meta Anual de cumplimiento para las comunas con dependencia municipal o establecimientos dependientes de Servicio de Salud u ONG

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta Agosto	Meta Diciembre	VERIFICADOR	Peso relativo
	% de población de 60 años y más participante del programa que mantiene o mejora su condición funcional según cuestionario de funcionalidad	$(N^{\circ} \text{ de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad}) / N^{\circ} \text{ de total personas que egresan del programa}) \times 100$	60%	60%	REM	12.5
	% de población de 60 años y más participante del programa que mantiene o mejora su condición funcional según Timed up and go	$(N^{\circ} \text{ de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según timed up and go}) / N^{\circ} \text{ de total personas que egresan del Programa}) \times 100$	60%	60%	REM	12.5

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



	% de población de 60 años y más en control en Centro de Salud, ingresados al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	(N° de personas de 65 años y más ingresadas al programa con condición autovalente + autovalente con riesgo + en riesgo de dependencia) +(N° de personas entre 60 y 64 años ingresadas al programa con EMPA vigente) / Población comprometida a ingresar) x 100 ¹	60%	100%	REM	12.5
	Promedio de Asistentes a Sesiones del Programa	Suma de asistentes a sesiones en el mes/N° de Sesiones realizadas en el mes	Promedio de 15	Promedio de 15	REM	12.5
	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 periodo/Servicios Locales con oferta programática para personas mayores (total o parcial) en el periodo) x100 ²	20%	30%	REM	25
	Capacitación de Líderes Comunitarios	(N° Organizaciones con Líderes Comunitarios Capacitados por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el periodo/Organizaciones ingresadas al Programa de Estimulación Funcional del programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el periodo) x100 ³	20%	30%	REM	25

* La meta 2021 es de 538 usuarios que deben ingresar al Programa MAS AMA

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

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

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

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



COMPONENTE	INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	META AGOSTO	META DICIEMBRE	VERIFICACIÓN
N°1	Porcentaje de Personas Mayores que egresan del Programa	$(N^{\circ} \text{ de personas mayores que egresan del programa} / n^{\circ} \text{ de personas mayores que ingresan al programa}) \times 100$	80%	80%	REM
N°1	Porcentaje de Personas que Mejoran Condición Funcional al egreso del Programa	$(N^{\circ} \text{ de personas que mejoran su condición funcional según tug/n}^{\circ} \text{ de personas que egresan del programa}) \times 100$	incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	REM
N°1	Porcentaje de Personas que Mejoran Condición Funcional al egreso del Programa	$(N^{\circ} \text{ de personas que mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad/n}^{\circ} \text{ de personas que egresan del programa}) \times 100$	incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	REM

MONITOREO Y EVALUACION

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 en los meses de abril, agosto y diciembre. En este monitoreo se realizará las evaluaciones del desarrollo de ambos componentes del programa y se evaluará además en función de los indicadores, productos y medios de verificación.

Primera Evaluación: Desarrollo del Programa Corte Abril

Se efectuará con corte al 31 de Abril La información deberá enviarse consolidada desde los Servicios de Salud a la División de Atención Primaria con fecha tope 14 de Mayo, dando cuenta de las metas a cumplir en esta evaluación correspondientes a:

1. Contratación de las duplas profesionales con fecha tope 31 de Abril para la contratación de ambos profesionales establecidos por programa.



2. Primera reunión de trabajo de la red de establecimientos y comunas de los servicios de salud que desarrollan el programa con participación de los profesionales ejecutores.
3. Entrega de la información básica para el desarrollo del Programa a las duplas profesionales (Resolución Exenta del Programa, Orientación Técnica del Programa para todos los equipos y Manual de Apoyo a los Equipos de Atención Primaria para equipos de establecimientos y comunas que incorporan por primera vez el programa).
4. En esta evaluación debe informarse respecto a aquellas comunas o establecimientos que hayan 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.

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

Segunda Evaluación: Desarrollo del Programa corte Agosto

Se efectuará con corte al 31 de agosto del año en curso. De acuerdo a los resultados se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si el cumplimiento de las metas del programa es inferior al 60%, de acuerdo a lo indicado a la cláusula 6 de este convenio:

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

Adicionalmente a la evaluación por Registro Estadístico Mensual, el Servicio de Salud deberá informar del grado de desarrollo de los productos establecidos para ambos componentes con fecha 15 de septiembre para todas las comunas y establecimientos de su jurisdicción que desarrollan el Programa. El Servicio de Salud deberá contar con los medios de verificación que den cuenta de lo informado en este corte, por tanto, deberá desarrollar dentro de los procesos de acompañamiento técnico las actividades necesarias para el cumplimiento de los productos establecidos, verificación de su logro y acompañamiento de los equipos con deficiencias en su desarrollo.

El Ministerio de Salud a través de la División de Atención Primaria, podrá requerir antecedentes adicionales para la evaluación, los que deberán ser reportados y validados por el Servicio de Salud.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento, la comuna podrá apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un Plan de Trabajo que incluya un cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez, el Servicio de Salud, una vez analizada y avalada la solicitud, podría solicitar al MINSAL la no reliquidación del Programa.

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



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

Tercera Evaluación: Desarrollo del programa corte diciembre

Se realizará con corte al 31 de diciembre, fecha en que los establecimientos y comunas beneficiarias deberán tener el 100% de las prestaciones comprometidas por componente ejecutadas.

Las comunas y establecimientos deberán informar del cierre anual del programa y del desarrollo final obtenido, en el informe final del programa, que dé cuenta del logro de los productos de ambos componentes, entregado con fecha tope 06 de enero del siguiente año, al respectivo Servicio de Salud.

Adicionalmente a la evaluación por Registro Estadístico Mensual, el Servicio de Salud deberá informar del grado de desarrollo de los productos establecidos para ambos componentes con fecha 12 de enero para todas las comunas y establecimientos de su jurisdicción que desarrollan el Programa. El Servicio de Salud deberá contar con los medios de verificación que den cuenta de lo informado en este corte.

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

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

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

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

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



SEXTA: Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos en 2 cuotas:

- a) La primera cuota, correspondiente al 70% del total de los recursos del convenio a la fecha de total tramitación de los convenios celebrados, entre el respectivo Servicio de Salud y los municipios, para la debida implementación de las actividades destinadas al cumplimiento de los objetivos señalados en el convenio.
- b) La segunda cuota, podrá corresponder a un máximo de un 30% restante del total de recursos y estará sujeta a la evaluación de cumplimiento de metas. Asimismo, el grado de cumplimiento de los indicadores, deberá ser oportunamente informado en forma consolidada por los respectivos Servicios al Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Porcentaje de cumplimiento de metas del Programa	Porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos (30%)
≥60%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	25%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%

SEPTIMA: En atención a que los recursos que se transfieren en virtud del presente Convenio están destinados al pago de las acciones de que da cuenta la cláusula Quinta para el presente año presupuestario, la Municipalidad deberá restituir a la Servicio de Salud, los fondos no ejecutados, no rendidos u observados al término de esta anualidad; previa confirmación de saldos con esta Institución; Sin perjuicio según lo expuesto en la cláusula Décima Cuarta.

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 9 de la Ley de Presupuesto 2020, dichos saldos no utilizados por los organismos receptores y que deben ser reintegrados, deberán ser ingresados a Rentas Generales de la Nación (a través de la Tesorería General de la Republica), por el Servicio de Salud.

OCTAVA: Se deja constancia que la Glosa 02 de la ley de Presupuesto del Sector Publico, antes citada, contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 de la ley N° 19.378, la entidad administradora de Salud Municipal podrá contratar personal conforme a la normativa establecida en esa misma ley, o si por alguna razón la prestación debe ser entregada por un profesional a Honorarios, debe ser acorde con lo dispuesto en el Artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal

NOVENA: El Servicio podrá requerir a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.



El DESAM o establecimiento se compromete a realizar el registro de los REM, en las variables sexo, edad, migrante y pueblo originario (estas dos últimas cuando se solicite). En relación a dicho registro, el Depto de Gestión de la información del Servicio de Salud realizará un monitoreo de cumplimiento cada 3 meses.

En caso de atenciones a personas Migrantes internacionales en el Programa, carentes de recursos y/o indigentes (aquellas personas que no estén afectas a régimen de seguridad social en salud alguno o a normas especiales o convenios que les den derecho a asistencia médica, que carezca de documentos o permisos de residencia), la "Unidad de Admisión o SOME" derivará a dicha persona al funcionario/a "Calificador/a de Derechos" del establecimiento de salud para realizar trámites de acuerdo a circular N° 4 del 13 de junio de 2016. Para evaluar dicha acción, el referente del área social del establecimiento enviará al Servicio de Salud lista de usuarios que hayan solicitado el beneficio y lista de usuarios que hayan accedido con el correspondiente número de atención provisorio.

DECIMA: El Servicio velará por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría. Sin perjuicio de lo anterior, las transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República que fija normas de procedimientos sobre Rendición de Cuentas, para lo que estará disponible el " Sistema de ejecución APS", (URL: <http://app.ssd.r.gob.cl/convenios/> ; IP: <http://10.6.43.208/convenios/>) que permitirá ingresar la información y generar el proceso de rendición, que deberá ser enviada a Oficina de Partes del Servicio o por firma digital, en la medida que este implementada esta última opción.

DECIMA PRIMERA: 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.

DECIMA SEGUNDA: La representación de **DON EMILIO GONZALEZ BURGOS**, para actuar en nombre de la **I. MUNICIPALIDAD DE LOS MUERMOS**, consta de Acta de Proclamación , de fecha 01 de Noviembre de 2016 de la I. Municipalidad de Los Muermos.

La personería de **DON JORGE TAGLE ALEGRIA**, para actuar a nombre y representación del **SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVI**, consta en el Decreto Afecto N° 07 del 22 de Enero del 2019.

Dichos documentos no se insertan por ser conocidos de las partes.

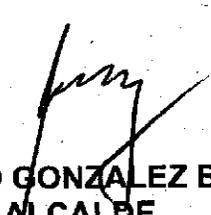


DECIMA TERCERA: El presente convenio tendrá vigencia hasta el 31 diciembre de 2021. Sin embargo, de existir saldos pendientes de ejecutar al 30 de Noviembre de 2021; durante el mes de Diciembre de 2021 las partes podrán celebrar convenio de continuidad de este Programa, siempre y cuando la Municipalidad realice la solicitud formal vía ordinario con fecha tope el 10 de Diciembre del año en curso, acompañado de rendición de fondos entregados."

DECIMA CUARTA: Las partes dejan expresa constancia que este convenio comienza a regir a partir del 01 de Abril del presente año, como consecuencia de prórroga de convenio año 2020 hasta 31 de Marzo del 2021, aprobado según Resolución Exenta N° 173 de fecha 13 de Enero del 2021.

DÉCIMA QUINTA: El presente convenio se firma en 5 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, uno en el de la Municipalidad y el restante en el Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria.

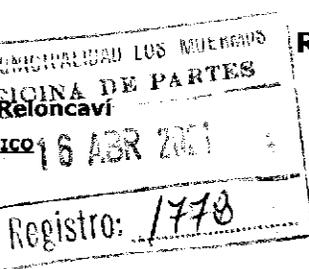



SR. EMILIO GONZALEZ BURGOS
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD LOS MUERMOS




DR. JORGE TAGLE ALEGRIA
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVI

DESAM.



RESOLUCIÓN EXENTA N° 1021 /

PUERTO MONTT, 31 MAR 2021

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES: La necesidad de aprobar el Convenio "PROGRAMA ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL EN LA ATENCION PRIMARIA MUNICIPAL - AÑO 2021", suscrito con fecha 05 de marzo de 2021, entre el SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVI y la I. MUNICIPALIDAD DE LOS MUERMOS, mediante el cual el Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad la suma anual y única de \$19.699.785.-, recursos destinados a financiar las siguientes Estrategias del Programa: Componente 1: Acciones de Vinculación con la atención de Salud Mental, de Salud y la Red Comunitaria. Componente 2: Acciones de Articulación. Componente 3: Acciones de Acompañamiento; TENIENDO PRESENTE: Lo dispuesto en el D.F.L. N° 1 de 2006, que fijó texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y otros cuerpos legales, Decreto Supremo N° 140/2004, Decreto Afecto N° 07/2019, ambos del Ministerio de Salud, y lo prevenido en la Resolución N° 07 del 26 de marzo de 2019, publicada en el Diario Oficial del 29 de marzo de 2019, de la Contraloría General de la República, dicto la siguiente:

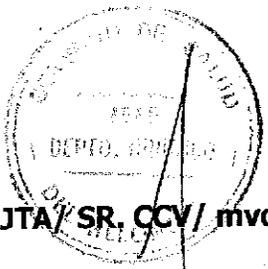
R E S O L U C I O N

- 1. APRUÉBASE, el Convenio "PROGRAMA ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL EN LA ATENCION PRIMARIA MUNICIPAL AÑO 2021", suscrito con fecha 05 de marzo de 2021, entre el SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVI y la I. MUNICIPALIDAD DE LOS MUERMOS, mediante el cual el Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar al Arzobispado la suma anual y única de \$19.669.785.-, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias y condiciones establecidas en el presente Convenio.
2.- IMPUTESE el gasto que irrogue el cumplimiento de este Convenio al Item 24-03-298 Atención Primaria Ley N° 19.378, correspondiente al presupuesto vigente del año 2021.

ANOTESE Y COMUNIQUESE.



DR. JORGE TAGLE ALEGRIA
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVI



DR. JTA/SR. CCV/ mvo.-



**SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVI
DEPARTAMENTO CONTROL DE GESTION
OFICINA DE CONVENIOS
DR..JTA/CCV/SCS/MSA/LOA**

**CONVENIO
PROGRAMA ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL EN LA ATENCION PRIMARIA
MUNICIPAL
CON ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LOS MUERMOS
2021**

En Puerto Montt a 05 de Marzo de 2021, entre el **Servicio de Salud Del Reloncaví**, persona jurídica de derecho público, RUT N° 61.607.700-7, domiciliado en calle Egaña N° 85, de Puerto Montt, representado por su Director Dr. Jorge Tagle Alegria, Cédula Nacional de Identidad N° 12.534.405-4, del mismo domicilio, en adelante el **“Servicio”** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LOS MUERMOS**, persona jurídica de derecho público, Rut N° 69.220.800-5 domiciliada en Calle Antonio Varas N°498, representada por su Alcalde Sr. Emilio Gonzalez Burgos, Cédula Nacional de Identidad N° 8.424.799-5, 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”.

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, y la incorporación de esta 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 **“Acompañamiento Psicosocial en la Atención Primaria de Salud”**, cuyo propósito es mejorar el nivel de Salud Mental de niños, niñas, adolescentes; y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, asegurando el acceso, oportunidad y calidad de la atención de salud mental.

Corresponde a un Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria, orientados a brindar atención de acompañamiento psicosocial a familias con integrantes de alto riesgo psicosocial en el marco del Modelo de Atención con Enfoque Familiar y Comunitario, esto principalmente- con acciones de prevención, detección, monitoreo y seguimiento. Esta iniciativa tiene relación con los Objetivos Estratégicos para la década 2010-2020.



El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N°144 de fecha 05 de Febrero del 2021, del Ministerio de Salud, anexo al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, determina asignar a la Municipalidad los recursos destinados a financiar las siguientes estrategias del Programa:

COMPONENTES:

Componente N° 1: Acciones de vinculación con la atención de salud mental, de salud y la red comunitaria

Las estrategias de intervención en primera instancia deben desarrollar acciones de detección e identificación de las familias con integrantes de alto riesgo psicosocial, para su posterior evaluación, la cual debe definir la pertinencia del ingreso al programa, y la modalidad de acompañamiento.

El ingreso al programa tiene como propósito favorecer la vinculación con los servicios de atención de salud mental del propio establecimiento de APS como del resto de la red, según la complejidad. Para ser considerado un ingreso efectivo al programa, deberá contar con plan de Acompañamiento Psicosocial.

Productos esperados del desarrollo del Componente:

- 1) Detección e identificación de NNA y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial
- 2) Realización de evaluación de ingreso a aquellas que cumplen con los criterios de ingreso o inclusión correspondiente (según lo definido en el componente N° 3),
- 3) Evaluación de la situación al ingreso y egreso del estado de salud mental y el funcionamiento familiar.
- 4) Elaboración del Plan de Acompañamiento, el cual deberá ser coherente y reportar al plan de cuidado Integral (PCI) del Centro de Salud de APS. Este plan deberá ser elaborado en conjunto con el equipo de Sector del Establecimiento.

Componente N° 2: Acciones de articulación

Las estrategias de intervención se concentran en acciones de articulación con los dispositivos de la red de salud como también con los dispositivos de la red psicosocial ampliada e intersectorial. Los dispositivos de vinculación de la red de salud en el contexto de las Redes integradas de salud (RISS) son los dispositivos de especialidad como los Centros de Salud Mental Comunitarios, COSAM, CESAM, Servicios de Psiquiatría ambulatoria, entre otros. Los dispositivos de vinculación de la red intersectorial son las Oficinas de Protección de Derechos de Infancia y Adolescencia (OPD) vinculadas a las comunas y SENAME, los **Centros de la Mujer** que están centrados en contribuir en el ámbito local, a reducir la violencia contra la mujer, los centros están vinculados a las comunas y SERNAM, Escuelas y colegios, Programas Habilidades para la vida de JUNAEB, SENADIS, JUNJI, entre otros dispositivos y programas. También es importante realizar acciones de vinculación con organizaciones comunitarias, de familiares y de usuarios con el propósito de articulación y tener la oportunidad de indagar y explorar con la comunidad espacios de detección de familias con integrantes con alto riesgo que no han consultado con los dispositivos de salud. Finalmente, es igualmente importante considerar la realización de un mapa de red y un plan de trabajo en red.



Productos esperados del desarrollo del Componente:

- 1) Elaboración de Mapa de Red comunal, con las instituciones y organizaciones vinculadas a la atención de NNA y jóvenes que presentan riesgo psicosocial. Este mapa debe detallar las instituciones y organizaciones comunitarias que se encuentran en el territorio cercano al centro de salud.
- 2) Realización derivaciones efectivas con los dispositivos de la red de salud relacionados con la trayectoria de las personas y familias ingresadas a programa.
- 3) Realización de reuniones con equipos pertenecientes a dispositivos del sector e intersector relacionadas con la trayectoria de las personas y familias ingresadas a programa, con el propósito de efectuar la continuidad de la atención de la persona y su familia.
- 4) Realización de reuniones con organizaciones comunitarias relacionadas con las personas ingresadas y familias ingresadas a programa.

Componente N° 3: Acciones de acompañamiento

El tiempo de intervención total del acompañamiento psicosocial será entre 6 a 9 meses, según las necesidades de cada uno de los usuarios y familias ingresados al programa.

En este periodo, se debe llevar a cabo el plan de prestaciones mensuales que incluyen visitas, contacto telefónico regulares, actividades de coordinación y participación con el equipo de salud, reuniones con el sector, reuniones clínicas, consultorías de salud mental, entre otros. El programa entrega los recursos para la contratación de horas de profesional, de preferencia trabajador social, y para la contratación de horas de Gestor comunitario. También incluye recurso para el financiamiento de la movilización, equipo telefónico de al menos 1000 minutos para cumplir con los objetivos del componente. Los criterios de ingreso o inclusión al acompañamiento psicosocial son NNA y jóvenes de familias con alto riesgo Psicosocial, según las condiciones especificadas en la población objetivo del programa, y que no asisten al centro de salud o presentan problemas de adherencia al tratamiento otorgado por el establecimiento.

Las acciones de este componente se deben realizar en el contexto de la comunidad, esto es en el espacio domiciliario, establecimientos educacionales, espacios laborales, comunitarios y territoriales (junta de vecinos, centros comunitarios, etc.). El número de familias que tendrá a su cargo el profesional y el Gestor comunitario dependerá de la población a cargo que posee el centro de salud, resguardando que se cumplan las prestaciones que especifica el programa.

Tanto el profesional como el Gestor comunitario que llevarán a cabo las acciones de acompañamiento deberán desarrollar múltiples competencias y mantener un amplio conocimiento del sistema local de provisión de servicios, de los programas, de los requisitos de acceso a cada uno de ellos, exige habilidades de valoración y capacidad de planificación y resolución de problemas flexibles y creativa y confidencialidad. Por lo anterior ambos deberán participar de todas las acciones de capacitación generadas por el servicio de salud con el fin de realizar adecuadamente su propósito. Es importante que el Gestor Comunitario sea en lo posible reclutado entre las personas de la comunidad de preferencia personas que sean parte de agrupaciones de autoayuda o de organizaciones comunitarias del sector.

Las especificidades de las labores desarrolladas en las orientaciones técnicas del programa de acompañamiento Psicosocial y en el manual de Gestor comunitario, documentos que serán publicados por la división de atención primaria del MINSAL



Productos esperados del desarrollo del Componente:

- 1) Realización de visitas en domicilios y/o en el ámbito educacional, y/o laboral.
- 2) Realización de acciones de Acompañamiento Telefónico.
- 3) Realización de acciones de supervisión y metas supervisión al interior de los equipos de sector
- 4) Evaluación participativa con usuarios y familias.
- 5) Capacitación al equipo de salud del establecimiento (Jornadas).

CUARTA Conforme a lo señalado en la cláusula precedente, el Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad, a contar de la fecha de la Resolución aprobatoria de este convenio, los fondos presupuestarios correspondientes a la suma total y única de, \$ 19.699.785 (diecinueve millones seiscientos noventa y nueve mil setecientos ochenta y cinco), para alcanzar el propósito señalado en la clausura anterior.

QUINTA: La Municipalidad se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes objetivos:

- 1.- Desarrollar acciones de vinculación de 51 niños, niñas, adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, con los servicios de atención integral de salud mental del establecimiento de atención primaria, los establecimientos y dispositivos de la red de salud y comunitaria, según corresponda su nivel de compromiso y complejidad.
- 2.- Coordinar acciones de articulación dentro del establecimiento, con los dispositivos de la red de salud y atención psicosocial de la red local, e intersectorial, con foco en la continuidad de los cuidados del usuario.
- 3.- Realizar acciones de seguimiento, monitoreo y evaluación de niños, niñas, adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial

La población objetivo son: Niños, niñas, adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, en establecimientos de Atención Primaria (CGU, CGR, y Hospitales comunitarios) con población mayor de 5.000 personas entre 0 y 24 años. Se deben realizar acciones para alcanzar el 3% de cobertura de la población de riesgo psicosocial.

Se entenderá por familias de alto riesgo psicosocial aquellas con integrantes con las siguientes condiciones en la Atención Primaria de Salud:

1. Depresión perinatal; esto es mujeres adolescentes y jóvenes gestantes, y puérperas con hijos menores de 1 año.
2. Situaciones de violencia; esto es NNA y jóvenes, víctimas de violencia, y/o maltrato.
3. Situaciones abuso sexual; esto es en NNA, y jóvenes, víctimas de abuso sexual.
4. Intentos de suicidio; NNA y jóvenes que consultan en urgencias, morbilidad médica, consultas y controles en general en el centro de salud de APS.
5. Accidentes debido al consumo problemático y/o dependencia de Alcohol y drogas vistos en las urgencias de APS.



6. Adolescentes gestantes.
7. NNA con trastornos psiquiátricos severos (Incluye Trastornos del Desarrollo)
8. NNA y jóvenes con vulneración de derechos (Incluye población de NNA con atención en SENAME).
9. NNA y jóvenes migrantes en situación de vulnerabilidad (refugiados, víctimas de trata de personas, entre otros).
10. NNA que no forman parte del sistema educativo y jóvenes que no se encuentran
ni estudiando ni trabajando
11. NNA y jóvenes con condiciones priorizadas según diagnóstico local.

SEXTA: Se deja constancia que la Glosa 02 de la ley de Presupuesto del Sector Público, antes citada, contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 de la ley N° 19.378, la entidad administradora de Salud Municipal podrá contratar personal conforme a la normativa establecida en esa misma ley, o si por alguna razón la prestación debe ser entregada por un profesional a Honorarios, debe ser acorde con lo dispuesto en el Artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

SEPTIMA: El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a los objetivos específicos e indicadores definidos en la cláusula precedente, de acuerdo al punto **MONITOREO Y EVALUACIÓN** del Programa, que forma parte integrante de este convenio.

Desde la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, se realizarán evaluaciones del desarrollo del Programa en los meses de abril, agosto y diciembre. En estas evaluaciones se solicitará la información del desarrollo de los componentes y se evaluará además en función de los indicadores y sus medios de verificación.

Primera Evaluación: Mes de Abril

Se efectuará con corte al 30 de abril. La información deberá enviarse consolidada desde los Servicios de Salud a la División de Atención Primaria con fecha tope 10 de mayo, con el fin de pesquisar dificultades y corregirlas oportunamente, dando cuenta de:

- 1.- Informe de recursos asignados para la contratación de:
 - a.- Contratación de los recursos humanos para el desarrollo del programa.
 - b.- Servicio de apoyo de movilización necesario para el desarrollo del programa.
 - c.- Servicios de apoyo de telefonía necesarios para el desarrollo del programa, como por ejemplo:
 - 1.-Compra y/o arriendo de equipos
 - 2.-Contrato de minutos y plan de datos
 - 3.-Servicios de adquisición de implementos, materiales o bienes, a fines al desarrollo del programa previa autorización del Servicio de Salud correspondiente, de acuerdo a la normativa vigente.
- 2.- Informe de diagnóstico situacional, que incluya el mapa de red mencionado en el componente N°2.



Segunda Evaluación: Mes de Julio

Se efectuará con corte al 31 de Julio del año en curso. De acuerdo a los resultados se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si el cumplimiento de las metas del programa es inferior al 50%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje de cumplimiento de metas del Programa	Porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos (30%)
≥50%	0%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Entre 20,00% y 29,99%	85%
Menos del 20%	100%

En relación a los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos anuales, entendido que el no cumplimiento a la fecha de corte definido resulta en la reliquidación del programa, excepcionalmente cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, la comuna podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un Plan de Trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez el Servicio de Salud, una vez analizada y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar al MINSAL la no reliquidación del Programa.

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

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

Tercera Evaluación: Mes de Diciembre

Se realizará con corte al 31 de diciembre, fecha en que los establecimientos deberán tener el 100% de las prestaciones comprometidas por componente ejecutadas.

Los establecimientos y municipios deberán informar del cierre anual del programa y del desarrollo final obtenido en el informe final del programa.

Sin perjuicio de lo anterior, se pondrá requerir además, 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.



OCTAVA: El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas definidas por la División de Atención Primaria y cada Servicio de Salud:

El Servicio de Salud respectivo, evaluará el grado de desarrollo y cumplimiento del programa, conforme las metas contenidas en éste y en concordancia a los pesos relativos para cada componente, indicador y meta asociada. Las metas y el cumplimiento anual esperado del programa, con sus pesos relativos, se muestran en la siguiente tabla:

Indicadores y Medios de Verificación

1. Cumplimiento del Componente Vinculación a la Atención de Salud Mental

Nº	Objetivo	Nombre Indicador	Formula Indicador	Medio verificación	Meta	Peso relativo indicador	Peso relativo en el índice global
1	Desarrollar acciones de vinculación de niños, niñas, adolescentes, y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, con los servicios de atención integral de Salud Mental del establecimiento de Atención Primaria, los establecimientos y dispositivos de la red de salud y comunitaria, según corresponda su nivel de compromiso y complejidad	% Población bajo control según prevalencia esperada	(Nº de NNA, y jóvenes bajo control en el Programa de Acompañamiento Psicosocial con Plan de Acompañamiento/ Nº de NNA, y jóvenes comprometidos a ingresar) x 100	REM P-06	80,00%	100%	40%



2. Cumplimiento del Componente de Articulación:

Nº	Objetivo	Nombre Indicador	Formula Indicador	Medio verificación	Meta	Peso relativo indicador	Peso relativo en el índice global
2	Coordinar acciones de articulación dentro del establecimiento, con los dispositivos de la red de salud y atención Psicosocial	% porcentaje de reuniones y análisis de casos con instituciones del sector Salud e Intersector respecto al Estándar definido por el programa	$((N^{\circ} \text{ Reuniones con Equipos Sector Salud realizadas} + N^{\circ} \text{ Reuniones con Equipos Intersector realizadas}) / (5 \times N^{\circ} \text{ de NNA, y jóvenes bajo control})) \times 100$	REM A-06 REM P-06	80%	50%	30%
3	de la red local, e intersectorial con foco en la continuidad de los cuidados del usuario	% de reuniones de coordinación y vinculación comunitaria con organizaciones Comunitarias, respecto al estándar definido por el programa	$(N^{\circ} \text{ reuniones con organizaciones Comunitarias realizadas}) / (4 \times N^{\circ} \text{ de NNA, y Jóvenes bajo control}) \times 100$	REM A-06 REM P-06	80%	50%	



3. Cumplimiento del Componente de Acompañamiento:

Nº	Objetivo	Nombre Indicador	Formula Indicador	Medio verificación	Meta	Peso relativo indicador	Peso relativo en el índice global
4	Realizar acciones de acompañamiento y seguimiento a niños, niñas	% de visitas realizadas respecto al estándar definido por el programa	$(N^{\circ} \text{ Visitas Realizadas} / (7 \times N^{\circ} \text{ de NNA, y jóvenes bajo control})) \times 100$	REM A-26 REM P-06	80%	80%	30%
5	Adolescentes y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial	% de acciones telefónicas realizadas respecto al estándar definido por el programa	$(N^{\circ} \text{ acciones telefónicas realizadas} / (36 \times N^{\circ} \text{ de NNA, y jóvenes bajo control})) \times 100$	REM A-26 REM P-06	80%	20%	

*Cada indicador tiene como cumplimiento máximo un 100%.

NOVENA: En atención a que los recursos que se transfieren en virtud del presente Convenio están destinados al pago de las acciones de que da cuenta la cláusula Quinta para el presente año presupuestario, la Municipalidad deberá restituir al Servicio de Salud los fondos no ejecutados, no rendidos u observados al término de esta anualidad; Sin perjuicio según lo expuesto en la cláusula décima tercera

Los recursos serán transferidos en 2 cuotas:

La primera cuota, correspondiente al 70% del total tramitación del acto aprobatorio y el 30% restante en el mes de octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación con corte al 31 julio, la cual se aplicará a los recursos asociados

DECIMA: El Servicio, requerirá a la municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos en la cláusula tercera de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, a través de los informes de ejecución que deberán considerar lo siguiente: contratos y/o boletas de honorarios; reporte obtenido del sistema del registro del programa, el cual contendrá el listado rutificado de pacientes, numero de ficha, nombre del Profesional a cargo, fecha de ingreso a Programa, lugar y horario de atención, Factura de compra de celulares y comprobantes de planes o recargas de minutos y planilla de movilización, todo lo cual debe ser presentado al momento de los monitoreos que solicite el Servicio, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el Servicio deberá impartir pautas técnicas, semestralmente, para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.



DECIMA PRIMERA: El Servicio velará por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría. Sin perjuicio de lo anterior, las transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República que fija normas de procedimientos sobre Rendición de Cuentas, para lo que estará disponible el " Sistema de ejecución APS", (URL: <http://app.ssd.r.gob.cl/convenios/> ; IP: <http://10.6.43.208/convenios/>) que permitirá ingresar la información y generar el proceso de rendición, que deberá ser enviada a Oficina de Partes del Servicio o por firma digital, en la medida que este implementada esta última opción.

DECIMA SEGUNDA: 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.

DECIMA TERCERA: El presente convenio tendrá vigencia hasta el 31 diciembre de 2021. Sin embargo, de existir saldos pendientes de ejecutar al 30 de Noviembre de 2021; durante el mes de Diciembre de 2021 las partes podrán celebrar convenio de continuidad de este Programa, siempre y cuando la Municipalidad realice la solicitud formal vía ordinario con fecha tope el 10 de Diciembre del año en curso, acompañado de rendición de fondos entregados."

DECIMA CUARTA: Las partes dejan expresa constancia que este convenio comienza a regir a partir del 01 de Abril de del presente año, como consecuencia de prórroga de convenio año 2020 hasta 31 de marzo del 2021, aprobado según Resolución Exenta N° 4534 de fecha 31 Diciembre del 2020.

DECIMA QUINTA: La representación de **DON EMILIO GONZALEZ BURGOS** para actuar en nombre de la **I. MUNICIPALIDAD DE LOS MUERMOS** consta en Acta de proclamación de fecha 01 de Noviembre de 2016, de la I. Municipalidad de Los Muermos.

La personería de **DON JORGE TAGLE ALEGRIA**, para actuar a nombre y representación del Servicio de Salud del Reloncavi, consta en el Decreto Afecto N° 07 del 22 de Enero del 2019, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Dichos documentos no se insertan por ser conocidos de las partes.



DECIMA SEXTA: El presente convenio se firma en 5 ejemplares, quedando tres en poder del Servicio, uno en el de la Municipalidad y los dos restantes en la del Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales y la División de Atención Primaria.



**EMILIO GONZALEZ BURGOS
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD LOS MIERMOS**

**DR. JORGE TAGLE ALEGRIA
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVÍ**



Servicio de Salud del Reloncavi
DEPARTAMENTO JURÍDICO

RESOLUCIÓN EXENTA N° 1410 /

PUERTO MONTT, 16 ABR 2021

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES: La necesidad de aprobar el **"CONVENIO PROGRAMA ESTRATEGIAS DE REFUERZO EN ATENCION PRIMARIA PARA ENFRENTAR PANDEMIA COVID -19 -AÑO 2021"**, suscrito con fecha 29 de Marzo de 2021, entre el **SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVI** y la **I. MUNICIPALIDAD DE LOS MUERMOS**; **TENIENDO PRESENTE:** Que el referido Programa ha sido aprobado por Resolución por Resolución Exenta N° 310, de fecha 16 de marzo de 2021, del Ministerio de Salud, mediante el cual el Ministerio, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad, a contar de la fecha de la Resolución aprobatoria de este Convenio los fondos presupuestarios correspondientes a la suma total y única de **\$59.503.300.-**, suma que se distribuirá de acuerdo a los siguientes **COMPONENTES: C1.) Entrega de Medicamentos y programas alimentarios en domicilio.- C3.) Atención Domiciliaria. C5.) Triage Presencial. C6.) Unidades de Observación prolongada; Y TENIENDO, ADEMÁS, PRESENTE:** lo dispuesto en el D.F.L. N° 1 de 2006, que fijó texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y otros cuerpos legales, Decreto Supremo N° 140/2004, Decreto Afecto N° 07/2019, ambos de Ministerio de Salud, la Ley N° 21.2892, de diciembre de 2020, del Ministerio de Hacienda, que aprueba el Presupuesto para el Público del año 2021, y lo previsto en la Resolución N° 07 de 2019, de la Contraloría General de la República, dicto la siguiente:

R E S O L U C I O N

- 1. APRUÉBASE,** el **"CONVENIO PROGRAMA ESTRATEGIAS DE REFUERZO EN ATENCION PRIMARIA PARA ENFRENTAR PANDEMIA COVID -19 -AÑO 2021"**, suscrito con fecha 12 de Abril de 2021, entre el **SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVI** y la **I. MUNICIPALIDAD DE LOS MUERMOS**, mediante el cual el Ministerio a través del Servicio de Salud, conviene en asignar a la Municipalidad la suma anual de **\$59.503.300.-**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en el presente Convenio.
- 2. IMPUTESE** el gasto que irrogue el cumplimiento de este Convenio al Item 24-03-298 **Estatuto Atención Primaria Ley N° 19.378**, correspondiente al presupuesto vigente del año 2021.

ANOTESE Y COMUNIQUESE,

DR. JTA/PUH/CCV/mvo

DR. JORGE TAGLE ALEGRIA
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVI

N° 387 - 13.04.2021

DISTRIBUCIÓN:

- División de Atención Primaria – Ministerio de Salud.
- Municipalidad de Los Muermos.
- Subdirección de Atención Primaria Servicio de Salud.
- Departamento Control de Gestión – Oficina de Convenios Servicio de Salud.
- Departamento Jurídico Servicio Salud.
- Oficina de Partes Servicio Salud

ID DOC. 9780526



SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVÍ
DEPARTAMENTO CONTROL DE GESTIÓN
OFICINA DE CONVENIOS

DR. JTA/CCV/SCS/HAM/JOD

CONVENIO PROGRAMA ESTRATEGIAS DE REFUERZO EN APS PARA ENFRENTAR PANDEMIA COVID-19 CON ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LOS MUERMOS - AÑO 2021

En Puerto Montt a 29 de Marzo de 2021, entre el **SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVÍ**, persona jurídica de derecho público, RUT N° 61.607.700-7, domiciliado en calle Egaña N° 85, de Puerto Montt, representado por su Director Dr. Jorge Tagle Alegría, Cédula Nacional de Identidad N° 12.534.405-4, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LOS MUERMOS**, persona jurídica de derecho público, RUT N° 69.220.800-5, domiciliada en calle Antonio Varas N°498, representada por su Alcalde Sr. Emilio González Burgos, Cédula Nacional de Identidad N° 8.424.799-5, de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Conforme al artículo 10 de la Ley 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades, "*La coordinación entre municipalidades y entre éstas y los servicios públicos que actúen en sus respectivos territorios, se efectuará mediante acuerdos directos entre estos organismos*". En ese mismo orden de ideas, el artículo 57 de la Ley N° 19.378 del Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, faculta a los directores de los Servicios para celebrar convenios con las distintas municipalidades de traspaso de recursos para apoyar la gestión y administración de salud local, y para promover el establecimiento de sistemas locales de salud.

SEGUNDA: En concordancia con lo anterior, 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, el financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el Artículo 49*".



objeto de otorgar herramientas que permitan apoyar la gestión en salud para el desarrollo de estrategias de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación durante la pandemia de SARSCoV2 en el marco del modelo de salud familiar, que contribuyan a disminuir el contagio y transmisión del virus y dar atención oportuna y de calidad a los usuarios.

El Programa Estrategias de Refuerzo en APS para Enfrentar Pandemia COVID-19 tiene como propósito implementar estrategias para contener la transmisión comunitaria de SARS-Cov-2 mediante medidas de disminución de desplazamiento, prevención y control de la infección apropiadas para el contexto, así como también reducir la mortalidad facilitando la atención clínica apropiada, precoz y oportuna a las personas afectadas por COVID-19, asegurando la continuidad de los servicios sanitarios esenciales, y protegiendo a los trabajadores de la salud y las poblaciones vulnerables.

CUARTA: El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°310 de fecha 16 de Marzo de 2021**, del Ministerio de Salud, anexo al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento, el cual contempla los siguientes objetivos:

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Apoyar la entrega de medicamentos y programas alimentarios en domicilio.
2. Proveer servicios de rehabilitación a pacientes COVID-19.
3. Brindar atención de salud en domicilio a población beneficiaria que por su condición requieren atenciones que no pueden ser diferidas, y donde no es recomendable o factible que acudan al establecimiento.
4. Implementar estrategia de Triage en establecimientos de salud para categorizar a los consultantes, velando por reducir al mínimo las posibilidades de contacto entre pacientes con sintomatología respiratoria sugerente de infección por coronavirus con aquellos pacientes que consultan por otra causa.
5. Implementar Unidades de Observación Prolongada (UOP) para el manejo precoz de la Insuficiencia Respiratoria Aguda asociada a COVID-19.
6. Ampliar horarios de atención de dispositivos de urgencia.

COMPONENTES:



Los componentes del Programa pueden incluir, según necesidad local, la contratación de recurso humano, personal de apoyo, compra de insumos y movilización (incluyendo combustible) para el logro de las actividades establecidas, considerando, según corresponda, definiciones específicas.

Para efectos del presente convenio, los componentes a financiar son:

C1: Entrega de medicamentos y programas alimentarios en domicilio.

Refuerzo de la entrega de medicamentos y programa alimentario (PACAM) en domicilio debido a la pandemia, incorporando dentro de sus beneficiarios a pacientes COVID positivo y pacientes de grupos de riesgo, con el objetivo de disminuir aglomeraciones y riesgo de contagio.

C3: Atención domiciliaria.

La atención domiciliaria corresponde a toda atención que habitualmente se realiza en el establecimiento de salud pero que, por la contingencia actual, no es recomendable o factible que se realice en el establecimiento, por lo cual se debe realizar en el domicilio de la persona. Está destinada a personas que por su condición de salud requieren atención que no puede ser diferida.

Para este propósito, se reforzará con equipo conformado por médico y otro profesional de la salud, de acuerdo con la necesidad local.

C5: Triage Presencial.

Esta estrategia está orientada a realizar una evaluación por un profesional que permita establecer los flujos de pacientes dirigidos dentro de los establecimientos, velando por reducir al mínimo las posibilidades de contacto entre pacientes con sintomatología respiratoria sugerente de infección por coronavirus con aquellos pacientes que consultan por otra causa.

Para ello, se debe asignar categoría de priorización de acuerdo a la severidad clínica del paciente que presente la persona que consulta, lo que conducirá a la orientación respecto de la consulta en el mismo establecimiento o se gestionará su pronta derivación a un nivel de mayor complejidad de ser necesario, en SAPU, SAR, CESFAM y Posta de Salud Rural.

Para este propósito se reforzará con médico y otro profesional de la salud.



C6: Unidades de observación prolongada.

Estrategia que busca evaluar y manejar intervenciones que sean posibles de realizar a nivel de APS, que puedan colaborar con la disminución de la congestión de las urgencias hospitalarias, la ocupación de camas a nivel hospitalario y, en algunos casos, reducir el riesgo de complicaciones mientras se realiza la derivación a centros de mayor complejidad.

Esta estrategia contempla recursos de refuerzo para conformar un equipo clínico y oxígeno con sus insumos necesarios, de acuerdo con la realidad local y necesidad del paciente.

Para este propósito se reforzará con equipo conformado por médico, enfermera o kinesiólogo, de acuerdo con la realidad local, TENS y dispositivo de oxigenoterapia.

QUINTA: Conforme a lo señalado en la cláusula precedente, el Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad, a contar de la fecha de la Resolución aprobatoria de este convenio, los fondos presupuestarios correspondientes a la suma total y única de \$ 59.503.300.- (Cincuenta y nueve millones, quinientos tres mil, trescientos pesos), correspondientes al Subtítulo 24, para alcanzar el propósito señalado en la cláusula anterior.

Los recursos que se señalan se distribuirán de acuerdo al siguiente esquema:

Componente	Monto	Registro y Medición	Destinación de Recursos
C1: Entrega de medicamentos y programas alimentarios en domicilio.	\$3.812.374	Planilla de registro de entrega de alimentos y/o medicamentos (ANEXO 1)	Recursos para ser utilizados en la contratación de RRHH a honorarios, horas extraordinarias y/o movilización, arriendo de vehículos y combustible, compra de insumos, elementos de protección personal (EPP).
C3: Atención domiciliaria.	\$8.856.650	REM (A-26). Se consideran al menos 120 visitas domiciliarias.	Recursos para ser utilizados en la contratación de RRHH a honorarios, horas extraordinarias y/o movilización, arriendo de vehículos y combustible, compra de insumos, elementos de protección personal (EPP).
C5: Instalación de Triage.	\$12.997.476	Planilla de registro de profesionales rutificada (ANEXO 2)	Se considera durante 12 meses: 1 profesional 44 horas; recurso humano clínico. Se recomienda profesional Enfermera(o) y/o Matron(a).
C6: Unidades de observación prolongada.	\$4.000.000	Informe detalle de adquisición de insumos, equipo y equipamiento.	Se considera implementación de UOP, un total de \$4.000.000.- destinado a equipamiento (monitor multiparámetro, oxímetro de pulso) e insumos (oxigenoterapia, medicamentos, oxígeno y otros).
	\$29.836.800	REM A08 sección E, REM A08 sección M.	Se considera durante 12 meses: Contratación de RRHH a honorarios, horas extraordinarias. Se sugiere 1 Enfermero(a) y 1 TENS, por 44 horas c/u.
TOTAL	\$59.503.300		



SEXTA: Se deja constancia que la Glosa 02 de la ley de Presupuesto del Sector Público, antes citada, contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 de la Ley N° 19.378, la entidad administradora de Salud Municipal podrá contratar personal conforme a la normativa establecida en esa misma ley, o si por alguna razón la prestación debe ser entregada por un profesional a Honorarios, debe ser acorde con lo dispuesto en el Artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

SÉPTIMA: El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a los Objetivos Específicos, definidos por la División de Atención Primaria y cada Servicio de Salud:

MONITOREO Y EVALUACIÓN:

El monitoreo y evaluación se orientan a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del Programa, con el propósito de mejorar su eficiencia y efectividad.

Para todos los componentes se realizará la evaluación de implementación con fecha de corte al 30 de junio, con información mensual en base al indicador descrito y cuyas fuentes de información serán los registros locales o REM según corresponda, con carácter obligatorio.

Para los componentes 1 y 3 se realizará además una evaluación semanal de producción en base a sistema de recolección de datos implementado desde la DIVAP.

Los establecimientos y comunas deberán informar con corte al 31 de diciembre del cierre anual del Programa y del desarrollo final obtenido a través de un informe final. Adicionalmente a las evaluaciones descritas, la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales podrá requerir el envío de informes de avances mensuales a los respectivos Servicios de Salud, conforme a las instrucciones Ministeriales.



INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACION						
Nº	Estrategia	Indicador	Fórmula	Fuentes	Frecuencia	Meta
1	Ampliación de cobertura entrega de medicamentos a domicilio.	Porcentaje de comunas con implementación de entrega de medicamentos a domicilio.	$(\text{N}^\circ \text{ de comunas con entrega de medicamentos a domicilio} / \text{N}^\circ \text{ total de comunas programadas}) * 100$	Registro local	Mensual	100%
2	Ampliación de cobertura entrega de medicamentos a domicilio.	Porcentaje de personas que reciben medicamentos a domicilio.	$(\text{N}^\circ \text{ de personas que reciben medicamentos en domicilio} / \text{N}^\circ \text{ total de personas que reciben medicamentos}) * 100$	Numerador: Formulario online Denominador: Registro local	Mensual	100%
3	Ampliación de cobertura entrega de PACAM a domicilio.	Porcentaje de comunas con implementación de entrega de PACAM a domicilio.	$(\text{N}^\circ \text{ de comunas con entrega de PACAM a domicilio} / \text{N}^\circ \text{ total de comunas programadas}) * 100$	Registro local	Mensual	100%
6	Atención Domiciliaria	Porcentaje de comunas con disponibilidad de atención domiciliaria.	$(\text{N}^\circ \text{ de comunas con atención domiciliaria de refuerzo disponible} / \text{Total de comunas con atención domiciliaria de refuerzo programada}) * 100$	Registro local	Mensual	100%
7	Atención Domiciliaria	Porcentaje de atenciones domiciliares realizadas.	$(\text{N}^\circ \text{ de atenciones domiciliares de refuerzo} / \text{N}^\circ \text{ de atenciones domiciliares por refuerzos programadas según recursos otorgados}) * 100$	Numerador: Formulario online Denominador: Registro local (*)	Mensual	100%
10	Triage	Porcentaje de establecimientos con implementación de Triage.	$(\text{N}^\circ \text{ de establecimientos con RRHH contratado para implementación de Triage} / \text{Total de establecimientos con Triage programado}) * 100$	Registro local	Mensual	100%
11	Unidad de Observación Prolongada (UOP)	Porcentaje de establecimientos con implementación estrategia UOP	$(\text{N}^\circ \text{ de establecimientos que implementa UOP} / \text{Total de UOP programadas por comuna}) * 100$	Registro local	Mensual	Línea base
12	Unidad de Observación Prolongada (UOP)	Porcentaje de atenciones de urgencia que requerirán observación prolongada	$(\text{N}^\circ \text{ de observaciones prolongadas realizadas} / \text{Total de atenciones de urgencia realizadas en establecimientos con UOP implementada}) * 100$	Numerador: REM A08 sección E, mayor a 6 hrs. (SAR, SÁPU, CESFAM deben registrar en dicha celda) Denominador: REM A08 sección M	Mensual	Línea base

Excluye las atenciones consideradas en el Plan de Salud Familiar.



OCTAVA: En atención a que los recursos que se transfieren en virtud del presente Convenio están destinados al pago de las acciones de que da cuenta la cláusula QUINTA para el presente año presupuestario.

NOVENA: Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud en cuotas mensuales; la 1º cuota contra total tramitación del convenio y resolución aprobatoria del mismo; y así sucesivamente.

Para la ejecución del Programa se debe mantener disponible las atenciones y estrategias, a todo evento, al margen del número de prestaciones realizadas. No obstante, es fundamental contar con un registro actualizado de las atenciones y procedimientos realizados.

DÉCIMA: El Servicio, requerirá a la municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos en la cláusula QUINTA de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, a través de los informes de ejecución que deberán considerar lo siguiente: contratos y/o boletas de honorarios; reporte obtenido del sistema del registro del programa.

DÉCIMA PRIMERA: El Servicio velará por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría.

Sin perjuicio de lo anterior, las transferencias de recursos se regirán por las normas establecidas en la **Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República** que fija normas de procedimientos sobre Rendición de Cuentas, para lo cual estará disponible el **"Sistema de Ejecución APS"** <https://app.ssd.r.gob.cl/convenios/>, el cual permite ingresar la información y generar el proceso de rendición, que deberá ser enviada a Oficina de Partes del Servicio o por firma digital, en la medida que esté implementada esta última opción.

DÉCIMA SEGUNDA: 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.

DÉCIMA TERCERA: El presente convenio tendrá vigencia desde la fecha de su total tramitación hasta el 31 de Diciembre de 2021. Sin embargo, de existir saldos pendientes de ejecutar al 30 de Noviembre de 2021; durante el mes de Diciembre de 2021 las partes podrán celebrar convenio de continuidad de este Programa, siempre y cuando la Municipalidad realice la solicitud formal vía ordinario con fecha tope el 10 de Diciembre del año en curso, acompañado de rendición de fondos entregados



Mediante convenios complementarios podrán modificarse anualmente los montos a transferir a la Municipalidad en conformidad con el mismo, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sea necesario introducirle en su operación.

DÉCIMA CUARTA: La personería de **DON EMILIO GONZÁLEZ BURGOS** para actuar en nombre y representación de la **I. MUNICIPALIDAD DE LOS MUERMOS** consta en Acta de Proclamación de fecha 01 de Noviembre de 2016.

La personería de **DON JORGE TAGLE ALEGRÍA**, para actuar a nombre y representación del **SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVÍ**, consta en el Decreto Afecto N° 07 del 22 de Enero del 2019, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

Dichos documentos no se insertan por ser conocidos de las partes.

DÉCIMA QUINTA: El presente convenio se firma en 5 ejemplares, quedando tres en poder del Servicio, uno en poder de la Municipalidad y uno en poder del Ministerio de Salud - División de Atención Primaria.



SR. EMILIO GONZÁLEZ BURGOS
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE LOS MUERMOS



DR. JORGE TAGLE ALEGRÍA
DIRECTOR SERVICIO DE SALUD
DEL RELONCAVÍ



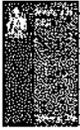
A NEXO Nº 1

RENDICIÓN RECURSOS (VISITAS REALIZADAS) PROGRAMA COVID-APS - SUBTÍTULO 21-24 - AÑO 2021

SERVICIO DE SALUD DEL RELO NCAVI
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA
SECCIÓN GESTIÓN TERRITORIAL

El registro debe realizarse de manera diaria y se debe enviar mensualmente al Referente del Programa Heriberto Andrade Monge al mail handrade@ssdr.gob.cu

Nº	Establecimiento	Rut	Fecha	Medicamento (Si Corresponde)	Alimento (Si Corresponde)	Profesional Responsable
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						



SERVICIO DE SALUD DEL REGIÓN CAJ
 SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA
 SECCIÓN GESTIÓN TERRITORIAL

ANEXO Nº2

RENDICIÓN RECURSOS HUMANOS PROGRAMA COVID-APS - SUBTÍTULO 21-24 - AÑO 2021

El registro debe realizarse de manera diaria y se debe enviar mensualmente al Referente del Programa Hariberto Andrade Monge al mail handrade@ssdr.gob.cl

Nº	Servicio de Salud	Establecimiento	Programa Atención Primaria (el cual otorga financiamiento)	Rut	Digito Verificador	Nombre	Apellidos	Nivel Educativo	Título	Tipo Contrato	Grado Remuneraciones (o asimilado)	Nº Horas Contratadas y/o Horas Extras	Fecha Ingreso al Establecimiento	Fecha Inicio Contrato	Fecha Término Contrato	Renta Mensual (\$)	Total Substituto 24 Anual (\$)
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
25																	
26																	
27																	
28																	
29																	
30																	