



Depto. Asesoría Jurídica

N° 121

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

SANTIAGO, 18 MAR. 2020

RESOLUCION EXENTA N ° **389**

VISTOS:

1. El Interés del Ministerio de Salud en mejorar la condición funcional de la población de 60 años y más, y capacitar a la red local en autocuidado y estimulación funcional y específica;
2. La Resolución Exenta N°26 de fecha 14 de Enero de 2020, que aprueba el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, del Ministerio de Salud;
3. La Resolución Exenta N°73 de fecha 19 de febrero del 2020, que distribuye los Recursos del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, año 2020, del Ministerio de Salud;
4. Lo solicitado por el Departamento de Coordinación y Gestión APS 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°6 ; 7 y 8 de 2019 de la Contraloría General de la República, dicto lo siguiente:

RESOLUCION

1. Apruébase el Convenio, de fecha 16 de marzo de 2020, suscrito entre el **SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE** y la **MUNICIPALIDAD DE PROVIDENCIA**, cuyo texto es el siguiente:



SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL
 DEPTO. DE COORDINACIÓN Y GESTIÓN APS
 N°72

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

En Santiago, a 16 de marzo de 2020, entre el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, persona jurídica de derecho público, domiciliado en Calle Canadá N° 308, Providencia, representado por su Directora (Q.F.) D. María Elena Sepúlveda Maldonado, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la Municipalidad de Providencia, persona jurídica de Derecho Público, domiciliada 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, 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°55 de fecha 24 de diciembre 2019 del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial con fecha 14 de marzo de 2020, 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.

Objetivo general: mantener o mejorar la condición funcional de la población de 60 año y más, y capacitar a la red local en autocuidado y estimulación funcional.

Objetivos específicos:

1. Mejorar la 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.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 26 de fecha 14 de enero de 2020, del Ministerio de Salud 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 financiar todas o algunas de las siguientes componentes del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes:

- 1) **Componente 1: Estimulación Funcional de, Funciones Motoras y Prevención de Caídas, Funciones Cognitivas, Autocuidado y Estilos de Vida Saludable en las personas 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 de \$90.631.946.- (noventa millones seiscientos treinta y un y un mil novecientos cuarenta y seis pesos), para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, desarrollando actividades del programa, en los CESFAM o en dependencias municipales y/o comunitarias. Los que serán transferidos de acuerdo con lo dispuesto en la cláusula Séptima del presente instrumento.

El Municipio se compromete 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 actividades y metas especificadas en la tabla n°1. El monto total deberá ser utilizado por el Municipio, según la siguiente distribución que considera Recursos Humanos, tanto para el desarrollo habitual de la estrategia como para refuerzo de horas destinadas al acompañamiento y apoyo a los líderes comunitarios de las duplas de continuidad¹. Además de recursos para Insumos, Capacitación, y Movilización que deben responder a un plan anual de compras que permita el adecuado desarrollo del programa.

Recursos	Monto (Subt 24)
Recursos humanos	\$ 80.757.740
Recursos humanos para acompañamiento y apoyo de líderes comunitarios	\$ 2.970.255
Insumos	\$ 2.097.971
Capacitación	\$ 3.368.608
Movilización	\$ 1.437.372
TOTAL	\$ 90.631.946

La tabla n°2 indican metas y actividades no afectas a reliquidación.

SEXTA: El Servicio a través del Depto. de Coordinación y Gestión APS, 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 diferentes componentes del programa con el propósito de mejorar su eficacia y eficiencia.

El programa Más Adultos Mayores Autovalentes corresponde a una intervención promocional y preventiva de la salud, tendiente a mejorar la capacidad individual y comunitaria para enfrentar el proceso de envejecimiento manteniendo y mejorando la autovalencia de las personas de 60 años y más, fomentando su autocuidado y participación social como factores protectores de salud. Contempla la participación de las personas mayores en actividades grupales de educación para la salud y autocuidado, estimulación de funciones motoras y prevención de caídas, estimulación de las funciones cognitivas y el desarrollo de

¹ Se realizará acompañamiento y apoyo de líderes comunitarios durante el segundo semestre con una distribución de 6 horas semanales.

un proceso de diagnóstico participativo local conducente a la capacitación de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional.

La población comprometida a ingresar anualmente corresponde a 538 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 1.100 personas por establecimiento. La meta anual corresponde al 100% de esta población comprometida.

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 considerará el control cardiovascular vigente como requisito de ingreso, en caso de no contar con el examen de medicina preventiva, en personas de 60 a 64 años.

Componentes del programa

- **Componente 1: De estimulación funcional**

Este componente es desarrollado por la dupla profesional del programa y consiste en la participación de las personas mayores que cumplan con los criterios de inclusión, en el componente de estimulación funcional, el cual debe contener 24 sesiones mixtas en su totalidad distribuidas en los siguientes tres talleres:

- Taller de estimulación de funciones y prevención de caídas: compuesto por 24 sesiones de 45 a 60 minutos de duración.
- Taller de estimulación de funciones cognitivas: compuesto por 12 sesiones de 45 a 60 minutos de duración.
- Taller de autocuidado y estilos de vida saludable: compuesto por 12 sesiones de 45 a 60 minutos de duración

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.

La realización de los talleres del programa se realizará en espacios preferentemente comunitarios. 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.

La actividad de ingreso puede realizarse en la primera sesión mixta del componente y comprende la valoración funcional inicial del ingreso al programa, efectuada con la escala HAQ-8 modificada para el programa y el Test Time 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.

Para efectos de registro la actividad de ingreso debe consignarse en la ficha clínica del usuario por la dupla profesional y para el registro estadístico mensual que aporta información al programa. 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.

Para efectos de cumplimiento del indicador "Promedio de asistentes a sesiones del programa", se considera un número promedio mínimo de 15 participantes por sesión. En

caso de presentar inasistencia a las sesiones comprometida 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 a realizar ciclos de intervención menores a 24 sesiones mixtas.

Productos esperados del desarrollo de Componente 1: Estimulación Funcional

1. Personas de 60 años y más que cumplan con los criterios de inclusión, ingresado al Programa de Estimulación Funcional una vez al año.
2. Ciclos de 24 sesiones del Programa de Estimulación Funcional, en un periodo de 3 meses.
3. Personas mayores ingresadas al programa participan 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
5. Personas mayores que egresan del Programa de Estimulación funcional, mejoran su condición funcional.
6. El programa de Estimulación funcional desarrollado se compone de 24 sesiones del Taller de Estimulación de Funciones Motora y Prevención de caídas; 12 sesiones del Taller de Estimulaciones de Funciones Cognitivas y 12 sesiones del Taller de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable.
7. Evaluación participativa de cada ciclo del Programa para incorporación de mejoras en el componente 1.
8. Protocolo de procedimiento para el manejo de eventos centinelas, eventos adversos y descompensaciones u otras situaciones de salud pesquisadas en las actividades del programa.
9. Flujograma de derivación y contrarreferencia para el sector salud construido y funcionando en forma efectiva.
10. Flujograma de derivación y contra derivación para el intersector funcionando en formas efectiva.

• Componente 2: Fomento del autocuidado y estimulación funcional en las organizaciones sociales y servicios locales.

- Organización de la información para la gestión local: se espera que las comunas o establecimientos, desarrollen:
 - a) Catastro de organizaciones sociales actualizado
 - b) Catastro de servicios locales actualizado
 - c) Mapa red local con organizaciones sociales y servicios
 - Diagnostico participativo sobre las necesidades y propuestas de capacitación de líderes comunitarios: este deberá tener como mínimo las siguientes etapas desarrolladas y actualizadas en forma anual:
 - a) Diagnostico situacional
 - b) Diagnostico participativo sobre las necesidades y propuestas de capacitación de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional de adultos mayores
 - c) Plan de acción resultante del diagnóstico participativo.
 - Diseño y ejecución de estrategias locales para el fomento del autocuidado y estimulación funcional en la red local:
 - a) Capacitación de Líderes comunitarios y estimulación funcional en sus organizaciones.
 - b) Planes intersectoriales entre los centros de salud y los servicios locales para fomento del envejecimiento activo y positivo.
- Productos esperados del desarrollo del componente 2: Fomento del autocuidado y estimulación funcional en las organizaciones sociales y servicios locales.**
1. Acciones de difusión y coordinación del Programa con el intersector y la comunidad.
 2. Organizaciones Sociales Locales de y para personas mayores son reportadas en el Catastro de Organizaciones Sociales.

3. Servicios locales con oferta programática para personas mayores, se incluyen en el Catastro de Servicios Locales y son ingresados al programa.
4. Mapa de red local o elemento que cumpla funciones según lo descrito
5. Diagnostico situacional y diagnostico participativo para definición de necesidades de capacitación de Líderes Comunitarios en Autocuidado y Estimulación Funcional diseñado y ejecutado por el programa.
6. Plan de capacitación de líderes comunitarios diseñado y ejecutado.
7. Plan(es) intersectorial (es) para fomento del envejecimiento activo y positivo diseñado y ejecutado.
8. Organizaciones Sociales que cuentan con Líderes Comunitarios capacitados por el programa participan de actividades de acompañamiento por parte del equipo del programa.

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. Se espera que todos los funcionarios de los centros de la red conozcan el Programa, las vías de accesos y los resultados obtenido en la población a cargo.
- 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 término 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.

Monitoreo y evaluación

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. Para este año considerara indicadores asociados a reliquidación (tabla 1) e indicadores para monitoreo y seguimiento del programa, no asociados a reliquidación (tabla 2)

A continuación de acuerdo con las siguientes tablas, se define la meta:

Tabla N°1 Indicadores asociados a reliquidación programa Más Adultos Mayores Autovalentes

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta agosto	Meta diciembre	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.	(N° de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad) / N° de total de personas que egresan del Programa) x 100	60%	60%	REM	12.5
	% de población mayor a 60 años que mantienen o mejoran su condición funcional según Timed up and go	N° de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según time up and go) / N° de total de personas que egresan del Programa) x 100	60%	60%	REM	12.5
	% de población mayor a 60 años 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	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
	N°2 Fomento del Autocuidado del Adulto Mayor en Organizaciones Sociales y	Trabajo en red local	(N° de servicios locales con planes intersectoriales para el fomento del envejecimiento activo y positivo junto al Programa Más adulto	20%	30%	REM

		Mayores Autovalentes, en desarrollo en el periodo/ Servicios locales con oferta programática para personas mayores (total o parcial) en el periodo) x 100				
	Ejecución del Programa de Capacitación de Líderes Comunitarios	(N° de Organizaciones con líderes comunitarios capacitados por el Programa Mas Adulto Mayores Autovalentes en el periodo/ Organizaciones ingresadas al programa de estimulación funcional del programa Mas Adulto Mayores Autovalente en el periodo) x 100.	20%	30%	REM	25

Tabla N°2 Indicadores Para monitoreo y seguimiento del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, no asociados a reliquidación

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta agosto	Meta diciembre	Verificación
N° 1 programa de Estimulación Funcional	Porcentaje de personas mayores que egresan del Programa	(N° de personas mayores que egresan del programa/ N° de personas mayores que ingresan al programa) x 100	80%	80%	REM
N°1 programa de Estimulación funcional	Porcentaje de personas que mejoran condición funcional al egreso del Programa	(N° de personas que mejoran su condición funcional según TUG/ N° de personas que egresan del programa) x 100	Incremento de 5% respecto a línea de base del año anterior	Incremento de 5% respecto a línea de base del año anterior	REM
N° 1 programa de Estimulación Funcional	Porcentaje de personas que mejoran condición funcional al egreso del Programa	(N° de personas que mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad/ N° de personas que egresan del programa) x 100	Incremento de 5% respecto a línea de base del año anterior	Incremento de 5% respecto a línea de base del año anterior	REM

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

La **primera evaluación**, se efectuará con corte al 31 de marzo del año en curso. La información deberá enviarse consolidada desde los Servicios de Salud a la división de atención primaria con fecha tope 12 de abril, dando cuenta de:

- Contratación de las duplas con fecha tope 04 de marzo para contratación de ambos profesionales².
- 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.
- Entrega de la información básica para el desarrollo del programa a las duplas profesionales.
- En esta evaluación debe informarse respecto a aquellas comunas o establecimientos que hayan descontinuado la intervención del programa durante los primeros meses del año, para proceder a la redistribución de recursos correspondiente, recordado 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 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%

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. El incumplimiento de las metas comprometidas dará lugar a la reliquidación del Programa. No obstante, lo anterior, siempre que existan razones

² 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.

fundadas que respalden el cumplimiento, la comuna podrá solicitar a la Dirección del Servicio de Salud respecto, la no reliquidación del Programa, acompañando un plan de trabajo que incluya un cronograma para el cumplimiento de las metas. El Servicio de Salud, una vez analizada la solicitud, de ser pertinente, remitirá los antecedentes al Ministerio de Salud que resolverá la petición.

Lo anterior, no obsta a que el Servicio de Salud deba realizar la evaluación del programa al 31 de diciembre del año respectivo y las comunas mantienen su obligación de rendir cuenta financiera y la evaluación de meta 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 programa.

Finalmente, los recursos (producto de la reliquidación) que provengan de aquellas comuna 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.

SEPTIMA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, asignará a los Municipios mediante un convenio, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de este Programa, desde la total tramitación de la Resolución que aprueba el presente convenio.

Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud, en 2 cuotas (70% - 30%), la 1ª cuota contra total tramitación del convenio y resolución aprobatoria y la 2ª cuota en Octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación señalada en la cláusula Sexta de este convenio y en el Ítem VII del respectivo programa.

OCTAVA: El Servicio a través de los referentes técnicos, 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.

La Municipalidad deberá asegurar la integridad y veracidad de la información base que incorpora cada establecimiento de salud municipal a los sistemas de información REM, SIGGES u otros del MINSAL, para la generación de los indicadores que respaldan la correcta ejecución de los servicios acordados en el 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.

DECIMA: Las transferencias de recursos hacia los municipios estarán regidos 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 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 SEGUNDA: El presente convenio tendrá vigencia hasta el 31 de diciembre del 2020. 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.


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.


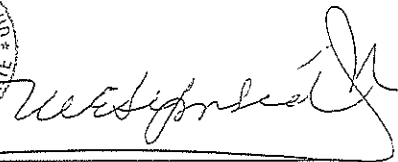
No obstante, las partes dejan constancia que por tratarse de un programa ministerial que se ejecuta todos los años, las prestaciones descritas en éste se comenzarán a otorgar desde el 1 de enero de 2020, razón por la cual dichas atenciones se imputarán a los recursos que se transferirán en conformidad a lo señalado en el presente convenio.

DÉCIMA TERCERA: La personería de la Directora (Q.F.) D. María Elena Sepúlveda Maldonado, para actuar en representación del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, consta en el Decreto Supremo N°68, de fecha 16 de Octubre de 2018 del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial con fecha 05 de febrero de 2019.

La personería de Doña Evelyn Matthei Fornet, para actuar en representación de la Municipalidad de Providencia, consta en el Decreto Alcaldicio N° 1.152 de fecha 056 de noviembre del año 2016.

DÉCIMA CUARTA: El presente convenio se firma en 2 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud y el otro en poder de la Municipalidad.


 D. EVELYN MATTHEI FORNET
 ALCALDESA
 MUNICIPALIDAD DE PROVIDENCIA



 Q.F. MARIA ELENA SEPULVEDA
 MALDONADO
 DIRECTORA SERVICIO DE SALUD
 METROPOLITANO ORIENTE


 NMC/JPBQ/CEA/LQB/AMB/gmg

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

ANÓTESE, NOTIFÍQUESE Y COMUNÍQUESE



A handwritten signature in black ink, appearing to read "M. E. Sepúlveda Maldonado".

**QF. MARÍA ELENA SEPÚLVEDA MALDONADO
DIRECTORA
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE**

DRA. JMC/JRBQ/RGD/FOA/hov

DISTRIBUCIÓN:

- Dirección S.S.M.O;
- Subdirección de Gestión Asistencial S.S.M.O;
- Depto. de Coordinación y Gestión APS
- Depto. de Coordinación y Gestión Hospitalaria
- Secretaría Ejecutiva del Comité de Convenios SSMO
- 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**



SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL
DEPTO. DE COORDINACIÓN Y GESTIÓN APS
N°72

CONVENIO MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES MUNICIPALIDAD DE PROVIDENCIA

En Santiago, a 16 de marzo de 2020, entre el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, persona jurídica de derecho público, domiciliado en Calle Canadá N° 308, Providencia, representado por su Directora (Q.F.) **D. María Elena Sepúlveda Maldonado**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **Municipalidad de Providencia**, persona jurídica de Derecho Público, domiciliada 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, 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°55 de fecha 24 de diciembre 2019 del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial con fecha 14 de marzo de 2020, 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.

Objetivo general: mantener o mejorar la condición funcional de la población de 60 años y más, y capacitar a la red local en autocuidado y estimulación funcional.

Objetivos específicos:

1. Mejorar la 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.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 26 de fecha 14 de enero de 2020, del Ministerio de Salud 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 financiar todas o algunas de las siguientes componentes del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes:

- 1) **Componente 1: Estimulación Funcional de, Funciones Motoras y Prevención de Caídas, Funciones Cognitivas, Autocuidado y Estilos de Vida Saludable en las personas 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 de **\$90.631.946.- (noventa millones seiscientos treinta y un y un mil novecientos cuarenta y seis pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, desarrollando actividades del programa, en los CESFAM o en dependencias municipales y/o comunitarias. Los que serán transferidos de acuerdo con lo dispuesto en la cláusula Séptima del presente instrumento.

El Municipio se compromete 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 actividades y metas especificadas en la tabla n°1. El monto total deberá ser utilizado por el Municipio, según la siguiente distribución que considera Recursos Humanos, tanto para el desarrollo habitual de la estrategia como para refuerzo de horas destinadas al acompañamiento y apoyo a los líderes comunitarios de las duplas de continuidad¹. Además de recursos para Insumos, Capacitación, y Movilización que deben responder a un plan anual de compras que permita el adecuado desarrollo del programa.

Recursos	Monto (Subt 24)
Recursos humanos	\$ 80.757.740
Recursos humanos para acompañamiento y apoyo de líderes comunitarios	\$ 2.970.255
Insumos	\$ 2.097.971
Capacitación	\$ 3.368.608
Movilización	\$ 1.437.372
TOTAL	\$ 90.631.946

La tabla n°2 indican metas y actividades no afectas a reliquidación.

SEXTA: El Servicio a través del Depto. de Coordinación y Gestión APS, 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 diferentes componentes del programa con el propósito de mejorar su eficacia y eficiencia.

El programa Más Adultos Mayores Autovalentes corresponde a una intervención promocional y preventiva de la salud, tendiente a mejorar la capacea individual y comunitaria para enfrentar el proceso de envejecimiento manteniendo y mejorando la autovalencia de las personas de 60 años y más, fomentando su autocuidado y participación social como factores protectores de salud. Contempla la participación de las personas mayores en actividades grupales de educación para la salud y autocuidado, estimulación de funciones motoras y prevención de caídas, estimulación de las funciones cognitivas y el desarrollo de

¹ Se realizará acompañamiento y apoyo de líderes comunitarios durante el segundo semestre con una distribución de 6 horas semanales.

un proceso de diagnóstico participativo local conducente a la capacitación de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional.

La población comprometida a ingresar anualmente corresponde a 538 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 1.100 personas por establecimiento. La meta anual corresponde al 100% de esta población comprometida.

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 considerará el control cardiovascular vigente como requisito de ingreso, en caso de no contar con el examen de medicina preventiva, en personas de 60 a 64 años.

Componentes del programa

- **Componente 1: De estimulación funcional**

Este componente es desarrollado por la dupla profesional del programa y consiste en la participación de las personas mayores que cumplan con los criterios de inclusión, en el componente de estimulación funcional, el cual debe contener 24 sesiones mixtas en su totalidad distribuidas en los siguientes tres talleres:

- Taller de estimulación de funciones y prevención de caídas: compuesto por 24 sesiones de 45 a 60 minutos de duración.
- Taller de estimulación de funciones cognitivas: compuesto por 12 sesiones de 45 a 60 minutos de duración.
- Taller de autocuidado y estilos de vida saludable: compuesto por 12 sesiones de 45 a 60 minutos de duración

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.

La realización de los talleres del programa se realizará en espacios preferentemente comunitarios. 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.

La actividad de ingreso puede realizarse en la primera sesión mixta del componente y comprende la valoración funcional inicial del ingreso al programa, efectuada con la escala HAQ-8 modificada para el programa y el Test Time 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.

Para efectos de registro la actividad de ingreso debe consignarse en la ficha clínica del usuario por la dupla profesional y para el registro estadístico mensual que aporta información al programa. 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.

Para efectos de cumplimiento del indicador "Promedio de asistentes a sesiones del programa", se considera un número promedio mínimo de 15 participantes por sesión. En

Monitoreo y evaluación

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. Para este año considerara indicadores asociados a reliquidación (tabla 1) e indicadores para monitoreo y seguimiento del programa, no asociados a reliquidación (tabla 2)

A continuación de acuerdo con las siguientes tablas, se define la meta:

Tabla N°1 Indicadores asociados a reliquidación programa Más Adultos Mayores Autovalentes

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta agosto	Meta diciembre	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.	(N° de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad) / N° de total de personas que egresan del Programa) x 100	60%	60%	REM	12.5
	% de población mayor a 60 años que mantienen o mejoran su condición funcional según Timed up and go	N° de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según time up and go) / N° de total de personas que egresan del Programa) x 100	60%	60%	REM	12.5
	% de población mayor a 60 años 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	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
N°2 Fomento del Autocuidado del Adulto Mayor en Organizaciones Sociales y	Trabajo en red local	(N° de servicios locales con planes intersectoriales para el fomento del envejecimiento activo y positivo junto al Programa Más adulto	20%	30%	REM	25

		Mayores Autovalentes, en desarrollo en el periodo/ Servicios locales con oferta programática para personas mayores (total o parcial) en el periodo) x 100				
	Ejecución del Programa de Capacitación de Líderes Comunitarios	(N° de Organizaciones con líderes comunitarios capacitados por el Programa Mas Adulto Mayores Autovalentes en el periodo/ Organizaciones ingresadas al programa de estimulación funcional del programa Mas Adulto Mayores Autovalente en el periodo) x 100.	20%	30%	REM	25

Tabla N°2 Indicadores Para monitoreo y seguimiento del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, no asociados a reliquidación

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta agosto	Meta diciembre	Verificación
N° 1 programa de Estimulación Funcional	Porcentaje de personas mayores que egresan del Programa	(N° de personas mayores que egresan del programa/ N° de personas mayores que ingresan al programa) x 100	80%	80%	REM
N°1 programa de Estimulación funcional	Porcentaje de personas que mejoran condición funcional al egreso del Programa	(N° de personas que mejoran su condición funcional según TUG/ N° de personas que egresan del programa) x 100	Incremento de 5% respecto a línea de base del año anterior	Incremento de 5% respecto a línea de base del año anterior	REM
N° 1 programa de Estimulación Funcional	Porcentaje de personas que mejoran condición funcional al egreso del Programa	(N° de personas que mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad/ N° de personas que egresan del programa) x 100	Incremento de 5% respecto a línea de base del año anterior	Incremento de 5% respecto a línea de base del año anterior	REM

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. La información deberá enviarse consolidada desde los Servicios de Salud a la división de atención primaria con fecha tope 12 de abril, dando cuenta de:

- Contratación de las duplas con fecha tope 04 de marzo para contratación de ambos profesionales².
- 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.
- Entrega de la información básica para el desarrollo del programa a las duplas profesionales.
- En esta evaluación debe informarse respecto a aquellas comunas o establecimientos que hayan descontinuado la intervención del programa durante los primeros meses del año, para proceder a la redistribución de recursos correspondiente, recordado 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 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 2º 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%

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. El incumplimiento de las metas comprometidas dará lugar a la reliquidación del Programa. No obstante, lo anterior, siempre que existan razones

² 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.

fundadas que respalden el cumplimiento, la comuna podrá solicitar a la Dirección del Servicio de Salud respecto, la no reliquidación del Programa, acompañando un plan de trabajo que incluya un cronograma para el cumplimiento de las metas. El Servicio de Salud, una vez analizada la solicitud, de ser pertinente, remitirá los antecedentes al Ministerio de Salud que resolverá la petición.

Lo anterior, no obsta a que el Servicio de Salud deba realizar la evaluación del programa al 31 de diciembre del año respectivo y las comunas mantienen su obligación de rendir cuenta financiera y la evaluación de meta 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 programa.

Finalmente, los recursos (producto de la reliquidación) que provengan de aquellas comuna 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.

SEPTIMA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, asignará a los Municipios mediante un convenio, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de este Programa, desde la total tramitación de la Resolución que aprueba el presente convenio.

Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud, en 2 cuotas (70% - 30%), la 1ª cuota contra total tramitación del convenio y resolución aprobatoria y la 2ª cuota en Octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación señalada en la cláusula Sexta de este convenio y en el Ítem VII del respectivo programa.

OCTAVA: El Servicio a través de los referentes técnicos, 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.

La Municipalidad deberá asegurar la integridad y veracidad de la información base que incorpora cada establecimiento de salud municipal a los sistemas de información REM, SIGGES u otros del MINSAL, para la generación de los indicadores que respaldan la correcta ejecución de los servicios acordados en el 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.

DECIMA: Las transferencias de recursos hacia los municipios estarán regidos 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 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 SEGUNDA: El presente convenio tendrá vigencia hasta el 31 de diciembre del 2020. 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.

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 de 2020, 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 Directora (Q.F.) D. María Elena Sepúlveda Maldonado, para actuar en representación del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, consta en el Decreto Supremo N°68, de fecha 16 de Octubre de 2018 del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial con fecha 05 de febrero de 2019.

La personería de Doña Evelyn Matthei Fonet, para actuar en representación de la Municipalidad de Providencia, consta en el Decreto Alcaldicio N° 1.152 de fecha 056 de noviembre del año 2016.

DÉCIMA CUARTA: El presente convenio se firma en 2 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud y el otro en poder de la Municipalidad.



D. EVELYN MATTHEI FORNET
ALCALDESA
MUNICIPALIDAD DE PROVIDENCIA




Q.F. MARIA ELENA SEPULVEDA
MALDONADO
DIRECTORA SERVICIO DE SALUD
METROPOLITANO ORIENTE



JMC/JPBQ/CEA/LCB/AMB/gmg