MUNICIPALIDAD DE REQUÍNOA

N°: 1894

MIÉRCOLES 15 JULIO DE 2026

APRUEBA CIERRE CONVENIO DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS QUE INDICA.

Esta Alcaldía decretó hoy lo siguiente:

V I S T O S:

Las facultades que me confiere la Ley Nº 18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades, Texto Refundido coordinado y sistematizado, fijado por el D.F.L. Nº 1 del Ministerio del Interior año 2006.

Lo dispuesto en la Ley N° 19.880 sobre Procedimientos Administrativos.

CONSIDERANDO:

La resolución Exenta N° 0967 de fecha 25.03.2025 del Servicio de Salud de la Región O´Higgins, que aprueba convenio denominado "**PROGRAMA MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES**", de fecha 11.03.2025 suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Requínoa y el Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O´Higgins.

D E C R E T O:

APRUÉBASE, cierre de Convenio denominado "**PROGRAMA MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES**", por un monto de $40.014.917.- debido a su término en la ejecución administrativa, técnica y financiera del año 2025.

REINTÉGRESE, a la Tesorería General de la República, la suma de **$0.-** (cero pesos), por concepto de saldos no utilizados en el convenio "**PROGRAMA MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES**", código de proyecto en plataforma SISREC **8438-2025.**

PUBLIQUESE, el presente decreto en el portal de la Ilustre Municipalidad de Requínoa www.requinoa.cl, en cumplimiento de lo establecido en la Ley N° 20.285 sobre "Transparencia y Acceso a la información Pública".

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.

WVM/LGE/MMN/MSB/cvtm

DISTRIBUCION:

Secretaria Municipal (1)
Dpto. Finanzas Salud (1)
Archivo (1)

DEPARTAMENTO DE SALUD REQUINOA

MMMN

GVB

Firmado electrónicamente
WALDO VALDIVIA MONTECINOS
Alcalde

Firmado electrónicamente
LEYLA GONZÁLEZ ESPINOZA
Secretaria Municipal

URL Verificación: https://intranet.requinoa.cl/verificarDocumento/Cg7SlDPqsJ63Fik
Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la Ley Nº 19.799.

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA
JGB/CSG/ CSP / EGQ

RESOLUCIÓN EXENTA N° 0967

RANCAGUA, 25 MAR 2025

VISTOS:

Estos antecedentes; Convenios suscritos con fecha 24 de Febrero y el 10 de Marzo de 2025, entre este Servicio de Salud O" Higgins y las I. Municipalidades que se indican, para la ejecución del denominado ***"Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes",*** aprobado mediante Resolución Exenta N°34 de fecha 14 de Enero de 2025, y su marco presupuestario a través de la Resolución Exenta N°168 del 18 de Febrero de 2025, ambas del Ministerio de Salud, Ley de Presupuesto del sector público, N° 21.722; Convenio ***"Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes ",*** y teniendo presente lo dispuesto en la Resolución 36 de 2025, de la Contraloría General de la República, y en uso de las facultades legales y reglamentarias que me concede el D.L. N°2763 de 1979, texto refundido, coordinado y sistematizado por el D.F.L. N°1/05; modificaciones introducidas por la Ley N°19.937; artículo 9°, del D.S. N°140/04, en relación con el Decreto Afecto N°5, de fecha 02 de marzo de 2023, ambos del Ministerio de Salud, dicto lo siguiente:

RESOLUCION:

1.-APRUÉBASE, Convenios **"Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes",** de fechas 24 de febrero y 11 de marzo de 2025, suscritos entre el Servicio de Salud O´Higgins y las Ilustres Municipalidades de la Región, a saber:

MUNICIPALIDAD	RUT	REPRESENTANTE
Ilustre Municipalidad de Pichilemu	69.091.200-7	Roberto Córdova Carreño
Ilustre Municipalidad de Quinta de Tilcoco	69.081.700-4	Sebastián Rodríguez Fuenzalida
Ilustre Municipalidad de Paredones	69.090.900-6	Moisés Antonio Carvacho Vargas
Ilustre Municipalidad de Palmilla	69.091.000-4	Carlos Carrero Pérez
Ilustre Municipalidad de Malloa	69.081.500-1	Luis Barra Villanueva
Ilustre Municipalidad de Chimbarongo	69.090.300-8	Marco Contreras Jorquera
Ilustre Municipalidad de Codegua	69.080.400-k	José Flores Osorio
Ilustre Municipalidad de Placilla	69.090.200-1	Carolina Ossandón Villaroel
Ilustre Municipalidad de Santa Cruz	69.090.600-7	Yamil Ethit Romero
Ilustre Municipalidad de Doñihue	69.080.600-2	Boris Acuña González
Ilustre Municipalidad de Requínoa	69.081.300-9	Waldo Antonio Valdivia Montecinos
Ilustre Municipalidad de Rengo	69.081.200-2	Enrique del Barrio Hernández

2.- DEJASE ESTABLECIDO que los convenios ya aprobados en el numeral anterior, pasan a formar parte integrante de esta Resolución para todos los fines que fueren pertinentes.

3.- IMPUTESE el gasto que representen los convenios referidos, al Ítem Presupuestario N°24-03-298-002, del presupuesto asignado al Servicio de Salud O´Higgins, **"Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes"**.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE,

SERVICIO DE SALUD * DIRECTOR * O'HIGGINS

JAIME GUTIERREZ BOCAZ
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD O´HIGGINS

DISTRIBUCIÓN
- Mun. Indicadas.
- MINSAL APS.
- Subsecretaría Redes Asist. MINSAL
- Dirección APS
- Depto. Auditoria
- Depto. Jurídico.
- Partes y Archivo.

DIRECCION ATENCION PRIMARIA
JGB/GCS/CSP/EGQ

CONVENIO "MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES"

SERVICIO DE SALUD O´HIGGINS

E

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE REQUINOA

En Rancagua, a 24 de Febrero de 2025, entre el **Servicio de Salud O´Higgins**, persona jurídica de derecho público, RUT N°61.606.800-8, representado por su Director don **Jaime Gutiérrez Bocaz**, ambos con domicilio en Alameda N°609 Rancagua, en adelante **"El Servicio";** y la **Ilustre Municipalidad de Requínoa**, persona jurídica de derecho público, RUT N.°69.081.300-9, representada por su Alcalde don WALDO ANTONIO VALDIVIA MONTECINOS, ambos domiciliados en Comercio N.° 121 Requínoa , quien en adelante se denominará **"La Municipalidad",** se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERO: 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 articulo 6° del Decreto Supremo N° 35, del 26 de diciembre de 2016, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictara la correspondiente resolución.

Por último, se indica, mediante la dictación de Resolución Exenta N° 1858, de fecha 15 de septiembre de 2023, de la Contraloría General de la Republica de Chile, se instaura el uso obligatorio del Sistema de Rendición electrónica de Cuentas (SISREC) por parte de los Servicios Públicos y Municipalidades que transfieren recursos públicos imputados a los subtítulos 24 y 33 del clasificador presupuestario.

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

Dicho Programa ha sido aprobado mediante Resolución Exenta N°34, de fecha 14 de enero de 2025 y cuyos recursos han sido distribuidos, por medio de la Resolución Exenta N° 168, del 18 de Febrero del 2025, ambas resoluciones emanadas del Ministerio de Salud, y que en este acto se entienden conocidas por ambas partes, y que **"La Municipalidad"** se compromete a ejecutar.

TERCERO: De las orientaciones técnicas. El Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar el cumplimiento del Programa según lo siguiente:

1. **ANTECEDENTES**

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.

La etapa de transición demográfica actual del país y las proyecciones de un envejecimiento poblacional sostenido (INE, 2020) justifican el perfeccionamiento de los programas promocionales y preventivos destinados a las personas mayores. Las características de la población de personas mayores de Chile, conocidos los antecedentes de inequidad experimentados por causas sociales, económicas, geográficas, culturales, territoriales, educacionales y de salud, entre otras, posicionan a este grupo como uno relevante dentro de la sociedad, considerando los diversos factores que inciden en la etapa de envejecimiento además de la magnitud de personas mayores. Al 2024 según reporte de la CEPAL, la población de personas de 60 años y más alcanza el 19.6% de la población chilena, estableciéndose un crecimiento sostenido y acelerado de este grupo que proyecta supere el 35% en el año 2060, ubicando a nuestro país como uno de los más envejecidos de la región.

Según la evaluación de Programas Gubernamentales, el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes presenta una buena evaluación en cuanto a eficacia a nivel de resultados intermedios y finales (DIPRES, 2020). La eficacia del programa a través de los resultados obtenidos es consistente con la evidencia para este tipo de intervenciones en los ámbitos de conductas preventivas, práctica de actividad física, estilos de vida saludable, mejora funcional y de calidad de vida, lo que contribuye al fin del programa y se vincula a los Objetivos Estratégicos de Salud, promoviendo el apoyo al envejecimiento activo y destacando que intervenir en esta área es un ahorro para el país. El mismo informe especifica que el Programa, presenta una ejecución presupuestaria perfecta y que existe concordancia entre la estrategia que define el programa y el diseño de las intervenciones, que se comprueba con los buenos resultados obtenidos. Se releva la importancia de abordar a la población objetivo de este programa, la que constituye el 85% de la población de personas mayores beneficiarias de los centros de salud primaria, dada la labor de la atención primaria de salud en la promoción de estilos de vida saludable, autocuidado de salud, control de enfermedades crónicas y mantención o mejora de la condición funcional.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), mediante el impulso de la Década de Envejecimiento Saludable (2021-2030) invita a trabajar en forma colaborativa para mejorar la capacidad funcional para el 2030, considerando la participación de las personas mayores desde el comienzo. La estrategia planteada por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, para abordar el riesgo de pérdida de funcionalidad y sus consecuencias en las personas mayores asociadas a la instalación de la dependencia, es la de un programa de intervención sociosanitaria que realiza estimulación de capacidades funcionales, intervenciones comunitarias e intersectoriales, con enfoque promocional de salud, preventivo de pérdida de capacidad funcional con efectos positivos en aumentar la longevidad activa, prevención de la dependencia, mejora de los estados cognitivos, y fomento del envejecimiento sano, con alta autoestima, actividad cotidiana positiva y un buen vivir.

Se reconoce la autonomía, la participación social y el acceso a los servicios como elementos claves a considerar para el bienestar de la población de personas mayores (Sidorenko A., 2014; OMS, 2002). Estos elementos están contenidos en el diseño original del Programa y dada su evolución a 10 años de iniciado, precisan algunos ajustes en el diseño para su abordaje por parte de los equipos de atención primaria y los gestores de red.

Se ha demostrado que los programas de estimulación con enfoque preventivo y comunitario son efectivos en aumentar la longevidad, mejorar las condiciones crónicas, prevenir la dependencia, mejorar los estados cognitivos, mejorar la funcionalidad y la autoestima, lo cual permite vivir una vida más plena y al sistema de salud actuar preventivamente y con costo efectividad. Se ha demostrado también, que un programa de ejercicios aeróbicos para personas mayores mejora la fuerza y flexibilidad de miembros

superiores, la capacidad aeróbica, el equilibrio y la autoconfianza para caminar por el barrio. En conjunto con lo anterior, los programas de estimulación cognitiva que incorporan las actividades corporales unidas a un claro componente lúdico y social mejoran las capacidades psicosociales de los participantes y abren una línea importante de intervención debido a su buena aceptación (Fuentes M. & Cols, 2009; Vidarte J. & Cols 2012, Rey A. & Cols, 2011).

Por las determinantes sociales que inciden en el nivel de salud de los individuos y las comunidades, la población de personas mayores tiene riesgos de disminución de capacidad funcional. Las necesidades son cada vez más altas y exigentes para quienes envejecen, requiriendo por lo tanto una diversificación de esfuerzos para satisfacerlas. Los bienes y servicios que el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes apoya y otorga, pueden entenderse como derechos económicos y sociales que la sociedad acepta y demanda. Esta preocupación es coherente con el derecho constitucional de acceso a la salud y con los derechos e iniciativas que buscan ampliar e integrar a las personas mayores, promovidos por los convenios internacionales suscritos por el país (DIPRES, Informe FINAL EPG, 2020).

Puesto que la capacidad funcional, puede verse deteriorada por la existencia de factores tanto propios de la persona mayor como del medio en que se desempeña, el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes interviene tanto en factores condicionantes de la funcionalidad a nivel individual, colectivo y de servicios locales, mediante sus componentes, actividades y productos

2. PROPOSITO

Prolongar la autovalencia de las personas mayores para contribuir a mejorar su calidad de vida, mediante el fortalecimiento de capacidades individuales y colectivas para enfrentar el envejecimiento.

3.OBJETIVO

Objetivo General

Mantener o mejorar la condición funcional de la población de 60 años o más beneficiaria de los establecimientos de atención primaria del sector público de salud.

Objetivos específicos

1. Mejorar la 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 Funcional de las personas mayores.

3. Fomentar el desarrollo de la red local para el abordaje del envejecimiento y el Fomento del envejecimiento saludable.

4. Fortalecer las competencias de gestión, técnicas y sanitarias de los Servicios de Salud y de los equipos de atención primaria vinculados a la atención de personas mayores.

4.POBLACIÓN

Personas mayores sobre 60 años inscritas en FONASA

5. ESTRATEGIA

El programa Más Adultos Mayores Autovalentes (Más AMA) corresponde a una intervención promocional y preventiva para las personas de 60 años y más, mediante el trabajo de una red de equipos profesionales que intervienen a las personas mayores, sus

comunidades y las redes de servicios locales, abordando diferentes aspectos involucrados en la condición funcional de las personas mayores como son la práctica de actividad física, prevención de caídas, estimulación cognitiva, habilidades de autocuidado, estilos de vida saludable, y acceso a estrategias locales, mejorando así la capacidad individual, organizacional e intersectorial para enfrentar el envejecimiento y la vejez, considerando, además, las características de cada localidad donde se implementa y los intereses de los participantes.

El Más AMA corresponde a un Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria, el cual contempla la incorporación de una dupla profesional destinada al trabajo promocional y preventivo con personas mayores, en los equipos de salud de atención primaria. Esta dupla profesional está formada por 2 profesionales de la salud en jornada de 44 horas semanales: Kinesiólogo y Terapeuta Ocupacional u otro Profesional de Salud capacitado en caso de demostrarse que no existe disponibilidad del recurso humano señalado. En caso de no existir disponibilidad de Terapeuta Ocupacional, el profesional de salud que se integra a la dupla debe contar con formación de pregrado y/o post grado acorde a sus funciones a realizar en el programa.

El perfil de estos cargos, apunta a un profesional de la salud con conocimientos y competencias para el trabajo comunitario en salud, en los ámbitos promocional y preventivo de salud funcional de las personas mayores, entre las que destacan competencias técnicas comunes para ambos profesionales y propias de cada disciplina y otras competencias y habilidades comunicacionales e interpersonales que faciliten el trabajo al interior de la dupla profesional, con las personas mayores participantes del programa, con el equipo de salud y con el intersector local, que permitan un adecuado trato con las personas ya mencionadas. A su vez, se espera que estos profesionales tengan la capacidad de gestionar soluciones frente a las problemáticas presentadas en el desarrollo del Programa y el fortalecimiento de la red local de trabajo con personas mayores.

Cada establecimiento de APS que desarrolle el programa debe facilitar la integración de la estrategia dentro de la cartera de prestaciones asociadas a la atención de la población mayor, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS). 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.

Resulta fundamental que los equipos que trabajan en cuidado integral de personas mayores conozcan la caracterización de su población, teniendo en consideración por una parte la estratificación que entrega MAIS/ECICEP, la red comunal de protección social y otros elementos sociales de la población, tales como: su historia, nivel socioeconómico, nivel educacional, actividades y roles desarrollados por las personas mayores en sus comunidades. Es importante incorporar en la identificación de las personas mayores a quienes pertenezcan a pueblos originarios, migrantes, quienes se encuentren en territorios aislados, presenten soledad involuntaria, o ejerzan otros roles de mayor riesgo como las personas cuidadoras.

La pertinencia cultural en la atención de salud para personas mayores en el programa Más AMA, debe contribuir a la identificación de las personas indígenas y no indígenas. Como resultado del reconocimiento de la diversidad cultural de la población, las actividades y acciones que se planifiquen nos permitirán valorar los procesos de envejecimiento según la realidad sociocultural y de esa forma, generar los ajustes a los talleres y promover su participación en el fortalecimiento individual, colectivo e intersectorial para abordar el envejecimiento.

La participación e inclusión de las personas mayores, como de sus organizaciones representativas, es una estrategia esencial para fortalecer una red de cuidados comunitarios, multisectoriales e institucionales que forman parte del proceso de elaboración de los planes de trabajo de salud comunitaria de los establecimientos de APS en el contexto de la certificación del MAIS.

6. COMPLEMENTARIEDADES

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:

6.1.1. 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:

> **a. 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.

b. **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.

c. **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.

6.1.2. 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.

Para ello se requiere a nivel de Servicio de Salud, la planificación de horas resguardadas para la referencia técnica para la articulación con Encargado de Programa Vínculos de la SEREMI del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, y para el acompañamiento técnico de la red.

Las especificaciones técnicas para el desarrollo de este Convenio se detallan en la respectiva Orientación Técnica.

6.2. 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.)

7. INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

7.1 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	(N.° de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad) / N.° de total personas que egresan completando ciclo del programa) x 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	(N.° de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según Timed up and Go) / N° de total personas que egresan completando ciclo del Programa) x 100	80%	80%	REM	12.5
	% 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	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	20%	40%	REM	20

		Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en desarrollo en el período/Servicios Locales con oferta programática para personas mayores (total o parcial) en el período) x100				
	Capacitación de Líderes Comunitarios	(N° Organizaciones con Líderes Comunitarios Capacitados por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período/Organizaciones ingresadas al Programa de Estimulación Funcional del programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período) x100	20%	40%	REM	20

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

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

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta agosto	Meta diciembre	Medio de Verificación
N°1	Porcentaje de Personas Mayores que egresan del Programa	(N° de personas mayores que egresan del programa/ N° de personas mayores que ingresan al programa) x100	80%	80%	REM
N°1	Porcentaje de Personas que Mejoran Condición Funcional al egreso del Programa	(N° de personas que mejoran su condición funcional según TUG/N° de personas que egresan del programa completando ciclo) x100	incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	REM
N°1	Porcentaje de Personas que Mejoran Condición Funcional al egreso del Programa	(N° de personas que mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad/N° de personas que egresan del programa completando ciclo) x100	incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	REM

8. MONITOREO Y EVALUACION:

Desde la División de Atención Primaria se comunicará la distribución de recursos del programa, pudiendo el Servicio de Salud realizar una propuesta de redistribución de recursos basada en criterios de equidad y de adecuado acceso al programa en las comunas, y establecimientos de su jurisdicción, la que debe ser consensuada con la División de Atención Primaria.

Se requiere a los Servicios de Salud realizar el seguimiento y monitoreo sistemático de la ejecución del presente programa, estableciendo los compromisos para mejorar las áreas necesarias; todo ello independientemente de acciones específicas que corresponde a los Departamentos de Auditoría. Desde la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, se realizará el monitoreo del desarrollo local del Programa correspondiente a los meses de marzo, agosto y diciembre. En este monitoreo se realizarán las evaluaciones del desarrollo de ambos componentes del programa y se evaluará además en función de los indicadores, productos y medios de verificación.

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:

b. 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.

c. A nivel de Servicio de Salud

1. Propuesta de redistribución de recursos no ejecutados en el primer trimestre. Deberá dar cuenta de 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 y el uso eficiente de los recursos públicos para los fines y actividades establecidas por el programa.
2. Reporte de 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, que incluya nómina de participantes, temáticas abordadas y acuerdos con los equipos y 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).
3. Entrega Plan de Supervisión y Acompañamiento Técnico a los equipos del Más AMA.
4. Entrega del Plan de Formación de Equipos del Más AMA a desarrollar en el año en curso.
5. Estado de avances del Plan de Trabajo con MDSF para implementación Convenio Vínculos Más AMA, comunicado anteriormente a DIVAP.

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.

2. 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:

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%

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

Adicionalmente a la evaluación por Registro Estadístico Mensual, el Servicio de Salud deberá informar del grado de desarrollo de los productos establecidos para 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, entiéndase 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.

CUARTO: De los recursos financieros. **El Ministerio de Salud, a través de** "El Servicio", **conviene en asignar a** "La Municipalidad", **la suma** de $40.014.917.- (cuarenta millones catorce mil novecientos diecisiete pesos), **para el Departamento de Salud de la comuna de Requínoa**, con el objeto de financiar 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 profesional de salud capacitado en caso de demostrarse que no existe disponibilidad del recurso humano señalado y verificando que cumpla con los requisitos mencionados en este Programa.

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. Incluye materiales para ejercicios físicos, cognitivos, para el entrenamiento y la adquisición de habilidades de autocuidado, y elementos tecnológicos y no tecnológicos, como en el caso de compra de licencia ofimática para favorecer y reforzar el aprendizaje de las personas mayores y facilitar el desarrollo de los talleres a modo de presentaciones, archivos, plantillas u otros para el programa. Los medios verificadores para la rendición de este ítem serán boletas, facturas, órdenes de compra y actas de recepción. Incluye la adquisición de materiales para entrega a las personas mayores a fin de dar continuidad a las actividades en su hogar u organizaciones sociales según evaluación del equipo. Además, se considera la opción de utilizar este ítem para financiar elementos destinados a innovación en los talleres de estimulación funcional y autocuidado según los requerimientos de cada territorio.

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 termolaminadora, 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, licencias ofimáticas, entre otros.

Por su parte, **"La Municipalidad"** se obliga a cumplir todos y cada uno de los objetivos del Programa, procediendo a la ejecución de sus acciones para los beneficiarios de la Atención Primaria del sector público de salud, de acuerdo al desglose del monto aludido de traspaso, de la siguiente forma, a saber:

Detalle financiero:

Tabla N° 1:

REQUERIMIENTOS	MONTO	DESCRIPCIÓN Y DETALLE	MEDIOS VERIFICADORES
Recurso Humano	**$ 34.149.168**	-Contratación de 7 duplas profesionales (kinesiólogo/terapeuta ocupacional) en calidad contractual de honorario, contrata, indefinido y/o reemplazo por 12 meses.	• Contrato del Profesional o Nombramiento. • Liquidaciones de sueldo o boletas de honorarios. • Informe de Actividades Mensuales.
Insumos	**$700.000**	Material para las actividades de los talleres de estimulación funcional, tanto para función motora y prevención de caídas, estimulación cognitiva y autocuidado y estilos de vida saludables. Incluye material para ejercicios físicos, cognitivos, entrenamiento y 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	• Boleta o factura • Órdenes de compra cuando corresponda • Actas de recepción.

		talleres. Los medios verificadores para la rendición de este ítem serán boletas, facturas, órdenes de compra y actas de recepción.	
Capacitación de Líderes Comunitarios y Trabajo Intersectorial	**$900.000**	Elementos para facilitar la comodidad de los talleres y capacitaciones de líderes (alimentos saludables, hervidor, bolsos, polera, impresora, termolaminadora, anilladora, etc.). Costo asociado a actividades de difusión y comunicación con los participantes de talleres, con el intersector y actividades de acompañamiento a los líderes comunitarios como materiales de difusión impreso, manuales para líderes, elementos de identificación, entre otros.	-Boletas, facturas. -Órdenes de compra, -Actas de recepción, -Listas de asistencias, -Registros fotográficos. -Plan de formación y capacitación de líderes comunitarios. -Plan de acompañamiento de organizaciones capacitadas.
Movilización	**$ 4.265.749**	Para financiar los gastos asociados a la movilización de la dupla en terreno, el apoyo de la movilización de personas mayores participantes del programa de sectores aislados y de líderes comunitarios capacitados por el programa, además de financiamiento en movilización para asistir a jornadas regionales, macrozonales, nacionales y/u otras instancias en materia del Programa según sea requerimiento y aprobación del Servicio de Salud.	-Bitácoras del móvil. -Junto a esto, se deberá completar la hoja de ruta adjunta en anexo N° 1. -Boletas de factura (compra de pasajes terrestres, aéreos u otros, esto en el caso de jornadas explicadas en la descripción y detalle).
Conmemoración regional de los 10	**$0**	Para financiar los insumos que se requieran en la conmemoración de los 10 años	-Fotos de la actividad
Monto Total Convenio	**$40.014.917.-**		

QUINTO: Los recursos financieros aludidos en la cláusula precedente, serán transferidos por **"El Servicio"**, 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.
Cabe hacer presente que, de acuerdo con lo señalado precedentemente, los comparecientes dejan expresamente establecido que, conforme a lo regulado en el inciso segundo del artículo 18 de la Resolución 30 de 2015 y en el Dictamen N°51.246 de 2016,

ambos instrumentos de la Contraloría General de la República, ***"En caso de existir transferencias en cuotas, no procederá el otorgamiento de nuevos recursos mientras no se haya rendido cuenta de la transferencia anterior".*** En consecuencia, **"El Servicio"** no otorgará nuevos recursos mientras **"La Municipalidad"** no haya rendido cuenta de la transferencia anterior mediante la emisión de un certificado de rendición de cuentas.

SEXTO: **"El Servicio"** podrá requerir a **"La Municipalidad",** los datos e informes relativos a la ejecución del Programa, de sus componentes específicos y del presente convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, en atención a sus prerrogativas y a lo establecido en el artículo 8° de la Ley N°18.575, efectuando una evaluación del mismo con la debida diligencia, oportunidad, simplificación y rapidez, de manera de agilizar toda retroalimentación y corrección en caso de ser necesario.

Sin perjuicio de lo anterior, **"la Municipalidad"** deberá rendir cuenta de las actividades efectuadas, con los respectivos respaldos documentales que correspondan, de acuerdo a lo establecido en la Resolución N°30 del año 2015 de la Contraloría General de la Republica que *"Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas"*. Al respecto dicha Resolución señala en su artículo N°20, que *"Las referidas unidades deberán preparar mensualmente una rendición de cuentas de sus operaciones, dentro de los quince (15) días hábiles administrativos siguientes al mes que corresponda, o en las fechas que la ley contemple*". Asimismo, el artículo 26 de la misma Resolución, señala en su inciso tercero que, el organismo receptor, en este caso **"La Municipalidad",** está obligado a enviar a **"El Servicio"** un comprobante de ingreso por los recursos percibidos y un informe mensual y final de su inversión. El informe mensual deberá remitirse dentro de los quince días hábiles administrativos del mes siguiente al que se informa, y deberá señalar, a lo menos, el monto de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de la inversión y el saldo disponible para el mes siguiente, de acuerdo con el inciso cuarto del artículo 26 de la Resolución N°30 de 2015 de la Contraloría General de la República.

A Raíz de lo anterior, y considerando la Resolución Exenta N°1.858 del 23 de septiembre de 2023 de la Contraloría General de la República, **"La Municipalidad",** quedara obligada en su calidad de ejecutor, a lo siguiente:

a. Utilizar SISREC para la rendición de cuentas a que de lugar el presente convenio, ocupando las funcionalidades que otorga el perfil ejecutor, dando cumplimiento al marco normativo aplicable, incluyendo la preceptiva de la resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la Republica. En relación a lo anterior, **"El Servicio"** solo revisara rendiciones a través de SISREC.
b. Designar a los funcionarios que tengan las calidades de analista ejecutor, encargado ejecutor y su subrogante y ministro de fe en SISREC.
c. Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas con documentación electrónica y digital a través de SISREC. Lo anterior incluye, por ejemplo, habilitación de firma electrónica avanzada del encargado ejecutor, y quien corresponda, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e internet.
d. Custodiar adecuadamente los documentos originales de la rendición garantizando su autenticidad, integridad y disponibilidad para las revisiones de la Contraloría General de la República, en el marco de la normativa legal pertinente.
e. Rendir gastos en forma proporcional a la ejecución técnica del Convenio según define el artículo tercero de este convenio.
f. Ante un gasto observado por parte del **Servicio**, la **Municipalidad** podrá subsanarlo, solo a través de la plataforma SISREC, dentro de un plazo de 10 días hábiles administrativos contados desde la fecha de devolución de la rendición al organismo ejecutor. De no presentar nuevos antecedentes dentro del plazo indicado, o si este es presentado en otro medio o formato que no sea SISREC, la Municipalidad deberá necesariamente eliminar el gasto.

A su vez, **"El Servicio"** quedara obligado en su calidad de otorgante, a lo siguiente:

a. Designar a los funcionarios para perfilarse en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de encargado y analista otorgante.
b. Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas del proyecto con documentación electrónica y digital a través de

SISREC durante el periodo de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para la ejecución del proyecto. Lo anterior incluye, por ejemplo, habilitación de firma electrónica avanzada del encargado ejecutor, y quien corresponda, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e internet.

c. Revisar los gastos ingresados por la comuna dentro de 20 días hábiles de su presentación y dentro de 10 días hábiles para gastos observados, en la medida que la comuna rinda gastos en forma mensual. **"El Servicio"** estará obligado a cerrar el proyecto al término del plazo máximo para rendir que en ningún caso podrá ser superior al ultimo día del mes de marzo del año siguiente.
La obligación de rendir cuenta, señalada en el inciso precedente, subsistirá aun cuando **"La Municipalidad"** ejecute las actividades, a través de la Corporación de Salud, en cuyo caso **"La Municipalidad"**, deberá arbitrar las medidas administrativas que sean necesarias, para que dicha entidad también le rinda cuenta, tanto de los recursos, como de las actividades realizadas.

SÉPTIMO: **"El Servicio"** no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. Por ello, si **"La Municipalidad"** se excede de los fondos destinados por **"El Servicio"** para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante. Asimismo, será responsabilidad de **"La Municipalidad"** velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en los dos establecimientos de salud. Lo anterior, independiente de las atribuciones que le competen al Servicio, en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de eventuales revisiones que pudiese efectuar.

OCTAVO: Para dar estricto cumplimiento a lo establecido en las cláusulas anteriores y en la totalidad del presente convenio, **"El Servicio"**, designa para todos los fines que fueren pertinentes, como responsable técnico y supervisora del Programa a la funcionaria doña Elizabeth González Quinteros de la Dirección de Atención Primaria, y como responsable de la transferencia de los recursos presupuestarios del mismo a don Gerardo Cisternas Soto, Jefe Departamento de Finanzas, o a quienes legalmente les subroguen, quiénes detentarán desde luego las facultades necesarias para lograr los objetivos antes descritos.
No obstante lo anterior, los funcionarios aludidos en su rol encomendado, deberán a lo menos disponer de un monitoreo sobre los gastos involucrados y la eficacia en la ejecución de los objetivos del programa, función que desempeñarán en concordancia con lo previsto en el artículo 26 de la Resolución N°30 de 2015 de la Contraloría General de la República, para cuyo efecto "La Municipalidad" se obliga desde luego a registrar mensual y detalladamente la ejecución de los recursos en el Sistema de Rendición de cuentas de la Contraloría General de la República (SISREC), obligación que para estos efectos recaerá en el Director o Jefe de Salud Municipal según sea el caso, o quien este encomiende, considerando además, las estipulaciones de la cláusula sexta precedente.

NOVENO: Consecuente con lo expuesto precedentemente y para efectos de la rendición de cuentas de los recursos presupuestarios objeto de este convenio, y en todo lo eventualmente omitido en el mismo, **"El Servicio"** conjuntamente con **"La Municipalidad"**, deberán velar y procurar por el estricto cumplimiento de lo establecido en la Resolución N°30, de fecha 11 de Marzo de 2015, que ***"Fija Normas de Procedimiento Sobre Rendición de Cuentas"***, dictada por la Contraloría General de la República, tomada de razón el 24 de Marzo de 2015, por el mismo Órgano Contralor, y demás normas que regulan la materia, instrumentos que en este acto, ambos comparecientes declaran expresa e íntegramente reconocidos y reproducidos para su aplicación y demás fines pertinentes. Al respecto y con la finalidad de abordar integralmente las revisiones y/o rendiciones financieras objeto de la ejecución del programa materia de este convenio, **"El Servicio"** podrá efectuar los procesos inherentes con la misma.

Asimismo, las partes comparecientes del presente convenio, en consideración a que las actividades a desarrollar por la municipalidad estipuladas en el presente instrumento son de continuidad a las ejecutadas el año anterior, no se han interrumpido, revisten un alto grado de relevancia sanitaria y solo tienen efectos beneficiosos para la población a cargo, hacen presente que, los gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación del acto

administrativo que ordena la transferencia y dentro de las fechas de vigencia del convenio, se podrán incluir en la rendición de cuentas, de acuerdo con lo estipulado en el inciso segundo del artículo 13 de la Resolución N°30 del año 2015 del mismo órgano Contralor.

DÉCIMO: El presente convenio de transferencia de recursos, incluidas las modificaciones que regulen las actividades, acciones y gastos del mismo, tendrá una vigencia, en cuanto a la ejecución de las actividades consideradas, sólo a partir del 1 de enero del presente año 2025, hasta el 31 de diciembre del mismo año, debiendo considerarse extendido dicho término de la vigencia, hasta la aprobación de la rendición de cuentas, o bien, hasta la restitución de los saldos no ejecutados, no rendidos u observados por **"La Municipalidad",** y sólo para estos efectos, en concordancia con lo que establece el Dictamen N°92.578 de 2016 de la Contraloría General de la República, si ninguna de las partes manifiesta intención de terminarlo anticipadamente. Si alguna de las partes desea terminar anticipadamente el presente convenio, deberá comunicarlo mediante carta certificada a la otra parte, en un plazo no superior a 30 días, previos a su término.

Las partes dejan constancia que, de acuerdo con lo establecido en el artículo 52 de la Ley sobre Procedimientos Administrativos N°19.880, y que el presente convenio solo tiene efectos beneficiosos respecto de la población beneficiaria; que estas prestaciones se encuentran otorgadas desde antes de la fecha de entrada en vigencia; que no se han interrumpido, es más, dichas acciones de salud se encuentran en ejecución y en desarrollo; y, constando además, que tales acciones no vulneran derechos de terceros, **las prestaciones efectuadas por los Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad referidos en este instrumento, desde la fecha de inicio de la vigencia del presente convenio hasta la completa tramitación de su resolución aprobatoria, se entenderán realizadas dentro de la vigencia del convenio.**

No obstante, lo anterior **"El Servicio"** podrá poner término anticipado al convenio de manera fundada previo informe que, para estos efectos deberá emanar de la Dirección de Atención Primaria, el que deberá dar cuenta del incumplimiento por parte de **"La Municipalidad"** de los objetivos propios del programa o del uso de recursos para fines diferentes a los transferidos y, de ocurrir tal situación se notificará a **"La Municipalidad"**, otorgando a esta última, un plazo perentorio de 30 días para sus eventuales descargos. Sin perjuicio de lo anterior, **"La Municipalidad"** deberá velar por dar estricto y cabal cumplimiento al plazo ya otorgado para la ejecución de los recursos en las metas, componentes y/o estrategias del Programa según sea el caso, habida consideración de la obligatoriedad del cumplimento de la ***"anualidad presupuestaria".***

Prorrogado el presente convenio, **"El Servicio"**, deberá dictar en su oportunidad una resolución que establezca para el nuevo periodo prorrogado, las metas, objetivos, componentes, estrategias u otras que fueren inherentes con el Programa, como asimismo disponer sobre los recursos presupuestarios eventualmente disponibles para el nuevo periodo prorrogado.

Los recursos disponibles y presentes para este año deben ser imputados al Ítem Presupuestario 24.03.298 del Presupuesto vigente 2025 del Servicio de Salud O´Higgins.

UNDÉCIMO: Finalizado el período de vigencia **"La Municipalidad"** deberá restituir los fondos no ejecutados, no rendidos u observados mes a mes, y los fondos remanentes al término de este año presupuestario correspondiente al año 2024, antes del 30 de abril del año siguiente, a rentas generales de la Nación. A su vez, **"El Servicio"** realizará informe evaluativo técnico financiero que dará a conocer a la comuna y donde podrá requerir una restitución de fondos mayor a lo no realizado por la comuna, si correspondiere, ello en concordancia de lo establecido en el Dictamen N°92.578, de 2016, de la Contraloría General de la República.

DUODÉCIMO: Conforme el inciso final del artículo 25 de la Ley de Presupuestos del sector público correspondiente al año 2025 y por tratarse de un programa que se ejecuta con transferencias a la I. Municipalidad ya individualizada anteriormente, se celebrarán los siguientes contratos para el cumplimiento de sus objetivos y componentes:

ESTABLECIIENTO	Profesión	Calidad contractual
DEPARTAMENTO DE SALUD	KINESIOLOGO	PLAZO FIJO (Ley 19.378)
	ENFERMERA	PLAZO FIJO (Ley 19.378)

**Se hace presente que la contratación a honorarios del profesional aludido, se debe a que, por instrucción expresa de la Resolución N°34 de fecha 14 de enero de 2025 del Ministerio de Salud, que Aprueba el Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes, se requerirá a dicho profesional para su específico cometido y por un plazo determinado y señalado en el recuadro anterior.* Las partes de este convenio establecen que, en caso de ausentismo o de no contar con el recurso humano mínimo para cumplir con los objetivos del programa, se podrá contratar funcionarios en calidad jurídica a Honorarios y cumplir de este modo, con los objetivos sanitarios establecidos en el presente convenio.

DÉCIMO TERCERO: Complementario a lo expuesto en las cláusulas novena, los comparecientes, desde luego, se obligan a cumplir estrictamente lo establecido en el Artículo N° 13 de la Resolución Nº 30, de fecha 11 de Marzo de 2015, que ***"Fija Normas de Procedimiento Sobre Rendición de Cuentas"***, dictada por la Contraloría General de la República, tomada de razón el 24 de Marzo de 2015, por el mismo Órgano Contralor, que establece: ***" Solo se aceptarán como parte de la rendición de cuentas los desembolsos efectuados con posterioridad a la total tramitación del acto administrativo que ordena la transferencia. En casos calificados, podrán incluirse en la rendición de cuentas gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación, siempre que existan razones de continuidad o buen servicio, las que deberán constar en el instrumento que dispone la entrega de los recursos",*** ello fundado en la oportunidad y la forma mediante la cual el Ministerio de Salud transfiere efectivamente los recursos presupuestarios a **"El Servicio"** , y, a su vez, en la oportunidad con la que este transfiere a los diferentes Municipios, como en el caso de este convenio, situación que, sin duda, genera una serie de dificultades tanto administrativas como de ejecución de los diferentes componentes o estrategias del Programa, que de hecho deben ser permanentemente asumidas por los comparecientes, solo con la finalidad de no perjudicar, entorpecer o menoscabar las necesidades propias de salud que requieren los beneficiarios de **"La Municipalidad"**, agregado a que los comparecientes, conforme su investidura pública, deben procurar y velar por la continuidad y servicialidad de los entes de salud, ello también conforme lo consigna la Ley N°18.575, en el sentido que se debe actuar por iniciativa propia, en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación de sus trámites.

Por todo lo anterior, las partes de este convenio consideran como un caso calificado de los señalados en el inciso segundo del artículo transcrito y que hace aplicable aquel precepto, las rendiciones de gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación del presente convenio y del acto administrativo que aprueba la transferencia de fondos.

DÉCIMO CUARTO: La Personería de don Jaime Gutiérrez Bocaz, para representar al Servicio de Salud O´Higgins, en su calidad de director, consta en el Decreto Afecto N° 05, de fecha 2 de marzo de 2023, del Ministerio de Salud. La personería de don WALDO ANTONIO VALDIVIA MONTECINOS, para representar a la Ilustre Municipalidad de Requínoa, en su calidad de alcalde, consta en Decreto Alcaldicio Nº4716, de fecha 06 de diciembre de 2024, de la I. Municipalidad de Requínoa.

DÉCIMO QUINTO: Para todos los efectos derivados del presente convenio, las partes fijan domicilio en Rancagua y se someten a la jurisdicción de sus Tribunales.

DÉCIMO SEXTO: El presente convenio se firma en dos ejemplares de idéntico tenor y fecha, quedando uno en poder de **"La Municipalidad"**; uno en la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud y los restantes en poder de **"El Servicio" en copias digitalizadas.**

SERVICIO DE SALUD DIRECTOR O'HIGGINS

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE REQUINOA ALCALDE

JAIME GUTIERREZ BOCAZ
DIRECTOR
SERVICIO SALUD O'HIGGINS

WALDO ANTONIO VALDIVIA MONTECINOS
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE REQUINOA