

MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
Secretaría Municipal

APRUEBA CONVENIO SUSCRITO ENTRE
LA I. MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
Y EL SERVICIO DE SALUD METROPOLI-
TANO NORTE.-

CONCHALI, 11 MAR. 2014

DECRETO EXENTO N° 389 /

LA ALCALDIA DECRETO HOY:

VISTOS: Prov. N° 1644, Convenio de fecha 30.12.2013, suscrito con el Servicio de Salud Metropolitano Norte; Resolución Exenta N°2981, del 31.12.2013, de dicho Servicio; Certificado N° 122 de 03.03.2014 del Jefe Rentas y Finanzas; y TENIENDO PRESENTE las facultades y atribuciones que me confiere la Ley N°18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades,

DECRETO:

APRUEBASE el Convenio, de fecha 30 de diciembre 2013, suscrito entre la I. MUNICIPALIDAD DE CONCHALI, representada por su Alcalde don CARLOS SOTTOLICHIO URQUIZA, por una parte y por la otra el SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE, representado por su Director Dr. CLAUDIO CARO THAYER, en el marco de las prioridades programáticas emanadas del Ministerio de Salud, que relevan a la Atención Primaria como área y pilar relevante de la Salud Pública, el Ministerio de Salud ha decidido impulsar el programa PILOTO "VIDA SANA: INTERVENCIÓN EN OBESIDAD EN NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADULTOS". Su propósito es contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovascular asociados al síndrome metabólico en la población intervenida, aportando a la prevención de enfermedades no transmisibles, en Chile, a través de la implementación de intervenciones de carácter preventivo, ayudando oportuna y eficazmente a las personas respecto del manejo de los riesgos relacionados.

El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad, desde la tramitación de la Resolución aprobatoria del presente instrumento, la suma anual y única de \$ 34.145.380.

El presente convenio forma parte de este decreto.

IMPUTACION: 05.03.006.02.052 "Prog. Atención de urgencia IRA en SAPU 2014 Piloto Vida Sana Intervención en Obesidad en Niños, Adolescentes, Adultos y Mujeres Post Parto".

ANOTESE, COMUNIQUESE Y TRANSCRIBASE el presente Decreto a los Departamentos Municipales, hecho ARCHIVESE.



ADELA FUENTEALBA LABBÉ
Secretaria Municipal



CARLOS SOTTOLICHIO URQUIZA
Alcalde de Conchalí

CSU/AFL/jqa.
TRANSCRITO A:
Control - Jurídico
SECPLA - Finanzas - CORESAM
Servicio de Salud Metropolitano Norte
O.P.I.R. - Sec. Municipal - Art. 7° letra g) Ley N° 20.285/

Dirección de Administración y Finanzas
Departamento de Rentas y Finanzas

CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA N° 122/2014

Pre -Obligación N° 05

Día	Mes	Año
03	03	2014

Identificación:

Nombre y/o Razón Social	RUT
Servicio de Salud Metropolitano Norte	61.608.000-8

Documentación:

Fecha	Convenio		Resolución Exenta		N°	Fecha	Unidad
	N°	Fecha	N°	Fecha			
			2.981	31/12/2013			

Descripción:

Aprueba Convenio de Transferencia de Recursos referente a "Programa Piloto Vida Sana: Intervención en Obesidad en Niños, Adolescentes, Adultos y Mujeres Post Parto"

Imputación:

Cuenta	Denominación	Presupuesto	Monto \$
05.03.006.002.052	Programa Atención de Urgencia IRA en SAPU 2014 Piloto Vida Sana Intervención en Obesidad en Niños, Adolescentes, Adultos y Mujeres Post Parto	Ingresos	34.145.380.-
24.01.003.003.052	Programa Atención de Urgencia IRA en SAPU 2014 Piloto Vida Sana Intervención en Obesidad en Niños, Adolescentes, Adultos y Mujeres Post Parto	Gastos	34.145.380.-



VERONICA TOLOZA GAJARDO
Jefe Departamento Rentas y Finanzas (S)

17:18 hrs 27.02.14.

1644
330483
ma...

Finanzas - Itau



Dirección Asesoría Jurídica
N° 3344.- 31/12/13
REF.:1524/2013.-
CHM/mepg.-

002981 31.12.2013

RES. EX. N° _____/

SANTIAGO,

VISTOS: Memorando N°828 del 20 Diciembre del 2013 de la Jefa Subdepartamento de Atención Primaria solicitando elaboración de los convenios celebrados con las Municipalidades que señala, correspondientes al **Programa Piloto Vida Sana: Intervención en Obesidad en Niños, Adolescentes, Adultos y Mujeres Post Parto;** Resolución Exenta N° 33 del 24 de enero 2013 MINSAL que aprueba el citado Programa; Memorandum N° 2925 del 27 de Diciembre de 2013 de Asesoría Jurídica a la Jefa del Subdepto de Atención Primaria enviando convenios para la firma de los alcaldes de las Municipalidades que indica; y en uso de las facultades que me confieren los artículos 23 del DFL N1 de 2005 que fija el texto refundido coordinado y sistematizado del DL N° 2763 de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, 8° del Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud y Resolución N° 1600 de 2008, de la Contraloría General de la República, dicto la siguiente:

R E S O L U C I O N :

1. Apruebase el siguiente convenio suscrito con la **I. Municipalidad de Conchalí** correspondiente al **Programa Piloto Vida Sana: Intervención en Obesidad en Niños, Adolescentes, Adultos y Mujeres Post Parto:**

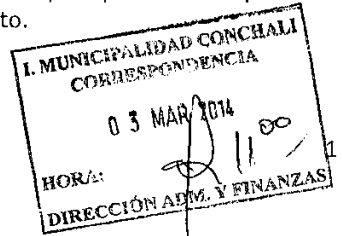
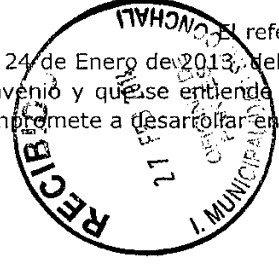
En Santiago a **30 de Diciembre de 2013**, entre el Servicio de Salud Metropolitano Norte, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Maruri N° 272, Comuna de Independencia, representado por su **Director DR. CLAUDIO CARO THAYER**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **Ilustre Municipalidad de Conchalí** persona jurídica de derecho público, domiciliada en Avenida Independencia N° 3499, representada por su **Alcalde D. CARLOS SOTTOLICHIO URQUIZA**, de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

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

Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo N° 82 del 24 de Diciembre de 2012, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

SEGUNDA: En el marco de las prioridades programáticas emanadas del Ministerio de Salud, que relevan a la Atención Primaria como área y pilar relevante de la salud pública, el Ministerio de Salud ha decidido impulsar el Programa Piloto "Vida Sana: Intervención en Obesidad en Niños, Adolescentes y Adultos". Su propósito es contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovascular asociados al síndrome metabólico en la población intervenida, aportando a la prevención de enfermedades no transmisibles, en Chile, a través de la implementación de intervenciones de carácter preventivo, ayudando oportuna y eficazmente a las personas respecto del manejo de los riesgos relacionados

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 33 del 24 de Enero de 2013, del Ministerio de Salud, contenido en documento Anexo presente convenio y que se entienda forma parte integrante del mismo, el que la Municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.



TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria del presente instrumento, la suma anual y única de **\$ 34.145.380 (treinta y cuatro millones ciento cuarenta y cinco mil trescientos ochenta pesos)**, que estará destinada a la implementación del programa en recursos humanos, equipamiento e insumos para alcanzar el propósito y cumplimiento de los componentes y estrategias del "Programa Piloto Vida Sana: Intervención en Obesidad en Niños, Adolescentes, Adultos y Mujeres Post Parto" que se señalan a continuación:

Componente 1: Intervención en niños y adolescentes de 6 a 19 años; incluyendo las mujeres adolescentes post parto.

Considera atención integral en atención primaria para niños y adolescentes con los siguientes criterios:

- Con IMC \geq percentil 95 para edad y sexo y o PC \geq percentil 90 NANHES III y,

- Al menos uno de los siguientes antecedentes en padre, madre, hermanos o abuelos:
 - Obesidad

 - Dislipidemia

 - DM2

 - Infarto al miocardio o accidente vascular encefálico antes de los 55 años.

La estrategia consiste en 4 meses de intervención, con un control tardío al 6º, 9º y 12 meses post intervención considerando:

- 5 Atenciones individuales (1 médico, 2 nutricionista, 2 psicólogo).
- 10 Intervenciones grupales (5 nutricionista y 5 psicólogo).
- 40 Sesiones guiadas de actividad física a cargo de un profesor(a) de educación física, terapeuta de actividad física, kinesiólogo(a) y/o derivación a gimnasio.
- 3 Controles tardíos por Nutricionista al 6º, 9º y 12º mes.

Componente 2: Intervención en adultos de 20 a 45 años con Síndrome Metabólico y mujeres post parto.

Considera atención integral en atención primaria para adultos según los siguientes criterios:

- IMC \geq 30 o Perímetro de Cintura aumentado (mujeres > 83 cm y hombres > 102 cm) y uno o más de los siguientes factores de riesgo:
 - Intolerancia a la glucosa,
 - Alteración lipídica
 - Pre hipertensión
 - Antecedentes de padre, madre o hermano con DM2.

Estrategia consiste en 4 meses de intervención, con un control tardío al 6º, 9º y 12 meses post intervención considerando:

- 5 Atenciones individuales (1 médico, 2 nutricionista, 2 psicólogo)
- 10 Intervenciones grupales (5 nutricionista y 5 psicólogo)
- 40 Sesiones guiadas de actividad física a cargo de un profesor(a) de educación física, terapeuta de actividad física, kinesiólogo(a) y/o derivación a gimnasio.
- 3 Controles tardíos por Nutricionista al 6º, 9º y 12º mes.

CUARTA:

La Municipalidad se compromete a utilizar los recursos entregados

para financiar los siguientes objetivos específicos, productos y metas:

COMPONENTE	OBJETIVO	PRODUCTOS	META	MONTO (\$)
<p>Componente 1: Intervención en niños y adolescentes de 6 a 19 años; incluyendo las mujeres adolescentes post parto. Considera atención integral en atención primaria para niños y adolescentes con los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Con IMC > percentil para edad y sexo o PC > percentil 90 NANHES IIII y, ▪ Al menos uno de los siguientes antecedentes en padre, madre, hermanos o abuelos: Obesidad - Dislipidemia - DM2 ▪ Infarto al miocardio o accidente vascular encefálico antes de los 55 años. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Mejorar en niñas, niños y adolescentes la relación Z score de IMC ➢ Mejorar la condición nutricional en términos de la categorización del PC ➢ Mejorar la condición física, en términos de capacidad funcional, muscular y aeróbica. 	<p>Reducir 5% o más del peso inicial o al menos frenar la tendencia al aumento de peso.</p> <p>Realizar estudio de casos con enfoque familiar de acuerdo a programa, en a lo menos el 15% del grupo de edad de 6 a 19 años y su evaluación al 1er control tardío.-</p>	130	13.658.152.-
<p>Componente 2: Intervención en adultos de 20 a 45 años con Síndrome Metabólico y mujeres post parto. Considera atención integral en atención primaria para adultos según los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● IMC > 30 o perímetro de cintura aumentado (mujeres > 83 cm y hombres > 102 cm) y uno o más de los siguientes factores de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> - Intolerancia a la glucosa, - Alteración lipídica - Pre hipertensión - Antecedentes de padre, madre o hermano con DM2. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Mejorar condición nutricional en términos de categorización del Índice de masa corporal (IMC) y perímetro de cintura (PC) ➢ Mejorar condiciones asociadas a: <ul style="list-style-type: none"> - Pre hipertensión arterial. - Dislipidemias. - Intolerancia a glucosa de ayuno. - Mejorar la condición física, en términos de capacidad funcional muscular y aeróbica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reducir el 5% o más del peso inicial o al menos frenar la tendencia al aumento de peso. 	194	20.487.228.-
TOTAL PROGRAMA				\$ 34.145.380.-

QUINTA: El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a los objetivos y productos definidos en la cláusula precedente, de acuerdo al punto **VII. MONITOREO Y EVALUACIÓN** del Programa, que forma parte integrante de este convenio.

Se realizarán dos evaluaciones durante la ejecución del Programa, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación.

- La primera evaluación se efectuará con corte al 31 de Agosto del año en curso.- De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 40% de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento de Metas del Programa	Porcentaje de Descuento de recursos en Asignación Año Siguiete
40,00 %	0%
Entre 30,00 % y 39,99 %	50%
Entre 20,00 % y 29,99 %	75%
Menos del 20%	100%

En relación a esto último, pudieran las comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de Agosto del año correspondiente, optar a reasignación de recursos. Este excedente de recursos provendrá de aquellas comunas que no cumplan con las prestaciones proyectadas.

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

El grado de incumplimiento anual será considerado en la asignación de recursos del año siguiente.

SEXTA: Los recursos a que se refiere la cláusula tercera del presente instrumento serán transferidos por el Servicio en dos cuotas:

- a) la primera cuota, correspondiente al 60% del total de los recursos del convenio serán transferidos una vez que la resolución aprobatoria del presente instrumento se encuentre totalmente tramitada.
- b) La segunda cuota, podrá corresponder a un máximo de un 40% restante del total de recursos y estará sujeta a la evaluación de cumplimiento de metas, la que se
- c) transferirá en el mes de Octubre dependiendo de los resultados de la evaluación con corte al 31 de agosto. Asimismo, el grado de cumplimiento de los indicadores deberá ser oportunamente informado en forma consolidada por el Servicio al Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

SEPTIMA: El Servicio podrá requerir a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y componentes específicos, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

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

NOVENA: El Servicio velará aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría.

Sin perjuicio de lo anterior estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 759 de 2003, de la Contraloría General de la República, que dispone: a) en su numeral 5.2 "el Organismo Público receptor estará obligado a enviar a la Unidad otorgante un comprobante de ingreso por los recursos percibidos y un informe mensual de su inversión, que deberá señalar a lo menos, el monto de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de la inversión realizada y el saldo disponible para el mes siguiente" y b) en su numeral 5.4 "Los Servicios de Salud no entregarán nuevos fondos a rendir, sea a disposición de unidades internas o a la administración de terceros, mientras la persona o institución que debe recibirlos no haya cumplido con la obligación de rendir cuenta de la inversión de los fondos ya concedidos".

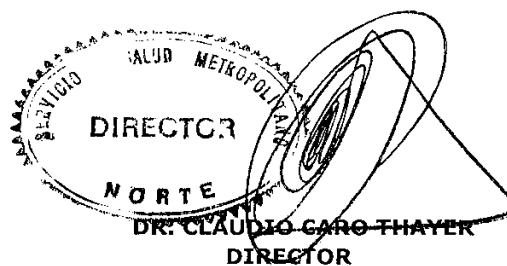
DECIMA : El presente convenio tendrá vigencia a partir del 01 de Enero de 2014, previa la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba y hasta el 31 de diciembre de 2014.

DECIMO PRIMERA: La personería del Dr. Claudio Caro Thayer consta del Decreto N° 40 del 30 de Agosto de 2011, del Ministerio de Salud y la de D. Carlos Sottolichio Urquiza consta de Acta de Proclamación del Primer Tribunal Electoral de la Región Metropolitana de fecha 30 de noviembre de 2012.

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

2. El gasto que irroge la presente Resolución se imputará al Item 24-03-298-01 del Presupuesto del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

ANOTESE Y COMUNIQUESE


DIRECTOR
NORTE
DR. CLAUDIO CARO THAYER
DIRECTOR

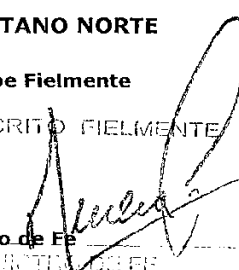
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE

DISTRIBUCION:

- Dirección
- Municipalidad (1 convenio)
- División de Integración de la Red Asistencial, MINSAL(1 convenio)
- Subdirecc. de Gestión Asistencial
- Subdepto. Atención Primaria.
- Asesoría Jurídica
- Partes.

Transcribe Fielmente

TRANSCRITO FIELMENTE


Ministro de Fe
MINISTERIO DE FE
CLAUDIO HENRIQUEZ SANHUEZA



Dirección
Asesoría Jurídica
N° 3035.-

REF: 1524/2013.-
LLG/EMN/SJZ/CA



CONVENIO
Programa Piloto Vida Sana: Intervención en Obesidad en Niños, Adolescentes, Adultos y Mujeres Post Parto

En Santiago a **30 de Diciembre de 2013**, entre el Servicio de Salud Metropolitano Norte, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Maruri N° 272, Comuna de Independencia, representado por su **Director DR. CLAUDIO CARO THAYER**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **Ilustre Municipalidad de Conchalí** persona jurídica de derecho público, domiciliada en Avenida Independencia N° 3499, representada por su **Alcalde D. CARLOS SOTTOLICHIO URQUIZA**, de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

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

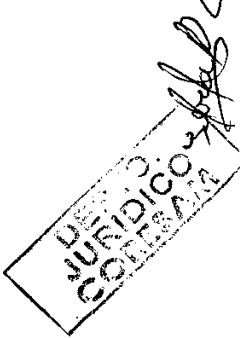
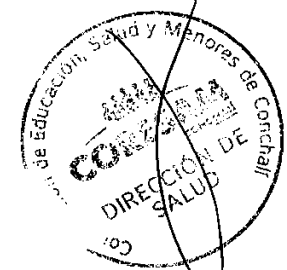
Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo N° 82 del 24 de Diciembre de 2012, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

SEGUNDA: En el marco de las prioridades programáticas emanadas del Ministerio de Salud, que relevan a la Atención Primaria como área y pilar relevante de la salud pública, el Ministerio de Salud ha decidido impulsar el Programa Piloto Vida Sana: Intervención en Obesidad en Niños, Adolescentes y Adultos". Su propósito es contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovascular asociados al síndrome metabólico en la población intervenida, aportando a la prevención de enfermedades no transmisibles, en Chile, a través de la implementación de intervenciones de carácter preventivo, ayudando oportuna y eficazmente a las personas respecto del manejo de los riesgos relacionados

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 33 del 24 de Enero de 2013, del Ministerio de Salud, contenido en documento Anexo presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la Municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria del presente instrumento, la suma anual y única de **\$ 34.145.380 (treinta y cuatro millones ciento cuarenta y cinco mil trescientos ochenta pesos)**, que estará destinada a la implementación del programa en recursos humanos, equipamiento e insumos para alcanzar el propósito y cumplimiento de los componentes y estrategias del "Programa Piloto Vida Sana: Intervención en Obesidad en Niños, Adolescentes, Adultos y Mujeres Post Parto" que se señalan a continuación:

Componente 1: Intervención en niños y adolescentes de 6 a 19 años; incluyendo las mujeres adolescentes post parto.
Considera atención integral en atención primaria para niños y adolescentes con los



siguientes criterios:

- Con IMC \geq percentil 95 para edad y sexo y o PC \geq percentil 90 NANHES III y,
- Al menos uno de los siguientes antecedentes en padre, madre, hermanos o abuelos:
 - Obesidad
 - Dislipidemia
 - DM2
 - Infarto al miocardio o accidente vascular encefálico antes de los 55 años.

La estrategia consiste en 4 meses de intervención, con un control tardío al 6º, 9º y 12 meses post intervención considerando:

- 5 Atenciones individuales (1 médico, 2 nutricionista, 2 psicólogo).
- 10 Intervenciones grupales (5 nutricionista y 5 psicólogo).
- 40 Sesiones guiadas de actividad física a cargo de un profesor(a) de educación física, terapeuta de actividad física, kinesiólogo(a) y/o derivación a gimnasio.
- 3 Controles tardíos por Nutricionista al 6º, 9º y 12º mes.

Componente 2: Intervención en adultos de 20 a 45 años con Síndrome Metabólico y mujeres post parto.

Considera atención integral en atención primaria para adultos según los siguientes criterios:

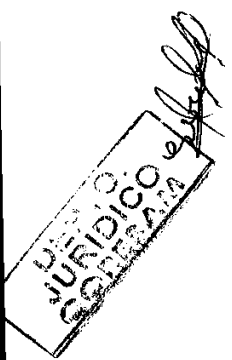
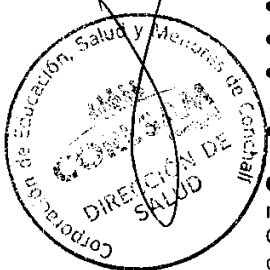
- IMC \geq 30 o Perímetro de Cintura aumentado (mujeres > 83 cm y hombres > 102 cm) y uno o más de los siguientes factores de riesgo:
 - Intolerancia a la glucosa,
 - Alteración lipídica
 - Pre hipertensión
 - Antecedentes de padre, madre o hermano con DM2.

Estrategia consiste en 4 meses de intervención, con un control tardío al 6º meses post intervención considerando:

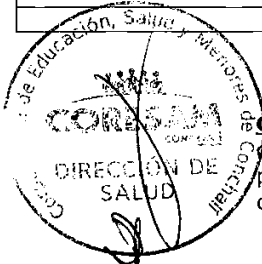
- 5 Atenciones individuales (1 médico, 2 nutricionista, 2 psicólogo)
- 10 Intervenciones grupales (5 nutricionista y 5 psicólogo)
- 40 Sesiones guiadas de actividad física a cargo de un profesor(a) de educación física, terapeuta de actividad física, kinesiólogo(a) y/o derivación a gimnasio.
- 3 Controles tardíos por Nutricionista al 6º, 9º y 12º mes.

CUARTA: La Municipalidad se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes objetivos específicos, productos y metas:

COMPONENTE	OBJETIVO	PRODUCTOS	META	MONTO (\$)
<p>Componente1: Intervención en niños y adolescentes de 6 a 19 años; Incluyendo las mujeres adolescentes post parto. Considera atención integral en atención primaria para niños y adolescentes con los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Con IMC > percentil para edad y sexo o PC > percentil 90 NANHES III y, ▪ Al menos uno de los siguientes antecedentes en padre, madre, hermanos o abuelos: Obesidad <ul style="list-style-type: none"> - Dislipidemia - DM2 ▪ Infarto al miocardio o accidente vascular encefálico antes de los 55 años. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Mejorar en niñas, niños y adolescentes la relación Z score de IMC ➢ Mejorar la condición nutricional en términos de la categorización del PC ➢ Mejorar la condición física, en términos de capacidad funcional, muscular y aeróbica. 	<p>Reducir 5% o más del peso inicial o al menos frenar la tendencia al aumento de peso.</p> <p>Realizar estudio de casos con enfoque familiar de acuerdo a programa, en a lo menos el 15% del grupo de edad de 6 a 19 años y su evaluación al 1er control tardío.-</p>	130	13.658.152.-



<p>Componente 2: Intervención en adultos de 20 a 45 años con Síndrome Metabólico y mujeres post parto. Considera atención integral en atención primaria para adultos según los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● IMC > 30 o perímetro de cintura aumentado (mujeres > 83 cm y hombres > 102 cm) y uno o más de los siguientes factores de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> - Intolerancia a la glucosa, - Alteración lipídica - Pre hipertensión - Antecedentes de padre, madre o hermano con DM2. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Mejorar condición nutricional en términos de categorización del Índice de masa corporal (IMC) y perímetro de cintura (PC) ➢ Mejorar condiciones asociadas a: <ul style="list-style-type: none"> - Pre hipertensión arterial. - Dislipidemias. - Intolerancia a glucosa de ayuno. - Mejorar la condición física, en términos de capacidad funcional muscular y aeróbica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reducir el 5% o más del peso inicial o al menos frenar la tendencia al aumento de peso. 	194	20.487.228.-
TOTAL PROGRAMA				\$ 34.145.380.-



QUINTA: El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a los objetivos y productos definidos en la cláusula precedente, de acuerdo al punto **VII. MONITOREO Y EVALUACIÓN** del Programa, que forma parte integrante de este convenio.

Se realizarán dos evaluaciones durante la ejecución del Programa, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación.

- La primera evaluación se efectuará con corte al 31 de Agosto del año en curso. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 40% de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento de Metas del Programa	Porcentaje de Descuento de recursos en Asignación Año Siguiente
40,00 %	0%
Entre 30,00 % y 39,99 %	50%
Entre 20,00 % y 29,99 %	75%
Menos del 20%	100%

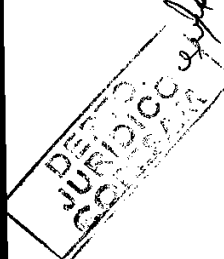
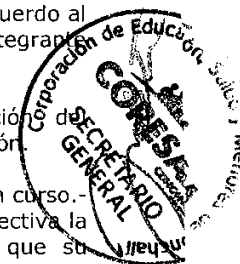
En relación a esto último, pudieran las comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de Agosto del año correspondiente, optar a reasignación de recursos. Este excedente de recursos provendrá de aquellas comunas que no cumplan con las prestaciones proyectadas.

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

El grado de incumplimiento anual será considerado en la asignación de recursos del año siguiente.

SEXTA: Los recursos a que se refiere la cláusula tercera del presente instrumento serán transferidos por el Servicio en dos cuotas:

- a) la primera cuota, correspondiente al 60% del total de los recursos del convenio serán transferidos una vez que la resolución aprobatoria del presente instrumento se encuentre totalmente tramitada.
- b) La segunda cuota, podrá corresponder a un máximo de un 40% restante del total de recursos y estará sujeta a la evaluación de cumplimiento de metas, la que se



c) transferirá en el mes de Octubre dependiendo de los resultados de la evaluación con corte al 31 de agosto. Asimismo, el grado de cumplimiento de los indicadores deberá ser oportunamente informado en forma consolidada por el Servicio al Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

SEPTIMA: El Servicio podrá requerir a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y componentes específicos, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

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

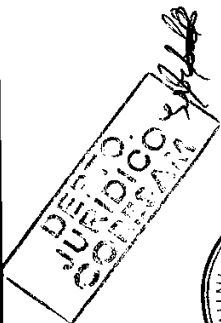
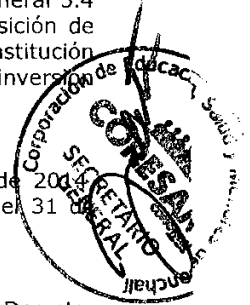
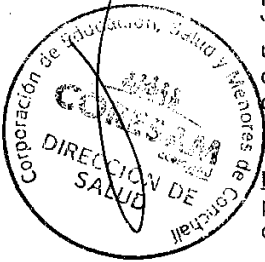
NOVENA: El Servicio velará aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría.

Sin perjuicio de lo anterior estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 759 de 2003, de la Contraloría General de la República, que dispone: a) en su numeral 5.2 "el Organismo Público receptor estará obligado a enviar a la Unidad otorgante un comprobante de ingreso por los recursos percibidos y un informe mensual de su inversión, que deberá señalar a lo menos, el monto de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de la inversión realizada y el saldo disponible para el mes siguiente" y b) en su numeral 5.4 "Los Servicios de Salud no entregarán nuevos fondos a rendir, sea a disposición de unidades internas o a la administración de terceros, mientras la persona o institución que debe recibirlos no haya cumplido con la obligación de rendir cuenta de la inversión de los fondos ya concedidos".

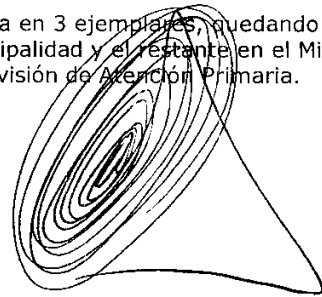
DECIMA : El presente convenio tendrá vigencia a partir del 01 de Enero de 2014 previa la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba y hasta el 31 de diciembre de 2014.

DECIMO PRIMERA: La personería del Dr. Claudio Caro Thayer consta del Decreto N° 40 del 30 de Agosto de 2011, del Ministerio de Salud y la de D. Carlos Sottolichio Urquiza consta de Acta de Proclamación del Primer Tribunal Electoral de la Región Metropolitana de fecha 30 de noviembre de 2012.

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

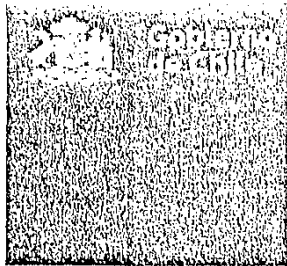


D. CARLOS SOTTOLICHIO URQUIZA
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE CONCHALI

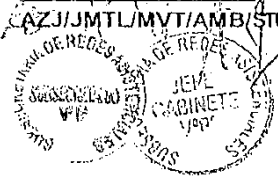


DR. CLAUDIO CARO THAYER
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE





SUBSECRETARÍA REDES ASISTENCIALES
 DIVISIÓN ASESORÍA JURÍDICA
 CAZJ/JMTL/MVT/AMB/STC/AMSC/H/SL



APRUEBA PROGRAMA VIDA SANA CON INTERVENCIÓN EN OBESIDAD EN NIÑOS, ADOLESCENTES, DULTOS Y MUJERES POST PARTO, EN LA ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPAL.

EXENTA N° 33

SANTIAGO, 24 ENE. 2013

VISTO: lo solicitado por memorandos N° 107 de 2012 y 3 de 2013, de la División de Atención Primaria; lo dispuesto en los artículos 4° y 7° del DFL N°1 de 2005, del Ministerio de Salud; en los artículos 6° y 25 del decreto N° 136 de 2004, del Ministerio de Salud; en la ley N° 19.378 y en la resolución N° 1.600 de 2008 de la Contraloría General de la República, y

CONSIDERANDO:

- La necesidad de enfrentar la prevalencia de exceso de peso en la población, interviniendo en aquellos grupos mas afectados, dicto la siguiente:

RESOLUCION:

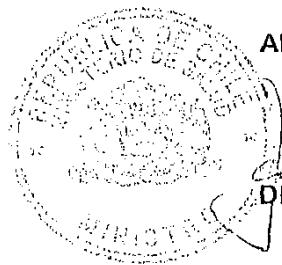
1°.- **APRUÉBASE**, a contar de la fecha de la presente resolución, el texto del Programa Vida Sana con Intervención en Obesidad en Niños, Adolescentes, Adultos y Mujeres Post Parto en la Atención Primaria Municipal.

2°.- El programa que se aprueba en virtud de este acto administrativo, se expresa en un documento de 14 páginas y un anexo, cuyo original, visado por el Subsecretario de Redes Asistenciales, se mantendrá en poder de la jefa de la División de Atención Primaria.

Todas las copias del programa en referencia deberán guardar estricta concordancia con el texto original.

3°.- **REMÍTASE** un ejemplar del Programa Vida Sana con Intervención en Obesidad en Niños, Adolescentes, Adultos y Mujeres Post Parto en la Atención Primaria Municipal.

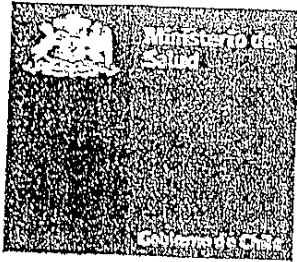
ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



Jaime Manalich Muxi
DR. JAIME MANALICH MUXI
 MINISTRO DE SALUD

DISTRIBUCIÓN:

- Gabinete del Ministro
- Depto. Asesoría Jurídica
- División AP



SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCION PRIMARIA
LCF



PROGRAMA VIDA SANA

INTERVENCIÓN EN OBESIDAD EN NIÑOS, ADOLESCENTES,
ADULTOS Y MUJERES POST PARTO

ÍNDICE

I ANTECEDENTES	3
II FUNDAMENTACIÓN	5
III PROPÓSITO	6
IV DESCRIPCIÓN	6
V COMPONENTES	6
VI PRODUCTOS ESPERADOS	6
VII MONITOREO Y EVALUACIÓN	6
VIII INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN	10
IX FINANCIAMIENTO DEPENDENCIA MUNICIPAL	12
X ANEXO	13



I ANTECEDENTES

La obesidad es una enfermedad crónica caracterizada por una acumulación anormal o excesiva del tejido graso, que se asocia con el mayor riesgo de mortalidad y morbilidad¹. La malnutrición por exceso se ha constituido en una epidemia creciente a nivel mundial y nacional, se ha incrementado en más del 75% en todo el mundo desde 1980. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en el 2015 habrá aproximadamente 2.300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad².

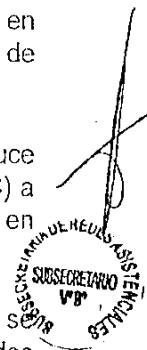
Constituye uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial, con una alta proporción de países que presentan más de un 30% de su población con exceso de peso (OMS, 2011). La tasa de incremento de obesidad a nivel mundial ha presentado diferenciación por nivel de ingreso de los países, en que aquellos que exhiben ingresos medios o bajos, presentaron una tasa más acelerada que los países de ingresos altos. La tasa de incremento anual en la prevalencia de obesidad en Estados Unidos y Europa es de aproximadamente 0,25, mientras que en países de Asia, África y Latinoamérica llega a ser entre 2 a 5 veces mayor¹

Diversos estudios demuestran que entre los años 1980 y 2008 se produce también diferencia por género, ya que el promedio de Índice de Masa Corporal (IMC) a nivel mundial ha incrementado en 0,4 kg/m² por década en hombres y en 0,5 kg/m² en mujeres, existiendo una variación sustancial entre las distintas naciones²

En Chile, ha ocurrido una rápida transición epidemiológica y nutricional y se observa que el exceso de peso tiene alta prevalencia y tendencia al aumento en todos los grupos de edad y fisiológicos³. También ha mostrado una tendencia mantenida al alza en el IMC de su población, situación que se observa tanto en hombres como en mujeres, en que en 28 años los valores se movieron de 24 hasta los actuales 27 kg/m², exhibiendo el tercer peor promedio a nivel de Sudamérica.

A su vez, la prevalencia de exceso de peso en Chile es de 64,5%, (incluye a todas las personas con IMC superior o igual a 25 kg/m²). El sobrepeso, (IMC entre 25 y 30 kg/m²) afecta al 39,3% de la población de 15 y más años de edad; la obesidad (IMC mayor 30 kg/m²) al 25,1%, y, la obesidad mórbida (IMC mayor a 40 kg/m²) al 2,3%. Al analizar estas cifras por sexo, se constata que las mujeres presentan prevalencias significativamente mayores de obesidad (30,7%, incluida la obesidad mórbida) que los hombres (19,2%), mientras que los hombres presentan prevalencias significativamente más altas para sobrepeso (45,3% en hombres y 33,6% en mujeres). En la mujer también se ha identificado que la etapa de fertilidad es especialmente susceptible, hecho que se comprueba con datos nacionales en que cerca del 23% de las embarazadas sufren algún grado de exceso de peso⁴.

1 Popkin B, Gordon-Larsen P. The nutrition transition: Worldwide obesity dynamics and their determinants. *Int J Obes* 2004; 28: S2-S9
2 Finucane M, Stevens G, Cowan M, et al. National, regional and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *The Lancet* 2011. Published online February 4, 2011. Article in press
3 Albaladejo C, Vio F, Kain J, Uauy R. Nutrition transition in Latin America: the case of Chile. *Nutrition Review* 2001; 59: 170-5.
4 Ministerio de Salud a, 2010. Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. Disponible en: http://www.regional.gov.cl/portal/dccs/paqueteminisalud_home/submenu_portada_2011/ens2010.pdf



En niños menores de 6 años, atendidos en los Consultorios del Sistema Nacional de Servicios de Salud, la obesidad alcanzó cifras de 5,8% en 1994, 7,2% en 2000, 9,8% en el 2010 y 10,1 en el año 2011.

Cabe señalar que en el año 2007, se incorporó el patrón de referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con un subsecuente aumento de la prevalencia de obesidad, por tratarse de un patrón realizado en base al crecimiento de menores alimentados exclusivamente con lactancia materna hasta los 6 meses de edad. Paralelo a esta situación se ha observado una disminución de la Lactancia materna en Chile la que hoy alcanza solo alcanza al 41,5% de la población bajo Control en el SNSS.

En escolares que ingresan a primer año básico la prevalencia de obesidad es mayor y ha aumentado de un 17% en el año 2000, a un 20,8% en 2008 y a un 22,1 en el año 2011.

En los Servicios de Salud del país se observan variaciones importantes en la prevalencia del exceso de peso, predominando la obesidad en las zonas más australes⁵; lo que se ha atribuido a distintas prácticas de alimentación y menor actividad física, pero también se ha observado que comunas de mayor vulnerabilidad tienen en promedio cifras más altas de exceso de peso que las de mejor nivel socioeconómico⁶. Aunque en niñas, se observó que aquellas de nivel socioeconómico medio-alto presentan mayores prevalencias que las de nivel bajo. (19 vs. 9%)⁷.

Al analizar la prevalencia de obesidad por niveles educacionales se observa que en educacional bajo (35,5%) y medio (24,7%) se tiene una prevalencia significativamente más alta que las personas de nivel educacional alto (18,5%). A nivel de percepción personal y en contraste con los resultados de medición antropométrica, se observa que sólo el 3,8% de las personas declara notarse obeso (5,6% en mujeres y 1,9% en hombres).

En Chile, el 88,6% de la población general es sedentaria de tiempo libre, prevalencia que es significativamente mayor en mujeres (92,9%), que en hombres (84%). Según nivel educacional, se observa que las personas de nivel educacional bajo presentan una prevalencia de sedentarismo mayor que aquellas de nivel educacional alto.

En otro estudio efectuado por el Instituto Nacional del Deporte⁸ se destaca que el 86,4% de la población chilena es sedentaria, y sólo el 13,6 % realiza actividad física 3 ó más veces a la semana. El 29,3% realiza actividad física al menos una vez a la semana por 30 minutos y el 70,7% no realiza ningún tipo de actividad física. El análisis según grupo etáreo muestra que en todos los tramos, el sedentarismo supera el 80%, con variación entre el 81% en el grupo de 18 a 25 años y los más sedentarios, con un 90,8% en los mayores de 65, siendo los más activos el grupo entre 46 y 55 años. Al analizar las respuestas según nivel socioeconómico, vemos que todos los niveles

5 Atalish E, Urteaga C, Rebollo A, Delfín S, Ramos R. Prevalencia de obesidad en escolares de la Región de Aysén. Rev Chil Pediatr 1999; 70: 208-14.

6 Junaeb. Disponible en: www.junaeb.cl/estados_nutricionales

7 Olivares S, Bustos N, Lera L, et al. Estado nutricional, consumo alimentario y actividad física en escolares mujeres de diferente nivel socioeconómico de Santiago, Chile. Rev Med Chil 2007; 135(1): 71-8.

8 Instituto Nacional del Deporte 2009. Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física, 2009.

socioeconómicos, se encuentran sobre el 80% de sedentarismo, existiendo 12 puntos de diferencia entre el grupo ABC1⁹ con un 80,9% y el grupo E con un 92,4% de sedentarismo.

En comparación con la encuesta realizada por la misma institución en el año 2006, se aprecia una leve tendencia al alza en la práctica de actividad física. En el año 2006, la población activa alcanzaba al 26,4%, y en el 2009, el % de activos alcanzó al 29,3%.

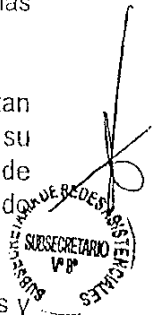
En la Encuesta Nacional de Salud 2009, se analizó el consumo de algunos grupos de alimentos y se observó que el 34,3% de la población consume menos de una vez al mes pescados y mariscos, a su vez, los productos lácteos son consumidos una vez al día por el 34,1% de la población, mientras que el 34,9% declara consumir fruta todos los días y un 60,8% ingiere verduras todos los días.

II FUNDAMENTACIÓN

El modelo de salud familiar en la APS debe orientar sus esfuerzos considerando los drásticos cambios demográficos y epidemiológicos registrados en los últimos años, de los cuales da cuenta la última Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, cuyas conclusiones señalan la predominancia absoluta de Enfermedades No Transmisibles (ENT), cuyo enfrentamiento tiene relación con cambios de estilos de vida y acciones fundamentalmente del ámbito de la promoción, prevención y mantención de las facultades remanentes.

Dentro de lo relacionado con el tratamiento de personas que presentan malnutrición por exceso, sea obesidad o sobrepeso, la evidencia señala en su totalidad, que cualquier intervención (ambulatoria), debe enfocarse en los pilares de actividad física, educación alimentaria- nutricional, terapia psicológica; constituyendo intervenciones en "estilos de vida"¹⁰

El Programa Vida Sana con Intervención en Obesidad en Niños, Adolescentes y Adultos, corresponde a una estrategia de intervención en condiciones de riesgo de enfermedades no transmisibles; específicamente en obesidad y sedentarismo.



⁹ Definición de nivel socioeconómico con base a dimensiones: origen, ingreso familiar mensual, educación, actividad laboral, barrio, personal de servicio y patrimonio del hogar en base a tenencia de bienes.

¹⁰ Reinehr T, Kleber M, Toschke A. Lifestyle intervention in obese children is associated with a decrease of the metabolic syndrome prevalence. *Atherosclerosis* 2009; 207: 174-180

III PROPÓSITO

Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovascular asociados al síndrome metabólico en la población intervenida, aportando a la prevención de enfermedades no transmisibles.

IV DESCRIPCIÓN

1.1 Objetivo General:

Implementar estrategias de intervención en personas con condiciones de riesgo para enfermedades no transmisibles en la atención primaria de salud.

1.2 Objetivos Específicos:

1. Reducir 5% o más del peso inicial o al menos frenar la tendencia al aumento de peso.
2. Mejorar condición nutricional en términos de categorización del Índice de masa corporal (IMC) y perímetro de cintura (PC).
3. Mejorar condiciones en:
 - a. Pre-hipertensión arterial.
 - b. Dislipidemia.
 - c. Intolerancia a la glucosa de ayuno.
4. Mejorar la condición física, en términos de capacidad funcional muscular y aeróbica



V COMPONENTES

Componente 1: Intervención en niños y adolescentes de 6 a 19 años, incluyendo las mujeres adolescentes post parto.

Considera atención integral en atención primaria para niños y adolescentes con los siguientes criterios:

- Con IMC \geq percentil 95 para edad y sexo o PC \geq percentil 90 NANHES III¹¹
- Y al menos uno de los siguientes antecedentes en padre, madre, hermanos o abuelos:
 - Obesidad
 - Dislipidemia
 - DM2
 - Infarto al miocardio o accidente vascular encefálico antes de los 55 años.

Estrategia:

Consiste en 4 meses de intervención, con un control tardío al 6º, 9º y 12 meses post intervención.

- 5 Atenciones individuales (1 médico, 2 nutricionista, 2 psicólogo).
- 10 Intervenciones grupales (5 nutricionista y 5 psicólogo).
- 40 Sesiones guiadas de actividad física a cargo de un profesor(a) de educación física, terapeuta de actividad física, kinesiólogo(a) y/o derivación a gimnasio.
- 3 Controles tardíos por Nutricionista al 6º, 9º y 12º mes.



Componente 2: Intervención en adultos de 20 a 45 años con Síndrome Metabólico y mujeres post parto.

Considera atención integral en atención primaria para adultos según los siguientes criterios:

- IMC \geq 30 o Perímetro de Cintura Aumentado (mujeres $>$ 88 cm y hombres $>$ 102 cm) y uno o más de los siguientes factores de riesgo:
 - Intolerancia a la glucosa,
 - Alteración lipídica
 - Pre hipertensión
 - Antecedentes de padre, madre o hermano con DM2

¹¹ The National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). www.cdc.gov/nchs/about/major/nhanes/growthcharts/clinical_charts.htm

Estrategia:

Consiste en 4 meses de intervención, con un control tardío al 6º, 9º y 12 meses post intervención.

- 5 Atenciones individuales (1 médico, 2 nutricionista, 2 psicólogo)
- 10 Intervenciones grupales (5 nutricionista y 5 psicólogo).
- 40 Sesiones guiadas de actividad física a cargo de un profesor(a) de educación física, terapeuta de actividad física, kinesiólogo(a) y/o derivación a gimnasio.
- 3 Controles tardíos por Nutricionista al 6º, 9º y 12º mes.

VI PRODUCTOS ESPERADOS

Objetivo Específico Número 1:

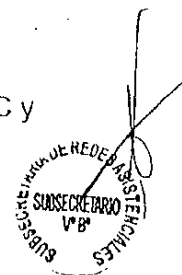
Componente 1:

- Mejorar en niñas, niños entre 6 y 19 años la relación Z score de IMC
- Mejorar la condición nutricional en términos de la categorización del PC.
- Mejorar la condición física, en términos de capacidad funcional, muscular y aeróbica.

Objetivo Específico Número 2:

Componente 2:

- Reducir el 5% o más del peso inicial.
- Mejorar la condición nutricional en términos de la categorización del IMC y PC.
- Mejorar condiciones asociadas a:
 - Pre hipertensión arterial.
 - Dislipidemias.
 - Intolerancia a glucosa e hipertensión de ayuno.
- Mejorar la condición física, en términos de capacidad funcional, muscular y aeróbica.



VII MONITOREO Y EVALUACIÓN

El Monitoreo y Evaluación se orienta a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del Programa, con el propósito de mejorar su eficiencia y efectividad de sus objetivos.

Evaluación:

Se realizarán 2 evaluaciones durante la ejecución del Programa, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación.

- La primera evaluación, se efectuará con corte al 31 de agosto del año en curso. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 40%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento de Metas	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del (40%)
40,00%	0%
Entre 30,00% y 39,99%	50%
Entre 20,00% y 29,99%	75%
Menos del 20%	100%

En relación a esto último, comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de Agosto del año correspondiente, pudieran optar a reasignación de recursos. Este excedente de recursos provendrá de aquellas comunas que no cumplan con las prestaciones proyectadas.

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

El grado de incumplimiento anual, será considerado en la asignación de recursos del año siguiente.

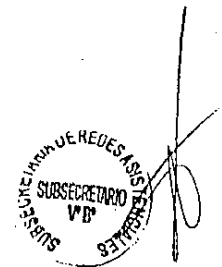


VIII INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

Indicadores de gestión y de impacto para la reliquidación del programa.

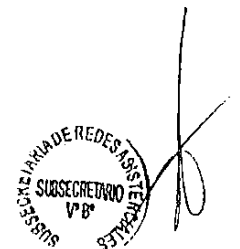
COMPONENTES	ESTRATEGIA	INDICADOR	META	FORMULA DE CALCULO	IMPORTANCIA RELATIVA EN %
COMPONENTE 1	<p>Consiste en 4 meses de intervención, con un control tardío al 6º, 9º y 12 meses post intervención.</p> <ul style="list-style-type: none"> 5 Atenciones individuales (1 médico, 2 nutricionista, 2 psicólogo). 10 Intervenciones grupales (5 nutricionista y 5 psicólogo). 	<p>% de beneficiarios que egresan y mejoran el Z score de IMC al final de la intervención.</p> <p>(*) Z score de IMC hasta 18 años e IMC para 19 años</p>	<p>50% de los niños/as de 6 a 18 años intervenidos mejoran Z score de IMC. (*)</p> <p>adolescentes de 19 años se considera reducción del 5% del peso al término de la intervención.</p>	<p>(Número de beneficiarios entre 6 y 18 años que egresan al 4º mes y mejoran el Z score de IMC) + (Número de beneficiarios de 19 años que egresan al 4º mes con un 5% menos del peso inicial) / Número total de beneficiarios entre 6 y 19 años con intervención con cuarto control realizado)*100.</p>	25%
COMPONENTE 2	<ul style="list-style-type: none"> 40 Sesiones guiadas de actividad física a cargo de un profesor(a) de educación física, terapeuta de actividad física, kinesiólogo(a) y/o derivación a gimnasio. 	<p>% de beneficiarios que egresan con un 5% menos de su peso inicial al final de la intervención.</p>	<p>50% de las personas intervenidas disminuye un 5% su peso inicial al término de la intervención.</p>	<p>(Número de beneficiarios de 20 a 45 años que egresan al 4º mes con un 5% menos de su peso inicial/ Número total de beneficiarios de 20 a 45 años con cuarto control realizado)*100.</p>	25%
COMPONENTES 1 Y 2		<p>% de beneficiarios del programa con cuarto control realizado.</p>	<p>40% de los beneficiarios intervenidos tiene su cuarto control realizado.</p>	<p>(Número de beneficiarios de 6 a 45 años que egresan del 4º control/ Numero total de beneficiarios de 6 a 45 años ingresados al programa)*100</p>	50%

Observación: En el caso que algunos de los indicadores no aplique, se debe reponderar la importancia relativa.



Indicadores de Impacto y medios de verificación.

COMPONENTES	ESTRATEGIA	INDICADOR	META	FORMULA DE CALCULO
COMPONENTES 1	Consiste en 4 meses de intervención, con un control tardío al 6º, 9º y 12 meses post intervención. • 5 Atenciones individuales (1 médico, 2 nutricionista y 2 psicólogo). • 10 Intervenciones grupales (5 nutricionista y 5 psicólogo). • 40 Sesiones guiadas de actividad física a cargo de un profesor(a) de educación física, terapeuta de actividad física, kinesiólogo(a) y/o derivación a gimnasio.	% de beneficiarios que mejora perímetro de cintura.	50% de las personas intervenidas mejora su PC al cuarto mes.	(Número de beneficiarios de 6 a 19 años que egresan al 4º mes y mejoran su condición de categorización de PC / Número total de beneficiarios de 20 a 45 años con cuarto control realizado)*100.
		% de beneficiarios que mejoran condición física.	60% de las personas intervenidas mejora su condición física al cuarto mes.	(Número de beneficiarios de 6 y 19 años que egresan al 4º mes y mejoran su condición física/ Número total de beneficiarios de 6 a 19 años con cuarto control realizado)*100.
COMPONENTES 2	Consiste en 4 meses de intervención, con un control tardío al 6º, 9º y 12 meses post intervención. • 5 Atenciones individuales (1 médico, 2 nutricionista y 2 psicólogo). • 10 Intervenciones grupales (5 nutricionista y 5 psicólogo). • 40 Sesiones guiadas de actividad física a cargo de un profesor(a) de educación física, terapeuta de actividad física, kinesiólogo(a) y/o derivación a gimnasio.	% de beneficiarios que egresan y mejoran condición en términos de categorización de Perímetro de Cintura (PC) al final de la intervención.	50% de las personas intervenidas mejora su PC al cuarto mes.	(Número de beneficiarios de 20 a 45 años que egresan al 4º mes y mejoran su condición de categorización de PC / Número total de beneficiarios de 20 a 45 años con cuarto control realizado)*100.
		% de beneficiarios que egresan y mejoran condiciones asociadas a HTA, dislipidemias e intolerancia a la glucosa en ayunas al final de la intervención.	50% de las personas intervenidas mejora condiciones asociadas a HTA, dislipidemias e intolerancia a la glucosa en ayunas al cuarto mes.	(Número de beneficiarios de 20 a 45 años que egresan al 4º mes y mejoran su condición asociada a HTA, dislipidemias e intolerancia a la glucosa en ayunas/ Número total de beneficiarios de 20 a 45 años con cuarto control realizado)*100.
		% de beneficiarios que mejoran condición física.	60% de las personas intervenidas mejora su condición física al al cuarto mes.	(Número de beneficiarios de 20 a 45 años que egresan al 4º mes y mejoran su condición/ Número total de beneficiarios de 20 a 45 años con cuarto control realizado)*100.
		% de mujeres que recuperan el peso pregestacional.	70% de las mujeres recupera peso pregestacional al cuarto mes.	(Número de mujeres post parto que egresan al 4º mes y recuperan peso pregestacional/ Número total de mujeres post parto con cuarto control realizado)*100.



 SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
 SUBSECRETARIO
 Vº Bº

IX FINANCIAMIENTO DEPENDENCIA MUNICIPAL

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, asociada al Subtítulo 24 03 298 "Transferencias Corrientes" Ley N°19.378, glosa 02, y, tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de Enero a Diciembre de cada año de acuerdo al marco presupuestario asignado.

Los recursos asociados a este Programa, financiarán exclusivamente las actividades y adquisición de los implementos o elementos, para poder llevar a cabo la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores y estrategias del mismo

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

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

Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas: 60% contra convenio y el 40% restante según porcentaje de cumplimiento que se detalla a continuación:

Porcentaje cumplimiento de Metas por Componente	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del (40%)
40,00%	0%
Entre 30,00% y 39,99%	50%
Entre 20,00% y 29,99%	75%
Menos del 20%	100%



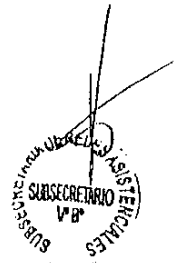
Asimismo, todo lo anterior deberá regirse por las normas establecidas en la Resolución N° 759 del año 2003, de la Contraloría General de la República, sobre la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos para la Atención Primaria de Salud.

X ANEXO

PROGRAMA PILOTO VIDA SANA
INTERVENCIÓN EN OBESIDAD EN NIÑOS, ADOLESCENTES, ADULTOS Y MUJERES POST PARTO

Componente	INDICADORES/ INFORMACION		MEDIOS DE VERIFICACIÓN	META	
	Enunciado (Dimensión/ Ambito de Control)	Formula de Cálculo			
COMPONENTE 1: NIÑOS Y ADOLESCENTES ENTRE 6 Y 19 AÑOS.	% de beneficiarios que egresan y mejoran el Z score de IMC al final de la intervención.	(Número de beneficiarios entre 6 y 18 años que egresan al 4º mes y mejoran el Z score de IMC) + (Número de beneficiarios de 19 años que egresan al 4º mes con un 5% menos del peso inicial) / Número total de beneficiarios entre 6 y 19 años con intervención completa)*100.	Pagina Web Vida Sana, Obesidad.	50% de las personas adolescentes intervenidas mejoran Z score de IMC. (*) (*) En adolescentes de 19 años se considera reducción del 5% del peso al término de la intervención.	
	% de beneficiarios que mejora perímetro de cintura.	(Número de beneficiarios de 6 y 19 años que egresan al 4º mes y mejoran su condición física / Número total de beneficiarios de 6 a 19 años con intervención completa)*100.			50% de las personas intervenidas mejora su PC al término de la intervención.
	% de beneficiarios que mejoran condición física.	(Número de beneficiarios de 6 y 19 años que egresan al 4º mes y mejoran su condición física / Número total de beneficiarios de 6 a 19 años con intervención completa)*100.			60% de las personas intervenidas mejora su condición física al término de la intervención.

Intervención completa: se entiende como la asistencia al menos del 80% del total de las prestaciones consideradas en la cartilla para los cuatro meses sucesivos de intervención, también se considera a las personas que cumplen con esta etapa como egresados para efectos de redacción de indicadores, aun cuando la intervención termina con los 3 controles tardíos posteriores realizados por la nutricionista al 6º, 9º y 12 meses.



**PROGRAMA PILOTO VIDA SANA
INTERVENCIÓN EN OBESIDAD EN NIÑOS, ADOLESCENTES, ADULTOS Y MUJERES POST PARTO**

Componente	INDICADORES/ INFORMACION		MEDIOS DE VERIFICACION	META
	Enunciado(Dimensión/ Ambito de Control)	Formula de Calculo		
COMPONENTE 2: ADULTOS ENTRE 20 A 45 AÑOS.	% de beneficiarios que egresan con un 5% menos de su peso inicial al final de la intervención.	(Número de beneficiarios de 20 a 45 años que egresan al 4º mes con un 5% menos de su peso inicial/ Número total de beneficiarios de 20 a 45 años con intervención completa)*100.	Pagina Web Vida Sana, Obesidad.	50% de las personas intervenidas disminuye un 5% su peso inicial al término de la intervención.
	% de beneficiarios que egresan y mejoran condición en términos de categorización de Perímetro de Cintura (PC) al final de la intervención.	(Número de beneficiarios de 20 a 45 años que egresan al 4º mes y mejoran su condición de categorización de PC / Número total de beneficiarios de 20 a 45 años con intervención completa)*100.		50% de las personas intervenidas mejora su PC al término de la intervención.
	% de beneficiarios que egresan y mejoran condición asociadas a HTA, dislipidemias e intolerancia a la glucosa en ayunas al final de la intervención.	(Número de beneficiarios de 20 a 45 años que egresan al 4º mes y mejoran su condición asociada a HTA, dislipidemias e intolerancia a la glucosa en ayunas/ Número total de beneficiarios de 20 a 45 años con intervención)*100.		50% de las personas intervenidas mejora condiciones asociadas a HTA, dislipidemias e intolerancia a la glucosa en ayunas
	% de beneficiarios que mejoran condición física.	(Número de beneficiarios de 20 a 45 años que egresan al 4º mes y mejoran su condición/ Número total de beneficiarios de 20 a 45 años con intervención)*100.		60% de las personas intervenidas mejora su condición física al término de la intervención.
	% de mujeres que recuperan el peso pregestacional.	(Número de mujeres post parto que egresan al 4º mes y recuperan peso pregestacional/ Número total de mujeres post parto con intervención completa)*100		70% de las mujeres recupera peso pregestacional

