



Depto. Asesoría Jurídica

N° 124 -

REF.: Aprueba Convenio Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, entre S.S.M.O y la Municipalidad de Providencia.

SANTIAGO, 06 ABR. 2018

RESOLUCION EXENTA-N° 536

VISTOS:

1. El Interés del Ministerio de Salud en mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, aumentando su capacidad individual y colectiva para enfrentar el envejecimiento, prolongando su autovalencia;
2. La Resolución Exenta N°1449 de fecha 15 de diciembre de 2017, que aprueba el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, del Ministerio de Salud;
3. La Resolución Exenta N°121 de fecha 24 de enero del 2018, que distribuye los Recursos del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, año 2018, del Ministerio de Salud;
4. Lo solicitado por el Departamento de APS y Ciclo Vital del Servicio de Salud Metropolitano Oriente;
5. Las facultades que me confiere el Decreto con Fuerza de Ley N° 01 del 2005 que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763 de 1979 y de las Leyes N° 18.933 y 18.469; y su reglamento orgánico aprobado por D.S. N° 140 del 2004, todos del Ministerio de Salud; y la Resolución N° 1.600 de 2008 de la Contraloría General de la República, dicto lo siguiente:

RESOLUCION

1. Apruébase el Convenio, de fecha 05 de marzo de 2018, suscrito entre el **SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE** y la **MUNICIPALIDAD DE PROVIDENCIA**, cuyo texto es el siguiente:



SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL
 DEPTO. DE APS Y CICLO VITAL
 N°88

**CONVENIO
 MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES
 MUNICIPALIDAD DE PROVIDENCIA**

En Santiago, a 05 de marzo de 2018, entre el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, persona jurídica de derecho público domiciliado en Canadá N°308, comuna de Providencia, representado por su Directora Dra. Andrea Solís Aguirre, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la Municipalidad de Providencia, persona jurídica de derecho público domiciliado en Avda. Pedro de Valdivia N°963, representada por su Alcaldesa D. Evelyn Matthei Fornet de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un convenio de "Programa Más Adultos Mayores Autovalentes", que consta de las siguientes cláusulas:

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

Por su parte, el Decreto Supremo N°31 de fecha 27 de diciembre 2017 del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

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

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N°1449 de fecha 15 de diciembre de 2017, del Ministerio de Salud.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar todas o algunas de las siguientes componentes del Programa:

- 1) **Componente 1:** Estimulación Funcional de Funciones Motoras, cognitivas autocuidado y estilos de vida saludable en los adultos mayores autovalentes.
- 2) **Componente 2:** Fomento del Autocuidado y Estimulación Funcional en las organizaciones sociales y servicios locales.

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de \$82.118.082.- (ochenta y dos millones ciento dieciocho mil ochenta y dos pesos), para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior.

El Municipio 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.



QUINTA: El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar las siguientes actividades y metas según la distribución:

Recursos	Monto (Subt 24)
Recursos humanos	76.004.538
Insumos	1.974.489
Capacitación	3.170.340
Movilización	968.715
TOTAL	82.118.082

SEXTA: 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:

La población comprometida a ingresar corresponde a 1.075 personas por dupla profesional que desarrolle el programa por establecimiento. En la situación que un establecimiento tenga dos duplas profesionales asignadas, la población comprometida a ingresar corresponde a 2.200 personas por establecimiento. La meta anual corresponde al 50% de esta población comprometida, siendo de 538 por cada establecimiento o comunas que cuenten con una dupla y de 1.100 por cada establecimiento que cuente con dos duplas.

Criterios de Ingreso al programa:

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

Funciones asociadas al desarrollo del programa 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.
- Deberá incorporar a la dupla profesional como parte integrante del equipo del establecimiento procurando su participación en actividades de planificación y resolución dentro del centro de salud. Deberá además 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.
- Se espera que las acciones del programa sean consideradas 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, incluyendo a los servicios de urgencia relacionados.
- El establecimiento de salud deberá velar por el desarrollo del programa de acuerdo a las definiciones, lineamientos e indicaciones establecidas en la resolución exenta del programa Más Adultos Mayores Autovalentes, logrando el ingreso de adultos entre 60 y 64 años y de adultos mayores que cumplan con los criterios de inclusión, la mayor



asistencia y participación de los mismo en el programa, comprendido por 24 sesiones mixtas y la mantención o mejora de su condición funcional evaluada con los dos instrumentos que determinan el programa. Al termino de cada ciclo, deberá efectuar una evaluación participativa e informar a los participantes de las opciones de actividades para continuidad de su autocuidado y estimulación funcional presentes en red local, incluyendo la capacitación de líderes comunitarios dentro de los grupos que participaron del programa o la derivación a otras organizaciones locales o servicios que cuenten con oferta programática para la continuidad del autocuidado y estimulación funcional.

- Deberá emitir un informe parcial correspondiente al desarrollo del programa entre los meses de enero y agosto, emitido al Servicio de Salud respectivo con fecha tope 05 de septiembre y un informe total que contenga la información del desarrollo del programa entre los meses de ero a diciembre, emitido al Servicio de Salud respectivo, con fecha 05 de enero a diciembre, incluyendo información y medios de verificación asociados al desarrollo de los productos establecido para ambos componentes del programa.

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

A continuación de acuerdo a la siguiente tabla, se define la meta:

Tabla N°1

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta	Medio verificación	Peso relativo
N°1 Estimulación Funcional y Cognitiva	% de población mayores a 60 años que mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad.	$(\text{N}^\circ \text{ de personas de 65 años y más} + \text{N}^\circ \text{ de personas entre 60 y 64 años egresados del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad}) / \text{N}^\circ \text{ de total adultos de 60 a 64 años y de adultos mayores que cumplen con un ciclo del Programa} \times 100$	60%	REM	12.5
	% de población mayor a 60 años que mantienen o mejoran su condición funcional según	$(\text{N}^\circ \text{ de personas de 65 años y más} + \text{N}^\circ \text{ de personas entre 60 y 64 años egresados del programa que mantiene o mejoran su condición funcional según time up and go}) / \text{N}^\circ \text{ de total adultos de 60 a 64 años y de adultos mayores que cumplen con un ciclo del Programa} \times 100$	60%	REM	12.5
	% de población mayor a 60 años en control en Centro de Salud, Ingresados al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	$(\text{N}^\circ \text{ de personas de 65 años y más Ingresadas al programa con condición autovalente} + \text{autovalente con riesgo} + \text{en riesgo de dependencia}) + (\text{N}^\circ \text{ de personas entre 60 y 64 años Ingresadas al programa con EMPA vigente}) / \text{Población comprometida a Ingresar} \times 100$	50%	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 asistentes por sesión	REM	12,5
N°2 Fomento del Autocuidado del Adulto Mayor en Organizaciones Sociales y Servicio Locales para establecimientos o comunas en el primer año de implementación.	Trabajo en red local	N° de servicios locales con oferta parcial o total para adultos mayores incorporados en planes de trabajo intresectorial para fomento del autocuidado y estimulación funcional de los adultos mayores/ N° de servicios locales con oferta programática parcial o total para población adulto mayor.	30%	Informes de Avances y Final	25
	Ejecución del Programa de Capacitación de Líderes Comunitarios	N° de Organizaciones sociales de y para adultos mayores con Líderes Comunitarios Capacitados/ N° de organizaciones sociales de y para adultos que ingresan al Programa.	30%	Informe de Avances y Final	25

La evaluación del programa se efectuará en tres etapas, en función de los indicadores establecidos y su medido de verificación.

La primera evaluación, se efectuará con corte al 31 de marzo del año en curso. Se deberá dar cuenta de:

- Contratación de las duplas con fecha tope 02 de marzo para contratación de ambos profesionales¹.
- Primera reunión de trabajo de la red de establecimientos y comunas de los Servicios de Salud.
- Entrega de la información básica para el desarrollo del programa a las duplas profesionales.

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 deberá dar cuenta de las acciones comprometidas por las comunas y el Servicio de Salud respectivo que corrijan las situaciones de Incumplimiento.

La segunda evaluación se efectuará con corte al 31 de agosto del año en curso. De acuerdo a 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 60%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento de Metas por componente	Porcentaje de Descuento de recursos 2° cuota del 30%
60% y más	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%

¹ 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 menor a las 44 horas propuestas anteriormente, con autorización del servicio de salud.



Las comunas y establecimientos deberán informar a los Servicios de Salud del desarrollo del Programa, a través de un informe parcial de avances enviado al Servicio de Salud con fecha tope 05 de septiembre.

Los Servicios deberán informar a la División de Atención Primaria con fecha tope 12 de septiembre sobre el desarrollo del programa de acuerdo a la información entregada en el informe parcial por parte de las comunas y establecimientos y la verificación de la misma mediante las acciones de monitorización realizadas mensualmente y las reuniones de trabajo trimestrales realizadas con las duplas profesionales. Deberán además, responder solicitudes de información específicas planteadas desde la División de Atención Primaria, respecto del desarrollo del Programa a nivel local, el logro de los productos de ambos componentes y el cumplimiento de metas.

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 incumpliendo, señalado en la tabla precedente.

En relación a esto último, las comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto del año correspondiente, podrán optar a reasignación de recursos. Este excedente de recursos provendrá de aquellas comunas que no cumplan con las prestaciones proyectadas.

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 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 (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 tercera evaluación y final, se efectuará con corte al 31 de diciembre, fecha en que los establecimientos y comunas beneficiarias deberán tener el 100% de las prestaciones comprometidas por componente ejecutadas.

Las comunas y establecimiento deberán informar del cierre anual del programa y del desarrollo final obtenido en el Informe final del programa, entregado con fecha tope 05 de enero de 2019 al respectivo Servicio de Salud.

Los Servicios de Salud deberán consolidar la Información de las comunas y establecimientos pertinentes y, presentar la información de cierre anual del programa, validar el desarrollo del programa informado por las comunas, verificando el logro de los productos establecidos para ambos componentes, además de la información obtenida a través de las acciones realizadas de monitorización y reuniones de trabajo trimestrales con las duplas profesionales. Esta información tendrá fecha tope de entrega el 12 de enero del año siguiente.

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.



Adicionalmente de las evaluaciones descritas, 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.

SÉPTIMA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, asignará al Municipio mediante un convenio, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de este Programa.

Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud, en 2 cuotas: 70% contra resolución que aprueba el presente convenio y el 30% restante en Octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación contra el grado de cumplimiento.

OCTAVA: 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.

NOVENA: El Servicio de Salud, a través de los respectivos referentes técnicos y Departamento de Finanzas, velarán por la correcta utilización de los fondos traspasados, sin perjuicio de las evaluaciones que en uso de sus facultades pudiera efectuar el Departamento de Auditoría, conforme a su plan anual de trabajo determinado en base a una muestra aleatoria de convenios.

DÉCIMA: Las transferencias de recursos hacia los municipios estarán regidas por lo establecido en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, sobre la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos.

DÉCIMA PRIMERA: El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. Por ello, en caso de que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante.

DÉCIMA SEGUNDA: El presente convenio tendrá vigencia desde la total tramitación del último acto administrativo que lo aprueba, hasta el 31 de diciembre del año 2018. Sin perjuicio de lo anterior, podrá prorrogarse por otro período en forma automática en la medida que el presente programa tenga continuidad y cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año respectivo.

Para formalizar esta prórroga, el Servicio deberá dictar una resolución en la cual señale las metas, indicadores y recursos disponibles para el nuevo período previamente acordados por ambas partes, sujeto a las Instrucciones que dicte el Ministerio de Salud.

No obstante, las partes dejan constancia que por tratarse de un programa ministerial que se ejecuta todos los años, las prestaciones descritas en éste se comenzarán a otorgar desde el 1 de Enero del 2018, razón por la cual dichas atenciones, se imputarán a los recursos que se transferirán en conformidad a lo señalado en el presente convenio.

DÉCIMA TERCERA: La personería de la Dra. Andrea Solís Aguirre, para actuar en representación del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, consta en el Decreto Supremo N°47, de fecha 20 de Marzo del 2015 del Ministerio de Salud.

La personería de Doña Evelyn Matthei Fornét para actuar en representación de la Municipalidad de Providencia, consta en Decreto Alcaldicio N°1.152 de fecha 06 de diciembre del año 2016.



2. Impútese el gasto que demanda la presente Resolución al ítem presupuestario 24.03.298.002, correspondiente a "Reforzamiento Municipal".

ANÓTESE, NOTIFÍQUESE Y COMUNÍQUESE



**JULIO MONTT VIDAL
DIRECTOR (S)**

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE

DRA. GBG/RGD/MPGG/arp

DISTRIBUCIÓN:

- Subdirección de Gestión Asistencial S.S.M.O;
- Depto. de APS y Ciclo Vital
- Depto. de Procesos Asistenciales en Red.
- Unidad Convenios APS y RED
- Depto. de Finanzas
- Depto. de Auditoría
- Depto. Asesoría Jurídica
- Interesado c/ 1 convenio original
- Of. de Partes c/ 1 convenio original

**TRANSCRITO FIELMENTE
MINISTRO DE FE**