



PUNTA ARENAS,

02 MAYO 2018

NUM. 1055 / (SECCION "B").- VISTOS:

- ✓ **Antecedente N°1633/2018**, recaído en Resolución Exenta N°3430, de 05 de abril de 2018, del Servicio de Salud Magallanes, que aprueba Convenio celebrado entre el Servicio de Salud Magallanes, la Ilustre Municipalidad de Punta Arenas y la Corporación Municipal de Punta Arenas;
- ✓ Convenio "Programa de Apoyo Integral con Personas con Demencia comuna Punta Arenas", suscrito con fecha 04 de abril de 2018, entre el Servicio de Salud Magallanes, la Ilustre Municipalidad de Punta Arenas y la Corporación Municipal de Punta Arenas;
- ✓ Correo electrónico, de 20 de abril de 2018, de Alcaldía;
- ✓ Correo electrónico, de 24 de abril de 2018, de la Secretaria Municipal;
- ✓ Resolución Alcaldía, contenida en correo electrónico de 24 de abril de 2018;
- ✓ Correo electrónico, de 25 de abril de 2018, de la Secretaria Municipal;
- ✓ Las atribuciones que me confiere el artículo 63° del Texto Refundido, Coordinado, Sistematizado y Actualizado de la Ley 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades;
- ✓ Decreto Alcaldicio N°3515 (Sección "B") de 06 de diciembre de 2016 y Decreto Alcaldicio N°1451 (Sección "D") de 27 de diciembre de 2016;

**DECRETO:**

1. **APRUEBASE EL CONVENIO "PROGRAMA DE APOYO INTEGRAL CON PERSONAS CON DEMENCIA, COMUNA PUNTA ARENAS"**, suscrito con fecha 04 de abril de 2018, entre el Servicio de Salud Magallanes, la Ilustre Municipalidad de Punta Arenas y la Corporación Municipal de Punta Arenas.
2. **DEJASE ESTABLECIDO** que los recursos destinados al presente convenio ascienden a \$133.547.266.- (ciento treinta y tres millones quinientos cuarenta y siete mil doscientos sesenta y seis pesos), y serán imputados al subtítulo 24 (Reforzamiento Municipal - PRAPS), del correspondiente programa.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE, y una vez hecho, ARCHÍVESE.-**



*[Signature]*  
**ORIENTA MAGNA VELOSO**  
SECRETARIA MUNICIPAL

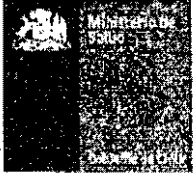


*[Signature]*  
**CLAUDIO RADONICH JIMENEZ**  
ALCALDE  
MUNICIPALIDAD DE PUNTA ARENAS

CRJ/RVC/OMV/mha.-

**DISTRIBUCION:**

- |                               |                    |
|-------------------------------|--------------------|
| -Servicio de Salud Magallanes | -Asesoría Jurídica |
| -Corporación Municipal        | -O.I.R.S.          |
| -Administración y Finanzas    | -Antecedentes      |
| -Desarrollo Comunitario       | -Archivo.-         |
| -Dirección de Control         |                    |



**CONVENIO**  
**PROGRAMA DE APOYO INTEGRAL CON PERSONAS CON DEMENCIA**  
**COMUNA PUNTA ARENAS**  
**AÑO 2018**

04 ABR. 2018

En Punta Arenas a.....entre el Servicio de Salud Magallanes, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Lautaro Navarro 820, representado por su Directora Dra. María Isabel Iduya Landa, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio", por una parte, la Ilustre Municipalidad de Punta Arenas, persona jurídica de derecho público domiciliada en Plaza Muñoz Gamero 745, representada por su Alcalde D. Claudio Radonich Jiménez, en adelante la "Municipalidad", y la Corporación Municipal de Punta Arenas, persona jurídica de derecho privado, domiciliada en calle Jorge Monti N° 890, representada por su Secretario General D. Segundo Alvarez Sánchez de ese mismo domicilio, en adelante la "Corporación", por la otra, han acordado celebrar un convenio que consta de las siguientes cláusulas:

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

**SEGUNDA:** En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa de Imágenes Diagnósticas en APS. El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 1264 de fecha 13 Noviembre de 2017, del Ministerio de Salud. Anexo al presente convenio parte integral del mismo, el que la municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

**TERCERA:** Conforme lo señalado en las cláusulas precedentes el Servicio, por intermedio de la Municipalidad, conviene en transferir a la Corporación, en su calidad de entidad administradora de salud municipalizada, recursos destinados a financiar según los siguientes Objetivos específicos del programa:

**PROPOSITO**

Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas que viven con demencia y su Familiar/ cuidador, a través de una atención integral, oportuna orientada a prolongar su participación y favorecer su integración en la comunidad.

**OBJETIVOS GENERAL**

Mejorar el acceso oportuno, al diagnóstico y tratamiento de las personas con demencia y su cuidador (a), generando acciones de promoción, prevención, atención y cuidado mediante un abordaje comunitario.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- A) Implementar los protocolos existentes para la detección, diagnóstico y tratamiento de la demencia en la atención primaria, considerando también protocolos de referencia y contrareferencia.
- B) Implementar el protocolo de cuidados continuos, coordinados y de diferentes grados de complejidad para la persona y su entorno, considerando dimensión socio cultural y territorial, donde se encuentra inserto al dispositivo
- C) Apoyar a los/as cuidadores/as entregándoles capacitación y las herramientas necesarias para asumir el cuidado de las personas con demencia, fortalecer estrategias de afrontamiento y fomentar su autocuidado a los/as cuidadores/as
- D) Asegurar la continuidad y oportunidad de atención en la red asistencial, realizando las coordinaciones y seguimiento pertinentes en caso de referencia y contrareferencia con otros niveles de atención en salud y con la Red Intersectorial.
- E) Desarrollar habilidades y competencias en los equipos de salud para la atención pertinente y adecuada de las personas con demencia y de los actores sociales.
- F) Propiciar comunidades saludables e inclusivas, por medio de acciones de promoción y prevención

**POBLACIÓN OBJETIVO**

La población beneficiaria corresponde a personas afiliadas al sistema público de Salud, inscritas o adscritas, validas en el centro de Salud de Atención Primaria y que cuenten con alguno de los siguientes criterios:

- a) Personas que presenten sospecha diagnóstica de demencia en sus controles de Salud, asociadas a quejas de memoria y funcionalidad
- b) Personas que presentan alteraciones en el examen de funcionalidad del examen de medicina preventiva para el adulto mayor (EMPAM).
- c) Personas que viven con algún tipo de demencia y sus cuidadores.

-Además, el programa considera acciones de promoción, prevención dirigida a propiciar comunidades saludables e inclusivas.

-Para este programa, se entenderá como cuidador (a) a la persona que realiza los cuidados directos de la persona con demencia, pudiendo ser un familiar o un cuidador externo a la familia, (vecino/a, amigo/a, etc.).

**CUARTA:** El Ministerio de Salud, a través del Servicio ha asignado a la Municipalidad, desde la fecha de la total tramitación de la resolución aprobatoria, la suma anual y única de \$ 133.547.266.-, (ciento treinta y tres millones quinientos cuarenta y siete mil doscientos sesenta y seis pesos), para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior. A su vez la Municipalidad se compromete en traspasar en forma íntegra este recurso a la Corporación. Estos recursos son para ser asignados en el CESFAM Dr. Juan Damianovic, CESFAM 18 de Septiembre, CESFAM Carlos Ibañez, CESFAM Thomas Fenton, CESFAM Dr. Mateo Bencur, para la contratación de profesionales que apoyen y refuercen las funciones de cada CESFAM con respecto a las estrategias antes señaladas.

#### **QUINTA: COMPONENTES DEL PROGRAMA**

**COMPONENTE 1: "Atención sociosanitaria de personas con demencia y su entorno en el nivel primario de salud".**

Este componente se relaciona directamente con la atención de salud de la persona con demencia y su cuidador, basado en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, asociado a los ámbitos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, seguimiento y el buen morir (cuidados paliativos), tratamiento y/o seguimiento.

Para la ejecución de este componente, se considera fortalecer con horas profesionales al equipo existente de APS, potenciando la pesquisa y articulación de la atención de salud centrada en la persona y su cuidador(a) a lo largo del curso de vida, con el fin de mantener la calidad de vida de estos.

El equipo de cabecera, deberá incorporar al agente comunitario como actor clave para el desarrollo del plan consensuado de intervención y acompañamiento familiar. En este plan se incorporarán las actividades a realizar con las/os cuidadores como talleres grupales de educación o de autocuidado para las actividades a realizar en el domicilio de la persona y se trabajará para promover hábitos de vida saludables, prevenir los factores de riesgo y favorecer la participación de las personas que viven con demencia en su comunidad, previniendo la discriminación y aislamiento de estos.

También se debe contar con Terapeuta ocupacional y si dicho recurso humano no existiera en la comuna, se procederá a su contratación. Este profesional debe integrarse a los equipos de cabecera correspondientes.

Si el diagnóstico no estuviera claro, o resultara de difícil manejo según los protocolos establecidos, el médico podrá derivar a las Unidades de Memoria situadas en los hospitales de mediana complejidad para la atención correspondiente. También el médico tratante podrá derivar aquellas personas con diagnóstico de demencia leve o moderada a los Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia, para un tratamiento de mayor intensidad.

El equipo mantendrá una coordinación permanente con el nivel de especialidad para gestionar derivaciones y para la asesoría (consultorías) y apoyo de dichos equipos.

#### **PRODUCTOS ESPERADOS DEL DESARROLLO DEL COMPONENTE:**

- a. Plan de intervención familiar para personas con demencia, a su cuidador y su entorno, aplicado al 50% de la población objetivo presente en el territorio, de acuerdo a población FONASA, inscrita y validada.
- b. Entregar una atención acorde a la realidad sociocultural de la persona con demencia y su cuidador(a), fomentando su autonomía, participación de la vida civil, social y económica, resguardando el ejercicio de sus derechos.

#### **COMPONENTE 2: "Intervenciones con familiares / cuidadores"**

Las personas que ejercen la función de cuidadores, deben responder a las diversas demandas asociadas a este rol, lo que puede gatillar el Síndrome de Sobrecarga del Cuidador, caracterizado por problemas de salud física y mental, los cuales requieren ser abordados integralmente.

En el desarrollo de este componente, se debe fomentar que las/os cuidadoras/es accedan a todas las prestaciones entregadas por los establecimientos de APS, que están contemplados en el Plan de Salud Familiar, garantías Explícitas en Salud y las prestaciones contempladas en los Programas de Reforzamiento, otorgadas por el establecimiento. Como por ejemplo: programas asociados al ámbito respiratorio, de salud cardiovascular, odontológicos, rehabilitación Integral, salud mental y otros.

Además el equipo de cabecera deberá realizar un Plan de Cuidado para el Cuidador, de acuerdo a los resultados de la evaluación integral que se realice en éste y la aplicación de instrumento de evaluación de sobrecarga. Desde este modelo de intervención centrado en la persona, dicho plan debe ser consensuado con el interesado, lo que le da sentido vital para éste, de esta forma se favorece la adherencia, y la efectividad y eficiencia de las intervenciones realizadas.

Una de las intervenciones más preponderantes para la ejecución de este componente, es la Visita Domiciliaria Integral, considerando que la atención en el contexto próximo de la diada cuidador y sujeto de cuidado, resulta más beneficiosa, ya que se planifica y ejecuta en su entorno significativo y acorde a la realidad de la familia, aumentando la posibilidad de ser aplicadas por las personas que participan del proceso de intervención.

Las acciones destinadas al acompañamiento de la y su familia, son esenciales en los diagnósticos asociados a pérdida de funcionalidad y autonomía, ya que la persona con demencia podrá requerir, con el transcurso de la enfermedad, cada vez mayores apoyos y cuidados. Este hecho puede influir en el desarrollo de las etapas del ciclo vital individual de ambos integrantes de la diada y de sus familias, afectando la dinámica familiar y provocando eventuales situaciones que afecten la salud física y/o mental de algún integrante del grupo familiar, que en forma sostenida conllevan a un deterioro de la salud. Dada esta realidad se propone a los equipos considerar las dimensiones biomédica, mental, social y funcional, relevando la progresión en las necesidades de asistencia.

Además deberá considerar las implicaciones que los apoyos o cuidados han generado en la relación entre ambas personas (situación económica familiar, redes de apoyo, redes sociales), las necesidades de apoyo de la red de salud, comunitaria e intersectorial, y la presencia o ausencia de otras personas del núcleo familiar o del entorno comunitario u otras entidades que ejerzan actividades de cuidado o acompañamiento de la diada.

#### **PRODUCTOS ESPERADOS DEL DESARROLLO DEL COMPONENTE:**

- a. Plan de cuidado del Cuidador consensuado, resultado del diagnóstico realizado según escala de evaluación.

Acciones recomendadas para desarrollo de los componentes 1 y 2

1. Consulta o control médico

2. Consulta o control psicólogo
3. Consulta o control con otro profesional
4. Batería de examen para el diagnóstico
5. Atención integral con terapeuta ocupacional
6. Consulta psicoeducativa por profesional
7. Intervención comunitaria: Capacitación y sensibilización frente a la enfermedad
8. Visita a domicilio por enfermera, matrona, Nutricionista, Terapeuta Ocupacional, Trabajador Social y un Kinesiólogo, según necesidad para acondicionar el entorno en que vive la persona y entregar prestaciones sociosanitarias.
9. Seguimiento de paciente por agente comunitario.
10. Tratamiento Farmacológico
11. Intervenciones Grupales
12. Traslado para los equipos y /o personas con demencia y su cuidador
13. Rescate telefónico de personas con demencia y/o sus cuidadores.
14. Aplicación de instrumentos de evaluación.
15. Intervención psicosocial con cuidadores y/o familiares

### COMPONENTE 3: promover comunidades saludables e inclusivas hacia las personas con demencia.

Para la ejecución de este componente se requiere de la coordinación con el intersector, principalmente con aquellos servicios involucrados en el área de desarrollo social, para lograr una articulación que dé cuenta y fortalezca la oferta integrada local para personas con demencia, sus cuidadores (as) y sus familias.

Se busca que los equipos, desarrollen acciones coordinadas, que respondan a un plan de sensibilización dirigido a la comunidad, construido y evaluado con ésta; por ejemplo intervenciones radiales, programas en TV local, reuniones en las sedes de adultos mayores, etc.

Desde esta perspectiva, el establecimiento de salud debe fomentar comunidades saludables, trabajando con organizaciones locales (constituidas principalmente por personas mayores o destinadas a personas mayores) en pro de la no discriminación dirigida hacia este grupo de población.

Finalmente, se espera que el equipo de Atención Primaria, sea capaz de articular las acciones específicas de este programa, con todas las prestaciones contempladas principalmente en el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes (como estrategia promocional y preventiva) y el Programa de Atención Integral para personas con Dependencia severa, en el marco de la continuidad de los cuidados.

Los contenidos y metodología de implementación de este componente, estarán detallados en la Orientación Técnica del programa fomentando un desarrollo humano incluyente.

### PRODUCTOS ESPERADOS DEL DESARROLLO DEL COMPONENTE:

- a. Tener un Catastro y mapa de red de las organizaciones de Adultos mayores, organizaciones que trabajen con personas con demencias y/o discapacidad (Oficina de la discapacidad, oficina del adulto mayor, ONG, etc.).
- b. Establecer población de pueblos indígenas y percepción del cuidado con respecto a la demencia.
- c. Plan de sensibilización comunal, en torno a la temática de demencia, por medio del trabajo intersectorial con base en objetivos comunales y flujogramas de trabajo con las entidades correspondientes.

### SEXTA: FUNCIONES ASOCIADAS AL DESARROLLO DEL PROGRAMA.

Del establecimiento de salud y el equipo de Atención Primaria

El establecimiento que desarrolla el programa deberá realizar las acciones necesarias para su adecuada implementación en el contexto de la sectorización del modelo de atención de salud integral familia y comunitaria.

Estas condiciones mínimas se refieren a condiciones técnicas, administrativas y de infraestructura necesarias.

Aquellos profesionales o el agente comunitario se deberán incorporar como parte del equipo de sector para favorecer y asegurar la continuidad de la atención de cada una de las personas.

El establecimiento de salud deberá velar por el desarrollo del Programa de acuerdo a las definiciones, lineamientos e indicaciones establecidas en la Orientación Técnica de Programa.

Deberá emitir un informe parcial correspondiente al desarrollo del programa entre los meses de enero y agosto, emitido al Servicio de Salud respectivo con fecha tope 05 de septiembre y, un informe total que contenga la información del desarrollo del programa entre los meses de enero a diciembre, emitido al Servicio de Salud respectivo con fecha 05 de enero.

Ambos informes deberán desarrollar los elementos indicados para los componentes del programa.

Del referente de Programa en el Servicio de Salud.

El referente del Servicio de Salud velará por el adecuado desarrollo del programa en los establecimientos correspondientes a su servicio; entregando la información disponible en forma oportuna a las comunas, establecimientos y equipo.

Deberá monitorear en forma permanente el desarrollo del programa, mediante la solicitud de avances en el desarrollo de éste a los directivos de las comunas y a los equipos del programa de los establecimientos incorporados.

Deberá favorecer desarrollo de la red local del programa, mediante reuniones de trabajo que consideren actividades participativas, de capacitación y fortalecimiento del desarrollo del programa y velar por una coordinación eficiente con la red de atención secundaria y terciaria existente en su servicio de salud.

### SÉPTIMA: MONITOREO Y EVALUACIÓN

El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a los objetivos específicos e indicadores definidos en la cláusula precedente, de acuerdo al punto monitoreo y evaluación del programa, que forma parte de este convenio.

Desde la división de Atención Primaria del Ministerio de Salud, se realizará el monitoreo del desarrollo del Programa en los meses junio, agosto y diciembre. En estas evaluaciones se solicitará la información del desarrollo de los componentes y se evaluará además en función de los indicadores y sus medios de verificación, los que se especifican en tabla N°2.

- La primera evaluación, se efectuará con corte al día 30 de Junio dando cuenta de:

1. Informe de recursos Asignados para la contratación de:

- a) Recursos humanos para el desarrollo del programa

- b) Servicios de apoyo de movilización necesarios para el desarrollo del programa
- c) Servicios o adquisiciones de implementos, materiales o bienes, afines al desarrollo del Programa, previa autorización del Servicio de Salud correspondiente, de acuerdo a la normativa vigente.

2. Informe con programación y/o participación de funcionarios de APS en capacitación a los equipos APS, correspondiente a Demencia.
  - Segunda evaluación: se efectuara con corte al 31 de Agosto. De acuerdo a los resultados se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre, si el cumplimiento de las metas del programa es inferior al 40%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Tabla N°1

Porcentaje cumplimiento de metas del Programa	Porcentaje de Descuento de la segunda cuota de recursos (30%)
≥40%	0%
Entre 30,00% y 39,99%	50%
Entre 20,00% y 29,99%	75%
Menos del 20%	100%

La corporación de Salud deberá informar al Servicio de Salud del desarrollo del Programa a través de un informe parcial de avances emitido con fecha tope 05 de Septiembre.

La tercera evaluación y final, se efectuará al 31 de Diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

La corporación Municipal área Salud deberá informar del cierre anual del programa y del desarrollo final obtenido en el informe final del programa entregado con fecha Tope 05 de Enero del año siguiente al respectivo Servicio de Salud. Los recursos serán transferidos por el Servicio respectivo, en dos cuotas (70% - 30%), la primera cuota contra total tramitación del convenio y resolución aprobatoria. La segunda cuota contra el grado de cumplimiento del programa.

**OCTAVA: INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN**

El Servicio de salud respectivo, evaluará el grado de desarrollo y cumplimiento del programa, conforme a las metas contenidas en éste y en concordancia a los pesos relativos para cada componente, indicador y meta asociada. Las metas y cumplimiento anual esperado del programa, con sus pesos relativos se muestran en la siguiente Tabla.

Tabla N°2

N°	Objetivo	Indicador	Fórmula de Cálculo	Medio verificación	Meta	Ponderador
1	Entregar Atención socio-sanitaria a las personas con demencia (Componente 1)	Porcentaje de personas con demencia atendidas por el programa que mejoran la calidad de vida en año t	$(N^{\circ} \text{ de personas con demencia atendidas por el programa que mejoran la calidad de vida en año } t / N^{\circ} \text{ total de personas con demencia atendidas por el programa en año } t) * 100$	Encuesta de calidad de vida aplicada al cuidador al inicio y a los 6 meses, para conocer la calidad de vida de la persona con demencia.	75%	20%
2	Entregar Atención socio-sanitaria a las personas con demencia (Componente 1)	Porcentaje de prestaciones de salud en el marco del plan de apoyo integral a personas con demencia entregadas en APS en t (componente 1)	$(N^{\circ} \text{ de personas con al menos 6 prestaciones en APS en } t / N^{\circ} \text{ total de personas con demencia ingresadas en APS en } t) * 100$	Estadística local	70%	20%
3	Proporcionar intervenciones integrales familiares/cuidadores	Porcentaje de cuidadores y/o familias que evalúan positivamente el apoyo recibido por el programa en t	$(N^{\circ} \text{ de cuidadores y/o familiares que evalúan positivamente el apoyo recibido en APS en año } t / N^{\circ} \text{ total de cuidadores y/o familiares atendidos en APS en el año } t) * 100$	Encuesta de satisfacción al cuidador después de la intervención	75%	20%
4	Proporcionar intervenciones integrales familiares/cuidadores	Porcentaje de prestaciones de salud en el marco del plan de apoyo integral a cuidadores de personas con demencia entregadas en APS en t (componente 1)	$(N^{\circ} \text{ de cuidadores con al menos 4 prestaciones en } t / N^{\circ} \text{ total de cuidadores en el programa pacientes con demencia } t) * 100$	Estadística local	70%	20%
5	Promover comunidades amigables, solidarias e inclusivas hacia las personas con demencias.	TRABAJO EN RED LOCAL	Catastro y Mapa de Red Local Disponible formato digital y físico Plan de sensibilización comunal realizado con la comunidad y el intersector (dicotómico sí/no)	100%	Informe de Avances y Final	20%

## **NOVENO: FINANCIAMIENTO**

### **Establecimiento de dependencias 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 y de acuerdo a la normativa vigente.

Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud en 2 cuotas, en representación del Ministerio de Salud. 70% a la total tramitación del acto aprobatorio, y el 30% restante en el mes de octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación con corte al 31 de agosto, la cual se aplicará a los recursos asociados.

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

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

### **DÉCIMA: INFORME DE CUMPLIMIENTO Y RELIQUIDACIÓN**

La comuna y o el establecimiento deberá asegurar la canasta de medicamentos para el tratamiento de las personas que lo requieran y que se establecerán en consenso entre el Servicio de Salud, MINSAL y departamento municipal de Salud.

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

**Insumos:** Elementos para desarrollar el trabajo tanto en la comunidad como con la persona y cuidador, materiales de capacitación, alimentos saludables, fotocopias, tinta de impresoras etc. Costo asociado a actividades de difusión y comunicación con el intersector y la comunidad.

**Movilización:** Ítem destinado a para financiar los gastos asociados a la movilización para visitas domiciliarias, reuniones, talleres y el apoyo de la movilización de personas con demencia y sus cuidadores, participantes del programa de sectores aislados.

Los respectivos Servicios de Salud, deberá asegurar en forma mensual a las comunas la entrega de aquellos medicamentos para el tratamiento de las personas que lo requieran y que se establecerán en consenso entre el Servicio de Salud, MINSAL y departamento municipal de Salud,

El Servicio de Salud, puede autorizar realizar modificaciones en la asignación y utilización de los recursos correspondientes a Insumos y Movilización, considerando criterios de equidad y de acortamiento de brechas en el otorgamiento de las prestaciones del programa. Esta modificación debe ser consensuada con la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

Se establece que la primera cuota deberá considerar La contratación del 100% del recurso humano destinado a implementar el Programa.

Para la ejecución de las actividades antes mencionadas, se requerirá de:

Contratación de Recurso Humano.

Compra de Fármacos

Compra de insumos para talleres y material de escritorio

Compra de servicio de Movilización.

Contratación servicios para capacitación.

Compra batería de exámenes para el diagnóstico

Adquisición de teléfonos y planes.

**DÉCIMA PRIMERA:** El Servicio, requerirá a la Corporación, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos en la cláusula tercera de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el Servicio deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio. Sin perjuicio de lo anterior el Servicio solicitará la rendición mensual de cuentas durante y finalizado el convenio, de acuerdo a lo indicado en resolución N° 30/2015 de la CGR.

**DÉCIMA SEGUNDA:** El Servicio podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Gestión Asistencial.

**DECIMA TERCERA:** El Servicio no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. Por ello, en el caso que la Corporación se exceda de los fondos destinados por el Servicio, ella asumirá el mayor gasto resultante.

**DÉCIMA CUARTA:** El presente convenio tendrá vigencia desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del año en curso. En el evento que la Municipalidad no hubiere utilizado y rendido el total de recursos transferidos al término del convenio, estos saldos podrán ser utilizados en actividades propias para la continuidad del Programa, durante el primer trimestre del año siguiente, es decir desde el 01 de Enero al 31 de Marzo del año siguiente, esto previa solicitud fundada desde la Corporación hacia el Servicio de Salud.

En este acto las partes acuerdan que en el caso de generarse la condición indicada en el párrafo anterior, ella se formalizará con solo una Resolución del Director del Servicio, la que será enviada a la Corporación dentro de los cinco días siguientes a su dictación.

**DÉCIMA QUINTA:** El presente convenio se firma en 4 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, uno en la Municipalidad, uno en la Corporación Municipal y uno en el Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales-DIVAP.

**DÉCIMA SEXTA:** La personería de Doña María Isabel Iduya Landa para representar al Servicio Salud Magallanes, consta en Resolución Exenta N° 2736 del 16 de marzo del 2018.  
Por su parte la personería del Sr. Claudio Radonich Jimenez para representar a la Ilustre Municipalidad de Punta Arenas, consta en el Decreto Alcaldicio N° 3515 de fecha 06 de diciembre de 2016.  
Por su parte, la personería de don Segundo del Carmen Álvarez Sánchez, para representar a la Corporación Municipal de Punta Arenas, para la educación, salud y atención al menor, consta de la copia de la sesión extraordinaria de directorio de fecha 14 de diciembre de 2016, reducida a escritura pública de fecha 26 de diciembre de 2016, bajo el repertorio N° 5419/2016, de la notaría Horacio Silva Reyes



*[Handwritten signature]*  
ALCALDE  
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PUNTA ARENAS



*[Handwritten signature]*  
DIRECTORA(S)  
SERVICIO DE SALUD MAGALLANES



*[Handwritten signature]*  
CORPORACIÓN MUNICIPAL DE PUNTA ARENAS  
SECRETARIO GENERAL  
CORPORACIÓN MUNICIPAL DE PUNTA ARENAS  
AREA EDUCACIÓN, SALUD Y ATENCIÓN AL MENOR

