ILUSTRE MUNICIPALIDAD
COMUNA DE
LA LIGUA

SECRETARÍA MUNICIPAL

DECRETO ALCALDICIO N° 1481

LA LIGUA, 24 JUN 2026

MAT.: Convenio Programa Más Adultos Mayores Autovalentes

VISTOS:

1. Las facultades contenidas en la Ley N° 18.695, "Orgánica Constitucional de Municipalidades", y sus modificaciones posteriores.
2. La Resolución N° 36, del 2024, y N° 3, del 2026, de la Contraloría General de la República, que fija normas sobre exención del trámite de toma de razón.
3. La Sentencia de Proclamación, de fecha 30 de noviembre de 2024, del Tribunal Electoral Regional de Valparaíso, que proclama como Alcalde de la Ilustre Municipalidad de La Ligua al Sr. Patricio Pallares Valenzuela.
4. Decreto Alcaldicio N° 10121, de fecha 31 de diciembre de 2025, que designa subrogancia del Sr. Alcalde.
5. Decreto Alcaldicio N° 1135, de fecha 31 de enero de 2024, que designa subrogancia en la Secretaría Municipal.
6. Resolución Exenta N° 2740, de fecha 31 de marzo de 2026.
7. Convenio Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, de fecha 19 de marzo de 2026.

CONSIDERANDO:

1. Que, con fecha 19 de marzo de 2026, la Ilustre Municipalidad de La Ligua y el Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota suscribieron Convenio Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

2. Que, dicho Convenio fue aprobado por Resolución Exenta N° 2740, de fecha 31 de marzo de 2026, del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota.

Por tanto, y en atención a las consideraciones pretéritamente expuestas,

DECRETO:

1. APRUÉBESE Y RATIFÍQUESE el Convenio Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, de fecha 19 de marzo de 2026, suscrito entre la Ilustre Municipalidad de La Ligua y el Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota.

2. DÉJESE CONSTANCIA que el texto del convenio forma parte integrante del presente Decreto.

3. IMPÚTESE el gasto que pueda generar el presente Decreto al ítem que corresponda del presupuesto vigente del Departamento de Salud Municipal.

4. TÉNGASE PRESENTE que, en virtud del artículo 52 de la Ley N° 19.880, lo dispuesto en el punto 1 del presente acto administrativo rige con efecto retroactivo ya que produce consecuencias favorables para los interesados y no lesiona derechos de terceros.

ANÓTESE, REGÍSTRESE Y ARCHÍVESE.

ILUSTRE MUNICIPALIDAD SECRETARIA MUNICIPAL DE LA LIGUA

María Ignacia Ibacache Gallardo
SECRETARIA(O) MUNICIPAL

I. MUNICIPALIDAD DE LA LIGUA ALCALDE

Felipe Morales Ossio
ALCALDE (S)

DISTRIBUCIÓN:
- DESAM
- DAF
- Oficina de Partes
- Correlativo

PPV/MIG.-

RECIBIDO
19 JUN 2026
CONTROL
A.M. P.M.
17:50

RECIBIDO
17:27
22 JUN 2026
ALCALDIA
A.M. ✓ P.M.

RECIBIDO
10:35
24 JUN 2026
SECRETARIA MUNICIPAL
A.M. P.M.

I. MUNICIPALIDAD CONTRALOR MUNICIPAL(S) LA LIGUA

EXAMINADO
22 JUN 2026
CONTRALORIA LALIGUA

INT. N°264/2026 - LA LIGUA

Correlativo: 2740 / 31-03-2026

Documento firmado por:

Nombre	Establecimiento	Cargo
Haroldo Enrique Faúndez Romero	DIRECCIÓN SSVQ	Director (s) Servicio de Salud

Documento visado por:

Nombre	Establecimiento	Cargo
Hernan Alberto Montiel Peralta	DIRECCIÓN SSVQ	Profesional Y Técnico Universitario
Rodrigo Alexis Fernández Navarrete	DIRECCIÓN SSVQ	Director Aps
Nicolás Alberto Guzmán Mora	DIRECCIÓN SSVQ	Abogado
Christian Arturo Cárdenas Silva	DIRECCIÓN SSVQ	Referente APS

I. MUNICIPALIDAD DE LA LIGUA
OFICINA DE PARTES
08 JUN 2026
Folio: 045
Inc.:

RECIBIDO
08 JUN 2026
SECRETARÍA MUNICIPAL

Verificar: https://verificar.ssvq.cl/

Folio: 1JL-2OS-FM8

Código de verificación: 3XJ-Q4H-PZT

Documento Firmado Digitalmente SSVQ

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD
VIÑA DEL MAR - QUILLOTA - PETORCA
DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA
INT. N°264 de fecha 30.03.2026

RESOLUCION EXENTA N° (E)

VIÑA DEL MAR,

VISTOS:

- Lo dispuesto en la Ley N°18.575 sobre Bases de la Administración del Estado, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N°1/19.653, publicado con fecha 17 de noviembre de 2001. Lo dispuesto en el DFL N°29 (Hacienda), publicado con fecha 16 de marzo de 2005, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N°18.834, sobre Estatuto Administrativo. Lo dispuesto en la Ley N°19.880 que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado. Lo dispuesto en la Ley N°19.378 de 1995 que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, y el Decreto Supremo N°118 de 2007, del Ministerio de Salud. La Resolución N°36/2024 y Resolución N°3/2026, ambas de la Contraloría General de la República, que fija Normas sobre Exención del Trámite de Toma de Razón. Las facultades que al suscrito otorgan el D.F.L. N°1/2005 (Salud), publicado en el Diario Oficial con fecha 24 de abril de 2006, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2763, de 1979 y de las Leyes N°18.933 y N°18.469; DL N°1.263, del año 1975; Ley N°21.796 de fecha 12 de diciembre de 2025, que fija el presupuesto nacional para el año 2026. La Resolución Exenta RA 120950/302/2024 del S.S. Viña del Mar-Quillota-Petorca; conjuntamente con los Decretos Supremos N°140/2004, N°26/2025 y N°24/2025, del Ministerio de Salud. Ley N°21.784/2025 que modifica la denominación del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca.

CONSIDERANDO:

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

2. Que, el referido programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°296 del 05 de marzo de 2026.** La distribución de recursos es aprobada e informada mediante **Resolución Exenta N°193 del 13 de febrero de 2026,** ambas del Ministerio de Salud; esta última distribuye los recursos financieros del programa en base a la Ley de presupuesto vigente del año 2026, y que la municipalidad declara conocerlos y se compromete a ejecutar conforme a sus componentes.

3. Que, conforme con lo señalado precedentemente, el Ministerio de Salud a través del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca, conviene en transferir a la I. **Municipalidad de La Ligua** como entidad administradora de salud municipalizada, los recursos destinados a implementar el **Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes".**

4. El Convenio suscrito con fecha 19 de marzo de 2026, entre el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca y la **I. Municipalidad de La Ligua**, en virtud del cual la I. Municipalidad se compromete a desarrollar el **Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes"**.

RESUELVO:

1. **APRUÉBESE,** el convenio celebrado con fecha 19 de marzo de 2026, entre el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca y la **I. Municipalidad de La Ligua** en virtud del cual ésta se compromete a desarrollar el **Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes"**.

2. **CÚMPLASE,** de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución N°36/2024 y Resolución N°3/2026, ambas de la Contraloría General de la República, con la transcripción íntegra del Convenio que se aprueba en este acto y cuyo tenor es el siguiente:

En Viña del Mar, a 19 de marzo de 2026, entre, por una parte, el **SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA-PETORCA**, RUT 61.606.600-5, persona jurídica de derecho público. representado por su Directora doña **ANDREA QUIERO GELMI**, chilena, matrona, C.I N° ambos con domicilio en calle Von Schröeders N°392, ciudad y comuna de Viña del Mar, en adelante el "Servicio"; y, por la otra, la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LA LIGUA**, RUT 69.050.100-7, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Calle Diego Portales N°555 , ciudad y comuna de La Ligua, representada por su Alcalde don **PATRICIO PALLARES VALENZUELA,** chileno, funcionario público, C.I. N° de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar el siguiente convenio:

ANTECEDENTES:

El Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca es un órgano de la Administración del Estado, funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio que, coordinadamente tiene a su cargo la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial de su jurisdicción, para la ejecución de acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas. Tiene como misión ser una red integrada y continua, que brinda servicios asistenciales, de prevención de la enfermedad y de promoción de hábitos saludables; enfocada en satisfacer las demandas en salud de su población, con la atención profesional y humana de sus funcionarios, con eficiencia y calidad, incorporando la participación vinculante de los usuarios, en la mejor gestión de los recursos disponibles.

La Ilustre Municipalidad de La Ligua es una corporación autónoma de derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio; es el organismo encargado de la administración local de la comuna de La Ligua, en la Región de Valparaíso, Chile. Su principal objetivo es velar por el desarrollo y bienestar de sus habitantes, así como la gestión de los recursos y servicios públicos de la ciudad, pero también, busca como visión institucional desarrollar una comuna más inclusiva, solidaria y cohesionada, disminuyendo las desigualdades, brechas e inequidades por motivos asociados al estrato económico, étnicos y raciales, territoriales, de género y aquellos relacionadas con las diferentes etapas del ciclo de vida de las personas, así como la discapacidad, el estatus migratorio, la orientación sexual y la identidad de género.

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 artículo 4° del Decreto Supremo N°21 del 24 abril 2025, 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".

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 **Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes"**.

El referido programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°296 del 05 de marzo de 2026.** La distribución de recursos es aprobada e informada mediante **Resolución Exenta N°193 del 13 de febrero de 2026,** ambas del Ministerio de Salud.

TERCERO: 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:

1. **OBJETIVO GENERAL**
   Prolongar la autovalencia de las personas mayores para contribuir a mejorar su calidad de vida, mediante el fortalecimiento de capacidades individuales y comunitarias desde la Atención Primaria de Salud para enfrentar el envejecimiento.

1. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**
   a. 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, que se encuentran en condición de autovalencia, autovalencia con riesgo o riesgo de dependencia, conforme a la clasificación funcional vigente, y que presentan necesidades susceptibles de abordaje mediante intervenciones promocionales y preventivas orientadas a la mantención de la capacidad funcional y la prevención de la dependencia.
   a. Fortalecer capacidades individuales, comunitarias y territoriales para enfrentar el envejecimiento, incorporando explícitamente el abordaje de la soledad y el aislamiento social
   b. Capacitar líderes comunitarios de las organizaciones sociales locales en autocuidado y estimulación funcional de las personas mayores
   c. Fomentar el desarrollo de la red local para el abordaje del envejecimiento y el fomento del envejecimiento Activo y positivo

2. **COMPONENTES**

a. Componente 1: INTERVENCIÓN SOCIOSANITARIA PROMOCIONAL Y PREVENTIVA PARA MANTENER Y/O MEJORAR LA CAPACIDAD FUNCIONAL

Este componente tiene por objetivo contribuir a la mantención y/o mejora de la capacidad funcional de las personas mayores mediante intervenciones grupales de carácter promocional y preventivo, orientadas a la estimulación funcional motora y cognitiva, así como al fortalecimiento de habilidades de autocuidado en salud. Está dirigido a personas mayores derivadas desde los establecimientos de Atención Primaria de Salud, servicios locales, organizaciones sociales de personas mayores, formales e informales, y desde la propia comunidad, priorizando a quienes no han participado previamente en el programa.

La intervención se desarrolla a través de talleres grupales facilitados por una dupla profesional, con apoyo del equipo de salud y actores locales según las necesidades identificadas, integrando de manera articulada componentes físicos, cognitivos y de autocuidado. El componente considera evaluaciones de ingreso y egreso, mecanismos de seguimiento y una evaluación participativa, y contempla modalidades

de implementación flexibles en contextos rurales o zonas aisladas, resguardando el acceso, la pertinencia territorial y la centralidad del cuidado en las personas mayores.

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

Composición y desarrollo de las sesiones:

Dura 3 meses e implica dos sesiones mixtas semanales de 90 a120 minutos de duración cada una, facilitadas por una dupla profesional formada por un(a) kinesiólogo y un(a) terapeuta ocupacional u otro profesional de salud capacitado. Estas 24 sesiones mixtas, incluyen una sesión de estimulación de funciones motoras y prevención de caídas, y una sesión de estimulación cognitiva o de autocuidado de salud.

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

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.

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

Continuidad de la estimulación funcional y autocuidado en el hogar:

Debe existir la continuidad de la estimulación funcional y autocuidado en el hogar, para que las personas mayores realicen actividades en sus hogares para reforzar los contenidos y aprendizajes desarrollados en las sesiones, de acuerdo con sus intereses y con pertinencia cultural y territorial, de acuerdo con el principio de Cuidado Centrado en la Persona (MAIS).

Conformación de los grupos:

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

Evaluación:

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

Este componente contempla además una evaluación participativa realizada a través de una **encuesta de cierre de ciclo** que permite conocer respecto a los aprendizajes alcanzados con el programa y para determinar aquellos aspectos facilitadores o barreras para su participación en el programa, con la finalidad de mejorar el desarrollo local de este.

Desde el año 2026, se agrega la evaluación de la intervención del Componente 1 el Cuestionario de la OMS (cinco) Índice de Bienestar (versión 1998) denominado también WHO 5. Para efectos de definir mejora de Bienestar se ha determinado que en la comparación pre y post intervención exista mejora en al menos un dominio del bienestar integral en salud según WHO 5.

Actividades:

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

La actividad de Ingreso puede realizarse en la primera sesión mixta del componente y comprende la valoración funcional inicial de ingreso al programa, efectuada con la escala HAQ-8 modificada para el programa y el Test Timed Up and Go, cuyos resultados serán registrados en el instrumento diseñado para ello y que permita la comparación con los resultados al egreso del programa. Se incorpora desde el año 2026 además, la aplicación del cuestionario OMS (cinco) Índice de Bienestar (versión 1998)

Egreso: Luego de haber completado la intervención sociosanitaria (24 sesiones mixtas), las personas mayores serán egresadas del Programa y vinculadas a la red local capacitada en Estimulación Funcional y Envejecimiento Saludable, según sus intereses. El equipo debe asegurarse de generar egresos efectivos del programa y buscar formas de inserción de quienes hayan completado el ciclo, en otras instancias que favorezcan la cohesión social y la creación de redes sociales donde puedan participar.

En el egreso se evaluará a la persona mayor con la escala HAQ-8 modificada para el programa y la prueba Timed Up and Go, junto con la aplicación del cuestionario OMS (cinco), Índice de Bienestar (versión 1998).

MODIFICACIÓN DE LA MODALIDAD DE EJECUCIÓN DEL PROGRAMA Y AJUSTES EN EL COMPONENTE 1

Frente a la existencia de condiciones que limiten el desarrollo presencial del programa según la anterior descripción, se deberá promover la adaptación de las formas de contacto y realización de los talleres del Programa en otros formatos. Se valida la posibilidad de realizar acciones a distancia mediante el uso de dispositivos tecnológicos, manteniéndose la frecuencia de las actividades e idealmente su duración según las posibilidades locales.

En caso de localidades con acceso limitado por medios remotos (por déficit en acceso a equipo, niveles deficitarios de alfabetización digital, limitación de datos móviles, entre otros), es posible modificar la ejecución de las actividades del programa, mediante la entrega de material para el autocuidado y estimulación funcional en formato físico a los participantes, para el desarrollo de actividades en el hogar. Dentro de esto, se reconoce la opción de entregar manuales o cuadernillos y materiales para actividades a las personas mayores, con las correspondientes acciones de seguimiento por parte del equipo de salud.

Según las posibilidades de cada localidad se puede desarrollar el programa combinando actividades remotas con la entrega de material para el desarrollo en forma

individual por parte de la persona mayor en el hogar y otras actividades para el logro de los objetivos del programa en forma excepcional cuando las condiciones epidemiológicas no permitan la actividad presencial o cuando las personas residan en lugares aislados sin posibilidad de reunirse para los talleres. **Estas excepciones deben ser informadas y respaldadas ante el Servicio de Salud respectivo, quien validará la pertinencia de las mismas, de acuerdo a la evaluación y acompañamiento técnico permanente realizado por el Servicio de Salud a las duplas del programa y equipos de APS en general.**

Para el Ingreso al Programa, cuando éste se encuentre desarrollando acciones remotas por limitación de las actividades presenciales, se utilizará el Cuestionario de Ingreso Remoto al Programa, el que deberá enmarcarse dentro de las acciones de continuidad de atención para las personas mayores por parte de los establecimientos de APS que ejecuten el Programa, facilitando las derivaciones pertinentes en caso de pesquisa de situaciones que ameriten atención por parte del equipo de salud y que no reemplaza el Examen de Medicina Preventivo. Para la evaluación de ingreso y egreso remoto se establece la utilización del Cuestionario de Funcionalidad HAQ-8 modificado para el Programa, no siendo posible la aplicación del Test Timed Up and Go por su aplicación presencial.

El Registro de las Actividades Remotas del Componente 1 se mantiene en el REM Serie A, habiéndose homologado las actividades remotas con las presenciales cuando cumplan con las características de objetivos, frecuencia y duración establecida para las actividades presenciales.

Se establece dentro de las actividades para promover la continuidad de la intervención, las relacionadas con acompañamiento de las personas mayores, por vía telefónica, radial, de redes sociales, u otras actividades de APS como la visita domiciliaria. Se indica la complementariedad de las actividades del programa dentro de las dispuestas en cada centro de salud, para favorecer el seguimiento de las personas mayores y la adherencia a los cuidados consensuados con el equipo de salud.

Si existen situaciones de fuerza mayor que impliquen modificar las actividades afectando el rendimiento y la organización habitual del trabajo del programa, se deberá presentar un Plan de Trabajo al Servicio de Salud correspondiente, incorporando el desarrollo de los dos componentes del programa, para su aprobación. En este Plan es posible considerar un eventual ajuste en las metas de cobertura, el que debe ser consensuado con la División de Atención Primaria.

a. **Componente 2: FOMENTO DEL AUTOCUIDADO Y ESTIMULACIÓN FUNCIONAL EN LAS ORGANIZACIONES SOCIALES Y SERVICIOS LOCALES PARA EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE**

   Apunta a reconocer necesidades y capacidades locales mediante un proceso de Capacitación de Líderes Comunitarios para el Autocuidado y Envejecimiento Saludable. Es liderado por la dupla del programa, considera la participación del equipo de APS y del intersector local. Incluye acciones de acompañamiento por parte del equipo del programa a los líderes comunitarios en el marco de los diagnósticos y planes de salud comunitaria vigentes en los establecimientos de APS.
   Además, en este componente se formulan Planes de Trabajo Intersectorial para el Fomento del Envejecimiento Saludable, en coherencias con los planes de salud comunitaria, 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.

Este componente propone una intervención en la red local para fomento del envejecimiento activo y positivo.

1. **Organización de la información para la gestión local.**

Se espera que las comunas o establecimientos, desarrollen:

- **Catastro de Organizaciones Locales Actualizado de personas mayores o destinadas al trabajo con personas mayores**, que identifique las organizaciones en cuanto a su perfil organizacional y relación con el Programa. Como ejemplos de organizaciones se considera una agrupación de personas mayores, club de adulto mayor, centro de madres, club deportivo, etc. Este catastro debe ser actualizado en forma anual por el programa, de modo de tener actualizados los datos sobre vigencia y contacto 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.

- **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.

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

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

1. **Diagnóstico Participativo sobre las necesidades y propuestas de capacitación de líderes comunitarios**

Dentro del desarrollo progresivo de obtención de información y propuestas de intervención en promoción y prevención de salud, junto a la comunidad, se realizará el Proceso de Diagnóstico Participativo, el que deberá tener como mínimo las siguientes etapas desarrolladas y actualizadas para un período de tiempo máximo de dos años:

- **Diagnóstico Situacional:** Que mediante el análisis de los antecedentes sociodemográficos y sanitarios más relevantes para 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.

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

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

  Se recomienda que los Planes de Capacitación consideren dos años de trabajo con las organizaciones y los Líderes Comunitarios mediante acciones de capacitación, seguimiento y acompañamiento técnico. Se deberán ajustar estos planes frente a nuevas necesidades identificadas por las personas mayores y situaciones contingentes. Las actividades de capacitación, seguimiento y acompañamiento de los Líderes Comunitarios se realizan en forma continua dentro del año de ejecución del Programa.

2. **Diseño y ejecución de estrategias locales para el Fomento del Autocuidado y Estimulación Funcional en la Red Local**

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

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

  Por otra parte, se deben planificar y ejecutar actividades de acompañamiento a los líderes y capacitados por el programa y sus organizaciones, para actualizar

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

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

  Las necesidades planteadas 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 los sectores, que debe contar con planificación de actividades y determinación de recursos, monitoreo de las mismas que evidencian el progreso en el área abordada y una evaluación que informe sobre los resultados alcanzados. Se espera que anualmente se ejecuten y evalúen los Planes Intersectoriales por parte de los servicios involucrados y con representantes de personas mayores participantes del programa.

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

MODIFICACIÓN DE LA MODALIDAD DE EJECUCIÓN DEL PROGRAMA Y AJUSTES EN EL COMPONENTE 2

Frente a la existencia de condiciones que limiten el desarrollo presencial del programa según la anterior descripción, se deberá promover la adaptación de las formas de contacto y realización de las actividades del Componente 2. Se valida la posibilidad de realizar acciones a distancia mediante el uso de dispositivos tecnológicos y otras actividades que permitan el logro de los productos y el contacto con Líderes Comunitarios e Intersector para el desarrollo adaptado del componente (Visita domiciliaria, contacto por teléfono, radio, redes sociales, otros)

Las organizaciones que cuentan con Líderes Comunitarios Capacitados por el Programa y de Servicios Locales con Planes Intersectoriales para el fomento del envejecimiento activo y positivo, independiente del formato de realización (presencial o a distancia) mantiene su registro en el REM serie A, dada lo homologación de actividades de capacitación de Líderes y Planificación Intersectorial remotas y presenciales.

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

b. Componente 3: CONEXIÓN SOCIAL DE PERSONAS MAYORES EN LOS TERRITORIOS

Este componente tiene por objetivo fortalecer la conexión y cohesión social de las personas mayores en los territorios, promoviendo tanto la vinculación entre personas mayores (redes de pares y apoyo mutuo) como su articulación efectiva con recursos, activos comunitarios y redes locales, como parte del cuidado integral y continuo en la Atención Primaria de Salud. Se orienta a favorecer la integración social, la participación comunitaria y la equidad en el acceso a servicios, contribuyendo a la mantención y sostenibilidad de los aprendizajes fortalecidos en los componentes anteriores.

Para ello, se promueve la identificación, articulación y recomendación social de activos comunitarios disponibles en los territorios, tales como organizaciones sociales, espacios comunitarios, iniciativas locales y servicios intersectoriales relevantes para las personas mayores, así como el desarrollo y fortalecimiento de espacios grupales y comunitarios que favorezcan la interacción, el apoyo entre pares y el sentido de pertenencia, integrándolos de manera habitual en las estrategias de promoción y participación en la Atención Primaria de Salud.

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

4.1. Productos esperados del desarrollo del Componente 1:

1. Ingresos al programa deben cumplir con los criterios, no existiendo ingresos de personas sin los criterios de inclusión. Verificador: Nómina de ingresos y Fichas Clínicas.

2. El programa funciona en forma continua y con la calidad de atención, no existiendo interrupción del acceso de las personas mayores al programa, por falta de recurso humano o porque los profesionales se han destinado al desarrollo de otras actividades ajenas al programa. Verificador: Listados de asistencia, Programación de talleres, Fichas Clínicas con registros de ingresos, REM.

3. El componente se desarrolla en ciclos de 24 sesiones mixtas con frecuencia de 2 sesiones semanales. No se determina arbitrariamente a nivel local su disminución en cuanto a período de tiempo y frecuencia. Verificador: Programación de talleres, Pauta de supervisión y acompañamiento técnico del programa, carné de citaciones entre otros.

4. Las personas egresadas del programa completan ciclo participando de las 24 sesiones que establece este componente. En caso de que las personas presenten inasistencias durante el ciclo cumplen con al menos 20 sesiones. Verificador: Ficha Clínica, Programación de talleres, Nómina de participantes y asistencia.

5. Evaluación de cierre de fin de ciclo para incorporación de mejoras en el componente 1. En cada cierre de ciclo de intervención a cada grupo, se evalúa percepción de aprendizaje por parte de las personas mayores y elementos de confort de las sesiones. Verificador: Encuestas aplicadas, Plan de Mejora del programa resultante de esta evaluación.

6. Protocolo de Procedimientos para el Manejo de Eventos Centinelas, Eventos Adversos y descompensaciones u otras situaciones de salud pesquisadas en las actividades del programa, formulado y validado con los centros de salud y servicios de urgencia respectivos, que opere frente a los eventos descritos y considerando su ocurrencia en espacios comunitarios y territorios extramurales. Este protocolo debe encontrarse incorporado en el protocolo general del centro de salud. Verificador: Documento validado por los representantes de los servicios involucrados, y evaluación del mismo por el centro de salud.

7. Esquema de atención y cuidado integral de personas mayores en los centros de salud incluye al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, según descripción presentada anteriormente. Verificador: Esquema presente en los centros de salud y conocido por todo el equipo de salud, documentación de actividades de formulación y difusión de esquema en el centro de salud.

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

3.2. Productos esperados del desarrollo del Componente 2:

1. Participación del equipo de salud liderado por el Más AMA en actividades de coordinación intersectorial. Verificador: documentación de actividades y Planes Intersectoriales. Se recomienda que los Planes de Trabajo Intersectorial consideren en su diseño un período de ejecución de dos años dependiendo del nivel de relación entre el programa o centro de salud y el servicio local.

2. Organizaciones Sociales Locales de y para personas mayores son reportadas en el Catastro de Organizaciones Sociales: El Catastro de Organizaciones Sociales da cuenta del N° y perfil de Organizaciones existentes a nivel local.

3. Servicios locales con oferta programática para personas mayores se incluyen en el Catastro de Servicios Locales y son ingresados al Programa: El Catastro de Servicios Locales con oferta programática para personas mayores da cuenta de los servicios existentes a nivel local.

4. Mapa de Red Local y/o Esquemas de integración Sociosanitarios Locales: elemento construido en forma colaborativa que cumpla funciones de entrega didáctica de información para apoyo al equipo del centro de salud (y otros servicios) para el cuidado sociosanitario de personas mayores, gestiones con organizaciones sociales y servicios locales. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años

5. Guía u otro elemento para usuarios personas mayores u organizaciones sociales, de construcción participativa, que mencione los servicios disponibles para personas mayores en cada territorio y su caracterización. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.

6. Diagnóstico Situacional y Diagnóstico Participativo para: definición de necesidades de capacitación de Líderes Comunitarios en Autocuidado y Estimulación Funcional diseñado y/o evaluación del Proceso de Capacitación de Líderes Comunitarios. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años. Verificador: Informe Diagnóstico Participativo y documentación de ejecución de actividades.

7. Plan de Capacitación de Líderes Comunitarios ejecutado anualmente. Se recomienda que los Planes de Capacitación consideren dos años de trabajo con las organizaciones y los Líderes Comunitarios mediante acciones de capacitación, seguimiento y acompañamiento a las organizaciones con Líderes Comunitarios capacitados por el Programa. Se deberán ajustar estos planes frente a nuevas necesidades surgidas de información actualizada entregada por las personas mayores o pesquisadas por el equipo del programa, en caso de ser necesario. Verificador: Plan de Capacitación y documentación de ejecución de actividades.

3.3. Productos esperados del desarrollo del Componente 3

- Participación en actividades diagnósticas de necesidades de capacitación a nivel de Servicio de Salud, Macrozonal y Nacional.

- Participación de las duplas del programa Más Adultos Mayores Autovalentes (equipos de atención directa del programa, financiados con recursos del mismo) en las actividades de difusión, capacitación, acompañamiento técnico y evaluación a nivel de Servicio de Salud, Macrozona o Nacional, presenciales y remotas.

- Otras determinadas por el Servicio de Salud.

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

CONSIDERACIONES PARA EL LOGRO DE LOS PRODUCTOS:

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

El programa Más Adultos Mayores Autovalentes (Más AMA) corresponde a una intervención promocional y preventiva dirigida a personas de 60 años y más, implementada mediante el trabajo de una red de equipos profesionales que intervienen a las personas mayores, sus comunidades y las redes de servicios locales. La estrategia aborda de manera integral los distintos aspectos involucrados en la capacidad funcional, tales como la práctica de actividad física, la prevención de caídas, la estimulación cognitiva, el fortalecimiento de habilidades de autocuidado, la promoción de estilos de vida saludables y el fortalecimiento de la conexión social, tanto a través de la vinculación entre personas mayores como mediante el acceso a estrategias y recursos locales. De este modo, se contribuye al fortalecimiento de las capacidades individuales, organizacionales e intersectoriales para enfrentar el envejecimiento y la vejez, considerando las características de cada territorio y los intereses de las personas participantes.

Asimismo, el programa contempla el trabajo articulado con organizaciones sociales, servicios locales y la comunidad en general para la promoción del envejecimiento saludable, fortaleciendo la inserción territorial de las personas mayores y su participación en espacios colectivos significativos. Este enfoque contribuye a la generación y sostenibilidad de vínculos sociales, al sentido de pertenencia y a la continuidad del cuidado, reforzando el rol de la Atención Primaria de Salud como articuladora del cuidado integral en el territorio.

El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes corresponde a un Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud, 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. Se recomienda que dicha dupla esté conformada por un/a Kinesiólogo/a y un/a Terapeuta Ocupacional, ambos en jornada de 44 horas semanales. En aquellos casos en que no exista disponibilidad del recurso humano señalado, se podrá solicitar al Servicio de Salud correspondiente que la dupla será conformada por otro profesional de la salud, siempre que cuente con formación de pregrado y formación afín o acorde a las funciones a desarrollar en el programa, particularmente en ámbitos relacionados con la promoción de la salud, la prevención de la pérdida de capacidad funcional, el trabajo comunitario y el envejecimiento saludable.

En este marco, el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, como parte de la Atención Primaria de Salud, contribuye a facilitar la vinculación de las personas mayores con su establecimiento de APS, apoyando el acceso oportuno a controles, prestaciones y rutas de cuidado según las necesidades identificadas durante el proceso de intervención. A través del acompañamiento de las duplas ejecutoras, el programa favorece la continuidad, pertinencia y oportunidad de la atención, especialmente en aquellos casos en que existía una desvinculación previa o ausencia de contacto regular con el sistema.

Cada establecimiento de APS que desarrolle el programa debe facilitar la integración de la estrategia dentro del equipo y 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 favorecer el cumplimiento de los componentes y sus respectivas estrategias de intervención (incluyendo criterios de ingreso y egreso, ciclos de ejecución, articulación intersectorial, etc), la presente resolución será complementada con la entrega de orientaciones técnicas por parte de la División de Atención Primaria de Salud (DIVAP).

Las comunas y establecimientos que ejecutan el programa deben entregar las facilidades a las duplas del programa para recibir el acompañamiento técnico por parte del referente del Servicio de Salud y para la participación en actividades de acompañamiento técnico,

asesoría y capacitación del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes. Estas actividades se desarrollarán a nivel de Servicios de Salud, Macrozona y Nacional. En caso de interrupción de la comunicación o inasistencia a las actividades del programa planificadas por el Servicio de Salud o la División de Atención Primaria, esta situación será considerada en la valoración del desarrollo adecuado del Programa.
Las comunas y establecimientos que desarrollan el Programa deberán 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, en el marco del cuidado integral y continuo de las personas mayores. 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.
La ejecución de las actividades del programa, el logro de sus productos y el cumplimiento de las metas son responsabilidad del equipo de salud en su conjunto, debiendo ser abordada a nivel de comuna o establecimiento de salud y no debiendo recaer su logro en los esfuerzos aislados de la dupla profesional.

5. COMPLEMENTARIEDADES

5.1. Complementariedades internas

MAIS/ECICEP: La participación de las personas mayores en APS y en el Programa Más AMA se complementa con el MAIS/ECICEP tanto desde la contribución a la construcción y/o actualización de Planes de Cuidado Integral Consensuados, como en el fortalecimiento de capacidades para el autocuidado y automanejo, y además en lo que respecta a la pesquisa de personas mayores que reúnen el perfil para ingresar a la ECICEP. Todos estos elementos deben plasmarse en el esquema de cuidado integral, producto del componente 1.

Programa Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa y Cuidadores (PADDS): Considerando que existen cuidadores que no pueden participar por su rol en los talleres presenciales del Programa en forma continua, se implementarán las medidas para adaptar la intervención en complementariedad con el programa PADDS.

Medicinas Complementarias y Prácticas para el Bienestar de la Salud: De acuerdo con el nivel de desarrollo de este ámbito en cada territorio, se podrán complementar las acciones para la educación y acercamiento de las personas mayores y los equipos del programa en prácticas de bienestar para la salud, según disponibilidad a nivel local e intereses de las personas mayores.

5.2. Complementariedades externas

Programa Vínculos Subsistema Seguridad y Oportunidades: De acuerdo con la Resolución Exenta N°677 de 5 de septiembre de 2022, del 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. Las medidas a desarrollar se encuentran contenidas en la Orientación Técnica de coordinación Más AMA- Vínculos, comunicada a la red mediante el Ordinario C 51 N° 517/2025 y sus posteriores actualizaciones.

Sistema Elige Vivir Sano: Este sistema intersectorial del Ministerio de Desarrollo Social y Familia promueve hábitos y estilos de vida saludables para mejorar la calidad de vida, a través de iniciativas que fomentan la alimentación saludable, actividad física, vida al aire libre y vida en familia e incluye al Programa Más Adultos Mayores dentro de la oferta programática. La complementariedad se asocia a las acciones de difusión, educación y participación de las personas mayores.

Servicios Locales: 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, ELEAM donde residan personas mayores autovalentes, estrategias deportivas, recreativas, entre otras.

CUARTO: 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 **$63.182.048.- (sesenta y tres millones, ciento ochenta y dos mil, cuarenta y ocho 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
CESFAM La Ligua	Recurso Humano	$53.338.769
	Insumos	$0
	Capacitación	$1.762.444
	Movilización	$6.665.857
	RRHH acompañamiento líderes comunitarios	$1.414.978
TOTAL		**$63.182.048**

Las partes acuerdan que los recursos asignados a cada uno de los componentes del Programa, podrán redistribuirse entre ellos si alguno no utiliza la totalidad de su presupuesto, con el fin de optimizar la ejecución del convenio.

La redistribución requerirá autorización del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, previa solicitud de la entidad ejecutora, garantizando el cumplimiento del programa sin afectar su calidad o cobertura, conforme a la normativa vigente.

El Municipio se compromete a cumplir los objetivos señalados por éste y, a implementar y desarrollar las acciones señaladas en el presente convenio, además, deberá asegurar los espacios físicos municipales que permitan la adecuada ejecución del programa y de igual forma el acceso a la movilización para el desarrollo el acceso a las acciones territoriales.

QUINTO: Monitoreo y Evaluación

Se efectuará el seguimiento y monitoreo sistemático de la ejecución del programa. Se efectuarán en los meses de abril, agosto y diciembre. Evaluando se el desarrollo de ambos componentes y del cumplimiento de los indicadores, productos y medios de verificación.

Primera Evaluación: Corte al 31 de agosto

Las comunas deberán informar, mediante planilla consolidada, el estado de avance de la ejecución técnica y financiera del convenio, las acciones desarrolladas, los indicadores alcanzados y las dificultades detectadas.

Con base en esta evaluación, se efectuará la reliquidación de la segunda cuota (20%) en el mes de octubre, aplicando los criterios definidos por el Ministerio de Salud.

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%

El incumplimiento de las metas comprometidas dará lugar a la reliquidación de los recursos asignados.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento de las metas, la comuna podrá solicitar a la Dirección del Servicio de Salud la no reliquidación del programa, adjuntando los antecedentes de respaldo y un Plan de Trabajo Correctivo con cronograma actualizado de cumplimiento. El Servicio de Salud evaluará la solicitud y remitirá los antecedentes al Ministerio de Salud, que resolverá la petición.

El Servicio de Salud deberá reportar los antecedentes solicitados según se establezca en la Orientación Técnica relativas al avance y logro de productos por componentes y complementariedades con fecha tope 15 de septiembre.

Segunda Evaluación: 31 de diciembre

Los Servicios de Salud deberán realizar la evaluación final del programa al cierre del año calendario, verificando el cumplimiento de metas técnicas, financieras y de participación comunitaria.

Las comunas deberán presentar la rendición financiera y el informe final de evaluación técnica, ambos requisitos indispensables para el cierre del ejercicio presupuestario y la continuidad del programa.

El Servicio de Salud deberá reportar los antecedentes solicitados según se establezca en la Orientación Técnica relativas al avance y logro de productos por componentes y complementariedades con fecha tope 15 de enero del año siguiente.

El no cumplimiento de las actividades y metas anuales, así como el comportamiento financiero en cuanto a la correcta ejecución y la rendición de los recursos a través del Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas (SISREC) y Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE), según corresponda, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

En el caso de existir recursos disponibles, una vez cumplidas las metas comprometidas, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud, la autorización para la adquisición de insumos que permitan mejorar las acciones contempladas en el Programa, dentro del año presupuestario.

SEXTO: El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los componentes, indicadores y metas del programa, que se presentan a continuación:

Tabla N°1: INDICADORES DE PROPÓSITO

Nombre Indicador	Fórmula de cálculo	Meta	Medio Verificación	Peso relativo
% de población de 60 años y más participante del programa que mantiene o mejora su capacidad funcional.	(N° de personas egresadas del programa que completan ciclo de intervención y que mantienen o mejoran su capacidad funcional según (TUG) / N° de total personas	70% (corte agosto) 80% (corte diciembre)	REM	25

	que egresan que completan ciclo de intervención del programa) x 100			

Tabla N°2: INDICADORES POR COMPONENTES

Compo-nentes	Nombre Indicador	Fórmula de cálculo	Meta	Medio Verificación	Peso relativo
1	% de población de 60 años y más en control en Centro de Salud, ingresados que completan ciclo del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	(N° de personas que egresan completando ciclo del programa) / (N° de personas definidas por meta del programa para el año) x 100	50% (corte agosto) 80% (corte diciembre)	REM	25
2	Porcentaje de Servicios Locales que desarrollan Planes Intersectoriales con el Programa Más AMA	(N° de Servicios Locales con Planes Intersectoriales para el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo junto al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en desarrollo en el período/Servicios Locales con oferta programática para personas mayores (total o parcial) en el período) x100	20% corte agosto 40% corte diciembre	REM	20
2	Porcentaje de organizaciones con líderes comunitarios capacitados por el Programa Más AMA	(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% corte agosto 40% corte diciembre	REM	20
1	Porcentaje de personas participantes que presentan mejoría en su salud y bienestar integral.	(N° de personas mejoran en al menos un dominio del bienestar integral en salud según WHO 5 o encuesta DIVAP post intervención/ N° total de personas evaluadas pre y post intervención en el programa) x100	Línea Base	Reporte Local (diferenciado por sexo, género y edad)	5
2 y 3	Porcentaje de personas mayores que quedan vinculadas a activos u organizaciones comunitarios posterior al egreso del programa	(N° de personas participantes del programa que, a los 3 meses o posterior al egreso, participan de activos u organizaciones comunitarias / Total de personas mayores egresadas del programa en el período) x 100	Línea Base	Reporte Local-Reporte Servicio de Salud (diferenciado por sexo, género y edad)	5

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

Los recursos serán transferidos por el Servicio, en representación del Ministerio de Salud, en **dos (2) cuotas**, distribuidas de la siguiente manera:

1) **La primera cuota:** correspondiente al 80% del total una vez tramitada la resolución aprobatoria de este convenio, y bajo la condición se hayan recepcionado los recursos financieros en el Servicio.

2) **La segunda cuota:** correspondiente al 20% del total, que se transferirá en el mes de octubre de la presente anualidad y estará sujeta a la rendición de recursos entregados a la fecha y, a la evaluación de cumplimiento de metas.

TRANSFERENCIAS DE RECURSOS	MONTO DE CUOTAS A TRANSFERIR
Los recursos asignados serán transferidos en 2 cuotas:	
Cuota 1 (80%)	**$50.545.638**
Cuota 2 (20%)	**$12.636.410**
Requisito para transferencia Cuota 1	Total tramitación del Convenio y Resolución, respectiva.
Requisito para transferencia Cuota 2	La segunda cuota se transferirá en octubre y estará sujeta a la rendición por parte de la Municipalidad y a la evaluación de cumplimiento de metas correspondiente al corte del 31 de agosto del 2026.

OCTAVO: 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.

NOVENO: El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. En el caso de que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados por el Servicio para los efectos de este convenio, ésta deberá asumir el mayor gasto que involucre su ejecución.

DÉCIMO: Será responsabilidad de la I. Municipalidad, velar por la correcta inversión de los fondos recibidos, conforme con los objetivos de este convenio. Asimismo, la Municipalidad deberá efectuar todas las acciones necesarias para alcanzar con eficacia el Programa, de acuerdo con las normas y reglas correspondientes; así como a las orientaciones técnicas de las estrategias referidas del presente Programa. Lo anterior, independientemente de las atribuciones que le competen al Servicio, en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de las revisiones que pudiese efectuar.

DÉCIMO PRIMERO: El Servicio, requerirá a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus estrategias señaladas en la cláusula tercera de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo, en conformidad con lo establecido en la Resolución N°30 de 2015 y Resolución N° 2 de 2026 de la Contraloría General de la República, esta última con vigencia a partir del 01 de julio de 2026. Igualmente, el Servicio podrá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

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

La información deberá ser enviada al referente técnico de programa Más AMA del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota – Petorca.

DÉCIMO SEGUNDO: El Servicio de Salud en este acto designa como administrador y coordinador del programa a **Christian Cárdenas Silva,** correo electrónico, christian.cardenas@redsalud.gob.cl, quien tendrá como función principal actuar como referente técnico, y podrá requerir a la Municipalidad los datos e informes relativos a la ejecución del Programa y sus componentes específicos en la cláusula tercera de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

También será responsabilidad del referente, elaborar un certificado técnico para ingresar, a la plataforma SISREC, como respaldo del cumplimiento de las actividades del convenio.

La "Municipalidad" nombra en este acto como referente técnico comunal del convenio Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes" a **Luisa Torres Arredondo**, correo electrónico mas.cesfamlaligua@gmail.com.

DÉCIMO TERCERO: El Servicio deberá velar por la correcta utilización de los fondos traspasados, acto que fiscalizará a través de la Unidad de Rendiciones de la Dirección de Atención Primaria y por el Departamento de Auditoría del Servicio de ser requerido.

Sin perjuicio de lo anterior, la Municipalidad deberá rendir los gastos del Programa, únicamente utilizando el Sistema de Rendición Electrónica de cuentas de la Contraloría General de la República, en adelante, "SISREC", de conformidad con lo establecido en la Resoluciones N°30/2015, N°1858/2023 y N°2/2026, todas de la Contraloría General de la República, o de las resoluciones que las modifiquen o las reemplacen.

En plataforma "SISREC", la rendición debe presentar documentos auténticos digitalizados y documentos electrónicos, previa validación del ministro de fe de la Municipalidad, que justifiquen cada uno de los gastos realizados en el mes correspondiente.

Por lo anterior, la Municipalidad se obliga a rendir cuenta mensual de las actividades efectuadas en cumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente convenio, manteniendo los plazos establecidos por la Contraloría General de la República, correspondiente al día 15 hábil del mes siguiente a la recepción de la remesa.

El no cumplimiento de los plazos, sin previa autorización, generará automáticamente validar la rendición como no rendida, lo que generará la obligación de restituir esos recursos a la Tesorería General de la República, en virtud de la Resolución N°30, de 2015, ya citada.

Los funcionarios que la Municipalidad designe para desempeñar los roles de ministro de fe, encargado, analista y administrador del SISREC, deberán tener responsabilidad administrativa. En caso de cambios de las personas que desempeñen estos perfiles, el Municipio se compromete a informar formalmente y de manera oportuna al Servicio de Salud. En el caso de las Corporaciones Municipales, al menos el ministro de fe deberá tener responsabilidad administrativa.

En casos excepcionales y fundados, en que el ejecutor se vea imposibilitado de rendir a través del SISREC, el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca dispondrá de un procedimiento alternativo para la rendición de los recursos, dichos casos serán Informados a la Contraloría para su conocimiento. No obstante, dichas rendiciones deberán ser regularizadas en el SISREC una vez superados los Inconvenientes.

En cuanto al periodo a rendir del mes de enero 2027, corresponde únicamente a boletas de honorarios y liquidaciones de remuneraciones cuyos montos líquidos son devengados o pagados antes del 31 de diciembre de 2026 y que sus pagos de impuestos e imposiciones son efectuados en enero de 2027, considerando que, por proceso tributario, éstos últimos terminan siendo enterados al fisco al mes siguiente. Esto no implica, bajo ningún aspecto, que la ejecución del programa sea hasta el mes de enero de 2027, por lo que no se aceptará la rendición de otros gastos efectuados.

Cabe hacer presente que, conforme a lo dispuesto en dictamen N° 51.246 de 2016 de la Contraloría General de la República, en tanto no se haya rendido cuenta de la utilización de la transferencia anterior, no corresponde que se otorguen nuevos recursos, tal como lo señala el inciso segundo del artículo 18, de la referida Resolución N° 30, de 2015 del órgano de control y el Ordinario C73, N° 2969 de 16 de agosto 2023 del Ministerio de Salud que instruye sobre rendiciones de cuentas municipal y de los Servicios de Salud.

Por otro lado, conforme a lo establecido en la Ley N°21.796, Art. 26, de fecha 12 de diciembre de 2025, que fija el presupuesto nacional y sus mecanismos de rendición y

reintegro fiscal para el año 2026, en concordancia con el DFL N°1.263, del año 1975, y lo dispuesto en el artículo 31 de la resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General, la Municipalidad tiene la obligación de reintegrar los saldos no ejecutados, no rendidos u observados a la Tesorería General de la República, una vez terminado el periodo de vigencia del convenio.

DÉCIMO CUARTO: El presente convenio tendrá vigencia desde el **01 de enero de 2026 hasta el 31 de diciembre de 2026.** Debiendo ser ejecutado técnica y financieramente en su totalidad conforme a los componentes del programa. Lo anterior, conforme a la Ley N°21.796, de fecha 12 de diciembre de 2025, que fija el gasto público para el año 2026.

La vigencia del presente convenio, comenzará a regir una vez sea totalmente tramitado el acto administrativo que lo apruebe y se extenderá hasta la aprobación de la rendición de cuentas o la restitución de los saldos no ejecutados, rendidos u observados, que realice la Municipalidad, la que no podrá excederse del 31 de diciembre de 2026, conforme a lo dispuesto en dictamen N°92.578 de 2016 de la Contraloría General de la República.

Sin perjuicio de lo anterior, y por razones de buen servicio, las prestaciones del presente programa se ejecutarán desde al 01 de enero, y hasta el 31 de diciembre de 2026, esto es con anterioridad a la fecha de vigencia del presente convenio, en los términos de lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley 19.880.

Cabe señalar que conforme a lo dispuesto en dictamen N° 43.604 de 2015, en relación con dictamen N°31.241 de 2013, ambos de la Contraloría General de la República, la obligación de restituir los saldos no ejecutados, no rendidos u observados debe cumplirse dentro de un plazo prudencial, correspondiéndole a la respectiva autoridad ejercer todas las acciones que resulten necesarias al efecto, a fin de resguardar la correcta utilización de los recursos fiscales cuya transferencia se autoriza.

Que, no obstante, lo indicado, se hace presente que la vigencia del presente acuerdo de voluntades se extenderá hasta la aprobación de la rendición de cuentas o bien hasta la restitución de los saldos no ejecutados, no rendidos u observados de acuerdo a lo dispuesto en el dictamen N°92.578 del 2016 de la Contraloría General de la República, por un plazo máximo de 60 días corridos contados desde el 31 de enero de 2027.

El proceso de rendición de cuenta no podrá extenderse por más de seis meses contados desde la finalización de la ejecución del convenio, según lo señalado en el artículo 26 de la Ley 21.796.

DÉCIMO QUINTO: FINANCIAMIENTO

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

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

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

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

DÉCIMO SEXTO: La municipalidad, mediante la presente cláusula se obliga y acepta ejecutar la totalidad del gasto presupuestario dentro del año 2026. A su turno, todo presupuesto del programa no utilizados del mismo, que se conviene por el presente instrumento, deberán ser reintegrados a la Tesorería General de la República, conforme lo estable el Decreto Ley N°1.263, del año 1975, en concordancia con el artículo 26 de la Ley N°21.796, de fecha 12 de diciembre de 2025.

DÉCIMO SÉPTIMO: Para todos los efectos legales derivados del presente convenio, las partes prorrogan competencia para ante los Tribunales de Justicia de la ciudad de Viña del Mar.

DÉCIMO OCTAVO: 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.

PERSONERÍAS: La facultad y personería de **ANDREA QUIERO GELMI**, Directora del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca, para celebrar convenios están contenidos en el Decreto con Fuerza de Ley Nº 1/2005, que fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley Nº 2763/79 y de las Leyes Nº18.469 y Nº18.933, conjuntamente, con los Decretos Supremos N°140/2004, N°52/2022 y N°26/2025, todos del Ministerio de Salud.

La personería de **PATRICIO PALLARES VALENZUELA**, Alcaldesa de la Ilustre Municipalidad de La Ligua, consta en Sentencia de Proclamación N°280-2024 del Tribunal Electoral de Valparaíso de fecha 30/11/2024.

3. **ASÍGNESE,** a la **I. Municipalidad de La Ligua,** recursos por un monto total de **$63.182.048.- (sesenta y tres millones, ciento ochenta y dos mil, cuarenta y ocho pesos).** Los recursos serán transferidos por el Servicio, en representación del Ministerio de Salud, en **dos (2) cuotas**, distribuidas de la siguiente manera:

   - **La primera cuota:** correspondiente al 80% del total, será trasferida una vez tramitada la resolución aprobatoria de este convenio, y bajo la condición se hayan recepcionado los recursos financieros en el Servicio.

   - **La segunda cuota:** correspondiente al 20% del total, que se transferirá en el mes de octubre de la presente anualidad y estará sujeta a la rendición de recursos entregados a la fecha y, a la evaluación de cumplimiento de metas.

4. **DECLÁRESE**, La vigencia del presente convenio, comenzará a regir una vez sea totalmente tramitado el acto administrativo que lo apruebe y se extenderá hasta la aprobación de la rendición de cuentas o la restitución de los saldos no ejecutados, rendidos u observados, que realice la Municipalidad, la que no podrá excederse del **31 de diciembre de 2026**, conforme a lo dispuesto en dictamen N°92.578 de 2016 de la Contraloría General de la República.

   Sin perjuicio de lo anterior, y por razones de buen servicio, las prestaciones del presente programa se ejecutarán desde al 01 de enero, y hasta el 31 de diciembre de 2026, esto es con anterioridad a la fecha de vigencia del presente convenio, en los términos de lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley 19.880.

5. **DECLÁRESE,** en caso de que la "Municipalidad" se exceda de los fondos por el Servicio para los efectos de este convenio, deberá asumir el mayor gasto que involucre su ejecución, sin perjuicio de lo indicado en la cláusula primera del presente convenio.

6. **REQUIÉRASE,** a la I. Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del Convenio, con los detalles y especificaciones que se estime del caso, pudiendo

efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

7. **REQUIÉRASE,** a la I. Municipalidad dar cuenta de las sumas recibidas por este Programa o su inversión, conforme a lo establecido en la Resolución N°30/2015, Resolución N°1858/2023 y Resolución N°2/2026 (vigente a contar del 01 de julio de 2026 y que deroga la Resolución N°30/2015), todas de la Contraloría General de la República.

8. **ESTABLÉCESE,** como administradora y coordinadora del Servicio de Salud de Viña del Mar-Quillota-Petorca, a **Christian Cárdenas Silva,** correo electrónico, christian.cardenas@redsalud.gob.cl, quien tendrá como función principal actuar como referente técnico de este Servicio respecto de la Municipalidad y del Ministerio de Salud, además de velar por la correcta ejecución y adecuado cumplimiento de las obligaciones asumidas por las partes. También será responsabilidad del referente, elaborar un certificado técnico que tramitará para ser adjuntado a la plataforma SISREC, como respaldo del cumplimiento de las actividades del convenio.

9. **ESTABLÉCESE,** que la Ilustre Municipalidad a designado como administradora y coordinadora a **Luisa Torres Arredondo**, correo electrónico mas.cesfamlaliqua@gmail.com, quien actuará como referente técnico comunal para el Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes".

10. **FISCALÍCESE,** la correcta utilización de los fondos traspasados por el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca.

11. **IMPÚTESE,** el gasto que genere el cumplimiento de la presente Resolución a los recursos contemplados en la Ley N°21.796 de Presupuesto del Sector Público para el año 2026, específicamente al subtítulo 24 ítem 03 298 "Reforzamiento Municipal" del presupuesto del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca.

12. **DISPÓNGASE,** la publicación del presente acto administrativo en el sitio de Gobierno Transparente de este Servicio de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 7 de la Ley N° 20.285, sobre acceso a la información pública.

13. **COMUNÍQUESE,** la presente resolución a todas las Unidades y Departamentos correspondientes para su debido conocimiento y aplicación.

ANÓTESE, REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE,

HAROLDO FAÚNDEZ ROMERO
DIRECTOR (S)
S.S. VIÑA DEL MAR-QUILLOTA-PETORCA

KLGO.RFN/ABG.NGM/MAT.HMP/NUT.CCS/scc.
DISTRIBUCIÓN:
- Municipalidad.
- Subdirección de RRFF. y Financieros S.S.V.Q.P.
- Dirección de Atención Primaria S.S.V.Q.P.
- Dpto. Jurídico S.S.V.Q.P.
- Of. de Partes S.S.V.Q.P.



DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA

CONVENIO

SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA-PETORCA

E

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LA LIGUA

Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes"

En Viña del Mar, a 19 de marzo de 2026, entre, por una parte, el **SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA-PETORCA**, RUT 61.606.600-5, persona jurídica de derecho público, representado por su Directora doña **ANDREA QUIERO GELMI**, chilena, matrona, C.I N° , ambos con domicilio en calle Von Schröeders N°392, ciudad y comuna de Viña del Mar, en adelante el "Servicio"; y, por la otra, la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LA LIGUA**, RUT 69.050.100-7, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Calle Diego Portales N°555 , ciudad y comuna de La Ligua, representada por su Alcalde don **PATRICIO PALLARES VALENZUELA,** chileno, funcionario público, C.I. N° de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar el siguiente convenio:

ANTECEDENTES:

El Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca es un órgano de la Administración del Estado, funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio que, coordinadamente tiene a su cargo la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial de su jurisdicción, para la ejecución de acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas. Tiene como misión ser una red integrada y continua, que brinda servicios asistenciales, de prevención de la enfermedad y de promoción de hábitos saludables; enfocada en satisfacer las demandas en salud de su población, con la atención profesional y humana de sus funcionarios, con eficiencia y calidad, incorporando la participación vinculante de los usuarios, en la mejor gestión de los recursos disponibles.

La Ilustre Municipalidad de La Ligua es una corporación autónoma de derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio; es el organismo encargado de la administración local de la comuna de La Ligua, en la Región de Valparaíso, Chile. Su principal objetivo es velar por el desarrollo y bienestar de sus habitantes, así como la gestión de los recursos y servicios públicos de la ciudad, pero también, busca como visión institucional desarrollar una comuna más inclusiva, solidaria y cohesionada, disminuyendo las desigualdades, brechas e inequidades por motivos asociados al estrato económico, étnicos y raciales, territoriales, de género y aquellos relacionadas con las diferentes etapas del ciclo de vida

de las personas, así como la discapacidad, el estatus migratorio, la orientación sexual y la identidad de género.

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 artículo 4° del Decreto Supremo N°21 del 24 abril 2025, 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".

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 **Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes"**.

El referido programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°296 del 05 de marzo de 2026.** La distribución de recursos es aprobada e informada mediante **Resolución Exenta N°193 del 13 de febrero de 2026,** ambas del Ministerio de Salud.

TERCERO: 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:

1. **OBJETIVO GENERAL**
   Prolongar la autovalencia de las personas mayores para contribuir a mejorar su calidad de vida, mediante el fortalecimiento de capacidades individuales y comunitarias desde la Atención Primaria de Salud para enfrentar el envejecimiento.

1. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**
   a. 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, que se encuentran en condición de autovalencia, autovalencia con riesgo o riesgo de dependencia, conforme a la clasificación funcional vigente, y que presentan necesidades susceptibles de abordaje mediante intervenciones promocionales y preventivas orientadas a la mantención de la capacidad funcional y la prevención de la dependencia.
   a. Fortalecer capacidades individuales, comunitarias y territoriales para enfrentar el envejecimiento, incorporando explícitamente el abordaje de la soledad y el aislamiento social
   b. Capacitar líderes comunitarios de las organizaciones sociales locales en autocuidado y estimulación funcional de las personas mayores
   c. Fomentar el desarrollo de la red local para el abordaje del envejecimiento y el fomento del envejecimiento Activo y positivo

2. COMPONENTES

a. Componente 1: INTERVENCIÓN SOCIOSANITARIA PROMOCIONAL Y PREVENTIVA PARA MANTENER Y/O MEJORAR LA CAPACIDAD FUNCIONAL

Este componente tiene por objetivo contribuir a la mantención y/o mejora de la capacidad funcional de las personas mayores mediante intervenciones grupales de carácter promocional y preventivo, orientadas a la estimulación funcional motora y cognitiva, así como al fortalecimiento de habilidades de autocuidado en salud. Está dirigido a personas mayores derivadas desde los establecimientos de Atención Primaria de Salud, servicios locales, organizaciones sociales de personas mayores, formales e informales, y desde la propia comunidad, priorizando a quienes no han participado previamente en el programa.

La intervención se desarrolla a través de talleres grupales facilitados por una dupla profesional, con apoyo del equipo de salud y actores locales según las necesidades identificadas, integrando de manera articulada componentes físicos, cognitivos y de autocuidado. El componente considera evaluaciones de ingreso y egreso, mecanismos de seguimiento y una evaluación participativa, y contempla modalidades de implementación flexibles en contextos rurales o zonas aisladas, resguardando el acceso, la pertinencia territorial y la centralidad del cuidado en las personas mayores.

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

Composición y desarrollo de las sesiones:

Dura 3 meses e implica dos sesiones mixtas semanales de 90 a120 minutos de duración cada una, facilitadas por una dupla profesional formada por un(a) kinesiólogo y un(a) terapeuta ocupacional u otro profesional de salud capacitado. Estas 24 sesiones mixtas, incluyen una sesión de estimulación de funciones motoras y prevención de caídas, y una sesión de estimulación cognitiva o de autocuidado de salud.

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

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.

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

Continuidad de la estimulación funcional y autocuidado en el hogar:

Debe existir la continuidad de la estimulación funcional y autocuidado en el hogar, para que las personas mayores realicen actividades en sus hogares para reforzar los

contenidos y aprendizajes desarrollados en las sesiones, de acuerdo con sus intereses y con pertinencia cultural y territorial, de acuerdo con el principio de Cuidado Centrado en la Persona (MAIS).

Conformación de los grupos:

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

Evaluación:

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

Este componente contempla además una evaluación participativa realizada a través de una **encuesta de cierre de ciclo** que permite conocer respecto a los aprendizajes alcanzados con el programa y para determinar aquellos aspectos facilitadores o barreras para su participación en el programa, con la finalidad de mejorar el desarrollo local de este.

Desde el año 2026, se agrega la evaluación de la intervención del Componente 1 el Cuestionario de la OMS (cinco) Índice de Bienestar (versión 1998) denominado también WHO 5. Para efectos de definir mejora de Bienestar se ha determinado que en la comparación pre y post intervención exista mejora en al menos un dominio del bienestar integral en salud según WHO 5.

Actividades:

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

La actividad de Ingreso puede realizarse en la primera sesión mixta del componente y comprende la valoración funcional inicial de ingreso al programa, efectuada con la escala HAQ-8 modificada para el programa y el Test Timed Up and Go, cuyos resultados serán registrados en el instrumento diseñado para ello y que permita la comparación con los resultados al egreso del programa. Se incorpora desde el año 2026 además, la aplicación del cuestionario OMS (cinco) Índice de Bienestar (versión 1998)

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

intereses. El equipo debe asegurarse de generar egresos efectivos del programa y buscar formas de inserción de quienes hayan completado el ciclo, en otras instancias que favorezcan la cohesión social y la creación de redes sociales donde puedan participar.

En el egreso se evaluará a la persona mayor con la escala HAQ-8 modificada para el programa y la prueba Timed Up and Go, junto con la aplicación del cuestionario OMS (cinco), Índice de Bienestar (versión 1998).

MODIFICACIÓN DE LA MODALIDAD DE EJECUCIÓN DEL PROGRAMA Y AJUSTES EN EL COMPONENTE 1

Frente a la existencia de condiciones que limiten el desarrollo presencial del programa según la anterior descripción, se deberá promover la adaptación de las formas de contacto y realización de los talleres del Programa en otros formatos. Se valida la posibilidad de realizar acciones a distancia mediante el uso de dispositivos tecnológicos, manteniéndose la frecuencia de las actividades e idealmente su duración según las posibilidades locales.

En caso de localidades con acceso limitado por medios remotos (por déficit en acceso a equipo, niveles deficitarios de alfabetización digital, limitación de datos móviles, entre otros), es posible modificar la ejecución de las actividades del programa, mediante la entrega de material para el autocuidado y estimulación funcional en formato físico a los participantes, para el desarrollo de actividades en el hogar. Dentro de esto, se reconoce la opción de entregar manuales o cuadernillos y materiales para actividades a las personas mayores, con las correspondientes acciones de seguimiento por parte del equipo de salud.

Según las posibilidades de cada localidad se puede desarrollar el programa combinando actividades remotas con la entrega de material para el desarrollo en forma individual por parte de la persona mayor en el hogar y otras actividades para el logro de los objetivos del programa en forma excepcional cuando las condiciones epidemiológicas no permitan la actividad presencial o cuando las personas residan en lugares aislados sin posibilidad de reunirse para los talleres. **Estas excepciones deben ser informadas y respaldadas ante el Servicio de Salud respectivo, quien validará la pertinencia de las mismas, de acuerdo a la evaluación y acompañamiento técnico permanente realizado por el Servicio de Salud a las duplas del programa y equipos de APS en general.**

Para el Ingreso al Programa, cuando éste se encuentre desarrollando acciones remotas por limitación de las actividades presenciales, se utilizará el Cuestionario de Ingreso Remoto al Programa, el que deberá enmarcarse dentro de las acciones de continuidad de atención para las personas mayores por parte de los establecimientos de APS que ejecuten el Programa, facilitando las derivaciones pertinentes en caso de pesquisa de situaciones que ameriten atención por parte del equipo de salud y que no reemplaza el Examen de Medicina Preventivo. Para la evaluación de ingreso y egreso remoto se establece la utilización del Cuestionario de Funcionalidad HAQ-8 modificado para el Programa, no siendo posible la aplicación del Test Timed Up and Go por su aplicación presencial.

El Registro de las Actividades Remotas del Componente 1 se mantiene en el REM Serie A, habiéndose homologado las actividades remotas con las presenciales cuando

cumplan con las características de objetivos, frecuencia y duración establecida para las actividades presenciales.

Se establece dentro de las actividades para promover la continuidad de la intervención, las relacionadas con acompañamiento de las personas mayores, por vía telefónica, radial, de redes sociales, u otras actividades de APS como la visita domiciliaria. Se indica la complementariedad de las actividades del programa dentro de las dispuestas en cada centro de salud, para favorecer el seguimiento de las personas mayores y la adherencia a los cuidados consensuados con el equipo de salud.

Si existen situaciones de fuerza mayor que impliquen modificar las actividades afectando el rendimiento y la organización habitual del trabajo del programa, se deberá presentar un Plan de Trabajo al Servicio de Salud correspondiente, incorporando el desarrollo de los dos componentes del programa, para su aprobación. En este Plan es posible considerar un eventual ajuste en las metas de cobertura, el que debe ser consensuado con la División de Atención Primaria.

a. Componente 2: FOMENTO DEL AUTOCUIDADO Y ESTIMULACIÓN FUNCIONAL EN LAS ORGANIZACIONES SOCIALES Y SERVICIOS LOCALES PARA EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

Apunta a reconocer necesidades y capacidades locales mediante un proceso de Capacitación de Líderes Comunitarios para el Autocuidado y Envejecimiento Saludable. Es liderado por la dupla del programa, considera la participación del equipo de APS y del intersector local. Incluye acciones de acompañamiento por parte del equipo del programa a los líderes comunitarios en el marco de los diagnósticos y planes de salud comunitaria vigentes en los establecimientos de APS. Además, en este componente se formulan Planes de Trabajo Intersectorial para el Fomento del Envejecimiento Saludable, en coherencias con los planes de salud comunitaria, 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.

Este componente propone una intervención en la red local para fomento del envejecimiento activo y positivo.

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

- **Catastro de Organizaciones Locales Actualizado de personas mayores o destinadas al trabajo con personas mayores**, que identifique las organizaciones en cuanto a su perfil organizacional y relación con el Programa. Como ejemplos de organizaciones se considera una agrupación de personas mayores, club de adulto mayor, centro de madres, club deportivo, etc. Este catastro debe ser actualizado en forma anual por el programa, de modo de tener actualizados los datos sobre vigencia y contacto 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.

- **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.

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

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

1. **Diagnóstico Participativo sobre las necesidades y propuestas de capacitación de líderes comunitarios**

Dentro del desarrollo progresivo de obtención de información y propuestas de intervención en promoción y prevención de salud, junto a la comunidad, se realizará el Proceso de Diagnóstico Participativo, el que deberá tener como mínimo las siguientes etapas desarrolladas y actualizadas para un período de tiempo máximo de dos años:

- **Diagnóstico Situacional:** Que mediante el análisis de los antecedentes sociodemográficos y sanitarios más relevantes para 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.

- **Diagnóstico Participativo sobre las necesidades y propuestas de capacitación de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional de personas mayores:** Realizado junto a las organizaciones sociales participantes del programa y/o sus representantes, comunidad no organizada e intersector vinculado al programa, para conocer los requerimientos específicos en cuanto a capacitación de Líderes Comunitarios en Estimulación Funcional y Autocuidado de la Salud de las personas mayores. Este Diagnóstico debe considerar como fundamentales la

participación voluntaria e informada sobre el proceso diagnóstico que efectúa el Programa y la validación de la información construida. Es preciso considerar que la información obtenida debe generar acciones conjuntas para mejorar la situación actual de las personas mayores, con respecto a los ámbitos de acción del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

- **Plan de Acción resultante del Diagnóstico Participativo**: Comprende el Programa de Capacitación de los Líderes comunitarios y puede incorporar también Planes de Trabajo intersectoriales, entregando los objetivos, metodología y plan de acompañamiento de los líderes comunitarios capacitados. Este plan de acción debe ser realizado junto con las personas mayores participantes, validando las propuestas presentadas y en acuerdo con los contenidos y líneas de trabajo.
  Se recomienda que los Planes de Capacitación consideren dos años de trabajo con las organizaciones y los Líderes Comunitarios mediante acciones de capacitación, seguimiento y acompañamiento técnico. Se deberán ajustar estos planes frente a nuevas necesidades identificadas por las personas mayores y situaciones contingentes. Las actividades de capacitación, seguimiento y acompañamiento de los Líderes Comunitarios se realizan en forma continua dentro del año de ejecución del Programa.

2. **Diseño y ejecución de estrategias locales para el Fomento del Autocuidado y Estimulación Funcional en la Red Local**

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

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

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

- **Planes Intersectoriales entre los Centros de Salud y los Servicios Locales para Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo:** Los planes intersectoriales corresponden a instrumentos elaborados en conjunto por el sector salud y otros sectores (externos al sector salud) identificados a nivel local, para el desarrollo de

la articulación entre instituciones destinadas en forma parcial o total a la provisión de bienes o servicios a personas mayores, teniendo como eje central la atención centrada en la persona, tendiendo a superar la atención centrada en los servicios.

Las necesidades planteadas 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 los sectores, que debe contar con planificación de actividades y determinación de recursos, monitoreo de las mismas que evidencian el progreso en el área abordada y una evaluación que informe sobre los resultados alcanzados. Se espera que anualmente se ejecuten y evalúen los Planes Intersectoriales por parte de los servicios involucrados y con representantes de personas mayores participantes del programa.

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

MODIFICACIÓN DE LA MODALIDAD DE EJECUCIÓN DEL PROGRAMA Y AJUSTES EN EL COMPONENTE 2

Frente a la existencia de condiciones que limiten el desarrollo presencial del programa según la anterior descripción, se deberá promover la adaptación de las formas de contacto y realización de las actividades del Componente 2. Se valida la posibilidad de realizar acciones a distancia mediante el uso de dispositivos tecnológicos y otras actividades que permitan el logro de los productos y el contacto con Líderes Comunitarios e Intersector para el desarrollo adaptado del componente (Visita domiciliaria, contacto por teléfono, radio, redes sociales, otros)

Las organizaciones que cuentan con Líderes Comunitarios Capacitados por el Programa y de Servicios Locales con Planes Intersectoriales para el fomento del envejecimiento activo y positivo, independiente del formato de realización (presencial o a distancia) mantiene su registro en el REM serie A, dada lo homologación de actividades de capacitación de Líderes y Planificación Intersectorial remotas y presenciales.

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

b. Componente 3: CONEXIÓN SOCIAL DE PERSONAS MAYORES EN LOS TERRITORIOS

Este componente tiene por objetivo fortalecer la conexión y cohesión social de las personas mayores en los territorios, promoviendo tanto la vinculación entre personas mayores (redes de pares y apoyo mutuo) como su articulación efectiva con recursos, activos comunitarios y redes locales, como parte del cuidado integral y continuo en la Atención Primaria de Salud.

Se orienta a favorecer la integración social, la participación comunitaria y la equidad en el acceso a servicios, contribuyendo a la mantención y sostenibilidad de los aprendizajes fortalecidos en los componentes anteriores.

Para ello, se promueve la identificación, articulación y recomendación social de activos comunitarios disponibles en los territorios, tales como organizaciones sociales, espacios comunitarios, iniciativas locales y servicios intersectoriales relevantes para las personas mayores, así como el desarrollo y fortalecimiento de espacios grupales y comunitarios que favorezcan la interacción, el apoyo entre pares y el sentido de pertenencia, integrándolos de manera habitual en las estrategias de promoción y participación en la Atención Primaria de Salud.

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

4.1. Productos esperados del desarrollo del Componente 1:

1. Ingresos al programa deben cumplir con los criterios, no existiendo ingresos de personas sin los criterios de inclusión. Verificador: Nómina de ingresos y Fichas Clínicas.

2. El programa funciona en forma continua y con la calidad de atención, no existiendo interrupción del acceso de las personas mayores al programa, por falta de recurso humano o porque los profesionales se han destinado al desarrollo de otras actividades ajenas al programa. Verificador: Listados de asistencia, Programación de talleres, Fichas Clínicas con registros de ingresos, REM.

3. El componente se desarrolla en ciclos de 24 sesiones mixtas con frecuencia de 2 sesiones semanales. No se determina arbitrariamente a nivel local su disminución en cuanto a período de tiempo y frecuencia. Verificador: Programación de talleres, Pauta de supervisión y acompañamiento técnico del programa, carné de citaciones entre otros.

4. Las personas egresadas del programa completan ciclo participando de las 24 sesiones que establece este componente. En caso de que las personas presenten inasistencias durante el ciclo cumplen con al menos 20 sesiones. Verificador: Ficha Clínica, Programación de talleres, Nómina de participantes y asistencia.

5. Evaluación de cierre de fin de ciclo para incorporación de mejoras en el componente 1. En cada cierre de ciclo de intervención a cada grupo, se evalúa percepción de aprendizaje por parte de las personas mayores y elementos de confort de las sesiones. Verificador: Encuestas aplicadas, Plan de Mejora del programa resultante de esta evaluación.

6. Protocolo de Procedimientos para el Manejo de Eventos Centinelas, Eventos Adversos y descompensaciones u otras situaciones de salud pesquisadas en las actividades del programa, formulado y validado con los centros de salud y servicios de urgencia respectivos, que opere frente a los eventos descritos y considerando su ocurrencia en espacios comunitarios y territorios extramurales. Este protocolo debe encontrarse incorporado en el protocolo general del centro de salud. Verificador: Documento validado por los representantes de los servicios involucrados, y evaluación del mismo por el centro de salud.

7. Esquema de atención y cuidado integral de personas mayores en los centros de salud incluye al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, según descripción presentada anteriormente. Verificador: Esquema presente en los centros de salud y

conocido por todo el equipo de salud, documentación de actividades de formulación y difusión de esquema en el centro de salud.

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

3.2. Productos esperados del desarrollo del Componente 2:

1. Participación del equipo de salud liderado por el Más AMA en actividades de coordinación intersectorial. Verificador: documentación de actividades y Planes Intersectoriales. Se recomienda que los Planes de Trabajo Intersectorial consideren en su diseño un período de ejecución de dos años dependiendo del nivel de relación entre el programa o centro de salud y el servicio local.

2. Organizaciones Sociales Locales de y para personas mayores son reportadas en el Catastro de Organizaciones Sociales: El Catastro de Organizaciones Sociales da cuenta del N° y perfil de Organizaciones existentes a nivel local.

3. Servicios locales con oferta programática para personas mayores se incluyen en el Catastro de Servicios Locales y son ingresados al Programa: El Catastro de Servicios Locales con oferta programática para personas mayores da cuenta de los servicios existentes a nivel local.

4. Mapa de Red Local y/o Esquemas de integración Sociosanitarios Locales: elemento construido en forma colaborativa que cumpla funciones de entrega didáctica de información para apoyo al equipo del centro de salud (y otros servicios) para el cuidado sociosanitario de personas mayores, gestiones con organizaciones sociales y servicios locales. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años

5. Guía u otro elemento para usuarios personas mayores u organizaciones sociales, de construcción participativa, que mencione los servicios disponibles para personas mayores en cada territorio y su caracterización. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.

6. Diagnóstico Situacional y Diagnóstico Participativo para: definición de necesidades de capacitación de Líderes Comunitarios en Autocuidado y Estimulación Funcional diseñado y/o evaluación del Proceso de Capacitación de Líderes Comunitarios. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años. Verificador: Informe Diagnóstico Participativo y documentación de ejecución de actividades.

7. Plan de Capacitación de Líderes Comunitarios ejecutado anualmente. Se recomienda que los Planes de Capacitación consideren dos años de trabajo con las organizaciones y los Líderes Comunitarios mediante acciones de capacitación, seguimiento y acompañamiento a las organizaciones con Líderes Comunitarios capacitados por el Programa. Se deberán ajustar estos planes frente a nuevas necesidades surgidas de información actualizada entregada por las personas mayores o pesquisadas por el equipo del programa, en caso de ser necesario. Verificador: Plan de Capacitación y documentación de ejecución de actividades.

3.3. Productos esperados del desarrollo del Componente 3

- Participación en actividades diagnósticas de necesidades de capacitación a nivel de Servicio de Salud, Macrozonal y Nacional.

- Participación de las duplas del programa Más Adultos Mayores Autovalentes (equipos de atención directa del programa, financiados con recursos del mismo) en las actividades de difusión, capacitación, acompañamiento técnico y evaluación a nivel de Servicio de Salud, Macrozona o Nacional, presenciales y remotas.

- Otras determinadas por el Servicio de Salud.

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

CONSIDERACIONES PARA EL LOGRO DE LOS PRODUCTOS:

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

El programa Más Adultos Mayores Autovalentes (Más AMA) corresponde a una intervención promocional y preventiva dirigida a personas de 60 años y más, implementada mediante el trabajo de una red de equipos profesionales que intervienen a las personas mayores, sus comunidades y las redes de servicios locales. La estrategia aborda de manera integral los distintos aspectos involucrados en la capacidad funcional, tales como la práctica de actividad física, la prevención de caídas, la estimulación cognitiva, el fortalecimiento de habilidades de autocuidado, la promoción de estilos de vida saludables y el fortalecimiento de la conexión social, tanto a través de la vinculación entre personas mayores como mediante el acceso a estrategias y recursos locales. De este modo, se contribuye al fortalecimiento de las capacidades individuales, organizacionales e intersectoriales para enfrentar el envejecimiento y la vejez, considerando las características de cada territorio y los intereses de las personas participantes.

Asimismo, el programa contempla el trabajo articulado con organizaciones sociales, servicios locales y la comunidad en general para la promoción del envejecimiento saludable, fortaleciendo la inserción territorial de las personas mayores y su participación en espacios colectivos significativos. Este enfoque contribuye a la generación y sostenibilidad de vínculos sociales, al sentido de pertenencia y a la continuidad del cuidado, reforzando el rol de la Atención Primaria de Salud como articuladora del cuidado integral en el territorio.

El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes corresponde a un Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud, 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. Se recomienda que dicha dupla esté conformada por un/a Kinesiólogo/a y un/a Terapeuta Ocupacional, ambos en jornada de 44 horas semanales. En aquellos casos en que no exista disponibilidad del recurso humano señalado, se podrá solicitar al Servicio de Salud correspondiente que la dupla será conformada por otro profesional de la salud, siempre que cuente con formación de pregrado y formación afín o acorde a las funciones a desarrollar en el programa, particularmente en ámbitos relacionados con la promoción de la salud, la prevención de la pérdida de capacidad funcional, el trabajo comunitario y el envejecimiento saludable.

En este marco, el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, como parte de la Atención Primaria de Salud, contribuye a facilitar la vinculación de las personas mayores con su establecimiento de APS, apoyando el acceso oportuno a controles, prestaciones y rutas de cuidado según las necesidades identificadas durante el proceso de intervención. A través

del acompañamiento de las duplas ejecutoras, el programa favorece la continuidad, pertinencia y oportunidad de la atención, especialmente en aquellos casos en que existía una desvinculación previa o ausencia de contacto regular con el sistema.

Cada establecimiento de APS que desarrolle el programa debe facilitar la integración de la estrategia dentro del equipo y 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 favorecer el cumplimiento de los componentes y sus respectivas estrategias de intervención (incluyendo criterios de ingreso y egreso, ciclos de ejecución, articulación intersectorial, etc), la presente resolución será complementada con la entrega de orientaciones técnicas por parte de la División de Atención Primaria de Salud (DIVAP).

Las comunas y establecimientos que ejecutan el programa deben entregar las facilidades a las duplas del programa para recibir el acompañamiento técnico por parte del referente del Servicio de Salud y para la participación en actividades de acompañamiento técnico, asesoría y capacitación del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes. Estas actividades se desarrollarán a nivel de Servicios de Salud, Macrozona y Nacional. En caso de interrupción de la comunicación o inasistencia a las actividades del programa planificadas por el Servicio de Salud o la División de Atención Primaria, esta situación será considerada en la valoración del desarrollo adecuado del Programa.
Las comunas y establecimientos que desarrollan el Programa deberán 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, en el marco del cuidado integral y continuo de las personas mayores. 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.
La ejecución de las actividades del programa, el logro de sus productos y el cumplimiento de las metas son responsabilidad del equipo de salud en su conjunto, debiendo ser abordada a nivel de comuna o establecimiento de salud y no debiendo recaer su logro en los esfuerzos aislados de la dupla profesional.

5. COMPLEMENTARIEDADES

5.1. Complementariedades internas

MAIS/ECICEP: La participación de las personas mayores en APS y en el Programa Más AMA se complementa con el MAIS/ECICEP tanto desde la contribución a la construcción y/o actualización de Planes de Cuidado Integral Consensuados, como en el fortalecimiento de capacidades para el autocuidado y automanejo, y además en lo que respecta a la pesquisa de personas mayores que reúnen el perfil para ingresar a la ECICEP. Todos estos

elementos deben plasmarse en el esquema de cuidado integral, producto del componente 1.

Programa Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa y Cuidadores (PADDS): Considerando que existen cuidadores que no pueden participar por su rol en los talleres presenciales del Programa en forma continua, se implementarán las medidas para adaptar la intervención en complementariedad con el programa PADDS.

Medicinas Complementarias y Prácticas para el Bienestar de la Salud: De acuerdo con el nivel de desarrollo de este ámbito en cada territorio, se podrán complementar las acciones para la educación y acercamiento de las personas mayores y los equipos del programa en prácticas de bienestar para la salud, según disponibilidad a nivel local e intereses de las personas mayores.

5.2. Complementariedades externas

Programa Vínculos Subsistema Seguridad y Oportunidades: De acuerdo con la Resolución Exenta N°677 de 5 de septiembre de 2022, del 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. Las medidas a desarrollar se encuentran contenidas en la Orientación Técnica de coordinación Más AMA- Vínculos, comunicada a la red mediante el Ordinario C 51 N° 517/2025 y sus posteriores actualizaciones.

Sistema Elige Vivir Sano: Este sistema intersectorial del Ministerio de Desarrollo Social y Familia promueve hábitos y estilos de vida saludables para mejorar la calidad de vida, a través de iniciativas que fomentan la alimentación saludable, actividad física, vida al aire libre y vida en familia e incluye al Programa Más Adultos Mayores dentro de la oferta programática. La complementariedad se asocia a las acciones de difusión, educación y participación de las personas mayores.

Servicios Locales: 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, ELEAM donde residan personas mayores autovalentes, estrategias deportivas, recreativas, entre otras.

CUARTO: 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 **$63.182.048.- (sesenta y tres millones, ciento ochenta y dos mil, cuarenta y ocho 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
CESFAM La Ligua	Recurso Humano	$53.338.769
	Insumos	$0

	Capacitación	$1.762.444
	Movilización	$6.665.857
	RRHH acompañamiento líderes comunitarios	$1.414.978
TOTAL		**$63.182.048**

Las partes acuerdan que los recursos asignados a cada uno de los componentes del Programa, podrán redistribuirse entre ellos si alguno no utiliza la totalidad de su presupuesto, con el fin de optimizar la ejecución del convenio.

La redistribución requerirá autorización del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, previa solicitud de la entidad ejecutora, garantizando el cumplimiento del programa sin afectar su calidad o cobertura, conforme a la normativa vigente.

El Municipio se compromete a cumplir los objetivos señalados por éste y, a implementar y desarrollar las acciones señaladas en el presente convenio, además, deberá asegurar los espacios físicos municipales que permitan la adecuada ejecución del programa y de igual forma el acceso a la movilización para el desarrollo el acceso a las acciones territoriales.

QUINTO: Monitoreo y Evaluación

Se efectuará el seguimiento y monitoreo sistemático de la ejecución del programa. Se efectuarán en los meses de abril, agosto y diciembre. Evaluando se el desarrollo de ambos componentes y del cumplimiento de los indicadores, productos y medios de verificación.

Primera Evaluación: Corte al 31 de agosto

Las comunas deberán informar, mediante planilla consolidada, el estado de avance de la ejecución técnica y financiera del convenio, las acciones desarrolladas, los indicadores alcanzados y las dificultades detectadas.

Con base en esta evaluación, se efectuará la reliquidación de la segunda cuota (20%) en el mes de octubre, aplicando los criterios definidos por el Ministerio de Salud.

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%

El incumplimiento de las metas comprometidas dará lugar a la reliquidación de los recursos asignados.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento de las metas, la comuna podrá solicitar a la Dirección del Servicio de Salud la no reliquidación del programa, adjuntando los antecedentes de respaldo y un Plan de Trabajo Correctivo con cronograma actualizado de cumplimiento. El Servicio de Salud evaluará la solicitud y remitirá los antecedentes al Ministerio de Salud, que resolverá la petición.

El Servicio de Salud deberá reportar los antecedentes solicitados según se establezca en la Orientación Técnica relativas al avance y logro de productos por componentes y complementariedades con fecha tope 15 de septiembre.

Segunda Evaluación: 31 de diciembre

Los Servicios de Salud deberán realizar la evaluación final del programa al cierre del año calendario, verificando el cumplimiento de metas técnicas, financieras y de participación comunitaria.

Las comunas deberán presentar la rendición financiera y el informe final de evaluación técnica, ambos requisitos indispensables para el cierre del ejercicio presupuestario y la continuidad del programa.

El Servicio de Salud deberá reportar los antecedentes solicitados según se establezca en la Orientación Técnica relativas al avance y logro de productos por componentes y complementariedades con fecha tope 15 de enero del año siguiente.

El no cumplimiento de las actividades y metas anuales, así como el comportamiento financiero en cuanto a la correcta ejecución y la rendición de los recursos a través del Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas (SISREC) y Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE), según corresponda, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

En el caso de existir recursos disponibles, una vez cumplidas las metas comprometidas, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud, la autorización para la adquisición de insumos que permitan mejorar las acciones contempladas en el Programa, dentro del año presupuestario.

SEXTO: El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los componentes, indicadores y metas del programa, que se presentan a continuación:

Tabla N°1: INDICADORES DE PROPÓSITO

Nombre Indicador	Fórmula de cálculo	Meta	Medio Verificación	Peso relativo
% de población de 60 años y más participante del programa que mantiene o mejora su capacidad funcional.	(N° de personas egresadas del programa que completan ciclo de intervención y que mantienen o mejoran su capacidad funcional según (TUG) / N° de total personas que egresan que completan ciclo de intervención del programa) x 100	70% (corte agosto) 80% (corte diciembre)	REM	25

Tabla N°2: INDICADORES POR COMPONENTES

Compo-nentes	Nombre Indicador	Fórmula de cálculo	Meta	Medio Verificación	Peso relativo
1	% de población de 60 años y más en control en Centro de Salud, ingresados que completan ciclo del Programa Más	(N° de personas que egresan completando ciclo del programa) / (N° de personas definidas por meta del programa para el año) x 100	50% (corte agosto) 80% (corte diciembre)	REM	25

	Adultos Mayores Autovalentes				
2	Porcentaje de Servicios Locales que desarrollan Planes Intersectoriales con el Programa Más AMA	(N° de Servicios Locales con Planes Intersectoriales para el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo junto al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en desarrollo en el período/Servicios Locales con oferta programática para personas mayores (total o parcial) en el período) x100	20% corte agosto 40% corte diciembre	REM	20
2	Porcentaje de organizaciones con líderes comunitarios capacitados por el Programa Más AMA	(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% corte agosto 40% corte diciembre	REM	20
1	Porcentaje de personas participantes que presentan mejoría en su salud y bienestar integral.	(N° de personas mejoran en al menos un dominio del bienestar integral en salud según WHO 5 o encuesta DIVAP post intervención/ N° total de personas evaluadas pre y post intervención en el programa) x100	Línea Base	Reporte Local (diferenciado por sexo, género y edad)	5
2 y 3	Porcentaje de personas mayores que quedan vinculadas a activos u organizaciones comunitarios posterior al egreso del programa	(N° de personas participantes del programa que, a los 3 meses o posterior al egreso, participan de activos u organizaciones comunitarias / Total de personas mayores egresadas del programa en el período) x 100	Línea Base	Reporte Local- Reporte Servicio de Salud (diferenciado por sexo, género y edad)	5

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

Los recursos serán transferidos por el Servicio, en representación del Ministerio de Salud, en **dos (2) cuotas**, distribuidas de la siguiente manera:

1) **La primera cuota:** correspondiente al 80% del total una vez tramitada la resolución aprobatoria de este convenio, y bajo la condición se hayan recepcionado los recursos financieros en el Servicio.

2) **La segunda cuota:** correspondiente al 20% del total, que se transferirá en el mes de octubre de la presente anualidad y estará sujeta a la rendición de recursos entregados a la fecha y, a la evaluación de cumplimiento de metas.

TRANSFERENCIAS DE RECURSOS	MONTO DE CUOTAS A TRANSFERIR
Los recursos asignados serán transferidos en 2 cuotas:	
Cuota 1 (80%)	**$50.545.638**
Cuota 2 (20%)	**$12.636.410**
Requisito para transferencia Cuota 1	Total tramitación del Convenio y Resolución, respectiva.
Requisito para transferencia Cuota 2	La segunda cuota se transferirá en octubre y estará sujeta a la rendición por parte de la Municipalidad y a la evaluación de cumplimiento de metas correspondiente al corte del 31 de agosto del 2026.

OCTAVO: 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.

NOVENO: El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. En el caso de que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados por el Servicio para los efectos de este convenio, ésta deberá asumir el mayor gasto que involucre su ejecución.

DÉCIMO: Será responsabilidad de la I. Municipalidad, velar por la correcta inversión de los fondos recibidos, conforme con los objetivos de este convenio. Asimismo, la Municipalidad deberá efectuar todas las acciones necesarias para alcanzar con eficacia el Programa, de acuerdo con las normas y reglas correspondientes; así como a las orientaciones técnicas de las estrategias referidas del presente Programa. Lo anterior, independientemente de las atribuciones que le competen al Servicio, en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de las revisiones que pudiese efectuar.

DÉCIMO PRIMERO: El Servicio, requerirá a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus estrategias señaladas en la cláusula tercera de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo, en conformidad con lo establecido en la Resolución N°30 de 2015 y Resolución N° 2 de 2026 de la Contraloría General de la República, esta última con vigencia a partir del 01 de julio de 2026. Igualmente, el Servicio podrá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

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

La información deberá ser enviada al referente técnico de programa Más AMA del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota – Petorca.

DÉCIMO SEGUNDO: El Servicio de Salud en este acto designa como administrador y coordinador del programa a **Christian Cárdenas Silva,** correo electrónico, christian.cardenas@redsalud.gob.cl, quien tendrá como función principal actuar como referente técnico, y podrá requerir a la Municipalidad los datos e informes relativos a la ejecución del Programa y sus componentes específicos en la cláusula tercera de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

También será responsabilidad del referente, elaborar un certificado técnico para ingresar, a la plataforma SISREC, como respaldo del cumplimiento de las actividades del convenio.

La "Municipalidad" nombra en este acto como referente técnico comunal del convenio Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes" a **Luisa Torres Arredondo**, correo electrónico mas.cesfamlaligua@gmail.com.

DÉCIMO TERCERO: El Servicio deberá velar por la correcta utilización de los fondos traspasados, acto que fiscalizará a través de la Unidad de Rendiciones de la Dirección de Atención Primaria y por el Departamento de Auditoría del Servicio de ser requerido.

Sin perjuicio de lo anterior, la Municipalidad deberá rendir los gastos del Programa, únicamente utilizando el Sistema de Rendición Electrónica de cuentas de la Contraloría General de la República, en adelante, "SISREC", de conformidad con lo establecido en la Resoluciones N°30/2015, N°1858/2023 y N°2/2026, todas de la Contraloría General de la República, o de las resoluciones que las modifiquen o las reemplacen.

En plataforma "SISREC", la rendición debe presentar documentos auténticos digitalizados y documentos electrónicos, previa validación del ministro de fe de la Municipalidad, que justifiquen cada uno de los gastos realizados en el mes correspondiente.

Por lo anterior, la Municipalidad se obliga a rendir cuenta mensual de las actividades efectuadas en cumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente convenio, manteniendo los plazos establecidos por la Contraloría General de la República, correspondiente al día 15 hábil del mes siguiente a la recepción de la remesa.

El no cumplimiento de los plazos, sin previa autorización, generará automáticamente validar la rendición como no rendida, lo que generará la obligación de restituir esos recursos a la Tesorería General de la República, en virtud de la Resolución N°30, de 2015, ya citada.

Los funcionarios que la Municipalidad designe para desempeñar los roles de ministro de fe, encargado, analista y administrador del SISREC, deberán tener responsabilidad administrativa. En caso de cambios de las personas que desempeñen estos perfiles, el Municipio se compromete a informar formalmente y de manera oportuna al Servicio de Salud. En el caso de las Corporaciones Municipales, al menos el ministro de fe deberá tener responsabilidad administrativa.

En casos excepcionales y fundados, en que el ejecutor se vea imposibilitado de rendir a través del SISREC, el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca dispondrá de un procedimiento alternativo para la rendición de los recursos, dichos casos serán Informados a la Contraloría para su conocimiento. No obstante, dichas rendiciones deberán ser regularizadas en el SISREC una vez superados los Inconvenientes.

En cuanto al periodo a rendir del mes de enero 2027, corresponde únicamente a boletas de honorarios y liquidaciones de remuneraciones cuyos montos líquidos son devengados o pagados antes del 31 de diciembre de 2026 y que sus pagos de impuestos e imposiciones son efectuados en enero de 2027, considerando que, por proceso tributario, éstos últimos terminan siendo enterados al fisco al mes siguiente. Esto no implica, bajo ningún aspecto, que la ejecución del programa sea hasta el mes de enero de 2027, por lo que no se aceptará la rendición de otros gastos efectuados.

Cabe hacer presente que, conforme a lo dispuesto en dictamen N° 51.246 de 2016 de la Contraloría General de la República, en tanto no se haya rendido cuenta de la utilización de la transferencia anterior, no corresponde que se otorguen nuevos recursos, tal como lo señala el inciso segundo del artículo 18, de la referida Resolución N° 30, de 2015 del órgano de control y el Ordinario C73, N° 2969 de 16 de agosto 2023 del Ministerio de Salud que instruye sobre rendiciones de cuentas municipal y de los Servicios de Salud.

Por otro lado, conforme a lo establecido en la Ley N°21.796, Art. 26, de fecha 12 de diciembre de 2025, que fija el presupuesto nacional y sus mecanismos de rendición y reintegro fiscal para el año 2026, en concordancia con el DFL N°1.263, del año 1975, y lo dispuesto en el artículo 31 de la resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General, la Municipalidad tiene la obligación de reintegrar los saldos no ejecutados, no rendidos u observados a la Tesorería General de la República, una vez terminado el periodo de vigencia del convenio.

DÉCIMO CUARTO: El presente convenio tendrá vigencia desde el **01 de enero de 2026 hasta el 31 de diciembre de 2026**. Debiendo ser ejecutado técnica y financieramente en su totalidad conforme a los componentes del programa. Lo anterior, conforme a la Ley N°21.796, de fecha 12 de diciembre de 2025, que fija el gasto público para el año 2026.

La vigencia del presente convenio, comenzará a regir una vez sea totalmente tramitado el acto administrativo que lo apruebe y se extenderá hasta la aprobación de la rendición de cuentas o la restitución de los saldos no ejecutados, rendidos u observados, que realice la Municipalidad, la que no podrá excederse del 31 de diciembre de 2026, conforme a lo dispuesto en dictamen N°92.578 de 2016 de la Contraloría General de la República.

Sin perjuicio de lo anterior, y por razones de buen servicio, las prestaciones del presente programa se ejecutarán desde al 01 de enero, y hasta el 31 de diciembre de 2026, esto es con anterioridad a la fecha de vigencia del presente convenio, en los términos de lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley 19.880.

Cabe señalar que conforme a lo dispuesto en dictamen N° 43.604 de 2015, en relación con dictamen N°31.241 de 2013, ambos de la Contraloría General de la República, la obligación de restituir los saldos no ejecutados, no rendidos u observados debe cumplirse dentro de un plazo prudencial, correspondiéndole a la respectiva autoridad ejercer todas las acciones que resulten necesarias al efecto, a fin de resguardar la correcta utilización de los recursos fiscales cuya transferencia se autoriza.

Que, no obstante, lo indicado, se hace presente que la vigencia del presente acuerdo de voluntades se extenderá hasta la aprobación de la rendición de cuentas o bien hasta la restitución de los saldos no ejecutados, no rendidos u observados de acuerdo a lo dispuesto en el dictamen N°92.578 del 2016 de la Contraloría General de la República, por un plazo máximo de 60 días corridos contados desde el 31 de enero de 2027.

El proceso de rendición de cuenta no podrá extenderse por más de seis meses contados desde la finalización de la ejecución del convenio, según lo señalado en el artículo 26 de la Ley 21.796.

DÉCIMO QUINTO: FINANCIAMIENTO

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02,

Programa 02, asociada al Subtítulo 24 03 298 "Transferencias Corrientes", glosa 02, y, tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa de acuerdo con el marco presupuestario asignado.

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

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

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

DÉCIMO SEXTO: La municipalidad, mediante la presente cláusula se obliga y acepta ejecutar la totalidad del gasto presupuestario dentro del año 2026. A su turno, todo presupuesto del programa no utilizados del mismo, que se conviene por el presente instrumento, deberán ser reintegrados a la Tesorería General de la República, conforme lo estable el Decreto Ley N°1.263, del año 1975, en concordancia con el artículo 26 de la Ley N°21.796, de fecha 12 de diciembre de 2025.

DÉCIMO SÉPTIMO: Para todos los efectos legales derivados del presente convenio, las partes prorrogan competencia para ante los Tribunales de Justicia de la ciudad de Viña del Mar.

DÉCIMO OCTAVO: 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.

PERSONERÍAS: La facultad y personería de **ANDREA QUIERO GELMI**, Directora del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota-Petorca, para celebrar convenios están contenidos en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1/2005, que fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y de las Leyes N°18.469 y N°18.933, conjuntamente, con los Decretos Supremos N°140/2004, N°52/2022 y N°26/2025, todos del Ministerio de Salud.

La personería de **PATRICIO PALLARES VALENZUELA**, Alcaldesa de la Ilustre Municipalidad de La Ligua, consta en Sentencia de Proclamación N°280-2024 del Tribunal Electoral de Valparaíso de fecha 30/11/2024.

Powered by ecert
Firma electrónica avanzada
PATRICIO DANIEL PALLARES VALENZUELA
2026.03.26 17:28:59 -0300

PATRICIO PALLARES VALENZUELA	**ANDREA QUIERO GELMI**
ALCALDE	**DIRECTORA**
I. MUNICIPALIDAD DE LA LIGUA	**S.S. VIÑA DEL MAR-QUILLOTA-PETORCA**

KLGO.RFN/ABG.NGM/MAT.HMP/NUT.CCS/scc.