

REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CAÑETE
DEPARTAMENTO DE SALUD

DECRETO N°

7055

CAÑETE,

25 MAY 2020

VISTOS

- :
- La Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades y las facultades que me confiere.-
 - La Ley N° 19.378, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.-


CONSIDERANDO

- :
- El Convenio de fecha 18 de Marzo del año 2020, suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Cañete, representada por su Alcalde Sr. Jorge Radonich Barra, y el Servicio de Salud Arauco representado por su Director Sr. Leonardo Rivas Solar, Convenio Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes en Atención Primaria 2020.-
 - La Resolución Exenta N° 551 de fecha 27 de Marzo del año 2020, que aprueba dicho Convenio.-

DECRETO

- :
- 1.- **APRUEBASE**, el Convenio Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en Atención Primaria 2020, suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Cañete y el Servicio de Salud Arauco.-
 - 2.- **IMPUTASE**, los ingresos y gastos del que irroga la ejecución de presente Decreto Alcaldicio, al Convenio Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en Atención Primaria 2020, ingreso 214-05-57, egreso 114-05-57.-

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE


YESSICA CAMPOS SOTO
SECRETARIA MUNICIPAL


ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CAÑETE
JORGE RADONICH BARRA
ALCALDE
ALCALDE
CAÑETE

V° B° Control/AFH/lpa
DISTRIBUCION

- Secretaría Municipal
- Unidad de Control
- Departamento de Salud Municipal
- Unidad de Finanzas Depto. Salud
- IDDOC N° 3109509



DPTO. ASESORIA JURIDICA

CONVENIO
PROGRAMA MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES
EN ATENCION PRIMARIA 2020
SERVICIO SALUD ARAUCO
Y
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CAÑETE

En Lebu a 18 de marzo 2020, entre el **SERVICIO DE SALUD ARAUCO**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Carrera N°302, Lebu, representado por su **Director Sr. Leonardo Rivas Solar**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD CAÑETE**, persona jurídica de derecho público, Rut 69.160.500-0, domiciliada en calle Arturo Prat N°220 de la comuna de Cañete, representada por su **Alcalde Sr. Jorge Radonich Barra**, de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad" o el "Municipio", indistintamente, se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

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

Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo N° 136 del 2004, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

SEGUNDA: En el marco de los Objetivos Estratégicos para la década 2010- 2020, donde entre otros, se propone reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, así como, reducir factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables y por otro lado, reducir la mortalidad y mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital, el Ministerio de Salud ha decidido impulsar el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en Atención Primaria.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N°26 del 14 de enero del 2020, del Ministerio de Salud, anexa al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la Municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar los siguientes componentes del Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes en Atención Primaria" y sus respectivas estrategias en el (los) Centros de Salud de esa comuna que se indican, cuya matriz de Indicadores se encuentra en el Programa, que forma parte integrante de este convenio:

Propósito del Programa: Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores, mejorando su capacidad individual y colectiva para enfrentar el envejecimiento, prolongando su autovalencia.

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

Objetivos Específicos:

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

Criterios de Ingreso al Programa:

- ✓ Personas de 65 años y más, beneficiarios de FONASA, inscritos en centro de salud de atención primaria, con su Examen de Medicina Preventiva vigente y con resultado de Autovalentes sin riesgo, Autovalentes con riesgo, Autovalente con riesgo de dependencia, que manifieste su participación Informada y voluntaria mediante la firma del compromiso informado.
- ✓ Personas entre 60 y 64 años de edad, beneficiario de FONASA, inscritos en centro 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.

COMPONENTES DEL PROGRAMA:

Componente 1: programa estimulación funcional

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

1. **Taller de Estimulación de Funciones Motoras y Prevención de caídas:**
Compuesto por 24 sesiones de 45'-60' de duración.
2. **Taller de Estimulación de funciones Cognitivas:**
Compuesto por 12 sesiones de 45'-60' de duración.
3. **Taller de Autocuidado y Estilos de Vida saludable:**
Compuesto por 12 sesiones de 45'-60' de duración.

Las actividades se realizan con una frecuencia de 2 sesiones mixtas a la semana. Requiere la realización de estrategias para dar continuidad en el hogar, mediante el desarrollo de actividades relacionadas con el reforzamiento de los contenidos tratados en los tres talleres, procurando la participación activa del adulto mayor en su proceso de aprendizaje y la modificación de hábitos para la incorporación de actividades de autocuidado como la estimulación funcional, estimulación cognitiva y participación social como factores protectores de la salud dentro de su rutina cotidiana.

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

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

Etapas de la Estimulación Funcional y Actividades Asociadas

- Planificación y Programación de las sesiones

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

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

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

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

Cada establecimiento donde se desarrolle el Programa debe tener un flujograma claro y conocido por todo el equipo de salud para el manejo de eventos críticos y adversos surgidos durante las sesiones, y la activación oportuna y adecuada de la red de urgencias. Debe también explicarse a los participantes de los talleres respecto a cómo actuar frente a estas situaciones, de modo de facilitar su manejo.

Ingreso de las personas mayores al Programa de Estimulación Funcional:

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

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

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

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

Las personas pueden ingresar al programa una vez por año, favoreciéndose al egreso del Programa la mantención en o la incorporación a las organizaciones sociales capacitadas en el componente 2 para dar continuidad a la intervención y la participación en las actividades para el fomento del

Cada centro de salud en que se desarrolle el Programa deberá tener identificadas las organizaciones y entidades participantes de la red para el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo, procurando que esta red permita la participación de las personas mayores en actividades de autocuidado y/o estimulación funcional. El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes contribuirá con el fortalecimiento de esta red mediante el proceso de Capacitación de Líderes Comunitarios y el desarrollo de Planes de Trabajo Intersectorial para el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo.

Desarrollo del componente de Estimulación Funcional

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

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

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

Egreso del Componente de Estimulación Funcional

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

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

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

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

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

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

Productos esperados del desarrollo del Componente 1: Estimulación Funcional

1. Ingreso de personas entre 60 y 64 años y de 65 años y más que cumplan con los criterios de inclusión, quienes podrán ingresar al Programa de Estimulación Funcional una vez al año.
2. Asistencia y participación de las personas mayores en al menos 18 sesiones mixtas dentro de cada ciclo.
3. Participación y egreso de las personas mayores en los ciclos del Programa de Estimulación Funcional.
4. Mantención de la condición funcional de las personas mayores egresadas del Programa de Estimulación Funcional.
5. Mejora de la condición funcional de las personas mayores egresadas del Programa de Estimulación Funcional.
6. Desarrollo del Componente Estimulación Funcional compuesto por 24 sesiones del Taller de Estimulación de Funciones Motoras y Prevención de Caídas; 12 sesiones del Taller de Estimulación de Funciones Cognitivas y 12 sesiones del Taller de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable.
7. Evaluación Participativa de cada ciclo del Programa.
8. Desarrollo y utilización de Procedimientos para el Manejo de Eventos Centinelas, Eventos Adversos y descompensaciones u otras situaciones de salud pesquisadas en las actividades de terreno.
9. Desarrollo y utilización Flujogramas de Derivación y contrarreferencia hacia y desde el Programa contruidos con el equipo de salud y el intersector.
10. Participación del equipo de salud en el desarrollo de los Talleres de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable, bajo la modalidad educativa determinada para el Programa.

Componente 2: fomento del autocuidado y estimulación funcional en organizaciones sociales y servicios locales.

Este componente propone una intervención en la red local para fomento del envejecimiento activo y positivo. Tiene entre sus nodos identificados como imprescindibles para su éxito, a las organizaciones sociales y a los servicios locales, para el fortalecimiento intersectorial y del desarrollo local en aquellos ámbitos identificados por las personas mayores como necesarios para su autocuidado y estimulación funcional.

Apunta a entregar continuidad de la intervención lograda en el componente 1, mediante el fomento del autocuidado y estilos de vida saludable, la estimulación funcional y la participación social de las personas mayores en una red local capacitada, conectada y que favorezca la promoción y prevención en salud para las personas mayores. Favorece la derivación de personas que deseen participar en otras actividades al egreso del componente 1, que deseen dar continuidad a la intervención, y la búsqueda de soluciones locales para la resolución de aspectos sociosanitarios relacionados con la participación y calidad de vida de las personas mayores.

Su ejecución se basa en el diagnóstico participativo sobre las necesidades y propuestas de las personas mayores para la capacitación de líderes comunitarios y el desarrollo de planes intersectoriales para el envejecimiento activo y positivo, por parte del equipo del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes y el equipo de salud.

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

2.1 Organización de la información para la gestión local. Se espera que las comunas o establecimientos, desarrollen:

1. **Catastro de Organizaciones Locales Actualizado**, de personas mayores o destinadas al trabajo con personas mayores, que identifique las organizaciones en cuanto a su perfil organizacional y relación con el Programa. Como ejemplos de organizaciones se considera una agrupación de personas mayores, club de adulto mayor, centro de madres, club deportivo, etc. Este catastro debe ser actualizado en forma anual por el programa, de modo de tener actualizados los datos sobre vigencia y contacto con las organizaciones. Este instrumento sirve además para identificar aquellas organizaciones en las que ya se ha desarrollado el Programa de Estimulación Funcional, aquellas en las que se cuenta con Líderes Comunitarios del Programa, las que se han pesquisado con menor cobertura de EMPAM, etc. Para organizar las intervenciones a desarrollar, procurando alcanzar la mayor cobertura de organizaciones con acciones promocionales y preventivas de salud y favoreciendo la corresponsabilidad en salud.
2. **Catastro de Servicios Locales Actualizado**, que dé cuenta de la oferta programática local para las personas mayores, incorporando aquellos servicios locales relacionados directamente con la población adulto mayor y también aquellos que dentro de su oferta programática cuentan con estrategias que benefician a la población mayor. Este catastro identifica a los servicios que incorpora y su relación con el Programa. Por ejemplo, oficina municipal del adulto mayor, dirección de deportes, departamento de acción social, biblioteca municipal, universidades, escuelas, etc. Este catastro debe identificar además el nivel de relación intersectorial que existe entre el centro de salud y el servicio local, procurando pasar del nivel de relación incidental al desarrollo de planes de trabajo intersectoriales que fomenten el Envejecimiento Activo, Autocuidado y Estimulación Funcional de las Personas Mayores.
3. **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 de salud 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. Puede realizarse en formato diferente al clásico mapa si se considera que facilita el trabajo del equipo de salud y la información de personas mayores (Guía, Manual, otro) siempre y cuando dé cuenta de la localización, la vinculación con el programa y las formas de acceso de las personas a ellas y está disponible para el equipo de la salud y las personas mayores.

2.2 Diagnóstico Participativo sobre las necesidades y propuestas de capacitación de líderes

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 en forma anual:

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

Productos esperados del desarrollo del Componente 2

1. Acciones de difusión y coordinación del Programa con el intersector y la comunidad.
 2. Catastro de Organizaciones Sociales Locales
 3. Catastro de Servicios locales con oferta programática para personas mayores
 4. Ingreso de las Organizaciones al programa
 5. Ingreso de los Servicios locales al Programa
 6. Mapa de Red Local o elemento que cumpla funciones según lo descrito
 7. Diagnóstico Situacional y Diagnóstico Participativo
 8. Plan de Capacitación de Líderes Comunitarios o Capacitación de Líderes Comunitarios
 9. Plan(es) intersectorial(es) para fomento del envejecimiento activo y positivo
 10. Acompañamiento de las Organizaciones Sociales capacitadas
3. **Diseño y ejecución de estrategias locales para el Fomento del Autocuidado y Estimulación Funcional en la Red Local**
- a. **Capacitación de Líderes Comunitarios para el Autocuidado y Estimulación Funcional en sus organizaciones:** La participación de los Líderes Comunitarios en autocuidado y estimulación funcional, es realizado de acuerdo a los resultados 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 al 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 personas mayores.

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, resolver inquietudes y el fomento de la corresponsabilidad en salud en las organizaciones, entre otras. Se debe promover la conexión de los líderes comunitarios con otras actividades desarrolladas en el sector salud en torno al autocuidado, participación, intersector y proyectos alusivos a los intereses de las personas mayores y los roles de los líderes comunitarios del programa en su territorio.

b. Planes Intersectoriales entre los Centros de salud y los Servicios Locales para fomento del Envejecimiento Activo y Positivo: Los planes intersectoriales corresponden a instrumentos elaborados en conjunto por el sector salud y otros sectores (externo al sector salud) identificados a nivel local, para el desarrollo de la articulación entre instituciones destinadas en forma parcial o total a la provisión de bienes o servicios a personas mayores, teniendo como eje central la atención centrada en la persona, tendiendo a superar la atención centrada en los servicios.

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

4. Funciones asociadas al desarrollo del programa

Del establecimiento de salud y el equipo de Atención Primaria:

El establecimiento que desarrolla el Programa deberá realizar las acciones necesarias para la adecuada difusión del programa al interior de los equipos transversales y territoriales que integran los centros de salud, de manera de optimizar las vías de referencia y contrarreferencia al programa Más Adultos Mayores Autovalentes, generando un flujograma de referencia y contra referencia al interior de la red de salud. Se espera que todos los funcionarios de los centros de la red conozcan el programa, las vías de acceso y los resultados obtenidos en la población a cargo.

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

Las acciones del Programa deben considerarse dentro del Protocolo de Manejo de Eventos Críticos y Adversos de cada CESFAM, determinando un Flujograma de Manejo de Eventos Críticos y Adversos para el Programa, que sea conocido y validado con el equipo de salud de los centros respectivos y los Servicios de Urgencia relacionados, reconociendo que este programa se desarrolla predominantemente al exterior de las dependencias de salud, El establecimiento de salud deberá velar por el desarrollo del Programa de acuerdo a las definiciones, lineamientos e indicaciones establecidas en la Resolución Exenta del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, logrando el ingreso de Adultos entre 60 y 64 años y de Adultos Mayores que cumplan con los criterios de inclusión, la mayor asistencia y participación de los mismos en el Programa comprendido por 24 sesiones mixtas, anteriormente descritas para cada ciclo talleres y la mantención o mejora de su condición funcional evaluada con los dos instrumentos que determina el Programa. Al término de cada ciclo, deberá efectuar una Evaluación Participativa e

Informar a los participantes de las opciones de actividades para continuidad de su Autocuidado y Estimulación Funcional presentes en la red local, incluyendo la capacitación de Líderes Comunitarios dentro de los grupos que participaron del Programa o la derivación a otras organizaciones locales o servicios que cuenten con oferta programática para la continuidad del Autocuidado y Estimulación Funcional.

Deberá emitir un informe parcial correspondiente al desarrollo del programa entre los meses de enero y agosto, emitido al Servicio de Salud respectivo con fecha tope 05 de septiembre y un informe total que contenga la información del desarrollo del programa entre los meses de enero a diciembre, emitido al Servicio de Salud respectivo con fecha 05 de enero, incluyendo información y medios de verificación asociados al desarrollo de los Productos establecidos para ambos componentes del Programa. El formato de informe se presentará en la Orientación Técnica Vigente del Programa.

Horas de Profesionales

Las horas de contratación profesional deben ser idealmente en jornadas de 44 horas, esto en función del qué hacer del programa en cuanto a trabajo comunitario en salud, cercanía con la comunidad y los equipos de salud y el intersector, desplazamientos para talleres y el cumplimiento de metas. En caso excepcional, donde se justifique de manera fundamentada las horas contratadas, estas podrán ser menores a las 44 horas propuestas anteriormente, con autorización del Servicio de Salud. Los responsables de los convenios asociados a la ejecución del programa en los establecimientos de salud dependientes de municipios, Servicios de Salud u ONG, deben resguardar la contratación por las horas profesionales para el trabajo en el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, según establece el programa. El Servicio de Salud deberá supervisar y presentar observaciones e indicaciones ante irregularidades en este ámbito.

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de \$ 33.183.603.- (treinta y tres millones ciento ochenta y tres mil seiscientos tres pesos) para alcanzar el propósito y cumplimiento del Programa, objeto del presente convenio. Siendo asignados para las siguientes categorías en cada Centro de Salud los montos descritos a continuación:

Centro de Salud	Categoría	Monto
Curanilahue	Recurso Humano	\$26.919.247
	Insumos del Programa	\$700.285
	Capacitación del Programa	\$1.122.870
	Movilización Rural	\$3.368.609
	Expansión Recurso Humano	\$1.072.592
TOTAL		\$33.183.603.-

El Municipio se compromete a cumplir los objetivos señalados por éste y a implementar y desarrollar las acciones señaladas en el Programa, para los beneficiarios del sector público de salud, que se atienden en la Atención Primaria.

QUINTA: El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar las componentes, indicadores y metas del Programa, que se presentan a continuación, en Tabla N°1:

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta Agosto	Meta Diciembre	Medio verificación	Peso relativo, %
N° PROGRAMA DE ESTIMULACION FUNCIONAL Y COGNITIVA	% de población mayores a 60 años que mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad	$(N^{\circ} \text{ de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad}) / N^{\circ} \text{ de personas que egresan del programa}) \times 100$	60%	60%	REM	12.5
	% de población mayor a 60 años que mantienen o mejoran su condición funcional según Timed up and go	$(N^{\circ} \text{ de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según timed up and go}) / N^{\circ} \text{ de total personas que egresan del Programa}) \times 100$	60%	60%	REM	12.5
	% de Población mayor de 60 años en control en Centro de Salud Ingresados al Programa Más Adultos mayores Autovalentes	$(N^{\circ} \text{ de personas de 65 años y más ingresados al programa con condición autovalente + autovalente con riesgo + en riesgo de dependencia}) + (N^{\circ} \text{ de personas entre 60 y 64 años ingresadas al programa con EMPA vigente}) / Población comprometida a ingresar) \times 100$	60%	100%	REM	12.5
	Promedio de Asistentes a Sesiones del Programa	Suma de asistentes a sesiones en el mes / N° de Sesiones realizadas en el mes	Promedio de 15 asistentes por sesión	Promedio de 15 asistentes por sesión	REM	12.5

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta Agosto	Meta Diciembre	Medio verificación	Peso relativo, %
Componente 2: Fomento del Autocuidado del Adulto Mayor en Organizaciones Sociales y Servicios Locales para establecimientos o comunas que desarrollan por segundo año el programa	TRABAJO EN RED LOCAL	$N^{\circ} \text{ de servicios locales con Planes Intersectoriales para el Fomento del envejecimiento Activo y Positivo junto al programa Mas Adultos mayores Autovalentes en desarrollo en el periodo} / \text{Servicios locales con oferta programática para personas mayores (total o parcial) en el periodo}) \times 100$	20%	30%	REM	25
	CAPACITACION LIDERES COMUNITARIOS	$(N^{\circ} \text{ de organizaciones con Lideres Comunitarios Capacitados por el programa Mas Adultos Mayores Autovalentes en el periodo} / \text{Organizaciones ingresadas al programa de estimulación Funcional del programa Mas Adultos mayores Autovalentes en el periodo}) \times 100$	20%	30%	REM	25

Indicadores para monitoreo y seguimiento del programa, no asociados a reliquidación.

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta Agosto	Meta Diciembre	Verificación
N° 1 programa de Estimulación Funcional	Porcentaje de personas mayores que egresan del programa	$(N^{\circ} \text{ de personas mayores que egresan del programa} / N^{\circ} \text{ de personas mayores que ingresan al programa}) \times 100$	80%	80%	REM A 05 sección M
N°1 programa de Estimulación Funcional	Porcentaje de personas que mejoran Condición Funcional al egreso del Programa	$(N^{\circ} \text{ de personas que mejoran su condición funcional según el TUG} / N^{\circ} \text{ de personas que egresan del programa}) \times 100$	Incremento de 5% respecto línea base del año anterior	Incremento de 5% respecto línea base del año anterior	REM A 03 sección D.4
N° 1 programa de Estimulación Funcional	Porcentaje de personas que mejoran su condición funcional al egreso del Programa	$(N^{\circ} \text{ según cuestionario de funcionalidad} / N^{\circ} \text{ de personas que egresan del programa}) \times 100$	Incremento de 5% respecto línea base del año anterior	Incremento de 5% respecto línea base del año anterior	REM A 03 sección D.4

SEXTA: La evaluación del programa se efectuará en tres etapas:

Primera Evaluación: Mes de 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 12 de abril, dando cuenta de:

Las metas a cumplir en esta evaluación son:

1. Contratación de las duplas profesionales con fecha tope al mes de marzo para la contratación de ambos profesionales
2. Primera reunión de trabajo de la red de establecimientos y comunas de los servicios de salud que desarrollan el programa con participación de los profesionales ejecutores.
3. Entrega de la información básica para el desarrollo del Programa a las duplas profesionales (Resolución Exenta del Programa, Orientación Técnica del Programa para todos los equipos y Manual de Apoyo a los Equipos de Atención Primaria para equipos de establecimientos y comunas que incorporan por primera vez el programa).
4. En esta evaluación debe informarse respecto a aquellas comunas o establecimientos que hayan descontinuado la intervención del programa durante los primeros meses del año, para proceder a la redistribución de recursos correspondiente, recordando que se debe promover la continuidad de la atención y el acceso de las personas mayores durante todo el año.

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

Segunda Evaluación: Mes de Agosto

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

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

Las comunas y establecimientos deberán informar a los Servicios de Salud del desarrollo del Programa a través de un informe parcial de avances emitido a los Servicios de Salud con fecha tope 5 de septiembre del año respectivo.

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

La reliquidación se hará efectiva en el mes de octubre del año respectivo, 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.

El incumplimiento de las metas comprometidas dará lugar a la reliquidación del Programa. No obstante, lo anterior, siempre que existan razones fundadas que respalden el cumplimiento, la comuna podrá solicitar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, la no reliquidación del Programa, acompañando un Plan de Trabajo que incluya un cronograma para el cumplimiento de las metas. El Servicio de Salud, una vez analizada la solicitud, de ser pertinente, remitirá los antecedentes al Ministerio de Salud, que resolverá la petición.

Lo anterior, no obsta a que Servicio de Salud deba realizar la evaluación del Programa al 31 de diciembre del año respectivo y las comunas mantienen su obligación de rendir cuenta financiera evaluar las metas al final del período. El no cumplimiento de las actividades y metas anuales, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

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

Tercera Evaluación: Mes de Diciembre

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

Las comunas y establecimientos deberán informar del cierre anual del programa y del desarrollo final obtenido, en el informe final del programa, y entregarlo al respectivo Servicio de Salud.

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

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

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

En relación a los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos determinados en la Distribución de Recursos del presente programa, se entiende que el no cumplimiento en las fechas de cortes definidos para la evaluación resultará en la reliquidación del programa.

No obstante, lo anterior, siempre que existan razones fundadas que respalden el cumplimiento, la comuna podrá solicitar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, la no reliquidación del Programa, acompañando un Plan de Trabajo que incluya un cronograma para el cumplimiento de las metas. El Servicio de Salud, una vez analizada la solicitud, de ser pertinente, remitirá los antecedentes al Ministerio de Salud, que resolverá la petición.

Lo anterior, no obsta a que Servicio de Salud deba realizar la evaluación del Programa al 31 de diciembre del año respectivo y las comunas mantienen su obligación de rendir cuenta financiera evaluar las metas al final del período. El no cumplimiento de las actividades y metas anuales, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

Finalmente, 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.

SEPTIMA: Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas (70% - 30%); la 1ª cuota contra total tramitación del convenio, y, la 2ª cuota, contra los resultados de la primera evaluación como señalado en la cláusula anterior.

✓ **CONSIDERACIONES DE IMPLEMENTACIÓN:**

En ambas modalidades de asignación de recursos, se establece que la primera cuota deberá considerar la contratación del 100% del recurso humano destinado a implementar el Programa con una dupla compuesta según lo señalado en el programa por profesionales Kinesiólogo y Terapeuta Ocupacional, u otro de salud capacitado en caso de no existir disponibilidad del recurso humano señalado y verificando que cumpla con los requisitos mencionados en el Programa.

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

1. **Capacitación:** Elementos para el confort del taller y la capacitación de líderes comunitarios como alimentos saludables, hervidor, bolsos, poleras, impresoras 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, entre otros.
2. **Insumos:** Materiales destinados a las actividades de los talleres del programa de Estimulación de Funciones Motoras y Prevención de caídas, Estimulación de funciones Cognitivas y Autocuidado y Estilos de Vida saludable. Incluye materiales para los ejercicios físicos, cognitivos, para el entrenamiento y la adquisición de habilidades de autocuidado, elementos tecnológicos y no tecnológicos, para favorecer y reforzar el aprendizaje de las personas mayores y facilitar el desarrollo de los talleres.
3. **Movilización:** Ítem destinado para apoyar las comunas y establecimientos en la movilización e informados en la distribución de recursos. Para financiar los gastos asociados a la movilización de la dupla en terreno, y el apoyo de la movilización de personas mayores participantes del programa de sectores aislados.

Para el adecuado funcionamiento y ejecución de la estrategia los equipos pueden acceder a anticipos por rendir donde mensualmente que permiten cubrir las necesidades y requerimientos de los equipos, como por ejemplo compra de insumos que no se puedan realizar a través de la ley de comprar o portal de Chile Compras.

Además las duplas de trabajo pueden acceder a la devolución de bencina para la ejecución del programa.

OCTAVA: El uso de los recursos de primera cuota, considerará la contratación del total del recurso humano señalado en el Programa destinado a su implementación, el que forma parte integrante de este convenio. En caso de no disponer de éste, considerará la contratación del recurso humano capacitado señalado en el Programa.

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

Adicionalmente, para el seguimiento, el Servicio de Salud, podrá requerir el envío de informes de avance mensuales del desarrollo del Programa.

DECIMA: El Servicio podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados 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 Nº 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos.

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

DECIMA SEGUNDA: El presente convenio tendrá vigencia desde la fecha de su total tramitación hasta el 31 de diciembre de 2020.

DECIMA TERCERA: El Servicio de Salud Arauco y el Municipio acuerdan otorgar mandato al Servicio Salud Arauco para que este modifique de manera unilateral el presente convenio solo en cuanto dicha modificación tenga por objeto beneficio para el municipio: Modificación que importe mayor asignación de recursos, rebaja de los indicadores o cumplimiento de metas, bastando para ello la dictación de la Resolución Exenta que modifica el convenio, entendiéndose formar parte integrante del convenio primitivo.

DÉCIMA CUARTA: Las partes acuerdan que el presente contrato se prorrogará automáticamente, siempre que el Programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la ley de presupuestos del Sector Público del año respectivo, sin perjuicio de su término por alguna de las causales pactadas o que las partes acuerden de común acuerdo su finalización, 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 año mismo.

Prorrogado el convenio, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo periodo

DÉCIMA QUINTA: La personería de Sr. Leonardo Rivas Solar para representar al Servicio de Salud de Arauco consta en Decreto Afecto N° 06 de fecha 22 de enero de 2019, del Ministerio de Salud. La personería de don Jorge Radonich Barra, para actuar en representación de la I. Municipalidad de Cañete consta en Decreto Alcaldicio N° 10731 del 06 de diciembre de 2020.

DÉCIMA SEXTA: El presente convenio se firma en 3 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, uno con la Municipalidad y el restante, en la División de Atención Primaria, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.



SR. JORGE RADONICH BARRA
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE CAÑETE



SR. LEONARDO RIVAS SOLAR
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD ARAUCO

