



MUNICIPALIDAD DE ANTUCO
DEPARTAMENTO DE SALUD

Ref.: Aprueba Convenio suscrito con
Servicio de Salud Bio Bio.

ANTUCO, 15 ABR 2025

DECRETO ALCALDICIO N° 002601/
VISTOS:

- a) Ley N° 19.378, que fija el Estatuto de Salud Primaria.
- b) Resolución Exenta N° RESS1234 de fecha 14.03.2025, del Servicio de Salud Bio Bio que aprueba Convenio del Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes.
- c) Decretos Alcaldicios N° 128 y 190/88; N° 001/91, todos de la Municipalidad de Antuco; El D.L. (H) N° 3.063 y D.F.L. (I) N° 1-3063, ambos de 1980 y,
- d) En uso de las facultades que me confiere la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus modificaciones posteriores,

CONSIDERANDO:

- Las necesidades del servicio consistentes en la celebración de convenios con otros organismos del Estado, para atender los requerimientos de la comunidad local.
- Convenio de fecha 25.02.2025 suscrito entre la Municipalidad de Antuco y el Servicio de Salud de Bio Bio, sobre Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes.

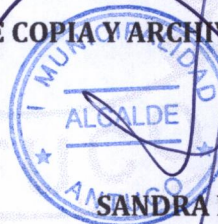
DECRETO

1. **APRUEBESE**, en todas sus partes el Convenio celebrado entre la Municipalidad de Antuco y el Servicio de Salud de Bio Bio el 25.02.2025, sobre, "**Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes.**"
2. Para el año 2025 se asignan \$ 21.971.768 (Veintiún millones novecientos setenta y un mil setecientos sesenta y ocho pesos)
3. Los recursos a que se refiere el punto anterior serán transferidos por el Servicio de Salud Bio Bio, en representación del Ministerio de Salud, de acuerdo a lo estipulado en el convenio, el cual pasa a formar parte integrante del presente Decreto.

ANOTESE, COMUNIQUESE, DESE COPIA Y ARCHIVESE



CLAUDIO BANES GARRIDO
SECRETARIO MUNICIPAL



SANDRA BOBADILLA CISTERNA
ALCALDESA

SBC/CPG/VHM/RPM/OCH/cch.

DISTRIBUCION:

- Departamento de Salud
- Oficina de Contabilidad y Finanzas
- ARCHIVO



REF.: APRUEBA CONVENIO PROGRAMA MÁS ADULTOS
MAYORES AUTOVALENTES CON MUNICIPALIDAD DE
ANTUCO

RESOLUCION EXENTA N° RESS1234

Los Ángeles, 14 de Marzo 2025

VISTOS; Estos antecedentes; el Convenio de fecha **martes, 25 de febrero de 2025**, sobre **Programa Más Adultos Mayores Autovalentes**, suscrito entre este Servicio de Salud y la Municipalidad de **Antuco**; La Ley 19.886 sobre Bases de Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios; Decreto Supremo N°661 de fecha 13.12.2024 del Ministerio de Hacienda, que aprueba el Reglamento de la Ley 19.886; la Resolución Exenta N°01392 de fecha 1.08.2003, del Director del Servicio de Salud Biobío que dispone la Incorporación al Sistema de Información de Compras y Contrataciones Públicas a través del portal www.chilecompra.cl; Ley N°21.722, sobre presupuesto el sector público año 2025 del Ministerio de Hacienda; lo dispuesto en la Resolución N°36 del 2024 de la Contraloría General de la República; los arts. 20, 21, 22 y 23 del D.L. N°2763 de 1979 cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N°01/2005 del Ministerio de Salud; el art. 8 del D.S. N°140 del 2004 del Ministerio de Salud, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; la Ley N°18.834, que aprueba el Estatuto Administrativo, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N°29 del 16 de Junio del 2004, del Ministerio de Hacienda; el Decreto Afecto N°27 del 17 de Octubre de 2023, del Ministerio de Salud, que me designó en el cargo de Director de este Servicio de Salud, dicto la siguiente:

RESUELVO:

1.- APRUÉBASE el Convenio **Programa Más Adultos Mayores Autovalentes**, de fecha **martes, 25 de febrero de 2025**, suscrito entre este Servicio de Salud y la Municipalidad de **Antuco** y que paso a transcribir:

Convenio con Municipalidad de Antuco
Programa MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES

En Los Ángeles, a **martes, 25 de febrero de 2025**, el **SERVICIO DE SALUD BIOBÍO**, RUT N°61.607.300-1, persona jurídica de derecho público, con domicilio en Avenida Ricardo Vicuña N° 147 interior, Edificio 7, Piso 4º, Los Ángeles, representado por su Director Titular **DON WALTER RAÚL ALVIAL SALGADO**, o quien lo subrogue en el cargo, cédula de identidad N° 15.183.752-2, del mismo domicilio, en adelante "**el Servicio**", y la **Municipalidad de Antuco**, corporación autónoma de derecho público, Rut N° **69.250.900-5**, con domicilio en **Calixto Padilla sin número - Antuco**, representada por su **SANDRA BOBADILLA CISTERNA**, cédula de identidad N° **11.154.081-0**, de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", han convenido lo siguiente:

Clausula Primera: Historia del programa:

El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, implementado en la atención primaria desde el año 2015, constituye una de las principales estrategias destinadas al fortalecimiento de las acciones promocionales y preventivas siendo reconocida como una intervención de carácter sociosanitario que ha impulsado el desarrollo de procesos de mejora a nivel local, en términos de gestión de la red de salud e intersectorial, de intervención comunitaria en salud y de participación social para personas mayores. Pretende la mantención y mejora de la capacidad funcional de personas mayores autovalentes y el fortalecimiento de la red comunitaria y sociosanitaria para enfrentar el envejecimiento, de acuerdo con las directrices internacionales para el abordaje del envejecimiento y la longevidad. Que, en este contexto, el presente programa denominado MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES tiene por propósito prolongar la autovalencia de las personas mayores para contribuir a mejorar su calidad de vida,

mediante el fortalecimiento de capacidad individual y colectiva para enfrentar el envejecimiento.

Para el caso de las municipalidades, 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 6° del Decreto Supremo N°174 de fecha 15 de Octubre de 2014, 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".

Clausula Segunda: Resoluciones Aprobatorias:

El referido Programa ha sido aprobado por el Ministerio de Salud a través de Resolución Exenta N°34 de fecha 14 de enero 2025, que se anexa al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la Municipalidad de Antuco se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

El Ministerio de Salud de acuerdo a Resolución Exenta N°168 de fecha 18 de febrero 2025, distribuye recursos al Programa para el 2025 .

Clausula Tercera: Recursos del Programa:

Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Ministerio de Salud a través del Servicio de Salud, conviene en asignar la suma anual y única de:
21.971.768 (veinte un millones novecientos setenta y un mil setecientos sesenta y ocho pesos)

Que serán distribuidos de la siguiente manera:

Subtitulo 24: \$21.971.768(veinte un millones novecientos setenta y un mil setecientos sesenta y ocho pesos)

Para el financiamiento, desarrollo y cumplimiento de las siguientes actividades:

El financiamiento : Recurso Humano: una dupla , según lo señalado en el programa por profesionales Kinesiólogo y Terapeuta Ocupacional. Capacitación de Líderes Comunitarios y Trabajo Intersectorial: Elementos para talleres.(materiales-alimen Insumos: Materiales destinados a las actividades de los Talleres del Programa. Movilización: asociados al traslado de la dupla o de las personas mayores.

Los recursos serán transferidos por el Servicio, en 2 cuotas (70% - 30%), la 1ª cuota contra total tramitación del último acto administrativo y una vez recibidos los recursos desde el Minsal y la 2ª cuota contra el grado de cumplimiento del Programa.

Habiéndose cumplido las metas establecidas en el convenio y existiendo recursos disponibles producto de una eficiente gestión, estos podrán utilizarse en las estrategias y/o componentes definidos en el programa, según las necesidades de la comuna.

Clausula Cuarta: Componentes Técnicos:

OBJETIVO DEL CONVENIO Y PROGRAMA.

El Programa MAS Adultos Mayores Autovalentes tiene por propósito contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores, mejorando su capacidad individual y colectiva para enfrentar el envejecimiento, prologando su auto valencia.Los objetivos fijados para esta estrategia apuntan a mejorar la capacidad funcional individual y comunitaria para enfrentar el proceso de envejecimiento, capacitar líderes comunitarios de las organizaciones sociales locales en autocuidado y estimulación funcional de las personas mayores y, fomentar el desarrollo de la red local para el abordaje del envejecimiento activo y positivo.

PRODUCTOS ESPERADOS EN EL PROGRAMA (se anexa resolución 34)

Para lograr lo anterior, cada centro de salud debe contemplar actividades de difusión y coordinación al interior de los equipos de sector y transversales, que faciliten a la dupla del Más AMA integrarse al equipo de salud. Se espera que cada dupla pueda participar en las reuniones del sector, estudios de familias, reuniones clínicas o actividades afines al abordaje integral de las personas mayores en la APS y a la territorialización de la promoción y prevención de salud con personas mayores. Las actividades de los componentes del Más AMA deben ser incluidas dentro de la planificación de cada centro y consideradas dentro de los avances para la implementación del MAIS. El Programa Más AMA Se desarrolla mediante 3 Componentes:

Componente 1 del Programa: Intervención Sociosanitaria Promocional y Preventiva para mantener y/o mejorar la condición funcional

Entrega servicios de estimulación funcional motora y cognitiva y educación para habilidades en autocuidado, mediante talleres grupales de tres meses de duración, dirigidos a personas mayores derivadas desde el centro de salud, desde servicios locales, desde las organizaciones sociales de personas mayores que ingresan al programa o desde la propia comunidad. Estos talleres son realizados por la dupla profesional del programa en forma principal y consideran la participación de otros integrantes del equipo de salud o de servicios locales, según las necesidades identificadas por cada grupo de personas mayores intervenidas. Este componente beneficia en forma directa a las personas mayores y organizaciones sociales de personas mayores tanto formales como informales.

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

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

En conjunto con lo anterior, en este componente se formulan Planes de Trabajo Intersectorial para el Fomento del Envejecimiento Saludable, tendientes a incorporar las necesidades y requerimientos de las personas mayores en la formalización de acciones colaborativas entre el sector salud y otros sectores locales para avanzar en la articulación de las entidades que lo representan y en la complementariedad de la oferta. Este componente beneficia en forma directa a las personas mayores líderes comunitarios, a las organizaciones sociales y a los servicios locales.

Componente 3 del Programa: Plan de Formación de Equipos del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes

Entrega servicios de capacitación y acompañamiento técnico, a nivel de Servicio de Salud, Macrozona y Nacional, a las duplas que ejecutan el programa en los territorios, encargados de entregar las prestaciones propias del programa a nivel de establecimientos de salud y comunas. Entrega también acompañamiento técnico y de gestión a los Referentes de los Servicios de Salud, fortaleciendo las competencias sanitarias, organizacionales y de liderazgo vinculadas al Programa y a su integración en los equipos de salud y el intersector. Este componente beneficia, en forma directa a los profesionales que implementan el programa en la Atención Primaria y los Servicios de Salud y en forma indirecta a las personas mayores que participan del programa, generando y nivelando conocimientos, competencias y promoviendo el desarrollo de mejoras en la atención promocional y preventiva y en los elementos técnicos y de gestión asociados, favoreciendo la calidad de la atención y la equidad en la entrega del cuidado.

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

El Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitario, entendido como “un Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los

usuarios" [MINSAL, 2013. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario], además, el Modelo entrega lineamientos - ejes de acción que contribuyen a avanzar hacia mayores niveles de equidad, accesibilidad y aceptabilidad de la población, guiados por los principios irrenunciables definidos como Integralidad; Continuidad del Cuidado y Atención Centrada en la Persona.

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

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

COMPLEMENTARIEDADES DEL PROGRAMA

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

De acuerdo con la Resolución Exenta N°677 de 5 de septiembre de 2022, entre el Ministerio de Desarrollo Social y Familia y el Ministerio de Salud que formaliza este convenio, se debe coordinar y optimizar acciones entre ambas instituciones, facilitando el acceso preferente de personas mayores del Subsistema Seguridades y Oportunidades a seis Programas de Refuerzo a la Salud Primaria (PRAPS), incluido el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes. Para el desarrollo de este convenio se considera el liderazgo y asistencia técnica de encargados de ambas estrategias en los diferentes niveles: central, regional, de Servicios de Salud y comunal. Entre las medidas a desarrollar a nivel comunal se encuentran las siguientes:

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

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

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

Para estas medidas es necesario acordar con el programa Vínculos los detalles logísticos como fecha de

difusión, lugar de realización de las actividades, acciones previas desarrolladas por Vínculos, otras acciones en que se contemple la participación de las personas mayores de Vínculos, de modo de organizar mejor la intervención del Programa Más AMA y la continuidad de trabajo en envejecimiento saludable posterior a la intervención del Más AMA con las personas mayores que continúan participando en Vínculos.

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

a. Esquema de integración sociosanitario local comunal y/o Mapa de Red y/o Mapa de oportunidades de oferta local: Se plantea la construcción de un único instrumento que sirva para la visualización de la oferta intersectorial, los formatos de acceso por parte de las personas mayores y la derivación entre servicios locales. Se recomienda utilizar los datos del catastro de servicios del Más AMA para su elaboración.

b. Esquema de atención y cuidado integral de personas mayores en los centros de salud, que explique al equipo de salud, entre otros, cuál es la propuesta de atención para personas mayores del Programa Vínculos en los centros de salud, identificándose como una subpoblación con mayor riesgo.

c. Guía de beneficios y servicios locales para personas mayores, que entrega a las personas mayores la información sobre los beneficios y servicios locales que existen y muestra cómo pueden acceder a ellos.

Otras complementariedades con estrategias externas al sector salud

A nivel local y en el marco de mejorar la integración entre servicios destinados a personas mayores se requiere promover procesos de coordinación e integración, entre los que destacan la formulación de Planes Intersectoriales con:

- Oficina de Personas Mayores
- Centros Diurnos de SENAMA
- ELEAM donde residen personas autovalentes
- Programas deportivos para personas mayores
- Programas recreativos
- Programas de Cuidados con cuidadores personas mayores
- Otros (turismo, laborales, universidades, escuelas, etc.)

Criterios y vías de ingreso al Más AMA

Criterios de ingreso al programa

- Personas de 65 años y más, beneficiarios de FONASA, inscritos en centros de salud de atención primaria, con su Examen de Medicina Preventiva vigente y con resultado de Autovalente Sin Riesgo, o Autovalente Con Riesgo o En Riesgo de Dependencia, que manifieste su participación informada y voluntaria mediante la firma del Compromiso Informado.
- Personas entre 60 y 64 años, beneficiarios de FONASA, inscritos en centros de salud de atención primaria, con su Examen de Medicina Preventiva Vigente, que manifiesten su participación informada y voluntaria mediante la firma del Compromiso Informado. Se considerará el control Cardiovascular vigente como requisito de ingreso, en caso de no contar con el Examen de Medicina Preventiva, en personas de 60 a 64 años, debiendo promover la aplicación del Examen de Medicina Preventiva según marco legal.
- Disponibilidad de atención para ingreso y participación en el Programa, entregada por la capacidad del recurso humano dispuesto para la ejecución del Programa.

Principales vías de Ingreso al programa

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

COMPONENTES

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

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

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

Composición y desarrollo de las sesiones del Componente 1

Este componente tiene duración de 3 meses e implica intervenciones grupales con dos sesiones mixtas semanales de 90 a 120 minutos de duración cada una, facilitadas por una dupla profesional formada por un(a) kinesiólogo y un(a) terapeuta ocupacional. Estas 24 sesiones mixtas, incluyen una sesión de estimulación de funciones motoras y prevención de caídas, y una sesión de estimulación cognitiva o de autocuidado de salud.

Estas sesiones deben desarrollarse con actividades que involucren aspectos de estimulación física, cognitiva y autocuidado en forma simultánea, propiciando la integración de contenidos en las personas mayores y el trabajo conjunto entre la dupla profesional.

La planificación de la intervención de cada grupo debe contemplar que, con el transcurso de las sesiones los participantes desarrollen en forma progresiva un rol protagónico, para favorecer posteriormente la realización de actividades de estimulación funcional y autocuidado en forma autónoma dentro de las organizaciones y en sus hogares.

La metodología de desarrollo del programa es la de Educación Popular y Aprender Haciendo descrita en los documentos técnicos. Dentro de estas sesiones también participa el equipo de salud y servicios locales, para abordar el autocuidado y bienestar en forma integral. Existe un documento de apoyo denominado Cuadernillo del Participante y un Manual para los equipos del Programa.

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

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

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

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

Conformación de los grupos de PM

Los grupos pueden formarse exclusivamente por PM participantes de una misma organización, por PM sin relación previa entre sí, derivadas por equipo de salud, intersector o comunidad; en forma mixta, en la que una parte del grupo pertenece a una organización y otra corresponde a personas derivadas desde los diferentes sectores.

Voluntariedad de participación en el programa

Las PM manifiestan la voluntariedad de ingreso y participación mediante la firma del Compromiso Informado. En el caso de las organizaciones sociales se deberá también dejar constancia por escrito de la voluntariedad de la participación en el programa y el compromiso en el desarrollo de las actividades, dentro de un proceso de entrega y recepción respecto del funcionamiento del Más AMA, mediante la firma del Compromiso Informado de las Organizaciones Sociales, disponible en el documento Orientaciones Técnicas.

Evaluación de las personas mayores

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

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

Planificación y Programación de las sesiones

Al inicio de la intervención se debe presentar el programa a cada grupo intervenido. En forma conjunta con las personas mayores se deben definir los temas a abordar dentro de este componente. La planificación, programación y ejecución considera el trabajo interdisciplinario, ordenado y efectivo de ambos integrantes de la dupla profesional, los que deben velar por la coordinación con el equipo de salud y en el intersector y la presencia permanente durante todas las sesiones.

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

Actividades del componente 1

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

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

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

Se debe constatar el Examen de Medicina Preventiva vigente para población de 65 y más años y para personas entre 60 a 64 años, y Controles por condiciones crónicas al día para personas entre 60-64 años.

En caso de no contar con estas prestaciones vigentes, el centro de salud debe realizar las gestiones para su realización oportuna, **no debiendo ser mayor a 21 días la realización de los exámenes pendientes una vez pesquisada la falta de éste**, para dar continuidad a la intervención del programa. El EMPAM debe ser realizado por otros integrantes del equipo de salud diferentes a los del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, quienes deben dedicarse a las prestaciones propias del programa. El EMPAM corresponde a las prestaciones del Plan de Salud Familiar y como tal debe encontrarse programado en cada centro de salud.

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

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

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

Talleres de Intervención sociosanitaria promocional y preventiva para mantener y/o mejorar la condición funcional: El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes establece un período de intervención de 24 sesiones, realizadas en un período de 12 semanas o 3 meses, con una frecuencia de 2 sesiones mixtas semanales.

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

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

En caso de restricciones severas que limitan el desarrollo normal del programa, este deberá mantener la comunicación con las personas mayores y la intervención de las mismas mediante otros métodos entre los que se incluyen el contacto y la intervención remota, la entrega de material para estimulación funcional, visitas domiciliarias y el respectivo y continuo seguimiento y monitoreo de las personas mayores. Estas modificaciones deben contar con la autorización del Servicio de Salud respectivo.

Las sesiones se desarrollarán en un clima de amabilidad y respeto entre la dupla profesional y las personas mayores. Cada ciclo debe alcanzar un total de 24 sesiones mixtas de los talleres, para la incorporación de los cambios de hábitos esperados relacionados con el autocuidado y la mantención y/o mejora funcional del adulto mayor.

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

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

En caso de presentar inasistencias a las sesiones comprometidas por parte, para considerarse egresada, debe al menos haber participado en 20 de 24 sesiones mixtas del componente de Estimulación Funcional.

Quienes completen las 24 sesiones o al menos 20, cuando hayan tenido inasistencias, serán quienes egresen del programa completando el ciclo.

La realización de ciclos de intervención del componente 1 con menor cantidad de sesiones y en períodos de tiempo menores, corresponde a un incumplimiento del programa. Es responsabilidad del Servicio de Salud evaluar que el Programa funcione según lo descrito e informar el desarrollo inadecuado del programa.

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

En relación con la evaluación grupal, cada cierre de ciclo deberá considerar una evaluación participativa con los integrantes, con fines de retroalimentar las estrategias de intervención del equipo en pro de una mejora constante del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes a nivel local, que será objetivada a través de una encuesta tipo diseñada para el programa y disponible en las Orientaciones Técnicas.

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

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

Práctica segura del programa

Para las prácticas seguras durante el programa, bioseguridad del paciente y el manejo médico legal del equipo profesional, se espera que el equipo de salud de cada CESFAM junto con la red local de urgencias protocolice los Procedimientos para el manejo y derivación de incidentes asociados a la atención: Eventos Adversos (situación o acontecimiento inesperado relacionado con la atención sanitaria recibida y que tiene o puede tener consecuencias negativas para el mismo y que no está relacionado con el curso natural de enfermedad; incidente producido en traslado en ambulancia o móvil), Eventos Centinelas (situación o acontecimiento inesperado que puede producir la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas o el riesgo potencial que esto ocurra), o asociados a la pesquisa de descompensaciones u otras situaciones de salud en el terreno. Puesto que las actividades del programa se desarrollan preferentemente fuera de los centros de salud los protocolos habituales de manejo de incidentes en los centros de salud deben adaptarse para las actividades desarrolladas en terreno con personas mayores. Este Protocolo debe contener el sustento técnico, los responsables y los mecanismos de evaluación o control para verificar su cumplimiento.

Continuidad del cuidado sanitario

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

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

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

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

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

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

Aquellas comunas que realicen estas modificaciones deberán:

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

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

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

La comuna que implemente estos ajustes deberán:

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

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

cuidado comunitario.

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

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

COMPONENTE 2: FOMENTO DEL AUTOCUIDADO, ESTIMULACIÓN FUNCIONAL Y ENVEJECIMIENTO SALUDABLE EN LA COMUNIDAD, ORGANIZACIONES SOCIALES Y SERVICIOS LOCALES.

El objetivo es entregar un servicio de fomento del envejecimiento activo y positivo a la red local compuesta por organizaciones de personas mayores y servicios locales. Basa su intervención en el desarrollo de un proceso diagnóstico para la acción mediante el mejoramiento de capacidades colectivas e intersectoriales para el envejecimiento de las comunidades. Este componente contiene las siguientes etapas:

Etapas del componente 2

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 y Ejecución de la Capacitación de Líderes Comunitarios**. Éstos corresponden a PM de organizaciones formales o informales que generan acciones en sus grupos tendientes a potenciar los logros del programa mediante la continuidad de acciones de autocuidado, entre las que se cuentan el acceso a información clave para las PM, la estimulación funcional física y cognitiva, apoyo en gestión de beneficios, promoción de derechos de las PM, entre otras. Esta planificación incluye acciones de acompañamiento por parte del equipo del programa hacia estos líderes y sus grupos, para favorecer el reconocimiento entre sus pares, generar espacios de aprendizaje continuo y retroalimentación respecto a su práctica en las organizaciones y potenciar la interfase entre ambos componentes.

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

Actividades asociadas a cada una de las etapas

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

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

Identificación de características locales

Se describen acciones claves para el desarrollo de este componente, las que según el nivel alcanzado por el Programa en cada localidad pueden seguir el orden propuesto o desarrollarse en forma simultánea. Para la organización de la información para la gestión local, se espera que las comunas o establecimientos, desarrollen:

Catastro de Organizaciones Locales Actualizado de personas mayores o destinadas al trabajo con personas mayores, que identifique las organizaciones en cuanto a su perfil organizacional y relación con el Programa. Como ejemplos de organizaciones se considera una agrupación de personas mayores, club de adulto mayor, centro de madres, club deportivo, etc. Este catastro debe ser actualizado en forma anual por el programa, de modo de tener actualizados los datos sobre vigencia y contacto. Se espera que esta información sea desarrollada en forma conjunta con la Oficina de Personas Mayores o entidad similar presente en los municipios en que se desarrolla el programa.

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

Catastro de Servicios Locales Actualizado que dé cuenta de la oferta programática local para las personas mayores, incorporando aquellos servicios locales relacionados directamente con personas mayores y también aquellos que dentro de su oferta programática cuentan con estrategias que benefician a la población mayor. En este catastro se identifica la relación de los servicios locales con el programa. Por ejemplo, oficina municipal del adulto mayor, dirección de deportes, departamento de acción social, biblioteca municipal, universidades, escuelas, etc. Este catastro debe identificar además el nivel de relación intersectorial que existe entre el centro de salud y el servicio local, procurando pasar del nivel de relación incidental al desarrollo de planes de trabajo intersectoriales que fomenten el Envejecimiento Activo, Autocuidado y Estimulación Funcional de las Personas Mayores.

Mapa de Red Local con Organizaciones Sociales y Servicios, que representa la localización y la vinculación con el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes y la red sociosanitaria de la que forman parte, para orientar el trabajo del equipo y la información entregada a los participantes de ambos componentes del programa, en cuanto a posibilidades de continuidad de Estimulación Funcional y Autocuidado en la red Local. Puede incorporar herramientas tecnológicas de georreferenciación para favorecer la gestión territorial y las acciones de promoción y prevención de salud en personas mayores.

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

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

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 las personas mayores, de los determinantes sociales de la salud y de antecedentes

aportados por informantes claves (miembros del equipo de salud, de servicios locales, de organizaciones sociales y comunidad no organizada, etc.), aproxime al equipo a la situación en que se encuentra la población adulta mayor en la comuna y permita determinar algunas características y necesidades de la población con que trabajan para planificar las actividades del Programa.

Diagnóstico Participativo sobre las necesidades y propuestas de capacitación de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional de personas mayores: Realizado junto a las organizaciones sociales participantes del programa y/o sus representantes, comunidad no organizada e intersector vinculado al programa, para conocer los requerimientos específicos en cuanto a capacitación de Líderes Comunitarios en Estimulación Funcional y Autocuidado de la Salud de las personas mayores. Este Diagnóstico debe considerar como fundamentales la participación voluntaria e informada sobre el proceso diagnóstico que efectúa el Programa y la validación de la información construida. Es preciso considerar que la información obtenida debe generar acciones conjuntas para mejorar la situación actual de las personas mayores, con respecto a los ámbitos de acción del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

Plan de Acción resultante del Diagnóstico Participativo: Comprende el Programa de Capacitación de los Líderes comunitarios y puede incorporar también Planes de Trabajo intersectoriales, entregando los objetivos, metodología y plan de acompañamiento de los líderes comunitarios capacitados. Este plan de acción debe ser realizado junto con las personas mayores participantes, validando las propuestas presentadas y en acuerdo con los contenidos y líneas de trabajo.

Se recomienda que los Planes de Capacitación consideren dos años de trabajo con las organizaciones y los Líderes Comunitarios mediante acciones de capacitación, seguimiento y acompañamiento técnico. Se deberán ajustar estos planes frente a nuevas necesidades identificadas por las personas mayores y situaciones contingentes. Las actividades de capacitación, seguimiento y acompañamiento de los Líderes Comunitarios se realizan en forma continua dentro del año de ejecución del Programa. Las acciones o acuerdos tomados para el desarrollo de este Plan de Acción que complementan la Capacitación de Líderes Comunitarios pueden tener como responsables o protagonistas a otras instituciones o a la comunidad, pudiendo resultar en nuevas gestiones o proyectos a nivel local.

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

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

La capacitación de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional es realizada de acuerdo con los resultados del diagnóstico participativo y actualizado con antecedentes presentes al momento de desarrollar la capacitación. Considera la priorización de temáticas a abordar, el desarrollo progresivo de habilidades entre los líderes, que puede verse apoyado desde la participación previa o posterior en el componente 1 del programa. Incluye además el aporte de otros miembros del equipo de salud y del intersector. Requiere que la dupla profesional contemple actividades para planificar la capacitación y ejecutarla con las personas mayores. Las actividades de capacitación, seguimiento y acompañamiento de los Líderes Comunitarios se realizan en forma continua dentro del año de ejecución del Programa.

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

Se espera que entregue material para la realización de actividades de estimulación funcional y autocuidado en las organizaciones sociales, lo que puede ser financiado mediante recursos gestionados a nivel local y apoyado con recursos del programa. Se recomienda resguardar la entrega de materiales mediante documentos por escrito y generar compromisos de trabajo conjunto.

Por otra parte, se deben planificar y ejecutar actividades de acompañamiento a los líderes y capacitados por el programa y sus organizaciones, para actualizar conocimientos, resolver inquietudes y el fomento de la corresponsabilidad en salud en las organizaciones, entre otras. Se debe promover la conexión de los líderes con otras actividades desarrolladas en el sector salud en torno al autocuidado, participación, intersector y proyectos alusivos a los intereses de las personas mayores y los roles de los líderes

comunitarios del programa en su territorio.

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

Los planes intersectoriales corresponden a instrumentos elaborados en conjunto por el sector salud y otros sectores (externos al sector salud) identificados a nivel local, para el desarrollo de la articulación entre instituciones destinadas en forma parcial o total a la provisión de bienes o servicios a personas mayores, teniendo como eje central la atención centrada en la persona, tendiendo a superar la atención centrada en los servicios y tomando en consideración los hallazgos y propuestas de acción del Diagnóstico Participativo.

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

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

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

En comunas rurales, frente a la existencia de condiciones geográficas, sociodemográficas, y de conectividad limitada (por déficit en acceso a equipos, niveles deficitarios de alfabetización digital, limitación de datos móviles, entre otros), que limiten el desarrollo presencial continuo de este componente, deberá promover la adaptación de las formas de contacto y realización de las actividades del Componente 2. Se valida la posibilidad de realizar acciones a distancia mediante el uso de dispositivos tecnológicos y otras actividades que permitan el logro de los productos y el contacto con Líderes Comunitarios e Intersector para el desarrollo adaptado del componente (Visita domiciliaria, contacto por teléfono, radio, redes sociales, otros).

Las organizaciones que cuentan con Líderes Comunitarios Capacitados por el Programa y de Servicios Locales con Planes Intersectoriales para el fomento del envejecimiento activo y positivo, independiente del formato de realización (presencial o a distancia) mantiene su registro en el REM serie A, dada la homologación de actividades de capacitación de Líderes y Planificación Intersectorial remotas y presenciales. Respecto al trabajo con los Líderes Comunitarios, se reconoce la posibilidad de capacitar a otros integrantes de la red sociosanitaria que se vinculen a personas mayores, para facilitar la entrega de información y comunicación con las personas mayores.

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

VINCULACIÓN ENTRE COMPONENTES 1 Y 2 DEL PROGRAMA

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

Entre las principales complementariedades entre los componentes destacan:

Diagnóstico Situacional y Participativo

En cada comuna en que se realiza el programa debe realizar un diagnóstico situacional y diagnóstico participativo para definir en qué temas y en qué forma se capacitarán los líderes comunitarios de las organizaciones sociales participantes del Programa en el Componente 2. Este diagnóstico aporta importantes antecedentes sobre la situación epidemiológica de la población a cargo, y sobre la situación social y eventuales riesgos o perfiles que impliquen una necesidad mayor de intervención del programa, lo que aporta en la organización y planificación de los territorios en que se desarrollarán las actividades del componente 1.

Esquemas locales para el cuidado sociosanitario

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

Guías de Servicios Locales

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

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

Organizaciones sociales con Líderes Capacitados para el Autocuidado y Estimulación Funcional

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

Planes Intersectoriales

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

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

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

Este componente se encuentra contenido en el rediseño del programa aprobado por MDS. Su aplicación

desde el año 2023 permite el desarrollo y refuerzo de conocimientos y competencias en los equipos del programa Más Adultos Mayores Autovalentes para la atención promocional y preventiva en personas mayores y el trabajo comunitario en salud y para la gestión del Más AMA. Consiste en el desarrollo de actividades de capacitación destinadas a reforzar áreas técnicas y operativas del programa entre los Referentes de Servicios de Salud y equipos de APS que desarrollan el programa, entiéndase duplas del programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

La participación de los equipos de salud podrá efectuarse en forma remota y/o presencial según la planificación anual comunicada desde los Servicios de Salud y/o la División de Atención Primaria, de acuerdo con el tipo de elementos a abordar, es decir contenidos teóricos o prácticos. Al interior del Servicio de Salud se deberán realizar las gestiones para la evaluación y certificación de esta formación con la Unidad de Capacitación. Las entidades administradoras que suscriben el convenio para la ejecución del programa Más Adultos Mayores Autovalentes deberán entregar las facilidades para la participación de las duplas del programa en las actividades de capacitación a nivel de Servicio de Salud, Macrozonal o Nacional, tanto presenciales como remotas, debiendo considerar que su participación y la formación en estas instancias de capacitación forma parte de la adecuada ejecución del programa, siendo evaluada para la continuidad del mismo, según se describe en los criterios de asignación del programa.

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

PRODUCTOS ESPERADOS

Los Servicios de Salud evaluarán el desarrollo de los productos del programa, en las actividades de acompañamiento en terreno y mediante la revisión de verificadores.

Productos esperados del desarrollo del Componente 1:

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

8. Programa Más AMA forma parte del equipo del centro de salud. Verificador: Documentación de participación de la dupla del Más AMA en actividades del centro de salud (reuniones de sector, reuniones de equipo, otras), documentación de otros integrantes del equipo de salud participando en actividades del Más AMA (Talleres de autocuidado, capacitación de líderes).

Productos esperados del desarrollo del Componente 2:

1. Participación del equipo de salud liderado por el Más AMA en actividades de coordinación intersectorial. Verificador: documentación de actividades y Planes Intersectoriales. Se recomienda que los Planes de Trabajo Intersectorial consideren en su diseño un período de ejecución de dos años dependiendo del nivel de relación entre el programa o centro de salud y el servicio local.
2. Organizaciones Sociales Locales de y para personas mayores son reportadas en el Catastro de Organizaciones Sociales: El Catastro de Organizaciones Sociales da cuenta del N° y perfil de Organizaciones existentes a nivel local.
3. Servicios locales con oferta programática para personas mayores se incluyen en el Catastro de Servicios Locales y son ingresados al Programa: El Catastro de Servicios Locales con oferta programática para personas mayores da cuenta de los servicios existentes a nivel local.
4. Mapa de Red Local y/o Esquemas de Integración Sociosanitarios Locales: elemento construido en forma colaborativa que cumpla funciones de entrega didáctica de información para apoyo al equipo del centro de salud (y otros servicios) para el cuidado sociosanitario de personas mayores, gestiones con organizaciones sociales y servicios locales. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.
5. Guía u otro elemento para usuarios personas mayores u organizaciones sociales, de construcción participativa, que mencione los servicios disponibles para personas mayores en cada territorio y su caracterización. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.
6. Diagnóstico Situacional y Diagnóstico Participativo para: definición de necesidades de capacitación de Líderes Comunitarios en Autocuidado y Estimulación Funcional diseñado y/o evaluación del Proceso de Capacitación de Líderes Comunitarios. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años. Verificador: Informe Diagnóstico Participativo y documentación de ejecución de actividades.
7. Plan de Capacitación de Líderes Comunitarios ejecutado anualmente. Se recomienda que los Planes de Capacitación consideren dos años de trabajo con las organizaciones y los Líderes Comunitarios mediante acciones de capacitación, seguimiento y acompañamiento a las organizaciones con Líderes Comunitarios capacitados por el Programa. Se deberán ajustar estos planes frente a nuevas necesidades surgidas de información actualizada entregada por las personas mayores o pesquisadas por el equipo del programa, en caso de ser necesario. Verificador: Plan de Capacitación y documentación de ejecución de actividades.

8.3. Productos esperados del desarrollo del Componente 3

En los equipos de Atención Primaria:

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

Verificador: Reporte del Servicio de Salud respecto a la participación en actividades descritas, listas de asistencia, certificación de actividades de capacitación.

CONSIDERACIONES PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA

De las comunas, establecimientos y equipos de salud que ejecutan el programa Más Adultos Mayores Autovalentes

Horas de profesionales de las duplas del programa Más AMA

El Programa es desarrollado a través de una dupla profesional, quienes ejecutan las actividades en forma colaborativa y sincrónica. La jornada de la dupla profesional es de 44 horas. Solo se permiten jornadas de

menos horas, cuando exista financiamiento menor a 44 horas y con autorización del Servicio de Salud. Este horario y el trabajo de los dos profesionales se debe resguardar, en función de las actividades y prestaciones del programa.

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

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

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

Compromiso de Autoridades Locales para el desarrollo del Más AMA

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

FINANCIAMIENTO

Establecimientos de dependencia Municipal:

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, asociada al Subtítulo 24 03 298 "Transferencias Corrientes", glosa 02, y, tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa de acuerdo con el marco presupuestario asignado.

Se deja constancia que la glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público, contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 de la Ley N° 19.378, la entidad administradora de salud municipal podrá contratar personal, conforme la normativa establecida en esa misma ley o bien a honorarios, acorde con lo dispuesto en el artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de Atención Primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación. El Servicio de Salud determinará la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades del Programa.

Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud en 2 cuotas, en representación del Ministerio de Salud, la primera cuota correspondiente al 80% a la total tramitación del acto aprobatorio, y el 20% restante, de acuerdo con los resultados de la evaluación con corte al 31 de agosto, la cual se aplicará a los recursos asociados, transferidos al 31 de octubre.

El Ministerio de Salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, asignará a los Municipios participantes del Programa mediante un convenio, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de éste.

El gasto que irrogue el Programa deberá ser imputado al ítem 24 03 298 01.

Con el visto bueno de la División Primaria del Ministerio de Salud, los Servicios de Salud, podrán modificar la distribución de los recursos destinados a los establecimientos de su territorio, que desarrollan las prestaciones del Programa, atendiendo a criterios de equidad y de acortamiento de brechas en el otorgamiento de las prestaciones, sin sobrepasar los recursos totales asignados al Servicio de Salud y sin perjuicio de los objetivos del programa.

Finalizado el periodo de vigencia del convenio, la Municipalidad deberá reintegrar al Servicio los montos correspondientes a las partes del convenio no ejecutados, observados y/o saldos financieros no rendidos, en los primeros 30 días hábiles posteriores de finalizado el convenio.

Se deja establecido, que estas transferencias se rigen por las normas señaladas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República.

Para efectos del financiamiento considerado por el programa se entenderá:

Recurso Humano: una dupla compuesta según lo señalado en el programa por profesionales Kinesiólogo y Terapeuta Ocupacional.

El financiamiento de los materiales y otros costos asociados para las actividades se incluye dentro de los ítems:

Capacitación de Líderes Comunitarios y Trabajo Intersectorial: Elementos para el confort del taller de los participantes del programa y la capacitación de líderes comunitarios como alimentos saludables, hervidor, bolsos, poleras u otros para uso de líderes comunitarios, equipo del programa y participantes en general. Pueden ser usados en la compra de elementos que permitan la generación de material como impresora, termo laminadora, anilladora, etc. Incorpora también el costo asociado a actividades de difusión y comunicación con los participantes de los talleres, el intersector y el acompañamiento de los líderes comunitarios, como material de difusión impreso, manuales para los líderes comunitarios, elementos de identificación, teléfono celular prepago, teléfono celular con plan de datos, licencias de plataformas de comunicación, computadores, tablet, entre otros.

Insumos: Materiales destinados a las actividades de los Talleres del Programa de Estimulación Funcional, tanto para estimulación de funciones motoras y prevención de caídas, estimulación de funciones cognitivas y autocuidado y estilos de vida saludable, de los talleres. ítem para financiar elementos destinados a innovación en los talleres de estimulación funcional y autocuidado según los requerimientos de cada territorio.

Movilización: Para financiar los gastos asociados a la movilización de la dupla en terreno y el apoyo de la movilización de personas mayores participantes del programa de sectores aislados y de líderes comunitarios capacitados por el programa.

El Servicio de Salud, es quien supervisa la correcta utilización de los recursos del programa según la descripción presentada. Es posible realizar modificaciones en la asignación y utilización de los recursos correspondientes a Insumos, Capacitación y Movilización, considerando criterios de equidad, de acortamiento de brechas y técnicos que incidan en el otorgamiento continuo de las prestaciones del programa y que permitan el logro de sus objetivos.

Si esta modificación incluye la utilización de los recursos en forma diferente a lo descrito para Recurso Humano, Capacitación, Insumos o Movilización requiere el consenso con la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

Modalidad Rural del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes: En casos excepcionales, en que las condiciones de dispersión geográfica u otras propias de la población en comunas rurales (distancias entre los usuarios y lugares de realización de los talleres, dificultades de traslado de los participantes, desarrollo de actividades laborales por parte de las personas mayores, dinámica de reuniones de la organización intervenida, factores climáticos, entre otras), que limiten la ejecución del programa según los lineamientos establecidos, el Servicio de Salud respectivo podrá solicitar a la División de Atención Primaria, autorización para modificar el desarrollo del programa y modificar las metas establecidas, presentando un plan de trabajo de la comuna y de acompañamiento por parte del Servicio de Salud.

Clausula Quinta: Evaluacion:

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

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

A nivel comunal

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

Según los resultados de esta evaluación se procederá a la redistribución de recursos no utilizados y a la solicitud de planes de mejora a los servicios de salud, los que deberán dar cuenta de las acciones comprometidas por las comunas y el Servicio de Salud respectivo que corrijan las situaciones de incumplimiento y que permitan proyectar un desarrollo adecuado de las actividades del programa y cumplimiento de metas al mes de diciembre.

Segunda Evaluación: Desarrollo del Programa entre los meses de enero y agosto

Se efectuará con corte al 31 de agosto de cada año. De acuerdo con los resultados se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si el cumplimiento de las metas del programa es inferior al 60%, de acuerdo con el siguiente cuadro:

11.1. INDICADORES ASOCIADOS A RELIQUIDACIÓN: Metas de cumplimiento del programa cortes meses de agosto y diciembre para las comunas con dependencia municipal o establecimientos dependientes de Servicios de Salud u ONG.

Compo-nente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta agosto	Meta diciembre	Verifi-cador	Peso relativo
N°1	% de población de 60 años y más participante del programa que mantiene o mejora su condición funcional según cuestionario de funcionalidad	$(\text{N}^\circ \text{ de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad}) / \text{N}^\circ \text{ de total personas que egresan completando ciclo del programa}) \times 100$	80%	80%	REM	12.5
	% de población de 60 años y más participante del programa que mantiene o mejora su condición funcional según Timed up and Go	$(\text{N}^\circ \text{ de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según Timed up and Go}) / \text{N}^\circ \text{ de total personas que egresan completando ciclo del Programa}) \times 100$	80%	80%	REM	12.5 ¹

¹ Frente a modificaciones en la ejecución del componente 1, se mantienen las actividades de ingreso y egreso realizadas en forma presencial, por lo que se debe aplicar TUG al completar el ciclo de intervención en todos los usuarios. Solo frente a la interrupción de la actividad presencial por motivos de fuerza mayor (suspensión total de actividades presenciales en casos de emergencia, desastres o alerta sanitaria), este indicador no se podrá medir, por asociarse a una evaluación presencial. En estos casos, para efectos de evaluación, el peso relativo se agregará al del indicador % de población de 60 años y más participante del programa que mantiene o mejora su condición funcional según cuestionario de funcionalidad, el que puede ser aplicado en forma remota. Esta situación debe ser comunicada por el Servicio de Salud previo a los cortes.

	% 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 ²	60%	100%	REM	25
	Promedio de Asistentes a Sesiones del Programa	Suma de asistentes a sesiones en el mes/N° de Sesiones realizadas en el mes	Promedio de 15	Promedio de 15	REM	10
N° 2:	Trabajo en Red Local	(N° de Servicios Locales con Planes Intersectoriales para el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo junto al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en desarrollo en el periodo/Servicios Locales con oferta programática para personas mayores (total o parcial) en el periodo) x100 ³	20%	40%	REM	20
	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 ⁴	20%	40%	REM	20

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.

Porcentaje de cumplimiento de metas del Programa	Porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos (20%)
≥60%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	25%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%

Adicionalmente a la evaluación por Registro Estadístico Mensual, el Servicio de Salud deberá informar del grado de desarrollo de los productos establecidos para los tres componentes del programa con fecha 10 de septiembre para todas las comunas y establecimientos de su jurisdicción que desarrollan el Programa. El Servicio de Salud deberá contar con los medios de verificación que den cuenta de lo informado en este corte, por tanto, deberá desarrollar dentro de los procesos de acompañamiento técnico las actividades necesarias para el cumplimiento de los productos establecidos, verificación de su logro y acompañamiento de los equipos con deficiencias en su desarrollo.

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

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

No obstante, la situación excepcional indicada, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del Programa al 31 de diciembre y las comunas mantienen en toda circunstancia, la obligatoriedad de la ejecución de los componentes del programa y las actividades correspondientes, la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período. **El no cumplimiento de las actividades asociadas a los tres componentes y a sus productos, y el no cumplimiento de las metas, tanto por indicador como a nivel global, al corte de agosto, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.**

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

3. Tercera Evaluación: Desarrollo del programa entre los meses de enero y diciembre

Se realizará con corte al 31 de diciembre, fecha en que los establecimientos y comunas beneficiarias deberán tener el **100% de las prestaciones comprometidas por componente ejecutadas, el logro de la meta a diciembre de cada uno de los indicadores y el desarrollo total de los productos y actividades asociados a los 3 componentes del programa.** Las comunas y establecimientos deberán informar del cierre anual del programa y del desarrollo final obtenido, en el informe final del programa, que dé cuenta del logro de los productos de los tres componentes del programa, entregado con fecha tope 06 de enero del siguiente año, al respectivo Servicio de Salud.

Adicionalmente a la evaluación por Registro Estadístico Mensual, el Servicio de Salud deberá informar del grado de desarrollo de los productos establecidos para los componentes con fecha 15 de enero para todas las comunas y establecimientos de su jurisdicción que desarrollan el Programa y reportar los resultados del Plan de Acompañamiento a los Equipos del Más AMA, incluyendo el Plan Formación de Equipos del Más AMA. El Servicio de Salud deberá contar con los medios de verificación que den cuenta de lo informado en este corte.

Esta evaluación final del programa mide su desempeño global y considera, entre otros, el desarrollo de elementos y actividades básicas de atención de la población objetivo del programa, como el acceso a las prestaciones e ingreso de personas mayores en forma continua, la disponibilidad de la dupla profesional para el desarrollo continuo de los tres componentes del programa y actividades asociadas, la participación de los equipos del programa, entendiéndose las duplas, en las actividades de difusión, de capacitación y de evaluación convocadas por el Servicio de Salud o por la División de Atención Primaria, junto con el cumplimiento global de las metas y desarrollo óptimo de los productos del programa. Además, determina la devolución de recursos no ejecutados y la evaluación de continuidad del programa en comunas o establecimientos con ejecución deficitaria. Se podrá solicitar el envío de informes de avances mensuales a los respectivos Servicios de Salud, y de éste, a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, del Ministerio de Salud, conforme instrucciones Ministeriales.

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

No obstante, la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del Programa al 31 de diciembre y las comunas mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera, cumplimiento de actividades y logro de las metas al final del período. Finalmente, el no cumplimiento de las actividades asociadas a los tres componentes, sus productos y metas anuales, y la continuidad de la atención de las personas mayores, incidirá en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

Clausula Sexta: Seguimiento y Monitoreo:

El Servicio de Salud realizará un seguimiento y monitoreo técnico-financiero, lo que no excluye a la Municipalidad de la rendición de cuenta mensual, verificando el cumplimiento de metas y de los gastos involucrados en las actividades comprometidas en este convenio, en acuerdo a las orientaciones técnicas y administrativas entregadas.

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.

Adicionalmente, para el seguimiento del Programa se podrá requerir el envío al Servicio de Salud Biobío, conforme instrucciones ministeriales, los datos e informes relativos al avance y ejecución del programa y sus componentes especificados en este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, debiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el Servicio, a través de su referente respectivo, deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio."

Clausula Séptima: Rendición de Cuentas:

El Servicio podrá auditar aleatoriamente los programas y la correcta utilización de los fondos transferidos a través de su Departamento de Auditoría. Sin perjuicio de lo anterior, estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de fecha 28 de marzo de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, lo que debe ser fiscalizado por el Servicio respectivo.

Que, considerando lo establecido en el artículo 13 de la resolución antes indicada, podrán incluirse en la rendición de cuentas gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación, por razones de continuidad o buen servicio.

Las respectivas rendiciones de cuenta mensual, desde la recepción de los recursos, deben registrarse en los plazos establecidos, en el sistema habilitado por el Servicio y autorizado por la Contraloría General de la República, generando mensualmente el informe firmado electrónicamente.

Por otra parte, los saldos no ejecutados deben ser reintegrados una vez terminado el periodo de vigencia del convenio.

Clausula Octava: Eximente de Responsabilidad:

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

Clausula Novena: Vigencia:

"El presente convenio tendrá vigencia a partir de la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba y hasta el 31 de diciembre del 2025, por lo tanto, deberá quedar cerrado desde el punto de vista técnico y financiero durante el año presupuestario, entendiéndose que esto se producirá una vez aprobada la respectiva rendición de cuentas o restituidos los saldos no ejecutados, no rendidos u observados. No obstante, por razones de buen servicio, se entiende que éste se ha iniciado a partir del 1º de enero de 2025, fecha anterior a la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, considerando el artículo 52 de la Ley N° 19.880 que autoriza la retroactividad del acto administrativo en la medida en que produce efectos favorables para las partes y no lesiona derechos de terceros.

Sin perjuicio de lo anterior, el presente convenio se prorrogará en forma automática y sucesiva, siempre que el Programa a ejecutar cuente con la disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año respectivo, salvo que el convenio termine por las causales señaladas en la cláusula décima o que las partes decidan ponerle termino por motivos fundados.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo.

Para todos los efectos legales, la prórroga automática da inicio a un nuevo convenio de transferencia de recursos para ser ejecutados en el año respectivo y cuyo monto a transferir se establecerá mediante Resolución Exenta del Servicio de Salud, de conformidad a lo que se disponga en la Ley de Presupuestos del Sector Público respectiva.

Con todo, los saldos de recursos transferidos no utilizados por la Municipalidad deberán ser ingresados a rentas generales de la Nación, antes del 31 de enero del año siguiente; salvo caso fortuito o fuerza mayor, situación que deberá ser ponderada en su mérito, y autorizada por el director del Servicio."

Clausula Decima: Termino Anticipado:

Se podrá poner término anticipadamente al Convenio por alguna de las siguientes causales:

- Resciliación o mutuo acuerdo de las partes.
- Por incumplimiento grave de las obligaciones impuestas al municipio. Se considerará incumplimiento grave el no cumplir con las metas establecidas en el convenio y/o programa; o que su ejecución se desvíe de los fines que se tuvieron a la vista para celebrar dicho convenio.
- Por instrucción del Ministerio de Salud y/o por alguna de sus Subsecretarías.

Dicho término anticipado se llevará a efecto mediante la dictación de la respectiva Resolución fundada.

Clausula Decima Primera: Personería:

La personería de don Walter Alvial Salgado para representar al Servicio de Salud Biobío consta en Decreto Afecto N° 27 del 17 de octubre de 2023, del Ministerio de Salud. La personería de quien lo subrogue en el cargo de Director para representar al Servicio de Salud Biobío, consta en Decreto Exento N° 62 del 15 de septiembre de 2021, del Ministerio de Salud, que determinó el nuevo orden de subrogancia en el cargo de Director del Servicio de Salud Biobío.

La representación de don SANDRA BOBADILLA CISTERNA para actuar en nombre Municipalidad de Antuco consta en Decreto Alcaldicio N°8571 del 6 de diciembre de 2024 .

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

Clausula Decima Segunda:

El presente convenio se firma en 4 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, uno en el de la Municipalidad y los dos restantes en la División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

2.- IMPÚTESE, el gasto al Item 24.03.298.002 "Reforzamiento Municipal" del Presupuesto del Servicio de Salud Biobío.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



Firmado digitalmente por
SR. WALTER ALVIAL SALGADO
Fecha 2025.03.14 16:46:07

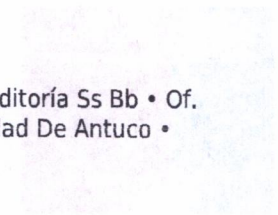
**DIRECTOR SERVICIO DE SALUD
BIOBÍO**

Visadores:

CLAUDIO SALVO MORA

Distribución:

- • Div. Atención Primaria-Minsal • Depto. At. Primaria Ss Bb • Depto. Finanzas Ss Bb • Depto. Auditoría Ss Bb • Of. Contabilidad Ss Bb • Depto. Asesoría Jurídica Ss Bb • Encargada De Proyectos Ss Bb • Municipalidad De Antuco • Oficina De Partes Ssbb.



Programa de Atención Primaria de Salud

El presente programa tiene como objetivo principal mejorar la calidad de vida de la población...

El programa se fundamenta en la filosofía de la Atención Primaria de Salud, que busca...

Este programa se enmarca en el marco de la Ley N° 19.912, que establece...

El programa se ejecutará a través de los establecimientos de salud...

Convenio con Municipalidad de Antuco Programa Más Adultos Mayores Autovalentes

En Los Ángeles, a **MARTES, 25 de Febrero de 2025**, el **SERVICIO DE SALUD BIOBÍO**, RUT N°61.607.300-1, persona jurídica de derecho público, con domicilio en Avenida Ricardo Vicuña N° 147 interior, Edificio 7, Piso 4º, Los Ángeles, representado por su Director Titular **DON WALTER RAÚL ALVIAL SALGADO**, o quien lo subrogue en el cargo, cédula de identidad N° 15.183.752-2, del mismo domicilio, en adelante "**el Servicio**", y la **Municipalidad de Antuco**, corporación autónoma de derecho público, Rut N° **69.250.900-5**, con domicilio en **Calixto Padilla sin número - Antuco**, representada por su Alcalde **SANDRA BOBADILLA CISTERNA**, cédula de identidad N° **11.154.081-0**, de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", han convenido lo siguiente:

Clausula Primera: Historia del programa:

El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, implementado en la atención primaria desde el año 2015, constituye una de las principales estrategias destinadas al fortalecimiento de las acciones promocionales y preventivas siendo reconocida como una intervención de carácter sociosanitario que ha impulsado el desarrollo de procesos de mejora a nivel local, en términos de gestión de la red de salud e intersectorial, de intervención comunitaria en salud y de participación social para personas mayores. Pretende la mantención y mejora de la capacidad funcional de personas mayores autovalentes y el fortalecimiento de la red comunitaria y sociosanitaria para enfrentar el envejecimiento, de acuerdo con las directrices internacionales para el abordaje del envejecimiento y la longevidad. Que, en este contexto, el presente programa denominado **MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES** tiene por propósito prolongar la autovalencia de las personas mayores para contribuir a mejorar su calidad de vida, mediante el fortalecimiento de capacidad individual y colectiva para enfrentar el envejecimiento.

Para el caso de las municipalidades, 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 6° del Decreto Supremo N°174 de fecha 15 de Octubre de 2014, 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".

Clausula Segunda: Resoluciones Aprobatorias:

El referido Programa ha sido aprobado por el Ministerio de Salud a través de Resolución Exenta N°34 de fecha 14 de enero 2025, que se anexa al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la Municipalidad de Antuco se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

El Ministerio de Salud de acuerdo a Resolución Exenta N°168 de fecha 18 de febrero 2025, distribuye recursos al Programa para el 2025 .

Clausula Tercera: Recursos del Programa:

Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Ministerio de Salud a través del Servicio de Salud, conviene en asignar la suma anual y única de:

21.971.768 (veinte un millones novecientos setenta y un mil setecientos sesenta y ocho pesos)

Que serán distribuidos de la siguiente manera:

Subtitulo 24: \$21.971.768(veinte un millones novecientos setenta y un mil setecientos sesenta y ocho pesos)

Para el financiamiento, desarrollo y cumplimiento de las siguientes actividades:

El financiamiento : Recurso Humano: una dupla , según lo señalado en el programa por profesionales Kinesiólogo y Terapeuta Ocupacional. Capacitación de Líderes Comunitarios y Trabajo Intersectorial: Elementos para talleres.(materiales-alimen Insumos: Materiales destinados a las actividades de los Talleres del Programa. Movilización: asociados al traslado de la dupla o de las personas mayores.

Los recursos serán transferidos por el Servicio, en 2 cuotas (70% - 30%), la 1ª cuota contra total tramitación del último acto administrativo y una vez recibidos los recursos desde el Minsal y la 2ª cuota contra el grado de cumplimiento del Programa.

Habiéndose cumplido las metas establecidas en el convenio y existiendo recursos disponibles producto de una eficiente gestión, estos podrán utilizarse en las estrategias y/o componentes definidos en el programa, según las necesidades de la comuna.

Clausula Cuarta: Componentes Técnicos:

OBJETIVO DEL CONVENIO Y PROGRAMA.

El Programa MAS Adultos Mayores Autovalentes tiene por propósito contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores, mejorando su capacidad individual y colectiva para enfrentar el envejecimiento, prologando su auto valencia.Los objetivos fijados para esta estrategia apuntan a mejorar la capacidad funcional individual y comunitaria para enfrentar el proceso de envejecimiento, capacitar líderes comunitarios de las organizaciones sociales locales en autocuidado y estimulación funcional de las personas mayores y, fomentar el desarrollo de la red local para el abordaje del envejecimiento activo y positivo.

PRODUCTOS ESPERADOS EN EL PROGRAMA (se anexa resolución 34)

Para lograr lo anterior, cada centro de salud debe contemplar actividades de difusión y coordinación al interior de los equipos de sector y transversales, que faciliten a la dupla del Más AMA integrarse al equipo de salud. Se espera que cada dupla pueda participar en las reuniones del sector, estudios de familias, reuniones clínicas o actividades afines al abordaje integral de las personas mayores en la APS y a la territorialización de la promoción y prevención de salud con personas mayores. Las actividades de los componentes del Más AMA deben ser incluidas dentro de la planificación de cada centro y

consideradas dentro de los avances para la implementación del MAIS. El Programa Más AMA Se desarrolla mediante 3 Componentes:

Componente 1 del Programa: Intervención Sociosanitaria Promocional y Preventiva para mantener y/o mejorar la condición funcional

Entrega servicios de estimulación funcional motora y cognitiva y educación para habilidades en autocuidado, mediante talleres grupales de tres meses de duración, dirigidos a personas mayores derivadas desde el centro de salud, desde servicios locales, desde las organizaciones sociales de personas mayores que ingresan al programa o desde la propia comunidad. Estos talleres son realizados por la dupla profesional del programa en forma principal y consideran la participación de otros integrantes del equipo de salud o de servicios locales, según las necesidades identificadas por cada grupo de personas mayores intervenidas. Este componente beneficia en forma directa a las personas mayores y organizaciones sociales de personas mayores tanto formales como informales.

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

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

En conjunto con lo anterior, en este componente se formulan Planes de Trabajo Intersectorial para el Fomento del Envejecimiento Saludable, tendientes a incorporar las necesidades y requerimientos de las personas mayores en la formalización de acciones colaborativas entre el sector salud y otros sectores locales para avanzar en la articulación de las entidades que lo representan y en la complementariedad de la oferta. Este componente beneficia en forma directa a las personas mayores líderes comunitarios, a las organizaciones sociales y a los servicios locales.

Componente 3 del Programa: Plan de Formación de Equipos del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes

Entrega servicios de capacitación y acompañamiento técnico, a nivel de Servicio de Salud, Macrozona y Nacional, a las duplas que ejecutan el programa en los territorios, encargados de entregar las prestaciones propias del programa a nivel de establecimientos de salud y comunas. Entrega también acompañamiento técnico y de gestión a los Referentes de los Servicios de Salud, fortaleciendo las competencias sanitarias, organizacionales y de liderazgo vinculadas al Programa y a su integración en los equipos de salud y el intersector. Este componente beneficia, en forma directa a los profesionales que implementan el programa en la Atención Primaria y los Servicios de Salud y en forma indirecta a las personas mayores que participan del programa, generando y nivelando conocimientos, competencias y promoviendo el desarrollo de mejoras en la atención promocional y preventiva y en los elementos técnicos y de gestión asociados, favoreciendo la calidad de la atención y la equidad en la entrega del cuidado.

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

El Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitario, entendido como “un Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y

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

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

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

COMPLEMENTARIEDADES DEL PROGRAMA

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

De acuerdo con la Resolución Exenta N°677 de 5 de septiembre de 2022, entre el Ministerio de Desarrollo Social y Familia y el Ministerio de Salud que formaliza este convenio, se debe coordinar y optimizar acciones entre ambas instituciones, facilitando el acceso preferente de personas mayores del Subsistema Seguridades y Oportunidades a seis Programas de Refuerzo a la Salud Primaria (PRAPS), incluido el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes. Para el desarrollo de este convenio se considera el liderazgo y asistencia técnica de encargados de ambas estrategias en los diferentes niveles: central, regional, de Servicios de Salud y comunal. Entre las medidas a desarrollar a nivel comunal se encuentran las siguientes:

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

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

1. **Formulación del Plan de Trabajo Intersectorial Más AMA-Vínculos:** Contiene los elementos básicos de un Plan de Trabajo (Objetivos, Actividades, Responsables, Evaluación, Recursos, otros) para dar cumplimiento a las acciones descritas para los ejes del programa. Tiene en consideración los niveles de desarrollo de ambos programas en el territorio y propone acciones en el corto, mediano y largo plazo.
2. **Convocatoria por parte del Programa Vínculos al Programa Más AMA para participar en los Comités Intersectoriales de Protección Social:** Esta invitación se

enmarca en el desarrollo del convenio y como parte del componente 2 del Más AMA. Facilita el desarrollo de planes intersectoriales para Más AMA. Se debe revisar a nivel local la pertinencia de las actividades de coordinación y optimizarlas, reconociendo que hay comunas en que ya existen instancias previas de articulación entre Más AMA y el intersector.

3. **Definir dentro de la programación del Más AMA, las acciones de difusión hacia personas mayores del Programa Vínculos**, y de acuerdo con los intereses de las personas mayores **el ingreso al Componente 1 y la participación en el Componente 2** para capacitación de Líderes Comunitarios.

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

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

a. Esquema de integración sociosanitario local comunal y/o Mapa de Red y/o Mapa de oportunidades de oferta local: Se plantea la construcción de un único instrumento que sirva para la visualización de la oferta intersectorial, los formatos de acceso por parte de las personas mayores y la derivación entre servicios locales. Se recomienda utilizar los datos del catastro de servicios del Más AMA para su elaboración.

b. Esquema de atención y cuidado integral de personas mayores en los centros de salud, que explique al equipo de salud, entre otros, cuál es la propuesta de atención para personas mayores del Programa Vínculos en los centros de salud, identificándose como una subpoblación con mayor riesgo.

c. Guía de beneficios y servicios locales para personas mayores, que entrega a las personas mayores la información sobre los beneficios y servicios locales que existen y muestra cómo pueden acceder a ellos.

Otras complementariedades con estrategias externas al sector salud

A nivel local y en el marco de mejorar la integración entre servicios destinados a personas mayores se requiere promover procesos de coordinación e integración, entre los que destacan la formulación de Planes Intersectoriales con:

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

Criterios y vías de ingreso al Más AMA

Criterios de ingreso al programa

- Personas de 65 años y más, beneficiarios de FONASA, inscritos en centros de salud de atención primaria, con su Examen de Medicina Preventiva vigente y con resultado de Autovalente Sin

Riesgo, o Autovalente Con Riesgo o En Riesgo de Dependencia, que manifieste su participación informada y voluntaria mediante la firma del Compromiso Informado.

- Personas entre 60 y 64 años, beneficiarios de FONASA, inscritos en centros de salud de atención primaria, con su Examen de Medicina Preventiva Vigente, que manifiesten su participación informada y voluntaria mediante la firma del Compromiso Informado. Se considerará el control Cardiovascular vigente como requisito de ingreso, en caso de no contar con el Examen de Medicina Preventiva, en personas de 60 a 64 años, debiendo promover la aplicación del Examen de Medicina Preventiva según marco legal.
- Disponibilidad de atención para ingreso y participación en el Programa, entregada por la capacidad del recurso humano dispuesto para la ejecución del Programa.

Principales vías de Ingreso al programa

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

COMPONENTES

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

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

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

Composición y desarrollo de las sesiones del Componente 1

Este componente tiene duración de 3 meses e implica intervenciones grupales con dos sesiones mixtas semanales de 90 a 120 minutos de duración cada una, facilitadas por una dupla profesional formada por un(a) kinesiólogo y un(a) terapeuta ocupacional. Estas 24 sesiones mixtas, incluyen una sesión de estimulación de funciones motoras y prevención de caídas, y una sesión de estimulación cognitiva o de autocuidado de salud.

Estas sesiones deben desarrollarse con actividades que involucren aspectos de estimulación física, cognitiva y autocuidado en forma simultánea, propiciando la integración de contenidos en las personas mayores y el trabajo conjunto entre la dupla profesional.

La planificación de la intervención de cada grupo debe contemplar que, con el transcurso de las sesiones los participantes desarrollen en forma progresiva un rol protagónico, para favorecer posteriormente la realización de actividades de estimulación funcional y autocuidado en forma autónoma dentro de las organizaciones y en sus hogares.

La metodología de desarrollo del programa es la de Educación Popular y Aprender Haciendo descrita en los documentos técnicos. Dentro de estas sesiones también participa el equipo de salud y servicios locales, para abordar el autocuidado y bienestar en forma integral. Existe un documento de apoyo denominado Cuadernillo del Participante y un Manual para los equipos del Programa.

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

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

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

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

Conformación de los grupos de PM

Los grupos pueden formarse exclusivamente por PM participantes de una misma organización, por PM sin relación previa entre sí, derivadas por equipo de salud, intersector o comunidad; en forma mixta, en la que una parte del grupo pertenece a una organización y otra corresponde a personas derivadas desde los diferentes sectores.

Voluntariedad de participación en el programa

Las PM manifiestan la voluntariedad de ingreso y participación mediante la firma del Compromiso Informado. En el caso de las organizaciones sociales se deberá también dejar constancia por escrito de la voluntariedad de la participación en el programa y el compromiso en el desarrollo de las actividades, dentro de un proceso de entrega y recepción respecto del funcionamiento del Más AMA, mediante la firma del Compromiso Informado de las Organizaciones Sociales, disponible en el documento Orientaciones Técnicas.

Evaluación de las personas mayores

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

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

Planificación y Programación de las sesiones

Al inicio de la intervención se debe presentar el programa a cada grupo intervenido. En forma conjunta con las personas mayores se deben definir los temas a abordar dentro de este componente. La planificación, programación y ejecución considera el trabajo interdisciplinario, ordenado y efectivo de ambos integrantes de la dupla profesional, los que deben velar por la coordinación con el equipo de salud y en el intersector y la presencia permanente durante todas las sesiones.

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

Actividades del componente 1

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

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

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

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

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

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

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

Talleres de Intervención sociosanitaria promocional y preventiva para mantener y/o mejorar la condición funcional: El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes establece un período de intervención de 24 sesiones, realizadas en un período de 12 semanas o 3 meses, con una frecuencia de 2 sesiones mixtas semanales.

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

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

En caso de restricciones severas que limitan el desarrollo normal del programa, este deberá mantener la comunicación con las personas mayores y la intervención de las mismas mediante otros métodos entre los que se incluyen el contacto y la intervención remota, la entrega de material para estimulación funcional, visitas domiciliarias y el respectivo y continuo seguimiento y monitoreo de las personas mayores. Estas modificaciones deben contar con la autorización del Servicio de Salud respectivo.

Las sesiones se desarrollarán en un clima de amabilidad y respeto entre la dupla profesional y las personas mayores. Cada ciclo debe alcanzar un total de 24 sesiones mixtas de los talleres, para la incorporación de los cambios de hábitos esperados relacionados con el autocuidado y la mantención y/o mejora funcional del adulto mayor.

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

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

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

La realización de ciclos de intervención del componente 1 con menor cantidad de sesiones y en períodos de tiempo menores, corresponde a un incumplimiento del programa. Es responsabilidad del Servicio de Salud evaluar que el Programa funcione según lo descrito e informar el desarrollo inadecuado del programa.

En el egreso se evaluará a la persona mayor con la escala HAQ-8 modificada para el programa y la prueba Timed Up and Go, cuyos resultados serán registrados en el instrumento diseñado para este fin y que permita la comparación con los resultados obtenidos al inicio del programa, procediendo su

registro tanto en Ficha Clínica como en el Registro Estadístico Mensual.

En relación con la evaluación grupal, cada cierre de ciclo deberá considerar una evaluación participativa con los integrantes, con fines de retroalimentar las estrategias de intervención del equipo en pro de una mejora constante del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes a nivel local, que será objetivada a través de una encuesta tipo diseñada para el programa y disponible en las Orientaciones Técnicas.

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

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

Práctica segura del programa

Para las prácticas seguras durante el programa, bioseguridad del paciente y el manejo médico legal del equipo profesional, se espera que el equipo de salud de cada CESFAM junto con la red local de urgencias protocolice los Procedimientos para el manejo y derivación de incidentes asociados a la atención: Eventos Adversos (situación o acontecimiento inesperado relacionado con la atención sanitaria recibida y que tiene o puede tener consecuencias negativas para el mismo y que no está relacionado con el curso natural de enfermedad; incidente producido en traslado en ambulancia o móvil), Eventos Centinelas (situación o acontecimiento inesperado que puede producir la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas o el riesgo potencial que esto ocurra), o asociados a la pesquisa de descompensaciones u otras situaciones de salud en el terreno. Puesto que las actividades del programa se desarrollan preferentemente fuera de los centros de salud los protocolos habituales de manejo de incidentes en los centros de salud deben adaptarse para las actividades desarrolladas en terreno con personas mayores. Este Protocolo debe contener el sustento técnico, los responsables y los mecanismos de evaluación o control para verificar su cumplimiento.

Continuidad del cuidado sanitario

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

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

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

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

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

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

Aquellas comunas que realicen estas modificaciones deberán:

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

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

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

La comuna que implemente estos ajustes deberán:

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

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

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

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

COMPONENTE 2: FOMENTO DEL AUTOCUIDADO, ESTIMULACIÓN FUNCIONAL Y ENVEJECIMIENTO SALUDABLE EN LA COMUNIDAD, ORGANIZACIONES SOCIALES Y SERVICIOS LOCALES.

El objetivo es entregar un servicio de fomento del envejecimiento activo y positivo a la red local compuesta por organizaciones de personas mayores y servicios locales. Basa su intervención en el desarrollo de un proceso diagnóstico para la acción mediante el mejoramiento de capacidades colectivas e intersectoriales para el envejecimiento de las comunidades. Este componente contiene las siguientes etapas:

Etapas del componente 2

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 y Ejecución de la Capacitación de Líderes Comunitarios**. Éstos corresponden a PM de organizaciones formales o informales que generan acciones en sus grupos tendientes a potenciar los logros del programa mediante la continuidad de acciones de autocuidado, entre las que se cuentan el acceso a información clave para las PM, la estimulación funcional física y cognitiva, apoyo en gestión de beneficios, promoción de derechos de las PM, entre otras. Esta planificación incluye acciones de acompañamiento por parte del

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

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

Actividades asociadas a cada una de las etapas

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

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

Identificación de características locales

Se describen acciones claves para el desarrollo de este componente, las que según el nivel alcanzado por el Programa en cada localidad pueden seguir el orden propuesto o desarrollarse en forma simultánea. Para la organización de la información para la gestión local, se espera que las comunas o establecimientos, desarrollen:

Catastro de Organizaciones Locales Actualizado de personas mayores o destinadas al trabajo con personas mayores, que identifique las organizaciones en cuanto a su perfil organizacional y relación con el Programa. Como ejemplos de organizaciones se considera una agrupación de personas mayores, club de adulto mayor, centro de madres, club deportivo, etc. Este catastro debe ser actualizado en forma anual por el programa, de modo de tener actualizados los datos sobre vigencia y contacto. Se espera que esta información sea desarrollada en forma conjunta con la Oficina de Personas Mayores o entidad similar presente en los municipios en que se desarrolla el programa.

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

Catastro de Servicios Locales Actualizado que dé cuenta de la oferta programática local para las personas mayores, incorporando aquellos servicios locales relacionados directamente con personas mayores y también aquellos que dentro de su oferta programática cuentan con estrategias que benefician a la población mayor. En este catastro se identifica la relación de los servicios locales con el programa. Por ejemplo, oficina municipal del adulto mayor, dirección de deportes, departamento de acción social, biblioteca municipal, universidades, escuelas, etc. Este catastro debe identificar además el nivel de relación intersectorial que existe entre el centro de salud y el servicio local, procurando pasar del nivel de relación incidental al desarrollo de planes de trabajo intersectoriales que fomenten el Envejecimiento Activo, Autocuidado y Estimulación Funcional de las Personas Mayores.

Mapa de Red Local con Organizaciones Sociales y Servicios, que representa la localización y la vinculación con el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes y la red sociosanitaria de la que forman parte, para orientar el trabajo del equipo y la información entregada a los participantes de ambos

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

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

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

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 las personas mayores, de los determinantes sociales de la salud y de antecedentes aportados por informantes claves (miembros del equipo de salud, de servicios locales, de organizaciones sociales y comunidad no organizada, etc.), aproxime al equipo a la situación en que se encuentra la población adulta mayor en la comuna y permita determinar algunas características y necesidades de la población con que trabajan para planificar las actividades del Programa.

Diagnóstico Participativo sobre las necesidades y propuestas de capacitación de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional de personas mayores: Realizado junto a las organizaciones sociales participantes del programa y/o sus representantes, comunidad no organizada e intersector vinculado al programa, para conocer los requerimientos específicos en cuanto a capacitación de Líderes Comunitarios en Estimulación Funcional y Autocuidado de la Salud de las personas mayores. Este Diagnóstico debe considerar como fundamentales la participación voluntaria e informada sobre el proceso diagnóstico que efectúa el Programa y la validación de la información construida. Es preciso considerar que la información obtenida debe generar acciones conjuntas para mejorar la situación actual de las personas mayores, con respecto a los ámbitos de acción del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

Plan de Acción resultante del Diagnóstico Participativo: Comprende el Programa de Capacitación de los Líderes comunitarios y puede incorporar también Planes de Trabajo intersectoriales, entregando los objetivos, metodología y plan de acompañamiento de los líderes comunitarios capacitados. Este plan de acción debe ser realizado junto con las personas mayores participantes, validando las propuestas presentadas y en acuerdo con los contenidos y líneas de trabajo.

Se recomienda que los Planes de Capacitación consideren dos años de trabajo con las organizaciones y los Líderes Comunitarios mediante acciones de capacitación, seguimiento y acompañamiento técnico. Se deberán ajustar estos planes frente a nuevas necesidades identificadas por las personas mayores y situaciones contingentes. Las actividades de capacitación, seguimiento y acompañamiento de los Líderes Comunitarios se realizan en forma continua dentro del año de ejecución del Programa. Las acciones o acuerdos tomados para el desarrollo de este Plan de Acción que complementan la Capacitación de Líderes Comunitarios pueden tener como responsables o protagonistas a otras

instituciones o a la comunidad, pudiendo resultar en nuevas gestiones o proyectos a nivel local.

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

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

La capacitación de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional es realizada de acuerdo con los resultados del diagnóstico participativo y actualizado con antecedentes presentes al momento de desarrollar la capacitación. Considera la priorización de temáticas a abordar, el desarrollo progresivo de habilidades entre los líderes, que puede verse apoyado desde la participación previa o posterior en el componente 1 del programa. Incluye además el aporte de otros miembros del equipo de salud y del intersector. Requiere que la dupla profesional contemple actividades para planificar la capacitación y ejecutarla con las personas mayores. Las actividades de capacitación, seguimiento y acompañamiento de los Líderes Comunitarios se realizan en forma continua dentro del año de ejecución del Programa.

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

Se espera que entregue material para la realización de actividades de estimulación funcional y autocuidado en las organizaciones sociales, lo que puede ser financiado mediante recursos gestionados a nivel local y apoyado con recursos del programa. Se recomienda resguardar la entrega de materiales mediante documentos por escrito y generar compromisos de trabajo conjunto.

Por otra parte, se deben planificar y ejecutar actividades de acompañamiento a los líderes y capacitados por el programa y sus organizaciones, para actualizar conocimientos, resolver inquietudes y el fomento de la corresponsabilidad en salud en las organizaciones, entre otras. Se debe promover la conexión de los líderes con otras actividades desarrolladas en el sector salud en torno al autocuidado, participación, intersector y proyectos alusivos a los intereses de las personas mayores y los roles de los líderes comunitarios del programa en su territorio.

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

Los planes intersectoriales corresponden a instrumentos elaborados en conjunto por el sector salud y otros sectores (externos al sector salud) identificados a nivel local, para el desarrollo de la articulación entre instituciones destinadas en forma parcial o total a la provisión de bienes o servicios a personas mayores, teniendo como eje central la atención centrada en la persona, tendiendo a superar la atención centrada en los servicios y tomando en consideración los hallazgos y propuestas de acción del Diagnóstico Participativo.

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

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

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

En comunas rurales, frente a la existencia de condiciones geográficas, sociodemográficas, y de conectividad limitada (por déficit en acceso a equipos, niveles deficitarios de alfabetización digital, limitación de datos móviles, entre otros), que limiten el desarrollo presencial continuo de este componente, deberá promover la adaptación de las formas de contacto y realización de las actividades del Componente 2. Se valida la posibilidad de realizar acciones a distancia mediante el uso de dispositivos tecnológicos y otras actividades que permitan el logro de los productos y el contacto con Líderes Comunitarios e Intersector para el desarrollo adaptado del componente (Visita domiciliaria, contacto por teléfono, radio, redes sociales, otros).

Las organizaciones que cuentan con Líderes Comunitarios Capacitados por el Programa y de Servicios Locales con Planes Intersectoriales para el fomento del envejecimiento activo y positivo, independiente del formato de realización (presencial o a distancia) mantiene su registro en el REM serie A, dada la homologación de actividades de capacitación de Líderes y Planificación Intersectorial remotas y presenciales. Respecto al trabajo con los Líderes Comunitarios, se reconoce la posibilidad de capacitar a otros integrantes de la red sociosanitaria que se vinculen a personas mayores, para facilitar la entrega de información y comunicación con las personas mayores.

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

VINCULACIÓN ENTRE COMPONENTES 1 Y 2 DEL PROGRAMA

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

Entre las principales complementariedades entre los componentes destacan:

Diagnóstico Situacional y Participativo

En cada comuna en que se realiza el programa debe realizar un diagnóstico situacional y diagnóstico participativo para definir en qué temas y en qué forma se capacitarán los líderes comunitarios de las organizaciones sociales participantes del Programa en el Componente 2. Este diagnóstico aporta importantes antecedentes sobre la situación epidemiológica de la población a cargo, y sobre la situación social y eventuales riesgos o perfiles que impliquen una necesidad mayor de intervención del programa, lo que aporta en la organización y planificación de los territorios en que se desarrollarán las actividades del componente 1.

Esquemas locales para el cuidado sociosanitario

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

Guías de Servicios Locales

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

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

Organizaciones sociales con Líderes Capacitados para el Autocuidado y Estimulación Funcional

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

Planes Intersectoriales

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

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

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

Este componente se encuentra contenido en el rediseño del programa aprobado por MDS. Su aplicación desde el año 2023 permite el desarrollo y refuerzo de conocimientos y competencias en los equipos del programa Más Adultos Mayores Autovalentes para la atención promocional y preventiva en personas

mayores y el trabajo comunitario en salud y para la gestión del Más AMA. Consiste en el desarrollo de actividades de capacitación destinadas a reforzar áreas técnicas y operativas del programa entre los Referentes de Servicios de Salud y equipos de APS que desarrollan el programa, entiéndase duplas del programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

La participación de los equipos de salud podrá efectuarse en forma remota y/o presencial según la planificación anual comunicada desde los Servicios de Salud y/o la División de Atención Primaria, de acuerdo con el tipo de elementos a abordar, es decir contenidos teóricos o prácticos. Al interior del Servicio de Salud se deberán realizar las gestiones para la evaluación y certificación de esta formación con la Unidad de Capacitación. Las entidades administradoras que suscriben el convenio para la ejecución del programa Más Adultos Mayores Autovalentes deberán entregar las facilidades para la participación de las duplas del programa en las actividades de capacitación a nivel de Servicio de Salud, Macrozonal o Nacional, tanto presenciales como remotas, debiendo considerar que su participación y la formación en estas instancias de capacitación forma parte de la adecuada ejecución del programa, siendo evaluada para la continuidad del mismo, según se describe en los criterios de asignación del programa.

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

PRODUCTOS ESPERADOS

Los Servicios de Salud evaluarán el desarrollo de los productos del programa, en las actividades de acompañamiento en terreno y mediante la revisión de verificadores.

Productos esperados del desarrollo del Componente 1:

1. Ingresos al programa cumplen con los criterios establecidos en la presente resolución, no existiendo ingresos de personas sin los criterios de inclusión. Verificador: Nómina de ingresos y Fichas Clínicas.
2. El programa funciona en forma continua y con la calidad de atención establecida por esta resolución, no existiendo interrupción del acceso de las personas mayores al programa, por falta de recurso humano o porque los profesionales se han destinado al desarrollo de otras actividades ajenas al programa. Verificador: Listados de asistencia, Programación de talleres, Fichas Clínicas con registros de ingresos, REM.
3. El componente se desarrolla en ciclos de 24 sesiones mixtas con frecuencia de 2 sesiones semanales. No se determina arbitrariamente a nivel local su disminución en cuanto a período de tiempo y frecuencia. Verificador: Programación de talleres, Pauta de supervisión y acompañamiento técnico del programa, carné de citaciones al programa.
4. Las personas egresadas del programa completan ciclo participando de las 24 sesiones que establece este componente. En caso de que las personas presenten inasistencias durante el ciclo cumplen con al menos 20 sesiones. Verificador: Ficha Clínica, Programación de talleres, Nómina de participantes y asistencia.
5. Evaluación de cierre de fin de ciclo para incorporación de mejoras en el componente 1. En cada cierre de ciclo de intervención a cada grupo, se evalúa percepción de aprendizaje por parte de las personas mayores y elementos de confort de las sesiones. Verificador: Encuestas aplicadas, Plan de Mejora del programa resultante de esta evaluación.
6. Protocolo de Procedimientos para el Manejo de Eventos Centinelas, Eventos Adversos y descompensaciones u otras situaciones de salud pesquisadas en las actividades del programa, formulado y validado con los centros de salud y servicios de urgencia respectivos, que opere frente a los eventos descritos y considerando su ocurrencia en espacios comunitarios y territorios

extramurales. Este protocolo debe encontrarse incorporado en el protocolo general del centro de salud. Verificador: Documento validado por los representantes de los servicios involucrados, y evaluación del mismo por el centro de salud.

7. Esquema de atención y cuidado integral de personas mayores en los centros de salud incluye al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, según descripción presentada anteriormente. Verificador: Esquema presente en los centros de salud y conocido por todo el equipo de salud, documentación de actividades de formulación y difusión de esquema en el centro de salud.
8. Programa Más AMA forma parte del equipo del centro de salud. Verificador: Documentación de participación de la dupla del Más AMA en actividades del centro de salud (reuniones de sector, reuniones de equipo, otras), documentación de otros integrantes del equipo de salud participando en actividades del Más AMA (Talleres de autocuidado, capacitación de líderes).

Productos esperados del desarrollo del Componente 2:

1. Participación del equipo de salud liderado por el Más AMA en actividades de coordinación intersectorial. Verificador: documentación de actividades y Planes Intersectoriales. Se recomienda que los Planes de Trabajo Intersectorial consideren en su diseño un período de ejecución de dos años dependiendo del nivel de relación entre el programa o centro de salud y el servicio local.
2. Organizaciones Sociales Locales de y para personas mayores son reportadas en el Catastro de Organizaciones Sociales: El Catastro de Organizaciones Sociales da cuenta del N° y perfil de Organizaciones existentes a nivel local.
3. Servicios locales con oferta programática para personas mayores se incluyen en el Catastro de Servicios Locales y son ingresados al Programa: El Catastro de Servicios Locales con oferta programática para personas mayores da cuenta de los servicios existentes a nivel local.
4. Mapa de Red Local y/o Esquemas de integración Sociosanitarios Locales: elemento construido en forma colaborativa que cumpla funciones de entrega didáctica de información para apoyo al equipo del centro de salud (y otros servicios) para el cuidado sociosanitario de personas mayores, gestiones con organizaciones sociales y servicios locales. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años
5. Guía u otro elemento para usuarios personas mayores u organizaciones sociales, de construcción participativa, que mencione los servicios disponibles para personas mayores en cada territorio y su caracterización. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.
6. Diagnóstico Situacional y Diagnóstico Participativo para: definición de necesidades de capacitación de Líderes Comunitarios en Autocuidado y Estimulación Funcional diseñado y/o evaluación del Proceso de Capacitación de Líderes Comunitarios. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años. Verificador: Informe Diagnóstico Participativo y documentación de ejecución de actividades.
7. Plan de Capacitación de Líderes Comunitarios ejecutado anualmente. Se recomienda que los Planes de Capacitación consideren dos años de trabajo con las organizaciones y los Líderes Comunitarios mediante acciones de capacitación, seguimiento y acompañamiento a las organizaciones con Líderes Comunitarios capacitados por el Programa. Se deberán ajustar estos planes frente a nuevas necesidades surgidas de información actualizada entregada por las personas mayores o pesquisadas por el equipo del programa, en caso de ser necesario. Verificador: Plan de Capacitación y documentación de ejecución de actividades.

8.3. Productos esperados del desarrollo del Componente 3

En los equipos de Atención Primaria:

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

capacitación, acompañamiento técnico y evaluación a nivel de Servicio de Salud, Macrozona o Nacional, presenciales y remotas.

3. Otras determinadas por el Servicio de Salud.

Verificador: Reporte del Servicio de Salud respecto a la participación en actividades descritas, listas de asistencia, certificación de actividades de capacitación.

CONSIDERACIONES PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA

De las comunas, establecimientos y equipos de salud que ejecutan el programa Más Adultos Mayores Autovalentes

Horas de profesionales de las duplas del programa Más AMA

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

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

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

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

Compromiso de Autoridades Locales para el desarrollo del Más AMA

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

FINANCIAMIENTO

Establecimientos de dependencia Municipal:

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, asociada al Subtítulo 24 03 298 "Transferencias Corrientes", glosa 02, y, tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa de acuerdo con el marco presupuestario asignado.

Se deja constancia que la glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público, contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 de la Ley N° 19.378, la entidad administradora de salud municipal podrá contratar personal, conforme la normativa establecida en esa misma ley o bien a honorarios, acorde con lo dispuesto en el artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de Atención Primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación. El Servicio de Salud determinará la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades del Programa.

Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud en 2 cuotas, en representación del Ministerio de Salud, la primera cuota correspondiente al 80% a la total tramitación del acto aprobatorio, y el 20% restante, de acuerdo con los resultados de la evaluación con corte al 31 de agosto, la cual se aplicará a los recursos asociados, transferidos al 31 de octubre.

El Ministerio de Salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, asignará a los Municipios participantes del Programa mediante un convenio, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de éste.

El gasto que irroque el Programa deberá ser imputado al ítem 24 03 298 01.

Con el visto bueno de la División Primaria del Ministerio de Salud, los Servicios de Salud, podrán modificar la distribución de los recursos destinados a los establecimientos de su territorio, que desarrollan las prestaciones del Programa, atendiendo a criterios de equidad y de acortamiento de brechas en el otorgamiento de las prestaciones, sin sobrepasar los recursos totales asignados al Servicio de Salud y sin perjuicio de los objetivos del programa.

Finalizado el periodo de vigencia del convenio, la Municipalidad deberá reintegrar al Servicio los montos correspondientes a las partes del convenio no ejecutados, observados y/o saldos financieros no rendidos, en los primeros 30 días hábiles posteriores de finalizado el convenio.

Se deja establecido, que estas transferencias se rigen por las normas señaladas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República.

Para efectos del financiamiento considerado por el programa se entenderá:

Recurso Humano: una dupla compuesta según lo señalado en el programa por profesionales Kinesiólogo y Terapeuta Ocupacional.

El financiamiento de los materiales y otros costos asociados para las actividades se incluye dentro de los ítems:

Capacitación de Líderes Comunitarios y Trabajo Intersectorial: Elementos para el confort del taller de los participantes del programa y la capacitación de líderes comunitarios como alimentos saludables, hervidor, bolsos, poleras u otros para uso de líderes comunitarios, equipo del programa y participantes en general. Pueden ser usados en la compra de elementos que permitan la generación de material como impresora, termo laminadora, anilladora, etc. Incorpora también el costo asociado a actividades de difusión y comunicación con los participantes de los talleres, el intersector y el acompañamiento de los líderes comunitarios, como material de difusión impreso, manuales para los líderes comunitarios, elementos de identificación, teléfono celular prepago, teléfono celular con plan de datos, licencias de plataformas de comunicación, computadores, Tablet, entre otros.

Insumos: Materiales destinados a las actividades de los Talleres del Programa de Estimulación Funcional, tanto para estimulación de funciones motoras y prevención de caídas, estimulación de funciones cognitivas y autocuidado y estilos de vida saludable. de los talleres. ítem para financiar elementos destinados a innovación en los talleres de estimulación funcional y autocuidado según los requerimientos de cada territorio.

Movilización: Para financiar los gastos asociados a la movilización de la dupla en terreno y el apoyo de

la movilización de personas mayores participantes del programa de sectores aislados y de líderes comunitarios capacitados por el programa.

El Servicio de Salud, es quien supervisa la correcta utilización de los recursos del programa según la descripción presentada. Es posible realizar modificaciones en la asignación y utilización de los recursos correspondientes a Insumos, Capacitación y Movilización, considerando criterios de equidad, de acortamiento de brechas y técnicos que incidan en el otorgamiento continuo de las prestaciones del programa y que permitan el logro de sus objetivos.

Si esta modificación incluye la utilización de los recursos en forma diferente a lo descrito para Recurso Humano, Capacitación, Insumos o Movilización requiere el consenso con la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

Modalidad Rural del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes: En casos excepcionales, en que las condiciones de dispersión geográfica u otras propias de la población en comunas rurales (distancias entre los usuarios y lugares de realización de los talleres, dificultades de traslado de los participantes, desarrollo de actividades laborales por parte de las personas mayores, dinámica de reuniones de la organización intervenida, factores climáticos, entre otras), que limiten la ejecución del programa según los lineamientos establecidos, el Servicio de Salud respectivo podrá solicitar a la División de Atención Primaria, autorización para modificar el desarrollo del programa y modificar las metas establecidas, presentando un plan de trabajo de la comuna y de acompañamiento por parte del Servicio de Salud.

Clausula Quinta: Evaluacion:

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

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

A nivel comunal

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

Según los resultados de esta evaluación se procederá a la redistribución de recursos no utilizados y a la solicitud de planes de mejora a los servicios de salud, los que deberán dar cuenta de las acciones comprometidas por las comunas y el Servicio de Salud respectivo que corrijan las situaciones de incumplimiento y que permitan proyectar un desarrollo adecuado de las actividades del programa y cumplimiento de metas al mes de diciembre.

Segunda Evaluación: Desarrollo del Programa entre los meses de enero y agosto

Se efectuará con corte al 31 de agosto de cada año. De acuerdo con los resultados se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si el cumplimiento de las metas del programa es inferior al 60%, de acuerdo con el siguiente cuadro:

11.1. INDICADORES ASOCIADOS A RELIQUIDACIÓN: Metas de cumplimiento del programa cortes meses de agosto y diciembre para las comunas con dependencia municipal o establecimientos dependientes de Servicios de Salud u ONG.

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta agosto	Meta diciembre	Verificador	Peso relativo
N°1	% de población de 60 años y más participante del programa que mantiene o mejora su condición funcional según cuestionario de funcionalidad	$(\text{N}^\circ \text{ de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad}) / \text{N}^\circ \text{ de total personas que egresan completando ciclo del programa}) \times 100$	80%	80%	REM	12.5
	% de población de 60 años y más participante del programa que mantiene o mejora su condición funcional según Timed up and Go	$(\text{N}^\circ \text{ de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según Timed up and Go}) / \text{N}^\circ \text{ de total personas que egresan completando ciclo del Programa}) \times 100$	80%	80%	REM	12.5 ¹

¹ Frente a modificaciones en la ejecución del componente 1, se mantienen las actividades de ingreso y egreso realizadas en forma presencial, por lo que se debe aplicar TUG al completar el ciclo de intervención en todos los usuarios. Solo frente a la interrupción de la actividad presencial por motivos de fuerza mayor (suspensión total de actividades presenciales en casos de emergencia, desastres o alerta sanitaria), este indicador no se podrá medir, por asociarse a una evaluación presencial. En estos casos, para efectos de evaluación, el peso relativo se agregará al del indicador % de población de 60 años y más participante del programa que mantiene o mejora su condición funcional según cuestionario de funcionalidad, el que puede ser aplicado en forma remota. Esta situación debe ser comunicada por el Servicio de Salud previo a los cortes.

	% de población de 60 años y más en control en Centro de Salud, ingresados al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	$(\text{N}^\circ \text{ de personas de 65 años y más ingresadas al programa con condición autovalente + autovalente con riesgo + en riesgo de dependencia}) + (\text{N}^\circ \text{ de personas entre 60 y 64 años ingresadas al programa con EMPA vigente}) / \text{Población comprometida a ingresar}) \times 100^2$	60%	100%	REM	25
	Promedio de Asistentes a Sesiones del Programa	Suma de asistentes a sesiones en el mes / N° de Sesiones realizadas en el mes	Promedio de 15	Promedio de 15	REM	10
N° 2:	Trabajo en Red Local	$(\text{N}^\circ \text{ de Servicios Locales con Planes Intersectoriales para el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo junto al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en desarrollo en el período}) / \text{Servicios Locales con oferta programática para personas mayores (total o parcial) en el período}) \times 100^3$	20%	40%	REM	20
	Capacitación de Líderes Comunitarios	$(\text{N}^\circ \text{ Organizaciones con Líderes Comunitarios Capacitados por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período}) / \text{Organizaciones ingresadas al Programa de Estimulación Funcional del programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período}) \times 100^4$	20%	40%	REM	20

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.

Porcentaje de cumplimiento de metas del Programa	Porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos (20%)
≥60%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	25%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%

Adicionalmente a la evaluación por Registro Estadístico Mensual, el Servicio de Salud deberá informar del grado de desarrollo de los productos establecidos para los tres componentes del programa con fecha 10 de septiembre para todas las comunas y establecimientos de su jurisdicción que desarrollan el Programa. El Servicio de Salud deberá contar con los medios de verificación que den cuenta de lo informado en este corte, por tanto, deberá desarrollar dentro de los procesos de acompañamiento técnico las actividades necesarias para el cumplimiento de los productos establecidos, verificación de su logro y acompañamiento de los equipos con deficiencias en su desarrollo.

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

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

No obstante, la situación excepcional indicada, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del Programa al 31 de diciembre y las comunas mantienen en toda circunstancia, la obligatoriedad de la ejecución de los componentes del programa y las actividades correspondientes, la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período. **El no cumplimiento de las actividades asociadas a los tres componentes y a sus productos, y el no cumplimiento de las metas, tanto por indicador como a nivel global, al corte de agosto, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.**

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

3. Tercera Evaluación: Desarrollo del programa entre los meses de enero y diciembre

Se realizará con corte al 31 de diciembre, fecha en que los establecimientos y comunas beneficiarias deberán tener el **100% de las prestaciones comprometidas por componente ejecutadas, el logro de la meta a diciembre de cada uno de los indicadores y el desarrollo total de los productos y actividades asociados a los 3 componentes del programa.** Las comunas y establecimientos deberán informar del cierre anual del programa y del desarrollo final obtenido, en el informe final del programa, que dé cuenta del logro de los productos de los tres componentes del programa, entregado con fecha tope 06 de enero del siguiente año, al respectivo Servicio de Salud.

Adicionalmente a la evaluación por Registro Estadístico Mensual, el Servicio de Salud deberá informar del grado de desarrollo de los productos establecidos para los componentes con fecha 15 de enero para todas las comunas y establecimientos de su jurisdicción que desarrollan el Programa y reportar los resultados del Plan de Acompañamiento a los Equipos del Más AMA, incluyendo el Plan Formación de Equipos del Más AMA. El Servicio de Salud deberá contar con los medios de verificación que den cuenta de lo informado en este corte.

Esta evaluación final del programa mide su desempeño global y considera, entre otros, el desarrollo de elementos y actividades básicas de atención de la población objetivo del programa, como el acceso a las prestaciones e ingreso de personas mayores en forma continua, la disponibilidad de la dupla profesional para el desarrollo continuo de los tres componentes del programa y actividades asociadas, la participación de los equipos del programa, entendiéndose las duplas, en las actividades de difusión, de capacitación y de evaluación convocadas por el Servicio de Salud o por la División de Atención Primaria, junto con el cumplimiento global de las metas y desarrollo óptimo de los productos del programa. Además, determina la devolución de recursos no ejecutados y la evaluación de continuidad del programa en comunas o establecimientos con ejecución deficitaria. Se podrá solicitar el envío de informes de avances mensuales a los respectivos Servicios de Salud, y de éste, a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, del Ministerio de Salud, conforme instrucciones Ministeriales.

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

No obstante, la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del Programa al 31 de diciembre y las comunas mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera, cumplimiento de actividades y logro de las metas al final del período. Finalmente, el no cumplimiento de las actividades asociadas a los tres componentes, sus productos y metas anuales, y la continuidad de la atención de las personas mayores, incidirá en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

Clausula Sexta: Seguimiento y Monitoreo:

El Servicio de Salud realizará un seguimiento y monitoreo técnico-financiero, lo que no excluye a la Municipalidad de la rendición de cuenta mensual, verificando el cumplimiento de metas y de los gastos involucrados en las actividades comprometidas en este convenio, en acuerdo a las orientaciones técnicas y administrativas entregadas.

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.

Adicionalmente, para el seguimiento del Programa se podrá requerir el envío al Servicio de Salud Biobío, conforme instrucciones ministeriales, los datos e informes relativos al avance y ejecución del programa y sus componentes especificados en este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, debiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el Servicio, a través de su referente respectivo, deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio."

Clausula Séptima: Rendición de Cuentas:

El Servicio podrá auditar aleatoriamente los programas y la correcta utilización de los fondos transferidos a través de su Departamento de Auditoría. Sin perjuicio de lo anterior, estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de fecha 28 de marzo de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, lo que debe ser fiscalizado por el Servicio respectivo.

Que, considerando lo establecido en el artículo 13 de la resolución antes indicada, podrán incluirse en la rendición de cuentas gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación, por razones de continuidad o buen servicio.

Las respectivas rendiciones de cuenta mensual, desde la recepción de los recursos, deben registrarse en los plazos establecidos, en el sistema habilitado por el Servicio y autorizado por la Contraloría General de la República, generando mensualmente el informe firmado electrónicamente.

Por otra parte, los saldos no ejecutados deben ser reintegrados una vez terminado el periodo de vigencia del convenio.

Clausula Octava: Eximente de Responsabilidad:

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

Clausula Novena: Vigencia:

"El presente convenio tendrá vigencia a partir de la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba y hasta el 31 de diciembre del 2025, por lo tanto, deberá quedar cerrado desde el punto de vista técnico y financiero durante el año presupuestario, entendiéndose que esto se producirá una vez aprobada la respectiva rendición de cuentas o restituidos los saldos no ejecutados, no rendidos u observados. No obstante, por razones de buen servicio, se entiende que éste se ha iniciado a partir del 1º de enero de 2025, fecha anterior a la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, considerando el artículo 52 de la Ley Nº 19.880 que autoriza la retroactividad del acto administrativo en la medida en que produce efectos favorables para las partes y no lesiona derechos de terceros.

Sin perjuicio de lo anterior, el presente convenio se prorrogará en forma automática y sucesiva, siempre que el Programa a ejecutar cuente con la disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año respectivo, salvo que el convenio termine por las causales señaladas en la cláusula décima o que las partes decidan ponerle término por motivos fundados.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo.

Para todos los efectos legales, la prórroga automática da inicio a un nuevo convenio de transferencia de recursos para ser ejecutados en el año respectivo y cuyo monto a transferir se establecerá mediante Resolución Exenta del Servicio de Salud, de conformidad a lo que se disponga en la Ley de Presupuestos del Sector Público respectiva.

Con todo, los saldos de recursos transferidos no utilizados por la Municipalidad deberán ser ingresados a rentas generales de la Nación, antes del 31 de enero del año siguiente; salvo caso fortuito o fuerza mayor, situación que deberá ser ponderada en su mérito, y autorizada por el director del Servicio."

Clausula Decima: Termino Anticipado:

Se podrá poner término anticipadamente al Convenio por alguna de las siguientes causales:

- Resciliación o mutuo acuerdo de las partes.
- Por incumplimiento grave de las obligaciones impuestas al municipio. Se considerará incumplimiento grave el no cumplir con las metas establecidas en el convenio y/o programa; o que su ejecución se desvíe de los fines que se tuvieron a la vista para celebrar dicho convenio.
- Por instrucción del Ministerio de Salud y/o por alguna de sus Subsecretarías.

Dicho término anticipado se llevará a efecto mediante la dictación de la respectiva Resolución fundada.

Clausula Decima Primera: Personería:

La personería de don Walter Alvial Salgado para representar al Servicio de Salud Biobío consta en Decreto Afecto Nº 27 del 17 de octubre de 2023, del Ministerio de Salud. La personería de quien lo subrogue en el cargo de Director para representar al Servicio de Salud Biobío, consta en Decreto Exento Nº 62 del 15 de septiembre de 2021, del Ministerio de Salud, que determinó el nuevo orden de subrogancia en el cargo de Director del Servicio de Salud Biobío.

La representación de don SANDRA BOBADILLA CISTERNA para actuar en nombre Municipalidad de

Antuco consta en Decreto Alcaldicio N°8571 del 6 de diciembre de 2024 .

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

Clausula Decima Segunda:

El presente convenio se firma en 4 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, uno en el de la Municipalidad y los dos restantes en la División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

Visadores:

- GONZALO GAETE VELASQUEZ (DIRECCION SS BIOBIO)
- CLAUDIA ANDREA CIFUENTES HERRERA (MUNICIPALIDAD DE ANTUCO)
- PEDRO LAGOS FUENTES (MUNICIPALIDAD DE ANTUCO)

Firmado digitalmente por
SANDRA BOBADILLA CISTERNA
Fecha 2025.03.06 15:18:56

**ALCALDE
MUNICIPALIDAD DE ANTUCO**

Firmado digitalmente por
SR. WALTER ALVIAL SALGADO
Fecha 2025.03.10 17:51:40

**DIRECTOR SERVICIO DE SALUD
BIOBÍO**

LOS ANGELES, 25 de Febrero 2025

